

УЧЕБНИКЪ  
ОПЕРАТИВНАГО АКУШЕРСТВА

Д-ра Ф. Керера

Профессора гинекологіи въ Гейдельбергскомъ университетѣ.

---

Переводъ съ нѣмецкаго

Д-ра Н. И. Побѣдинскаго,

съ предисловіемъ и подъ редакцію

Профессора А. М. Макѣва.

---

Съ 38 рисунками въ текстѣ.

---

МОСКВА.  
Изданіе А. А. Карцева.  
1893.

Доволено цензурой. Москва, Сентября 19 д. 1892 г.



Типографія М. Г. Волчанинова, Больш. Черныш. пер., д. Пустошкина.

Предлагаемый переводъ Оперативнаго Акушерства Kehler'a есть плодъ зрѣлой многолѣтней клинической дѣятельности автора. По полнотѣ содержанія, точности показаній къ акушерскимъ операціямъ и ихъ производству, по историческимъ даннымъ, относящимся къ каждой изъ описываемыхъ операцій, руководство это по моему крайнему убѣжденію, вполнѣ удовлетворитъ какъ практическаго врача, такъ и учащихся. Въ виду названныхъ достоинствъ руководства, а также съ цѣлью пополнить нашу небогатую литературу по оперативному акушерству, я предложилъ моему ассистенту Н. И. Побѣдинскому заняться переводомъ этой полезной книги при моей непосредственной редакціи.

Чтобы избѣжать излишней цѣны за книгу, мы рѣшились въ русскомъ переводѣ не включать указателя литературы, собраннаго Kehler'омъ съ возможною полнотою, такъ какъ желающій пользоваться такимъ научнымъ матеріаломъ можетъ при нуждѣ обратиться къ нѣмецкому оригиналу.

*Профессоръ А. Мазъевъ.*

25 апрѣля 1892 г.

## ПРЕДИСЛОВІЕ.

---

Медицинскій учебникъ можно написать или въ началѣ, или въ болѣе позднемъ періодѣ практической, клинической или академической дѣятельности. Въ первомъ случаѣ онъ, естественно, будетъ или выраженіемъ господствующихъ взглядовъ,—выраженіемъ, можетъ быть, удачнымъ,—или компиляціей, или «*extractum spirituosum*» принциповъ учителя. Такой трудъ можетъ имѣть свои хорошія стороны; но почерпнетъ-ли врачъ все необходимое и практически приложимое, когда онъ будетъ справляться съ нимъ въ критическихъ случаяхъ,—это другой вопросъ.

Можно написать упомянутый учебникъ и въ болѣе поздній періодъ своей дѣятельности. Тогда принципы учителей служатъ основаніемъ, на которомъ строится то, что приобрѣтено въ теченіе жизни опытомъ, чтеніемъ и размышленіемъ. Подобный трудъ, такъ сказать, есть какъ-бы фильтръ, на которомъ осталось все, признанное авторомъ въ продолженіе его дѣятельности за пригодное.

Основаніемъ предлагаемаго руководства служатъ начатая въ 1868—69 г. университетскія записки, къ которымъ отдѣльными частями были присоединены плодотворные результаты изученія литературы, самостоятельная практика въ связи съ критической умственной работой.

Книга эта назначена для студентовъ и для врачей-практиковъ; въ виду этого, особенное вниманіе въ ней обращено на то, чтобы отчетливо выставить предварительныя условія и показанія къ отдѣльнымъ операціямъ, а также



на обстоятельное описаніе техники, соотвѣтственно встрѣчающимся въ практикѣ затрудненіямъ.

Историческія замѣчанія, присоединенныя къ отдѣльнымъ главамъ, послужатъ на пользу тѣмъ читателямъ, которые желаютъ обстоятельно изучить отдѣльные вопросы.

Содержащіяся въ текстѣ рисунки изображены по фотографіямъ, снимкамъ съ разрѣзовъ замороженныхъ препаратовъ, или схематически по препаратамъ, а нѣкоторыя также по атласамъ художника *Альфреда Рейнарда* въ Гейдельбергѣ.

*Авторъ.*

Гейдельбергъ. Январь 1891 г.



## ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стран.
<b>Акушерскія операціи вообще . . . . .</b>	<b>1</b>
Понятіе, цѣли и особенности акушерскихъ операцій . . . . .	—
<b>Общія правила акушерской дѣятельности . . . . .</b>	<b>3</b>
1. Наборъ . . . . .	—
2. Приготовленія акушера . . . . .	5
3. Разспросъ роженицы . . . . .	6
4. Наружное и внутреннее изслѣдованіе . . . . .	—
5. Установленіе показаній . . . . .	7
6. Сообщеніе роженицъ и ея окружающимъ о необходимой для нея операціи . . . . .	8
7. Приготовленіе въ комнатѣ роженицы . . . . .	—
8. Одежда роженицы . . . . .	9
9. Опорожненіе пузыря и прямой кишки . . . . .	—
10. Дезинфекція половыхъ частей . . . . .	—
11. Приготовленіе инструментовъ . . . . .	10
12. Наркозъ роженицы . . . . .	—
13. Положеніе роженицы . . . . .	11
14. Общія правила для дѣйствій акушера при операціяхъ . . . . .	14
15. Уходъ за родильницей . . . . .	15
Частота акушерскихъ операцій . . . . .	16
Раздѣленіе акушерскихъ операцій . . . . .	18
<b>Отдѣльныя акушерскія операціи . . . . .</b>	<b>20</b>
А. Прерываніе беременности . . . . .	—
1. Возбужденіе выкидыша . . . . .	22
2. Возбужденіе преждевременныхъ родовъ . . . . .	26
В. Раскрывающія операціи . . . . .	44
І. Раскрытіе и расширеніе половыхъ частей . . . . .	—
1. Раскрытіе зарощеннаго маточнаго зѣва . . . . .	—

## VIII

Стран.

2. Некровавое расширение или растяжение маточной шейки, <i>Dilatatio cervicis uteri</i> . . . . .	45
а) Умѣренное расширение маточной шейки . . . . .	—
б) Полное расширение маточной шейки. . . . .	46
3. Кровавое расширение или разрывъ маточнаго зѣва, <i>Discissio orificiі uteri</i> . . . . .	48
4. Кровавое раскрытіе и расширение влагалища и дѣвственной плевы.	50
5. Кровавое расширение наружныхъ половыхъ частей, разрывъ промежности и срамныхъ губъ, <i>Episiotomia</i> . . . . .	51
II. Вскрытіе плоднаго пузыря . . . . .	54
Проволь оболочекъ яйца, <i>Punctio velamentorum</i> . . . . .	—
C. Операциі, исправляющія положеніе и членорасположеніе плода . . . . .	59
I. Операциі, исправляющія положеніе плода, поворотъ плода, <i>Versio</i> . . . . .	59
1. Поворотъ при косомъ и поперечномъ положеніи. . . . .	63
A. Терапія при косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ въ періодѣ раскрытія . . . . .	64
B. Терапія поперечныхъ положеній въ періодѣ изгнанія. . . . .	69
I. Поворотъ на головку. . . . .	71
II. Поворотъ на тазовой конецъ . . . . .	—
III. Поворотъ на ножки . . . . .	72
1. Поворотъ при цѣлости плоднаго пузыря . . . . .	—
2. Поворотъ послѣ разрыва плоднаго пузыря. . . . .	—
3. Поворотъ при залуценныхъ поперечныхъ положеніяхъ. . . . .	76
4. Поворотъ при предлежаніи послѣда. . . . .	79
2. Поворотъ при головныхъ положеніяхъ. . . . .	80
II. Операциі, исправляющія членорасположеніе плода. <i>Rectificatio habitus</i> . . . . .	88
1. Превращеніе лицеваго предлежанія въ теменное . . . . .	—
2. Превращеніе предлежанія тазовымъ концомъ въ неполное предлежаніе ножками. . . . .	90
3. Терапія выпавшей ручки при головномъ положеніи . . . . .	91
4. Терапія выпаденія ножки при головномъ положеніи. . . . .	93
5. Терапія выпаденія пуповины . . . . .	94
D. Извлеченіе плода, <i>Extractio foetus</i> . . . . .	99
I. Безвредное для плода извлеченіе естественнымъ путемъ . . . . .	—

1. Извлечение при предлежаниях тазовым концом . . . . .	99
а. Извлечение тазового конца . . . . .	100
б. Извлечение туловища . . . . .	105
с. Освобождение послѣдующей головки . . . . .	109
α) Выжимание послѣдующей головки, <i>Expressio capitis</i> . . . . .	111
β) Извлечение послѣдующей головки, <i>Extractio capitis</i> . . . . .	113
1. Предохранение плода отъ асфиксии . . . . .	125
2. Оживление дѣтей послѣ труднаго извлечения . . . . .	—
3. Извлечение недоношенныхъ дѣтей . . . . .	126
4. Извлечение оторванной головки . . . . .	127
2. Извлечение плода при черепномъ положеніи . . . . .	—
Извлечение головными щипцами . . . . .	129
Модификаціи въ положеніи щипцовъ . . . . .	158
1. При высокомъ стояніи головки . . . . .	—
2. При передне-теменныхъ положеніяхъ . . . . .	160
3. При низкомъ поперечномъ положеніи головки . . . . .	165
4. При лицевыхъ положеніяхъ . . . . .	167
5. При послѣдующей головкѣ . . . . .	169
6. При выпаденіи ручки и пуповины рядомъ съ головкой . . . . .	—
7. При <i>Placenta praevia</i> . . . . .	—
8. При опущеніи влагалища съ маточной шейкой . . . . .	—
II. Уменьшеніе объема плода и его извлечение . . . . .	173
1. Прободеііе черепа, <i>Perforatio capitis, Craniotomia</i> . . . . .	—
1. Актъ. Перфорация въ тѣсномъ смыслѣ . . . . .	—
2. Актъ. Удаленіе мозга, <i>Excerebratio</i> . . . . .	184
3. Актъ. Извлечение черепа послѣ удаленія мозга . . . . .	185
2. Уменьшеніе туловища и отнятіе ручки . . . . .	196
а) Раасѣченіе шеи, <i>Decapitatio</i> . . . . .	197
б) Удаленіе грудныхъ и брюшныхъ вѣнгерностей, <i>Evisceratio</i> . . . . .	201
с) Отсѣченіе ручки, <i>Brachiotomia</i> . . . . .	204
III. Извлечение плода послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ или стѣнокъ таза . . . . .	205
1. Чревосѣченіе, <i>Laparotomia</i> . . . . .	—
а) Чревосѣченіе для удаленія яйца, развившагося внѣ матки или лежащаго внѣ матки, <i>Laparotomia extrauterina</i> . . . . .	208
1. Чревосѣченіе при вѣнматочной беременности . . . . .	—
2. Чревосѣченіе при разрывахъ матки . . . . .	217
б) Разрѣзъ живота и беременной матки или кесарское сѣченіе, <i>Laparo-Hysterotomia, Sectio caesarea</i> . . . . .	222

I. Кесарское сѣченіе на живой . . . . .	223
1. Консервативное кесарское сѣченіе . . . . .	—
2. Операція Porro, Hysterectomy, Amputatio uteri supravaginalis .	235
3. Разрѣзъ живота и влагалища, Laparoclytrotomia . . . . .	240
II. Кесарское сѣченіе на мертвыхъ и умирающихъ . . . . .	—
1. Кесарское сѣченіе на мертвыхъ . . . . .	—
2. Кесарское сѣченіе на умирающихъ . . . . .	244
2. Расщепленіе лоннаго соединенія и распиливаніе лонной кости . . .	245
а) Расщепленіе лоннаго соединенія, Symphyseotomia . . . . .	—
б) Разсѣченіе лонной кости, Pubiotomia или Pelviotomia . . . . .	246
Б. Послѣдовья операціи . . . . .	247
1. Отдѣленіе и удаленіе послѣда . . . . .	—
2. Удаленіе остатковъ послѣда . . . . .	252

## АКУШЕРСКІЯ ОПЕРАЦІИ ВООБЩЕ.

### Понятіе, цѣли и особенности акушерскихъ операцій.

Трудно опредѣлить слово операція, потому что оперируютъ многіе: врачъ, полководецъ, финансистъ и т. д. Всѣ ставятъ себѣ опредѣленные цѣли, взвѣшиваютъ средства, необходимыя и возможныя для достиженія ихъ, также благоприятныя и неблагоприятныя при данныхъ обстоятельствахъ условія, составляютъ затѣмъ свои планы и, наконецъ, выполняютъ ихъ, постоянно преодолевая встрѣчающіяся препятствія. Операція, такимъ образомъ, есть теоретическій замыселъ и практическое осуществленіе плана.

Трудность всякой операціи заключается не столько въ цѣляхъ, такъ какъ онѣ бываютъ по большей части ясно обозначены, сколько во взвѣшиваніи возможныхъ затрудненій и въ изобрѣтеніи средствъ къ устраненію ихъ.

Врачебныя операціи это — всѣ вмѣшательства въ организмъ человѣка, геср. животнаго, производимыя, въ видахъ исцѣленія, съ помощью рукъ или особенныхъ инструментовъ.

Гинекологическія и акушерскія операціи производятся на женскихъ половыхъ органахъ и ихъ содержимомъ.

Гинекологическія операціи служатъ для исцѣленія болѣзней половыхъ органовъ, за исключеніемъ времени беременности и родовъ.

Акушерскія операціи имѣютъ цѣлью удаленіе яйца, и притомъ, или преждевременное удаленіе его и, слѣдовательно, возбужденіе родовъ, или устраненіе препятствій со стороны половыхъ органовъ или плоднаго пузыря, — слѣдовательно, облегченіе родовъ, или, наконецъ, извлеченіе плода или послѣда, — слѣдовательно, окончаніе родовъ.

Всѣ хирургическія и гинекологическія операціи, которыя не относятся къ удаленію яйца, исключены изъ этого руководства, даже если онѣ производятся надъ беременными и рожевицами.

Сравнительно съ другими, акушерскія операціи имѣютъ нѣчто своеобразное:

1. Вопросъ о необходимости вмѣшательства вообще, равно какъ и выборъ между представляющимися въ отдѣльномъ случаѣ операціями, — слѣдовательно, вопросъ о показаніи, въ виду неотлагательности большинства представляющихся врачу акушерскихъ случаевъ, долженъ



обыкновенно рѣшатся быстро, и выполненіе должно непосредственно слѣдовать за рѣшеніемъ. За исключеніемъ травматическихъ случаевъ, при многихъ другихъ операціяхъ остается время для обсужденія, — слѣдуетъ ли производить операцію, и при томъ когда и какъ. Но вотъ именно эта-то необходимость скорого рѣшенія и выполненія и обуславливаетъ много серьезныхъ опасностей, особенно при несовершенномъ знаніи отдѣльнаго случая, при отсутствіи быстрого соображенія и комбинированія, при недостаточномъ познаніи или малой опытности врача. Акушерскій оперативный планъ, какъ и всякій другой, долженъ считаться съ рядомъ неизвѣстныхъ величинъ, которыя впервые выступаютъ лишь при выполненіи. Хорошо образованный, осторожный, хладнокровный операторъ съ самаго начала уже, по возможности, точно опредѣлитъ всѣ отдѣльныя особенности случая, затѣмъ начертитъ планъ и потомъ, во время выполненія его, будетъ имѣть поводъ дѣлать лишь немногія въ немъ измѣненія. Врачъ, недостаточно образованный теоретически и практически, или вслѣдующій только поверхностно, будетъ производить вычисленія надъ множествомъ неизвѣстныхъ величинъ, вслѣдствіе чего результатъ его разсужденій легко можетъ быть ошибочнымъ, и избранный образъ дѣйствія ложнымъ. А разъ онъ вступилъ на наклонную плоскость оперативныхъ ошибокъ, она приводитъ его въ неизгладимую бездну, кончающуюся, къ сожалѣнію, слишкомъ часто гибелью роженицы и ребенка. Ибо если не удастся первая попытка, тотчасъ же развивается извѣстное замѣшательство, страхъ передъ наступающими событіями, передъ дурной молвой и т. д., и самоувѣренность исчезаетъ. Въ это критическое время неопытный хорошо поступитъ, если, сославшись на усталость, подождетъ дѣйствовать и, если только позволяютъ мѣстныя и коллегіальныя условія, пригласитъ къ себѣ опытнаго товарища.

Но когда такой акушеръ продолжаетъ оперировать дальше въ ложномъ направленіи, имѣя въ виду одну только цѣль — окончить какъ можно скорѣе роды, — то легко развивается, особенно у раздражительныхъ и склонныхъ къ приливамъ натуръ, психическое состояніе, которое можетъ быть названо извѣстнаго рода умопомѣшательствомъ. Подъ вліяніемъ этого душевнаго состоянія акушеромъ совершаются часто такіе поступки, которые не только идутъ въ разрѣзъ съ признанными акушерскими ученіями, но даже подлежатъ уголовному разбирачеству. И если даже опытный экспертъ, принимая въ разсчетъ особенности личностей и обстоятельствъ, придастъ значеніе основаніямъ, смягчающимъ вину подсудимаго, — то дѣло все-таки остается въ памяти всѣхъ участниковъ и, какъ тайное угрызеніе совѣсти, — въ памяти совершившаго.

2. Акушерскія операціи почти всѣ приходится совершать во мракѣ, подъ руководствомъ одного только чувства осязанія. Различныя механическія препятствія, которыя легко усмотрѣло бы зрѣніе, обнаруживаются здѣсь впервые лишь изъ ихъ послѣдствій: недостаточное распріеніе маточной шейки, суженіе контракціоннаго кольца, узость таза или чрезмѣрная величина головки обнаружатся впервые изъ безуспѣшности родового процесса. Этимъ обуславливается извѣстная неувѣренность въ обсужденіи и дѣйствіи, потеря времени, ненужная трата силъ и безчисленныя, иногда опасныя поврежденія.



3. Почти всѣ акушерскія операціи оказываютъ вліяніе въ одно и то же время на мать и на плодъ. Если даже хотять дѣйствовать исключительно на половые органы матери, то дѣйствуютъ одновременно и на плодъ, такъ какъ операція вліяетъ на родовыя боли и на кровообращеніе плода. При одномъ извлеченіи ребенка и то нельзя избѣжать раздраженія половыхъ частей.

4. Почти всѣ акушерскія операціи вызываються состояніемъ, опаснымъ для жизни матери или плода, или обоихъ вмѣстѣ; слѣдовательно, въ основаніи ихъ лежатъ важныя и существенныя задачи. Ихъ упущеніе или запоздалое выполненіе часто бываетъ равнозначащимъ съ принесеніемъ въ жертву одной или двухъ человѣческихъ жизней.

## Общія правила акушерской дѣятельности.

### 1. Наборъ.

Призванный къ роженію акушеръ долженъ всегда брать съ собой акушерскій наборъ.

Для помѣщенія необходимыхъ инструментовъ, медикаментовъ и перевязочныхъ матеріаловъ служатъ кожаные баулы и сумки, а также свертывающіяся сумки съ боковыми отворотами и одной или двумя продольными тесьмами внутри, въ щели которыхъ вкладываются инструменты. Вмѣсто трудно дезинфицируемой кожи, въ послѣднее время пользуются полотномъ (*Fritsch*) или парусиной, которая можно часто стирать; эти матеріалы хотя не вполне удовлетворяютъ строгой асептикѣ, но зато лучше отвѣчаютъ другимъ требованіямъ, и потому они нашли между практиками широкое примѣненіе. Болѣе надежными въ смыслѣ предохраненія отъ пыли являются ящики изъ мѣди или никелированного листового желѣза: удобно стерилизуемые акушерскіе наборы *Dr. Benckiser'a* (Carlsruhe), *Dr. Mandel'a* (Forbach) и друг.; нестеромимое содержимое ихъ можетъ быть поставлено въ стерилизующую печь при температурѣ 120° Ц. Къ сожалѣнію, они нѣсколько тяжелы, что и препятствуетъ ихъ распространенію.

### Содержаніе набора.

Чтобы быть пригоднымъ для всѣхъ случаевъ, наборъ долженъ содержать: 1) инструменты для изслѣдованія, для дезинфекціи и обычные акушерскіе; 2) хирургическо-гинекологическіе, со включеніемъ перевязочныхъ матеріаловъ; 3) лѣкарства и 4) крушачіе инструменты.

1. Инструменты для изслѣдованія, для дезинфекціи и обычные акушерскіе: термометръ Цельзія, тесьма съ дѣленіемъ на сантиметры, тазомѣръ (портативный *Мартина* или *Кепера*) женскій стеклянный или нейзильберный катетеръ простой или изогнутый въ видѣ *S*, три англійскихъ эластическихъ катетера №№ 7, 8, 10 для катетеризаціи пузыря, маточный катетеръ (*Bozemann-Fritsch*) и нѣсколько эластическихъ бужей №№ 9 и 10 для введенія въ матку, 2 эластическихъ бужа (№№ 8 и 9) съ усѣченнымъ и закругленнымъ

концомъ для вдуванія воздуха мнимоумершимъ дѣтямъ (всѣ катетеры въ футлярахъ изъ папьемаше или никелированного металла), сифонный пригаторъ съ трубочкой, крючкомъ и шаромъ или бѣлая эмалированная, металлическая эсмархова кружка, изогнутый стеклянный маточный наконечникъ и прямой, тоже стеклянный, клистирный наконечникъ, ножницы для обрѣзыванія ногтей, карболовый вазелинъ (30 гр. въ стеклянкѣ или банкѣ), ножницы для пуповины, шнурокъ для перевязки пуповины, аппаратъ для хлороформированія съ маской *Esmarch'a*, стеклянка и языкодержатель, 4 эластическихъ бинта *Esmarch'a*, петля для поворота, акушерскіе щипцы, коридангъ для захватыванія послѣда, кольпейринтеръ *Braun'a*, гуттаперчевый фартукъ.

2. Хирургическо-гинекологическіе инструменты (въ одномъ карманномъ наборѣ) вмѣстѣ съ перевязочными матеріалами. Сюда относятся: брюшнстый скальпель и скальпель съ пуговкой на концѣ, прямые и Куперовскія ножницы, простые пинцеты (крючковатый и задвигной), желобоватый зондъ, ланцеты, прямые и изогнутые полинные щипцы *Sims'a*, ножницы *Siebold'a*, американскіе пулевые щипцы, двое щипцовъ *Museux*, маточный зондъ *Sims'a*, кюретка *Recamier'a*, большое и малое зеркало *Sims'a*, 2 цилиндрическія зеркала изъ твердаго каучука или металлическія, 2 дюжныя иголъ *Simon'a* и 1 дюжна плоскихъ, стеклянка съ хорошо скрученнымъ дезинфицированнымъ шелкомъ, стеклянка съ кэтгутумъ (шелкъ и кэтгутъ на стеклянныхъ катушкахъ), пглодержатель *Roser'a*, трансфузионный аппаратъ.

Никелированная коробка содержитъ 2 кв. м. іодоформной марли, разрѣзанной на полоски шириной въ 10 сант., нѣсколько метровъ дезинфицированной мягкой марли для приготовленія компрессовъ при чревосѣченіяхъ или кесарскомъ сѣченіи и для перевязки, или, вмѣсто обыкновенной марли, штукъ 15 марлевыхъ компрессовъ, обшитыхъ по краямъ, далѣе  $\frac{1}{2}$  килограмма карболовой ваты, 6 шариковъ изъ дезинфицированной ваты, сант. 6 длиной, различной толщины, туго свернутыхъ и перевязанныхъ вывареннымъ шнуркомъ, ваконецъ нѣсколько дезинфицированныхъ, мелкооздреватыхъ губокъ для обтиранія при зашиваніи промежности и т. п.

3. Изъ лѣкарствъ (въ стеклянкахъ съ притертыми стеклянными пробками и съ надписями) необходимы: Acid. carbolic. solut. 200 (D. ad vitr. nigr. с. epistom. vitr.), 1 стеклянка съ сулемовыми пастиллами *Angerer'a*, spir. vini rectific. 150, chloroformi 100 (D. ad vitr. nigr. с. epistom. vitr.), aether. sulfuric. 50, ferri sesquichlor. cryst. 30, extr. secal. liq. Kohlmann 20, morph. sulf. 0,3 in aq. dest. 10 (оба послѣднихъ для подкожнаго вырыскиванія), tinct. op. crocat. 10, ol. menth. piper. 5.

Далѣе нужно имѣть съ собой въ стеклянкахъ съ широкими горлышками: secal. cornut. pulv. 0,5, dos. Nr. 10, morph. acetici 0,01, с. sacch. alb. 0,25, dos. Nr. 10, rad. ipecacuanh. 1,5, dos. Nr. 10, jodoformi pulv. 30, bacilli jodoformi (jodof. 20, glycerini, gi. mimos., amyl. aā 2, f. bacilli Nr. 3, long. 5 ст.), также шприцъ для подкожныхъ вырыскиваній *Leiter'a*.

4. Крушачіе инструменты въ особомъ футлярѣ: перфораторъ *Kivisch'a* или *C. Braun'a*, ножницеобразный перфораторъ *Naegele*, краниокласть *Simpson-Braun'a* или *Kehrer'a*, костные щипцы, двойной

крючокъ (тупой и острый) *Smellie* или *Busch'a*, тупой крючокъ *Braun'a*, декапитационныя ножницы съ короткими концами и длинными рукоятками.

Наборъ съ перечисленными предметами надо брать на всякіе роды, потому что, если въ отдѣльныхъ случаяхъ понадобятся можетъ быть только немногіе инструменты, зато въ другомъ случаѣ недостатокъ какого-нибудь инструмента или лѣкарства въ моментъ необходимости можетъ быть роковымъ для роженицы или ребенка.

Наборъ съ крушащими инструментами акушеръ долженъ всегда брать съ собой, особенно если онъ приглашается на роды далеко отъ мѣста своего жительства.

Никогда не слѣдуетъ забывать послѣ употребленія инструментовъ тотчасъ-же вычистить ихъ, высушить и размѣстить по своимъ мѣстамъ, а потомъ осмотрѣть ихъ еще разъ дома; попорченные инструменты немедленно надо исправить, а израсходованные матеріалы, какъ-то: перевязки, принадлежности для швовъ, лѣкарства, хлороформъ, карболовую кислоту, спорынья и эфиръ, — какъ можно скорѣе пополнить и, вообще, содержать постоянно эти предметы въ полной исправности.

Акушеръ долженъ принять за правило быть готовымъ во всеоружіи каждую минуту.

## 2. Приготовленія акушера.

Акушеръ, прежде чѣмъ отправиться по приглашенію къ роженицѣ, долженъ, какъ слѣдуетъ добросовѣстному врачу, хорошенько припомнить, не подвергся ли онъ въ своей предыдущей практикѣ какой-нибудь инфекціи; и въ такомъ случаѣ, можетъ быть, лучше будетъ отослать просящихъ помощи къ какому-нибудь товарищу. Если онъ наканунѣ дѣлалъ вскрытіе, прикасался къ гнойнымъ или гнилостнымъ ранамъ, имѣлъ дѣло съ рожей, дифтеритомъ, скарлатиной, септициеміей и другими заразными болѣзнями, то онъ долженъ (если не желаетъ предоставить данный случай товарищу) перебраться дома бѣлье и платье, вымыть нѣсколько разъ теплой водой съ мыломъ волосы на головѣ, лицо, шею, руки и предплечья и дезинфицировать ихъ. Только тогда онъ можетъ отправиться къ роженицѣ. Если позволяютъ время и обстоятельства, то очень полезно было бы, конечно, вымыть предварительно все тѣло (взять ванну, сходить въ баню). Что полная дезинфекція рукъ возможна даже послѣ сильнаго загрязненія септическихъ веществами, это доказано опытами *Fürbringer'a* съ культурами и практическими наблюденіями *Macdonald'a*, *Ahlfeld'a*, *Küstner'a*, *Löhlein'a*, *Wiener'a*. Но безусловно требуется, чтобы дезинфекція въ этихъ именно случаяхъ производилась съ величайшей обстоятельностью, съ сознаниемъ полной личной ответственности и съ убѣжденіемъ въ ея необходимости и пользѣ.

Придя въ комнату роженицы, акушеръ долженъ снять съ себя скюртку, завернуть рукава рубашки и фуфайки выше локтей, надѣть гуттаперчевый или чистый полотняный фартукъ и приступить къ чисткѣ рукъ. Прежде всего слѣдуетъ подстричь ногти, края которыхъ сглаживаются, а содержащаяся подъ ними грязь удаляется. Затѣмъ

руки моются теплой водой съ мыломъ по *Kümmel's* въ продолженіе 5 минутъ при посредствѣ англійской щетки для ногтей, счищаютъ потомъ чистымъ полотенцемъ отдѣлвшіяся чешуйки верхней кожицы, погружаютъ руки по *Fürbringer's*, на 1 минуту въ 80% спиртъ, чистятъ ихъ этимъ спиртомъ, наконецъ моютъ ихъ, не высушивая, въ 3—5% карболовомъ или 100/00 растворѣ сулемы. Затѣмъ вытираютъ досуха чистымъ полотенцемъ и начинаютъ наружное изслѣдованіе.

Нѣкоторый интересъ представляетъ совѣтъ, который далъ *Tebeziy* въ своемъ учебникѣ акушерства (1756) относительно приготовленій акушера: «Акушеръ долженъ быть одѣтъ настолько легко, насколько возможно, потому что перѣдко ему приходится сильно работать и потѣть. Въ виду этого онъ долженъ снять одежду, засучить рукава рубашки выше локтей, обвязать вокругъ живота и бедеръ толстый передникъ, снять кольца съ пальцевъ, развязать подвязки и только слегка покрыть голову».

### 3. Разспросъ роженицы.

Рядомъ короткихъ вопросовъ надо прежде всего освѣдомиться у самой роженицы относительно важнѣйшихъ въ акушерскомъ отношеніи моментовъ изъ ея прошлаго, или, если она утомлена, у близкихъ ея или у акушерки. Въ крайнихъ случаяхъ, какъ напр., при прорѣзываніи головки, кровотеченіяхъ, судорогахъ, при слабости роженицы и т. п., эти вопросы, разумѣется, по возможности ограничиваютъ и тотчасъ же, сообразно обстоятельствамъ, принимаютъ мѣры. При видимой слабости роженицы прежде всего, ранѣе чѣмъ что-либо предпринимать, надо уничтожить эту слабость съ помощью возбуждающихъ средствъ. Какъ хирургъ не долженъ приступать къ операциі надъ тяжело раненымъ, не укрѣпивъ его возбуждающими средствами, такъ и акушеръ не долженъ оперировать на ослабленной роженицѣ.

На показанія акушеровъ нельзя никогда полагаться безусловно, ибо онѣ, какъ разъ въ противоположность молодымъ врачамъ, часто объявляютъ, что головка стоитъ низко и все подготовлено для операциі щипцами; а на самомъ дѣлѣ оказывается высокое положеніе головки, не вполне раскрытый маточный зѣвъ или даже, какъ я самъ наблюдалъ не разъ, вмѣсто черепного предлежанія, оказывалось предлежаніе ягодицами.

### 4. Наружное и внутреннее изслѣдованіе.

Если позволяютъ обстоятельства, то надо прежде всего предпринять возможно точное изслѣдованіе. Наружнымъ изслѣдованіемъ опредѣляется строеніе тѣла, особенно скелета (имѣя въ виду рахитизмъ, остеомалацію, общую задержку роста, искривленія позвоночника и т. п., причѣмъ часто уже является подозрѣніе на ненормальность таза), далѣе—общее состояніе и силы организма, температура, пульсъ, органы дыханія, пищеваженія, мочевые и вообще состояніе внутреннихъ органовъ, потомъ величина, форма, чувствительность матки, членорасположеніе и сердцебіеніе плода, частота, продолжительность и сила родовыхъ болей. Сюда-же относятся осмотръ и внѣшнее измѣреніе таза.

Затѣмъ слѣдуетъ внутреннее изслѣдованіе по возможности асептическими руками, послѣ того какъ половыя части пихъ окружность предварительно были вымыты мыломъ и дезинфицированы (см. ниже). Руки непосредственно передъ изслѣдованіемъ еще разъ дезинфицируются посредствомъ мыла, спирта и воды съ сулемой и, пока онѣ еще не высохли, указательный и средний пальцы смазываются 3%-мъ карболовымъ вазелиномъ. Избѣгая всякаго дальнѣйшаго прикосновенія къ одеждѣ, постельному бѣлью и бедрамъ, вводятъ пальцы въ половыя органы. При этомъ обращаютъ вниманіе на форму, консистенцію и емкость доступныхъ изслѣдованію половыхъ частей, плодный пузырь и положеніе плода, видъ, подвижность и высоту стоянія подлежащей части ребенка, ощупываютъ извнутри тазовыя стѣнки и опредѣляютъ, насколько возможно, *conjuncta diagonalis*, изслѣдуютъ также степень наполненія пузыря и прямой кишки. Производить это надо весьма тщательно и точно и никогда не забывать, что только на основаніи точнаго знанія всѣхъ подробностей случая возможны правильный діагнозъ, прогнозъ и терапія.

При изслѣдованіи не надо упускать изъ виду того, чтобы путемъ ощупыванія или, въ случаѣ надобности, путемъ осмотра, опредѣлить: не растянуты ли, не разможжены ли, или даже не разорваны ли половыя органы акушеркой или ранѣ приглашеннымъ товарищемъ. Если найдутся серьезные поврежденія, которые эти лица будутъ отрицать, то, прежде чѣмъ взяться за дѣло, надо безъ свидѣтеля и съ возможной осторожностью убѣдить ихъ посредствомъ зрѣнія или осязанія въ положеніи дѣла.

Послѣ cadaго изслѣдованія нужно мыть руки теплой водой съ мыломъ.

Передъ каждымъ новымъ изслѣдованіемъ, равно какъ и передъ операцией, надо производить снова основательную дезинфекцію рукъ.

## 5. Установленіе показаній.

Надо ли совершать оперцію, когда и какъ, — вотъ вопросъ въ акушерствѣ, на который въ особенности трудно отвѣчать, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ образъ дѣйствія основывается на предсказаніи, произойдутъ ли роды сами по себѣ и какомъ образомъ. Прогнозъ-же, какъ всякое предсказаніе, принимаетъ то или другое направленіе, смотря по объективнымъ даннымъ и по личной теоретической подготовкѣ, опыту, способности комбинировать и другимъ умственнымъ способностямъ врача, ставящаго предсказаніе. Такимъ образомъ, прогнозъ, во всякомъ случаѣ составляется весьма индивидуально; а отсюда становится понятнымъ разнообразіе мнѣній, при обсужденіи нѣсколькими врачами одного и того же случая.

Въ общемъ слѣдуетъ по возможности долѣе предоставить дѣйствовать силамъ природы и стараться въ случаѣ аномалій, — если только нѣтъ никакихъ угрожающихъ явленій, — итти къ дѣлу, назначая подходящее положеніе, питаніе, дѣченіе и другія безопасныя средства, а на оперцію надо рѣшаться лишь въ крайнемъ случаѣ, такъ какъ при всѣхъ болѣе тяжелыхъ операцияхъ легко происходятъ



поврежденія матери и ребенка, и притомъ болѣе глубокиа, чѣмъ вообще полагають. Щипцы, напр., перестали бы называться «безвредными» головными щипцами, если бы, какъ слѣдуетъ, записывать всѣ поврежденія, которыя произошли вслѣдствіе ихъ употребленія. Если даже въ какомъ-нибудь отдѣльномъ случаѣ, благодаря наблюдаемой съ самаго начала строгой антисептикѣ и асептикѣ, раны могутъ быть доведены до полного заживленія, то не надо никогда забывать, что въ большинствѣ родовъ, выпадающихъ врачу, изслѣдованіе уже раньше было неоднократно произведено акушеркой, такъ что инфекция была внесена многократно еще до нашего прихода. Къ этому надо прибавить, что родовой каналъ, и въ особенности болѣе глубокиа раны его, трудно поддаются полной дезинфекціи, и, наконецъ, что послѣдующій уходъ ввѣряется по большей части знаніямъ и доброй волѣ сидѣлокъ; во всякомъ случаѣ очень часто врачи совѣмъ не завѣдуютъ уходомъ за родильницей. Со введеніемъ антисептики въ акушерство показанія къ операціямъ стали приниматься очень легко, чтобы не сказать больше: наступилъ *furor operativus*. Между тѣмъ опытъ въ достаточной мѣрѣ доказалъ вредъ такого излишняго усердія.

Итакъ, пусть въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ обсудятъ и объективно взвѣсятъ между собой выгоды и невыгоды выжидательной и оперативной терапіи, пусть ограничатъ по возможности операціи, во всякомъ случаѣ пусть рѣшаются на операцію только на основаніи строгаго показанія и оставляютъ всѣ такъ называемыя излишествующія операціи. Постороннія занятія и нетерпѣніе врача, просьбы роженицы и окружающихъ ее о спасеніи, потеря времени, денежные и другія основанія не должны входить въ расчетъ при установленіи показаній добросовѣстнаго акушера.

## 6. Сообщеніе роженицѣ и ея окружающимъ о необходимой для нея операціи.

Если считаютъ операцію необходимой, то слѣдуетъ сообщить о ней роженицѣ, щадя ее и ободряя утѣшительными словами, но умалчивая о могущихъ быть опасностяхъ, кромѣ развѣ случая при рѣшеніи о жизни и смерти ребенка, какъ напр. при „относительномъ показаніи“ къ кесарскому сѣченію. Мужу, или кому-нибудь изъ близкихъ, посколькы можно разсчитывать на ихъ разумное поведеніе и предварительное молчаніе, слѣдуетъ сообщить все необходимое и при этомъ не умалчивать изъ излишней осторожности объ опасностяхъ, какъ уже существующихъ, такъ и предусматриваемыхъ. Въ особенности надо сообщить кому-нибудь изъ окружающихъ, если ребенокъ уже умеръ или можно предвидѣть, что онъ родится мертвымъ.

## 7. Приготовленіе въ комнатѣ роженицы.

Комната роженицы должна имѣть чистый и теплый (около 14° R.) воздухъ. Въ болѣе состоятельныхъ семействахъ эти условія по большей части имѣются на лицо, но въ жилищахъ крестьянъ и бѣдняковъ часто приходится прежде всего открыть окна, чтобы удалить жаркій,

зловонный воздухъ. Комната, въ которой передъ этимъ лежалъ заразный больной, никоимъ образомъ не должна служить помѣщеніемъ для роженицы или родильницы, а равно какъ и всѣ душныя, холодныя, сырыя, лежація вблизи отхожаго мѣста комнаты.

При тѣсномъ помѣщеніи вся ненужная и удобопереносимая мебель должна быть удалена прочь, а также—всѣ лица, которыя не будутъ нужны для поданія помощи и которыя могутъ быть вредны по своей нервной возбудимости. Двери на всякій случай надо запереть.

Если постель очень низка или ветха, то лучше всего оперировать на прочномъ столѣ. *Levret, Saxtorph, Hussian* и др., совѣтуютъ выбрать настолько высокій столъ, чтобы можно было производить операцію стоя,—совѣтъ, который на самомъ дѣлѣ имѣетъ многое за себя. Во всякомъ случаѣ, слѣдуетъ осмотрѣть постель со стороны чистоты и прочности ея, подложить подъ сѣдалищную область роженицы жестко набитую подушку, а если возможно, то покрыть всю постель — гуттаперчей и чистой простыней, а подъ тазовую область положить особую подстилку.

Если для операціи берутъ столъ, то онъ ставится такъ, чтобы по возможности голова была обращена къ стѣнѣ, ноги—къ окну, а бока были свободны. Затѣмъ на него кладется матрасъ или тюфакъ съ простынями и подушками.

Слѣдуетъ заботиться также о томъ, чтобы была наготовѣ горячая и холодная вода, чистыя простыни и полотенца въ достаточномъ количествѣ, грѣбныя пеленки, ванна и т. п.

## 8. Одежда роженицы.

Одежда роженицы не должна возбуждать усиленнаго дыханія вслѣдствіе своей тяжести и узости, но съ другой стороны она должна защищать отъ холода. Рубашка, кофта, а у той, которая привыкла, — фуфайка, вполне достаточны. Если при операціи неизбежно обнаженіе ногъ, то надо надѣть чистые чулки и укутать бедра теплымъ, крѣпко заколотымъ безопасными булавками, чистымъ платкомъ.

## 9. Опорожненіе пузыря и прямой кишки.

Если не мѣшаетъ низкое положеніе головки, то слѣдуетъ поставить клистиръ и, при очевидномъ наполненіи пузыря (въ случаѣ если мочеиспусканіе невозможно въ сидячемъ положеніи), ввести, при соблюденіи строжайшей антисептики, металлическій или эластическій катетеръ, отодвигая въ случаѣ надобности ту часть плода, которая надавливаетъ на мочевой каналъ.

За этими приготовленіями слѣдуетъ:

## 10. Дезинфекція половыхъ частей.

Никто не станетъ оспаривать, что половыя части роженицы, особенно въ случаяхъ, когда послѣ частыхъ изслѣдованій, дѣло, наконецъ, доходитъ до операціи, заключаютъ очень часто на своихъ стѣн-



какъ патогенныя бактеріи въ слизи или другомъ содержимомъ. Мы имѣемъ, поэтому, полное основаніе, даже если иногда это и не нужно, передъ каждой операціей подвергать всю доступную намъ половую сферу и все, что ее окружаетъ, тщательной дезинфекціи. Послѣдняя можетъ быть удобно произведена передъ наркозомъ и передъ тѣмъ, какъ женщина будетъ положена для операціи.

Обмываютъ теплой водой съ неособенно ѣдкимъ мыломъ и ватой наружныя половыя части, лобковую область, нижнюю часть живота, заднепроходную область и бедра, причемъ, гдѣ нужно, пользуются также англійской щеткой. Послѣ того какъ смыта мыльная вода, слѣдуетъ промываніе влагалища 1—2 литрами теплаго (26° R) 2—3% раствора карболовой кислоты или 0,25% сулемы. Стеклянный маточный наконечникъ направляется при этомъ во все извилины родового канала, между *portio vaginalis* и *vagina*, а также на маточную шейку; слизь при этомъ осторожно вытирается пальцемъ. Осторожное вытираніе половыхъ стѣнокъ, включая сюда доступную часть шейнаго канала, шарикомъ ваты, погруженнымъ въ растворъ сулемы и схваченнымъ полипными щипцами, необходимо лишь въ исключительныхъ случаяхъ: при вызваніи выкидыша или преждевременныхъ родахъ, при омертвѣніи слизистой оболочки, при гниломъ содержимомъ матки и т. п., особенно если имѣется въ виду внутриматочная операція.

## 11. Приготовленіе инструментовъ.

Необходимые для операціи инструменты досуха вытираются, кладутся въ чистый сосудъ и поливаются теплымъ 5% растворомъ карболовой кислоты до тѣхъ поръ, пока совершенно не покроются имъ.

Затѣмъ, кладутъ въ другой сосудъ съ теплымъ 3% карболовымъ растворомъ достаточное количество ваты, чтобы очищать ею во время операціи половыя части, ихъ раны, кровь и т. д.

Если можно ожидать разрывовъ, то берутъ нѣсколько пинцетъ и кладутъ ихъ вмѣстѣ съ иглодержателемъ и ножницами въ чашку съ карболовымъ растворомъ.

Все эти вещи располагаются такъ, чтобы ихъ легко было достать.

Около самаго края постели, подъ тѣмъ мѣстомъ, на которомъ должна лежать тазовая область женщины, ставятъ тазъ для принятія плодныхъ водъ, крови и другихъ жидкостей.

## 12. Наркозъ роженицы.

Наркозъ посредствомъ хлороформа или ээира съ пользой употребляется при всѣхъ очень болѣзненныхъ операціяхъ. При этомъ имѣютъ цѣлью прежде всего уничтоженіе болѣзненности, затѣмъ произвольныхъ и рефлекторныхъ сокращеній мускулатуры брюшного пресса и дна таза, вообще мускуловъ всего скелета; такой наркозъ вліяетъ на схватки, но не всегда, и притомъ въ томъ смыслѣ, что паузы въ началѣ удлиняются. Рекомендуются предпосылать хлороформированію впрыскиваніе морфія.

Только въ слѣдующихъ случаяхъ не надо употреблять наркоса:

1. При коллапсѣ, при сильной анеміи, порокахъ сердца, особенно недостаточности заслонокъ и перерожденіи мускулатуры сердца, при болѣзняхъ легкихъ, связанныхъ съ затрудненіемъ дыханія, при Struma circumflexa и substernalis, болѣзняхъ мозга и т. п., — короче при всѣхъ состояніяхъ, которыя заставляютъ опасаться асфиксін отъ хлороформа;

2. Если очевидно, что операція не повлечетъ за собой болѣе сильныхъ страданій, чѣмъ естественные роды; такъ напр. при простыхъ извлеченіяхъ руками или щипцами.

3. Въ критическихъ случаяхъ, напр. при кровотеченіи, выпаденіи слабо пульсирующей пуповины и т. п., по причинѣ связанной съ примѣненіемъ наркоза потери времени, которая можетъ грозить опасностью для матери или ребенка.

Напротивъ, настоятельно рекомендуется употребленіе полного наркоза при очевидно тяжелыхъ операціяхъ щипцами, при поворотахъ, ручныхъ извлеченіяхъ, эмбриотоміяхъ, чревосѣченіяхъ и кесарскихъ сѣченіяхъ, тяжелыхъ послѣродовыхъ операціяхъ, а также если имѣемъ дѣло съ очень нервными лицами и при эклампсін.

Хлороформируютъ въ обыкновенномъ положеніи на спинѣ и только послѣ наркоза приводятъ роженицу въ нужное для операціи положеніе.

Несмотря на то, что уже въ 1847 году хлороформъ введенъ *Simpson'омъ* въ акушерскую практику, тѣмъ не менѣе онъ до сихъ поръ многими врачами или никогда не употребляется, или употребляется въ исключительныхъ случаяхъ; при этомъ ссылаются отчасти на болѣзненность родовъ вообще и на сравнительно непродолжительную усиленную боль при операціи, отчасти на трудность имѣть необходимаго для хлороформированія помощника въ частной практикѣ, геср. на неудобство самому оперировать и одновременно наблюдать за наркозомъ. Последнее неудобство нельзя отрицать, но, какъ научилъ опытъ, въ большинствѣ случаевъ его можно легко устранить: сначала акушеръ самъ производитъ полный наркозъ и затѣмъ уже оперируетъ, между тѣмъ какъ помощница (обыкновенно, акушерка) только послѣ, при появленіи чувствительности, снова даетъ вдыхать хлороформъ, причемъ ей предписывается непрерывно наблюдать за пульсомъ и дыханіемъ, при разстройствѣ дыханія она должна тотчасъ-же отодвигать впередъ нижнюю челюсть и немедленно сообщать объ измѣненіи пульса. Цѣлесообразно было-бы при обученіи акушеровъ упражнять ихъ въ хлороформированіи, какъ это дѣлается уже въ нѣкоторыхъ школахъ.

### 13. Положеніе рожениць.

У рожениць вообще употребляются слѣдующія положенія.

1. Простое спинное положеніе при отсутствіи особыхъ показаній.

2. Боковое положеніе а) при боковомъ вставленіи головки и б) для облегченія поворота подлежащей части къ лонному соединенію, равно какъ и с) для предохраненія отъ разрыва промежности.

3. Спдячее положеніе а) для облегченія вставленія головки въ плоскій тазъ при anteflexio матки, герр. для установленія передне-теменного положенія, и б) при низко стоящей головкѣ или ягодицахъ для облегченія ихъ прорѣзыванія, а смотря по обстоятельствамъ, — для возбужденія болѣе сильныхъ схватокъ и потугъ.

Для облегченія производства акушерскихъ операцій употребляются слѣдующія положенія роженицъ:

1. Спинное положеніе съ приподнятымъ задомъ употребляется тогда, когда не разсчитываютъ на помощь со стороны маточныхъ сокращеній: при изслѣдованіи и внутреннемъ измѣреніи таза, при влагалитическихъ, маточныхъ сиринцеваніяхъ и при влагалитической и маточной тампонаціи, при очевидно легкихъ операціяхъ извлеченія щипцами, при послѣдовыхъ операціяхъ, а въ исключительныхъ случаяхъ также при другихъ операціяхъ, если роженица до такой степени слаба, малокровна или страдаетъ одышкой, что болѣе значительное измѣненіе въ положеніи недопустимо. Наконецъ, чревосѣченіе и кесарское сѣченіе производятся также въ спинномъ положеніи.

2. Положеніе на косой или поперечной постели представляетъ для акушерскихъ операцій большое удобство, потому что при этомъ половыя части легко доступны и передъ ними есть мѣсто для влеченія ребенка внизъ.

Надо завернуть бедра въ теплыя простыни, крѣпко заколотыя безопасными булавками, и надѣть чулки; затѣмъ положить на матрасъ у свободнаго края постели жесткую ровную подушку для тазовой области.

При положеніи на поперечной кровати, которое рекомендовалъ уже *Celsus*, роженица кладется на кровать наискось, а тазовая область — у самаго края постели. Затѣмъ ставится рядомъ съ постелью два стула, на нихъ садятся женщины другъ противъ друга, берутъ ноги роженицы, ступни ихъ кладутъ на свои бедра и крѣпко держатъ на своихъ колѣнахъ раздвинутыя ноги роженицы, которыя при этомъ должны быть слегка согнуты въ бедрахъ и сильно согнуты въ колѣнахъ. Между помощницами должно оставаться достаточно мѣста для оперирующаго врача.

При положеніи на косой кровати одну ногу держать сидящая рядомъ помощница, а другая нога остается на постели; стопа упирается въ кровать и придерживается помощницей, которая стоитъ въ ногахъ. Роженица лежитъ на постели наискось, голова — на концѣ кровати, противоположномъ тому, у котораго стоитъ операторъ. При этомъ положеніи врачъ менѣе стѣсненъ помощниками, почему я и предпочитаю вообще косую кровать.

При положеніи для камнесѣченія нужно приподнять нѣсколько верхнюю часть тѣла, подкладывая подъ нее подушки, для *planum inclinatum*. Подушки поддерживаются круто вдвинутой между кроватью и матрасомъ доской, упирающейся въ комнатную стѣну, или перевернутымъ стуломъ. Такъ какъ при положеніи для камнесѣченія плодъ давитъ своею тяжестью на дно таза, то оно годится для всякаго вида извлеченія ребенка.

Если отнять прочь всѣ подушки, такъ чтобы только задъ лежалъ

на подушкѣ, а спина и голова на матрацѣ и, такимъ образомъ, голова была-бы ниже, чѣмъ задъ, то мы получимъ спинно-тазовое положеніе, которое употребляли уже *Гиппократъ*, *Филуменъ*, *Аесій* и арабскіе врачи. При этомъ давленіе брюшной полости становится меньше, подлежащая часть отступаетъ нѣсколько кверху и становится подвижнѣе, вслѣдствіе чего это положеніе годится для всѣхъ операцій, и направляющихъ положеніе и членорасположеніе плода, — слѣдовательно, для легкихъ случаевъ поворота, вправленій пуповины и пр.

Если хотять еще болѣе уменьшить давленіе брюшной полости, тогда роженицѣ придаютъ по порядку слѣдующія положенія:

3. Простое боковое положеніе. Отнимаютъ головныя подушки, помѣщаютъ на жесткую подушку у свободнаго края постели тазовую часть лежащей на боку женщины и сгибаютъ ея ноги въ бедрахъ и колѣнахъ. Это положеніе годится въ нѣкоторыхъ случаяхъ для поворотовъ (*Ould 1742*).

4. Боковое положеніе *Sims'a*, — причѣмъ тѣло женщины лежитъ наискось на постели или столѣ, тазъ ея у свободнаго края стола, а передняя часть груди, посредствомъ отодвиганія лежащаго внизу плеча, помѣщается ниже, — весьма рекомендуется для изслѣдованія зеркаломъ и предпринимаемыхъ при этомъ операцій, такъ какъ при малѣйшей поддержкѣ помощникомъ хорошо видно внутреннія половыя части. Это положеніе годится также для поворота вслѣдствіе уменьшенія брюшнаго давленія. *Sims* опубликовалъ его въ 1866 году.

5. Колѣнно-локтевое, также колѣнно-грудное, положеніе *à la vache*, — это такое положеніе, при которомъ давленіе въ брюшной полости наиболѣе уменьшается, что происходитъ вслѣдствіе того, что бедра длиннѣе, чѣмъ предплечья. Если локти и колѣна найдутся на одной горизонтальной плоскости, а предплечья и бедра стоятъ круто, то черезъ это тазъ помѣщается выше, чѣмъ вершина грудной кѣтки.

Такъ какъ при этомъ положеніи направленіе давленія брюшно-тазовыхъ внутренностей идетъ не въ сторону спины, а въ сторону живота черезъ переднюю стѣнку живота, то давленіе внутренностей живота на матку и давленіе послѣдней на дно таза уменьшается, геср. дѣлается отрицательнымъ; влагалище, благодаря проникающему воздуху, прижимается къ стѣнкамъ таза, удлиняется и расширяется до тахіштіа, околоплодная вода задерживаются, брюшныя мускулы ослабѣваютъ, роженица дѣлается неспособной къ болѣе сильнымъ потугамъ, сокращенія матки уменьшаются.

Роженица упирается на продолжной постели на локти и колѣна, причѣмъ предплечья и бедра лежатъ круто на постели, а нижнія части рукъ и бедеръ, согнутыя подъ прямымъ угломъ, лежатъ горизонтально; или она лежитъ на поперечной постели, а тазовая ея часть приходится на свободномъ краѣ постели.

Колѣнно-локтевое положеніе представляетъ большія удобства для нѣкоторыхъ случаевъ поворотовъ и репозицій. Матка и подлежащая часть, можетъ быть уже и вступившая нѣсколько въ тазъ, отступаютъ изъ тазоваго входа въ брюшную полость, черезъ что пріобрѣтается мѣсто для введенія руки и поворота ребенка.

Въ числѣ невыгодъ этого положенія приводятся: невозможность хлороформированія, равно какъ и воздѣйствія рукой на животъ снаружи, неудобство и даже непрстойность, а также—прониканіе воздуха въ матку. Последнее, впрочемъ, не имѣетъ значенія. *Ed. Martin* утверждалъ также, что при этомъ легко могутъ происходить разрывы матки.

#### 14. Общія правила для дѣйствій акушера при операціяхъ.

Акушеру нужно при всѣхъ операціяхъ принимать возможно болѣе удобное положеніе и избѣгать, по возможности, всѣхъ принужденныхъ положеній; при несоблюденіи этого правила акушеръ быстро утомляется, причиняетъ себѣ боль и поэтому не можетъ выполнить операціи съ должнымъ спокойствіемъ. Въ особенности надо опасаться всякаго согнутаго положенія, если оно продолжается долго: подобное положеніе легко приводитъ усталость или головные приливы, а эти послѣдніе у нѣкоторыхъ лицъ подають поводъ къ послѣдственности, къ форсированному или даже неправильному оперированію.

При операціяхъ, производимыхъ руками и инструментами, надо соблюдать слѣдующія общія правила:

а) Слѣдуетъ, по возможности, совсѣмъ не браться, а если это неизбежно, то браться лишь весьма осторожно за тѣ мѣста, гдѣ лежатъ мягкіе или хрупкіе органы плода, какъ горло, печень и т. п., чтобы не вызвать кровотеченій или не произвести разрывовъ. Чтобы уберечься отъ разрывовъ суставныхъ связокъ, разрушенія эпифизовъ и переломовъ діафизовъ, не слѣдуетъ приводить конечности въ насильственные положенія, напр., не загибать рукъ за затылокъ и спину, не разгибать бедеръ слишкомъ сильно въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ и колѣнахъ.

б) Въ особенности осторожно надо обращаться съ плодами, хотя живыми, но еще недоношенными, а главное, съ мацерированными и уродами, въ виду ихъ легкой разрываемости.

в) Половые части матери слѣдуетъ сдавливать, насколько возможно, меньше, и только постепенно расширять, и, если онѣ оказываютъ сильное кольцеобразное противодѣйствіе, какъ это бываетъ въ наружномъ маточномъ зѣвѣ и во входѣ во влагалище, то лучше надрѣзать ихъ ножомъ, чѣмъ разрывать во время проведенія руки. Чѣмъ болѣе уменьшаютъ препятствія своевременнымъ надрѣзомъ, тѣмъ меньше потребуются впоследствии силы.

д) Всегда бываетъ опасно, если акушеръ, пустивъ въ ходъ всю свою силу, старается добиться извлеченія плода. Тяжелые и опасные разрывы частей плода, глубокіе разрывы шейки, промежности или влагалища бывають при этомъ почти неизбежными послѣдствіями.

е) Однимъ изъ главнѣйшихъ принциповъ акушера долженъ быть тотъ, чтобы не преодолевать силой существующія препятствія, но, если только возможно, устранить ихъ.

ф) Въ общемъ операторъ долженъ придерживаться испытанныхъ и многократнымъ опытомъ проверенныхъ правилъ школы. Если онъ, въ виду особыхъ условій даннаго случая, не достигаетъ цѣли, то онъ долженъ оперировать, какъ можетъ, не упуская все время



изъ виду главную дѣль. Пригодныхъ модификацій много, но принимать ихъ всѣ во вниманіе—значило бы затемнить дѣло.

г) Всякую операцію слѣдуетъ доводить до конца по возможности въ одинъ пріемъ, безъ продолжительныхъ перерывовъ, такъ какъ каждая травма производитъ рефлекторный приливъ, и вмѣстѣ съ этимъ меньшее или большее кровотеченіе, если разрывъ тканей и сосудовъ значителенъ. Но если сильно гиперэмированные и сильно сокращенные вслѣдствіе механическаго раздраженія органы, послѣ долгаго промежутка, снова механически раздражаются, то происходятъ большія и повторныя кровотеченія и такія нарушенія въ питаніи, что въ послѣдующемъ періодѣ почти навѣрное наступаетъ омертвѣніе тканей.

Только въ слѣдующихъ случаяхъ, какъ исключеніе, можно допустить операцію въ два пріема:

а) При запущенномъ поперечномъ положеніи плода и tetanus uteri, когда, не смотря на глубокой наркозъ, поворотъ не удастся, а ребенокъ еще живъ. Тогда женщину сажаютъ приблизительно на полчаса въ теплую ванну, и если послѣ этого наступаетъ извѣстное расслабленіе матки, а сердцебіеніе плода еще отчетливо, сильно и не очень замедленно, то возобновляютъ попытку поворота. Напротивъ, при мертвомъ ребенкѣ, послѣ первой напрасной попытки поворота, производить декантацию или эмбриотомію.

б) Если въ виду начинающейся асфиксіи ребенка, при хорошемъ состояніи роженицы и сильныхъ потугахъ, накладываютъ щипцы, а ребенокъ, несмотря на сильныя тракціи, не подается и еще живъ, то можно сдѣлать болѣе или менѣе продолжительный перерывъ и, если за это время головка спустилась ниже, еще разъ наложить щипцы. Иногда при этомъ удается извлечь еще живого ребенка. Въ этомъ случаѣ между первой и второй операціей половыя части надо особенно тщательно дезинфицировать.

в) Наконецъ, послѣ поворота на пожку можно сдѣлать болѣе или менѣе продолжительный перерывъ до извлеченія плода въ случаяхъ предлежанія послѣда и т. п.

## 15. Уходъ за родильницей.

Послѣ извлеченія ребенка и удаленія послѣда, нужно вымыть наружныя половыя части теплой воды съ мыломъ и растворомъ карболовой кислоты. Относительно цѣлесообразности прополаскиваній влагалища послѣ оперативныхъ пособій взгляды раздѣляются. Въ моей клиникѣ я каждый разъ произвожу спринцеваніе влагалища. Послѣ внутриматочныхъ операцій, въ особенности послѣ поворота и отдѣленія послѣда, послѣ рожденія мацерированныхъ плодовъ, послѣ гнилыхъ плодныхъ водъ и ребенка, надо проспринцевать матку, при соблюденіи необходимыхъ правилъ предосторожности, 3% карболовымъ растворомъ.

Пока родильница еще лежитъ на косоj постели, и наркозъ еще поддерживается, зашиваютъ всѣ болѣе или менѣе значительныя раны половыхъ частей шелкомъ и катгутомъ. Наконецъ, половыя части покрываются сырой карболовой или сулемованной ватой, и родильница

переносится на чистую теплую постель; иначе же постель, гдѣ произошли роды, очищаютъ и покрываютъ новыми подстилками. У не особенно истощенныхъ или малокровныхъ можно предварительно перемянить бѣлье.

Нельзя оставлять родильницу одну раньше, чѣмъ минуетъ всякая опасность (особенно опасность послѣродоваго кровоточенія), а матка хорошо сократится. При вялости послѣдней даютъ, въ случаѣ надобности въ продолженіи нѣсколькихъ дней, спорыню.

Leuz (M. f. G. 18, 125) совѣтовалъ въ свое время послѣ всякихъ внутриматочныхъ операцій въ первые 3 дня, для возбужденія маточныхъ сокращеній и для предохраненія отъ воспаленій, класть на животъ компрессы Priessnitz'a. Послѣдніе я нѣсколько лѣтъ тому назадъ сталъ примѣнять въ клиникѣ и могу, на основаніи своего наблюденія, подтвердить ихъ пользу.

Систематическія промыванія влагалища въ родильномъ періодѣ, если онъ протекаетъ нормально, излишни; впрочемъ, при извѣстныхъ показаніяхъ, при ненормальномъ послѣродовомъ очищеніи, лихорадкѣ и т. п., они умѣстны.

Родившая при помощи операціи не должна покидать постель до тѣхъ поръ, пока путемъ тщательнаго осмотра и внутренняго изслѣдованія не убѣдится въ совершенномъ восстановленіи половыхъ органовъ и, прежде всего, въ совершенномъ излѣченіи всѣхъ пораненій, такъ какъ еще не зажившія раны нерѣдко надрываются снова отъ преждевременныхъ движеній тѣла и инфицируются послѣродовымъ очищеніемъ, а отсюда развивается родильная горячка и очень часто — упорныя, тяжелыя воспаленія.

### Частота акушерскихъ операцій.

Относительно частоты этихъ операцій, вообще, и отдѣльныхъ операцій въ частности даетъ намъ свѣдѣнія слѣдующая таблица:

Изъ этой таблицы видно, что въ названныхъ нѣмецкихъ странахъ операціи предпринимались въ 3% — 6% всѣхъ родовъ. Чаще всего бываютъ наложенія щипцовъ, за ними слѣдуютъ послѣдовыя операціи, повороты и извлеченія при тазовомъ положеніи, рѣдко бываютъ нужны перфораци и крушачія операціи или искусственный выкидышъ и преждевременные роды, — всего рѣже производится кесарское сѣченіе.

Относительно вліянія отдѣльныхъ факторовъ на частоту операцій я привожу слѣдующія данныя; причемъ надо отмѣтить, что въ общей статистикѣ первородящія относятся къ многородащимъ какъ 1 : 4, по Veit'у какъ 1 : 3.

1. У первородящихъ акушерскія операціи требуются относительно чаще, чѣмъ у многородащихъ, въ особенности щипцы, очевидно вслѣдствіе большей узости и неподатливости половыхъ частей у первородящихъ.

По Schreiber'у въ Кюргессенѣ съ 1836 — 38 г. отношеніе оперированныхъ первородящихъ къ оперированнымъ многорожавшимъ = 1 : 1,4. По Dohrn'у въ Нассау (1860—66) 41% всѣхъ акушерскихъ операцій падалъ



	Ploss для Саксонии (1828—41) Вюртемберга (1821—56), Баварии (1855—60), Нассау (1821—42), Кюргессена (1836—46), Бадена (1833—55).						Doirn для Кюргессена (1852—66).			Статистическія данныя великаго герцогства Баденскаго (1870—1888).			Общій итогъ.					
	Числа.	Процентъ рожденныхъ дѣтей.	Процентъ операций.	Числа.	Процентъ рожденныхъ дѣтей.	Процентъ операций.	Числа.	Процентъ рожденныхъ дѣтей.	Процентъ операций.	Числа.	Процентъ рожденныхъ дѣтей.	Процентъ операций.	Числа.	Процентъ рожденныхъ дѣтей.	Процентъ операций.	Числа.	Процентъ рожденныхъ дѣтей.	Процентъ операций.
Новорожденныя дѣти . . . . .	2330717	—	—	337637	—	—	1085018	—	—	—	—	3753372	—	—	—	—	—	—
Акушерскія операции . . . . .	107090	4,59	—	12308	3,27	—	65854	6,06	—	—	—	185252	4,88	—	—	—	—	—
Щипца . . . . .	46443	1,99	43,47	5774	1,53	46,91	21726	2,00	32,99	73943	1,95	39,91	1,95	39,91	39,91	—	—	—
Операции на хв. послѣдомъ . . . . .	23146	0,99	21,61	3055	0,81	24,82	17179	1,58	26,08	43380	1,14	23,41	1,14	23,41	23,41	—	—	—
Повороты . . . . .	34874	14,96	32,56	3128	0,83	25,41	14388	1,32	21,84	17516	0,46	9,45	0,46	9,45	9,45	—	—	—
Извлеченія . . . . .																34874	0,91	18,82
Перфорации . . . . .	1420	0,06	1,32	106	0,02	0,86	696	0,06	1,05	696	0,018	0,37	0,018	0,37	0,37	—	—	—
Раздробленія . . . . .							155	0,01	0,23	155	0,004	0,088	0,004	0,088	0,088	—	—	—
Accouchement forcé . . . . .	866	0,03	0,80	146	0,03	1,18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Искусственный выкидышъ и преждевремен. роды . . . . .							443	0,04	0,67	443	0,011	0,23	0,011	0,23	0,23	—	—	—
Кесарское { на живыхъ				10	0,002	0,08	42	0,003	0,06	42	0,001	0,028	0,001	0,028	0,028	—	—	—
съченіе: { на мертвыхъ	349	0,01	0,32	88	0,02	0,71	61	0,005	0,09	61	0,003	0,080	0,003	0,080	0,080	—	—	—

на первородящихъ, а въ Кюрессенѣ съ 1850—66 г. изъ 5774 разрѣшившихся съ помощью щипцовъ на долю первородящихъ приходилось 3571, на долю многорожавшихъ—2203. *Pfannkuch* считаетъ для Кюрессена (1868—70) на 100 оперированныхъ первородящихъ 55 многорожавшихъ, *Knops* для Касселя (1867—72)—580 первородящихъ и 362 многорожавшихъ; *v. Hecker* при 7138 первородящихъ накладывалъ щипцы 331 разъ = 4,6%, при 10082 многорожавшихъ 115 разъ = 1,1%.

Съ увеличеніемъ возраста первородящихъ частота примѣненія щипцовъ увеличивается, какъ это будетъ статистически доказано въ главѣ «о щипцахъ».

2. Повороты относительно чаще оказываются необходимыми у многорожавшихъ, чѣмъ у первородящихъ,—очевидно потому, что при вальхъ, растянутыхъ и широкихъ маткахъ у первыхъ чаще являются поперечныя положенія.

По *v. Franqué* на первородящихъ въ Нассау (1843—59) приходилось только 10,5% поворотовъ; по *Dohrn*'у въ Нассау (1860—66) 11,9%. Въ Кюрессенѣ *Dohrn* (1852—66) насчитывалъ при 166 поворотахъ на голову 35 первородящихъ и 131 многорожавшихъ, при 2962 поворотахъ на ножку 344 первородящихъ и 2618 многорожавшихъ. Въ Кассельскомъ округѣ приходилось (1867—72) на 64 поворота на голову 6 первородящихъ и 58 многорожавшихъ, на 451 поворотъ на ножку 51 первородящая, 400 многорожавшихъ.

3. Роды мальчиками чаще оканчивались оперативно, чѣмъ роды дѣвочками, что въ среднемъ должно быть зависѣло отъ болѣе значительной величины мальчиковъ, особенно ихъ головки.

*Hecker* накладывалъ щипцы при 268 родахъ мальчиками и 178 родахъ дѣвочками, такимъ образомъ при отношеніи 150,6:100 вмѣсто прежняго отношенія въ Мюнхенѣ 105,9 мальчиковъ къ 100 дѣвочкамъ.

*C. Schumacher* считаетъ для клиники въ Боннѣ (съ отношеніемъ 107 мальчиковъ къ 100 дѣвочкамъ), что 142 родовъ мальчиками на 100 родовъ дѣвочками окончились оперативно.

Кромѣ того, частота операций возрастаетъ вмѣстѣ съ относительнымъ увеличеніемъ числа врачей, какъ подтвердили *Dohrn*, *Pfannkuch* и другіе.

Наконецъ, операции, кажется, чаще бывають въ болѣе холодное время, чѣмъ въ теплое. Все-таки недостаетъ еще многихъ статистическихъ данныхъ.

## Раздѣленіе акушерскихъ операций.

Мы дѣлимъ ихъ на слѣдующія группы:

A. Прерываніе беременности (*Provocatio partus*).

1. Возбужденіе выкидыша.

2. Возбужденіе преждевременныхъ родовъ.

B. Раскрывающія операции.

I. Расширеніе и раскрытіе половыхъ частей (*Dilatatio et Discissio genitalium*).

1. Раскрытіе закрытаго маточнаго зѣва.

2. Некротовое расширение маточной шейки.
  3. Кротовое расширение маточнаго зѣва.
  4. Кротовое раскрытіе и расширение влагалища и дѣвственной плевы.
  5. Кротовое расширение наружныхъ половыхъ частей.
- II. Нарушеніе цѣлости плоднаго пузыря.
- Проколъ оболочекъ яйца.
- C. Операциі, исправляющія положеніе и членорасположеніе плода.
- I. Операциі, исправляющія положеніе плода. Поворотъ (*Versio*).
    1. Поворотъ при косомъ и поперечномъ положеніи на головку, ягодицы или ножки.
    2. Поворотъ при головномъ положеніи.
  - II. Операциі, исправляющія членорасположеніе плода (*Rectificatio habitus*).
    1. Измѣненіе лицевого положенія въ теменное.
    2. Измѣненіе ягодичнаго положенія въ неполное ногоположеніе.
    3. Терапія выпаденія ручки при головномъ положеніи.
    4. Терапія выпаденія ножки при головномъ положеніи.
    5. Терапія выпаденія пуповины.
- D. Извлеченіе плода (*Extractio*).
- I. Безвредное для плода извлеченіе естественнымъ путемъ.
    1. Извлеченіе при предлежаніи тазовымъ концомъ.
    2. Извлеченіе щипцами при головномъ положеніи.
  - II. Уменьшеніе объема и извлеченіе плода.
    1. Прободеніе и извлеченіе головки (*Perforatio*).
    2. Уменьшеніе туловища.
      - a) Разъединеніе плода въ шейной части позвоночника (*Decapitatio*).
      - b) Опорожненіе грудной и брюшной полостей (*Exenteratio*).
      - c) Отнятіе ручки (*Brachiotomia*).
  - III. Извлеченіе плода черезъ разрѣзъ стѣнокъ живота или таза.
    1. Чревосѣченіе.
      - a) Для удаленія плода, находящагося виѣ матки (*Laparotomia extrauterina*).
      - b) Подчревное сѣченіе беременной матки или Кесарское сѣченіе.
    2. Расщепленіе лоннаго соединенія и распиливаніе лонной кости.
- E. Послѣдовыя операциі.
1. Извлеченіе и отдѣленіе послѣда.
  2. Удаленіе остатковъ послѣда.

# ОТДѢЛЬНЫЯ АКУШЕРСКІЯ ОПЕРАЦІИ.

## А. Прерываніе беременности (*Provocatio partus*).

**Понятіе.** Возбужденіе родовыхъ болей для прерыванія беременности въ первыя 33 недѣли называется «искусственнымъ вызываніемъ выкидыша», въ 34—36 недѣлю — «искусственнымъ вызываніемъ преждевременныхъ родовъ», или лучше сказать «возбужденіемъ выкидыша, *resp.* преждевременныхъ родовъ». Цѣль и результатъ первой операціи (но не сама операція) — *Abortus artificialis*, второй — *Partus praematurus artificialis* <sup>1)</sup>.

Кромѣ этихъ двухъ общеизвѣстныхъ операцій, *Ahlfeld* ввелъ еще, какъ особую операцію, возбужденіе родовыхъ болей на 37—45-ой недѣлѣ: «искусственное возбужденіе родовъ». Мы рассмотримъ эту операцію въ концѣ главы, а теперь займемся операціей возбужденія выкидыша и преждевременныхъ родовъ.

**Цѣль.** Цѣль нашихъ операцій заключается въ томъ, чтобы устранить угрожающую въ данный моментъ или въ будущемъ опасность для самой беременной, или для плода, или обоихъ вмѣстѣ. Повидимому, эти операціи различны между собой лишь въ срокахъ, но въ дѣйствительности онѣ кореннымъ образомъ отличаются другъ отъ друга по своимъ результатамъ: при выкидышѣ заранѣе отказываются отъ сохраненія жизни плода, такъ какъ до 34-ой недѣли онъ, за рѣдкими исключеніями, долженъ считаться еще нежизнеспособнымъ; напротивъ, при преждевременныхъ родахъ рассчитываютъ на сохраненіе ребенка. Выкидышъ производится только въ интересахъ матери, а преждевременные роды, теоретически, въ интересахъ матери и ребенка.

Прерываніе беременности есть собственно подражаніе естественнымъ процессамъ излѣченія и спасенія жизни. Именно, изъ опыта вытекають слѣдующія два наблюденія:

1. Что женщины съ очень узкими тазами послѣ долгихъ, тяжелыхъ родовъ рожали доношенныхъ дѣтей мертвыми (все равно оканчивались ли роды самопроизвольно, или съ помощью поворота, щипцовъ, извле-

<sup>1)</sup> Обыкновенно 28-ая недѣля считается за границу жизненной способности дѣтей и вмѣстѣ съ тѣмъ за границу нашихъ операцій. На самомъ же дѣлѣ дѣти до 34-ой недѣли лишь въ исключительныхъ случаяхъ рождаются жизнеспособными, на что справедливо указала *A. Martin*; вотъ почему мы остановились на вышеупомянутомъ опредѣленіи границы.

ченія, особенно прободенія головки), между тѣмъ какъ преждевременно рожденный ребенокъ появлялся на свѣтъ сравнительно легко живымъ и даже продолжалъ жить.

2. Второе наблюденіе состоитъ въ томъ, что беременныя въ нѣкоторыхъ случаяхъ сильно лихорадили, или раньше страдали хронической болѣзью, которая, при прогрессирующей беременности, ухудшалась, или вслѣдствіе самой беременности, угрожала даже жизни беременной; въ заключеніе развивалась чрезвычайная слабость, затрудненіе въ дыханіи, нарушеніе кровообращенія и т. п., и можно было опасаться скорой смерти отъ истощенія, задушенія и т. д. Но какъ только наступали схватки, и начинались роды, то вмѣстѣ съ выдѣленіемъ яйца поразительнымъ образомъ улучшались болѣзненные явленія, а иногда наступало и скорое выздоровленіе.

**Предварительныя условія**, необходимыя для прерыванія беременности, будутъ слѣдующія:

1. Констатированіе внутриматочной беременности. При вѣматочной беременности иногда возникаетъ вопросъ о чревосѣченіи для удаленія яйца; но обыкновенно сюда не причисляютъ этотъ видъ прерыванія беременности.

2. Проходимость, по крайней мѣрѣ, большей части влагалища и маточной шейки. При ограниченной атрезіи предпосылается разсѣченіе, при полной, неустранимой оперативнымъ способомъ, атрезіи предпринимается, при наступленіи схватокъ, кесарское сѣченіе.

3. Согласіе беременной, а иногда также родственниковъ ея. Тайное оперированіе не допускается, а иногда даже наказуется.

4. Совѣщаніе врачей въ каждомъ случаѣ надо рекомендовать въ силу научныхъ и судебно-медицинскихъ основаній, а при преднамѣренномъ возбужденіи выкидыша — даже настоятельно совѣтовать.

**Показанія. Прерываніе беременности показуется:**

1. если какое-нибудь болѣзненное состояніе (напр. узость таза, опухоль таза) при продленіи беременности до ея естественнаго конца очевидно повлечетъ за собой осложненіе родовъ, опасное для матери или ребенка,

2. или кака-нибудь острая болѣзнь наступаетъ у беременной и развивается до опасной степени,

3. или кака-нибудь хроническая болѣзнь до такой степени усиливается съ наступленіемъ беременности, что появляются угрожающіе симптомы,

4. или сама беременность приводитъ къ опаснымъ для жизни болѣзненнымъ разстройствомъ.

Итакъ, если опасаются, что безъ нарушенія беременности мать или ребенокъ или оба вмѣстѣ погибнутъ, и если, съ другой стороны, нельзя примѣнить болѣе умѣренной терапіи для сохраненія беременности, или примѣненная терапія оказалась тщетной, тогда можно считать прерываніе беременности научно показаннымъ.

Въ сущности, акушера побуждаетъ къ внимательству страхъ за послѣдствія травматическихъ поврежденій при своевременныхъ родахъ, или за смерть неразрѣшившейся роженицы, гесп. ребенка, — во всякомъ случаѣ желаніе спасти беременную или ребенка, гесп. обоихъ.

Разсмотримъ теперь обѣ операци:



## 1. Возбужденіе выкидыша.

Предварительныя условія—тѣ-же, которыя указаны для прерыванія беременности вообще,—особенно констатированіе того, что беременность не дошла еще до 34-ой недѣли.

### Показанія:

1. Чрезмѣрная узость таза, равно какъ стѣсненіе полости таза тазовыми опухолями, гестр. опухолями половыхъ частей, иногда также головкой вѣматочнаго плода (*Bossi 1868*),—корооче: такое суженіе таза, которое при нормальномъ концѣ беременности потребовало бы кесарскаго сѣченія. Кесарское сѣченіе производится при такихъ тазахъ, наименьшій диаметръ которыхъ (по болѣеи части *conj. vera*, рѣже *dist. sacrototyloidea* или *dist. spinatum ischii*) равняется 6 см. или менѣе: чрезъ такіе тазы не можетъ пройти даже крайне уменьшенная головка и тазовище плода. Женщинамъ съ подобнымъ суженіемъ таза, если онѣ заблаговременно являются къ врачу, слѣдуетъ откровенно сообщить объ опасностяхъ кесарскаго сѣченія: пусть онѣ сами тогда дѣлаютъ выборъ на основаніи собственныхъ соображеній. Несмотря на всѣ новѣйшіе успѣхи техники кесарскаго сѣченія, и теперь еще, какъ показываетъ опытъ, большинство не только не замужнихъ, но и замужнихъ женщинъ предпочитаютъ выкидышъ сохраненію ребенка и безспорнымъ опасностямъ кесарскаго сѣченія. Врачу не слѣдуетъ, изъ желанія оперировать, позволять себѣ приукрашивать эту операцію; а при неблагоприятныхъ конституціональныхъ отношеніяхъ надо совѣтовать выкидышъ.

2. Опасныя для жизни беременной болѣзни или симптомы, если другія средства къ исцѣленію были тщетно испробованы и если можно рассчитывать, что болѣзнь послѣ выкидыша будетъ излѣчена или, по крайней мѣрѣ, на болѣе или менѣе продолжительное время улучшится. Въ тѣхъ случаяхъ, когда отъ выкидыша можно ждать лишь временнаго облегченія въ расстройствѣхъ дыханія, кровообращенія и пр., отъ вызванія выкидыша надо отказаться, какъ отъ ненужной операціи. Сюда относятся слѣдующія болѣзненныя состоянія:

а) Крайняя, особенно церебральная анэмія, а именно:

Анэмія отъ истощенія, вслѣдствіе такъ называемой неукротимой рвоты (*Scanzoni, Valenta, Schröder, Zweifel, Fehling* и др. противъ *C. v. Braun'a*). Здѣсь однако только въ рѣдкихъ случаяхъ является необходимость произвести выкидышъ, такъ какъ тщательно выбранная на основаніи опыта діета, горизонтальное положеніе, питательные клистиры съ мяснымъ пептономъ и мяснымъ сокомъ, бромистый калий, пух *vosica*, кокаинъ, наркотическія средства, далѣе смазываніе влагалитцной части 10% растворомъ ланиса, ручное расширеніе шейки *Copeman'a* и т. п. въ большинствѣ случаевъ останавливаютъ рвоту. Только въ томъ случаѣ, если у беременной, несмотря на всѣ указанныя средства, выходятъ вмѣстѣ со рвотой даже небольшіе приемы воды и льда, если у нея наступаетъ значительное ежедневное уменьшеніе въ вѣсѣ (*Charpentier*), лицо становится осунувшимся, появляется чувство слабости, частые обмороки, кислый или даже гни-

лостный запах изо рта и т. п. (*Busch*), а съ другой стороны, если агонаія не ожидается съ минуты на минуту,—надо вызвать выкидышь.

Изъ 118 собранныхъ *Guéniot* омъ случаевъ неукротимой рвоты беременныхъ, было 46 смертныхъ: 28 безъ выкидыша, изъ остальныхъ 18-ти 7 разъ выкидышь произошелъ самъ собой и 11 разъ онъ былъ искусственно вызванъ.

Анемія вслѣдствіе метроррагій изъ отпадающей оболочки, изъ предлежащаго послѣда, при пузырномъ заносѣ и т. п.

Анемія вслѣдствіе часто повторяющихся и трудно останавливаемыхъ кровотеченій изъ носа, кишечнаго канала, почекъ, особенно при гѣмофилиі (*Kehrer*).

Пернициозная анемія (*Gusserow*).

Однако въ случаѣ *Bischoff*'а послѣдоваль смертный исходъ, несмотря на то, что былъ вызванъ выкидышь.

б) Серьезныя расстройства функций нервной системы, дыханія, кровообращенія, пищеваренія, вообще важныхъ для жизни органовъ или всего организма. Болѣзни, лежащія въ основаніи ихъ, слѣдующія:

*Chorea*, если она принимаетъ характеръ, опасный для жизни, несмотря на лѣченіе бромистымъ калиемъ, хлораль-гидратомъ, калабарскими бобами, гесп. эзеринномъ, даже несмотря на введеніе ламинаріи въ шейку матки.

Некомпенсированные пороки клапановъ, ожирѣніе сердца и другія заболѣванія сердца, эмфизема легкихъ, *struma circumflexa et substernalis* и друг., если ціанозъ, затрудненное дыханіе, диффузные хрипы и т. п. развиваются постепенно или вдругъ вслѣдствіе присоединяющагося распространеннаго бронхіальнаго катарра; и если быстрое улучшеніе не наступаетъ послѣ примѣненія отвлекающихъ, отхаркивающихъ, рвотнаго или венесекціи, а при ларингостенозахъ, несмотря даже на трахеотомию; и повидимому угрожаетъ острый отекъ легкихъ.

Усиливающаяся водянка при порокахъ клапановъ, Брайтовой болѣзни, гидрэмии, послѣ того какъ безуспѣшно примѣнялись потогонныя и мочегонныя средства.

*Ascites*, если послѣ прокола, сдѣланнаго вслѣдствіе усиливающейся затрудненнаго дыханія, жидкость опять быстро накапливается.

Почки беременныхъ и нефритъ во время беременности въ томъ случаѣ, если они уже рано развиваются, и если нѣтъ быстрого улучшенія при постельномъ содержаніи, особенно при боковомъ брюшномъ положеніи (*Löhlein*), теплыхъ ваннахъ, молочной діетѣ (*Tarnier*) и послѣ примѣненія расширяющихъ средствъ.

Опухоли живота и таза, которыя вслѣдствіе своихъ размѣровъ и быстрого роста значительно разстраиваютъ функціи сосѣднихъ органовъ въ томъ случаѣ, если больныя не соглашаются на оперативное ихъ удаленіе, или операція по чему-нибудь противопоказана. Съ успѣхами оперативной гинекологіи эта часть показаній къ выкидышу значительно уменьшилась. Кисты яичниковъ во время беременности удаляются безъ большой опасности и даже безъ послѣдующаго выкидыша, если матку по возможности защищать отъ механическаго и



химического раздраженія. То-же самое можно сказать относительно больших подсерозных миомъ, которыя удобно вырѣзываются, тогда какъ большія внутривѣбныя и множественныя миомы беременной матки удаляются посредствомъ надвлагалищной ампутаціи. Только при низко сидящихъ или intraligamentos'ныхъ миомахъ шейки, также при большихъ опухоляхъ прямой кишки или влагалища, большихъ невромахъ п. ischiadici, неподвижныхъ тазовыхъ эксудатахъ и т. п., — словомъ при опухоляхъ, трудно оперируемыхъ или вовсе неудалимыхъ, можетъ понадобиться возбужденіе выкидыша, если эти опухоли быстро растутъ или кесарское сѣченіе, предложенное для окончанія беременности, безусловно отвергается. При ракъ шейки вначалѣ лучше производить полное удаленіе матки, которое успѣшно оканчивалось *Landau, Hofmeier*омъ и друг.; выкидышъ-же можетъ быть на законномъ основаніи произведенъ только при быстромъ ростѣ новообразованія (*Medullarcarcinom*) или при усиливающемся упадкѣ силъ беременной. Для большинства случаевъ рака рекомендуется дожидаться нормального конца беременности, чтобы тогда окончить роды: или надрѣзавъ шейку, если она еще уступчива, или произведя кесарское сѣченіе по *Porro*, если вся маточная шейка плотно инфильтрирована (*Oldham*).

Ущемленіе беременной матки (ретрофлексія или выпаденіе ея), если не удается ее вправить, вслѣдствіе сращеній между пузыремъ и прямой кишкой (*Schatz*).

Hydran-pioid, быстро увеличивающійся, значительно разстропающій дыханіе, особенно при двойняхъ (*Duclos, Pelletan, Valenta*), также пузырный заносъ.

Гнилостное разложеніе яйца, гесп. плода, происходящее вслѣдствіе недостаточно чисто произведеннаго изслѣдованія или самозараженія послѣ разрыва околоплоднаго пузыря, если сокращенія матки прекращаются, появляются гнилостныя отдѣленія, признаки воспаленія матки и гнилостная лихорадка. Задержаніе же мертваго, мацерированнаго или мумифицированнаго плода при цѣломъ пузырьѣ не вызываетъ никакихъ важныхъ послѣдствій для беременной, и поэтому не можетъ служить показаніемъ для возбужденія родовыхъ болей.

При ущемленіи грнжи матки, которое также приводитъ въ числѣ показаній, надо производить вправленіе или герниотомію.

**Время, удобное для производства операций.** При узости таза и тазовыхъ опухоляхъ выбираютъ 4-ый мѣсяць, потому что въ это время сосуды отпадающей оболочки атрофируются и, слѣдовательно, нѣтъ опасности кровотеченій въ періодъ раскрытія, а съ другой стороны, плодъ такъ еще малъ и удобосжимаемъ, что проходитъ даже черезъ самый узкій тазъ. При заболѣваніяхъ всѣ другія соображенія отходятъ на задній планъ: оперируютъ во время наибольшей опасности.

**Методы.** Для возбужденія выкидыша употребляютъ тѣ же самыя методы, о которыхъ будетъ упомянуто при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ.

При метроррагіи рекомендуется тампонація влагалища посредствомъ крѣпко заложенныхъ во влагалищный сводъ, сухихъ тампоновъ изъ ваты или кольеиринтера. Если послѣ этого кровотеченіе

останавливается, а схватки не наступают, то приблизительно через 24 часа вынимают тампонъ и выжидаютъ. Если же снова наступаетъ кровотеченіе или появляются схватки, то тампонація повторяется.

Во всѣхъ другихъ случаяхъ надо предпочтительно выбирать тѣ методы, при которыхъ плодный пузырь не вскрывается, но происходитъ расширение и размягченіе маточной шейки, такъ какъ проколъ оболочекъ яйца есть непригодное средство для расширения шейнаго канала. Вслѣдствіе того, что послѣдній не расширяется, роды слишкомъ затягиваются и слѣдуетъ опасаться задержанія остатковъ оболочекъ яйца еще болѣе, чѣмъ при самопроизвольномъ выкидышѣ.

Самый пригодный для большинства случаевъ методъ есть, конечно, введеніе въ шейный каналъ, при строгой антисептикѣ, разбухающихъ средствъ, напр. палочекъ ламинариі. Онѣ расширяютъ и размягчаютъ каналъ шейки и возбуждаютъ схватки. Если черезъ 12 часовъ послѣ введенія ихъ маточная шейка откроется и наступятъ правильныя схватки, то надо выждать; если же нѣтъ, то вкладывается новый, болѣе толстый расширитель, по удаленіи котораго, палецъ можетъ легко пройти и отдѣлить яйцо. Остатки отпадающей оболочки удаляются потомъ острой ложечкой.

Въ очень тяжелыхъ случаяхъ можно, при повторной беременности, опорожнить матку даже безъ предварительнаго расширения. Выбираютъ въ этомъ случаѣ самую широкую, острую ложечку, какаю только можетъ проходить черезъ шейный каналъ, соскабливаютъ отпадающую оболочку систематически со всѣхъ стѣнокъ матки и удаляютъ отдѣльные кусочки посредствомъ полисныхъ щипцовъ. Затѣмъ слѣдуетъ внутриматочное промываніе. Если кровотеченіе послѣ этого еще сильно, то, по *Dührssen*'у, плотно тампонируютъ полость матки іодоформной марлей и вкладываютъ во влагалище ватный тампонъ.

Проколъ оболочекъ яйца надо производить только при ущемленіи невривимой беременной матки, находящейся въ *retroflexi*o. Въ этомъ случаѣ прежде всего стараются ввести черезъ шейный каналъ маточный зондъ съ вогнутостью, направленною въ сторону спины, и проколоть плодный пузырь. Если зондъ не проходитъ за внутреннее отверстіе выше перегиба матки, то въ полость матки вводится трактаръ, лучше всего чрезъ заднюю стѣнку влагалища, менѣе цѣлесообразно — чрезъ переднюю стѣнку прямой кишки и чрезъ стѣнку матки, слѣдовательно, чрезъ Дугласово пространство.

Изъ методовъ, которые сохраняютъ околоплодный пузырь, надо упомянуть о слѣдующихъ:

Вложенеіе суза между маткой и оболочками яйца приблизительно на 24 часа, отдѣленіе оболочекъ яйца отъ маточной стѣнки посредствомъ зонда (употребляя это средство при неукротимой рвотѣ на 14—20-й недѣлѣ, *Schütz* черезъ 24 часа получилъ успѣшный результатъ); введеніе въ матку іодоформной марли, прижиганіе внутренней стѣнки лишиномъ (*Scipio Giordano*), выскисываніе хлористаго желѣза (*Kehrer*) и, наконецъ, гальваническій токъ, отъ котораго *Mackenzie* (1860) при карциномѣ матки видѣлъ хорошее дѣйствіе послѣ безуспѣшныхъ выскисываній.

Результаты послѣ возбужденія выкидыша. Материнская смертность. *Höhne* собралъ (1873) 47 случаевъ возбужденія выкидыша,

показаніями для которыхъ большею частію служила узость таза и рвота, съ 13 неблагоприятными исходами: такимъ образомъ, 72,30% имѣли счастливый результатъ. При рвотѣ оказалось 64<sup>0</sup>/<sub>0</sub> благоприятно окончившихся случаевъ. *Guéniot* считаетъ на 32 случая искусственныхъ выкидышей, произведенныхъ вслѣдствіе неукротимой рвоты, 21 выздоровленіе и 11 смертныхъ случаевъ.

Повидимому, большинство смертныхъ случаевъ послѣ искусственнаго выкидыша происходитъ не столько вслѣдствіе самой операциі, сколько вслѣдствіе тѣхъ болѣзней, по поводу которыхъ предпринимаютъ операцию и которыя по большей части бываютъ уже слишкомъ запущенными. Конечно, нельзя отрицать извѣстной опасности самой операциі, — опасности, которую, разумѣется, можно значительно ограничить при соблюденіи асептики.

**Историческія замѣчанія.** По поводу не врачебныхъ показаній вытравливаніе плода практиковалось съ древнихъ временъ. Возбужденіе выкидыша на основаніи медицинскихъ показаній рекомендовали *Аспасія*, *Аецій Амидійскій*, *Авиценна*, *Прискіанъ*. *Галенъ*, *Абульказемъ* и епископъ *Тертуліанъ* были противъ этого. Вслѣдствіе оно совсѣмъ было оставлено врачами. Наконецъ, операцию эту, какъ научно показанную, рекомендовалъ и началъ примѣнять *Will. Cooper* (1771), *Aitken* (1786) и другіе англичане, въ нашемъ столѣтіи — *Kiwisch* между нѣмцами и *Dubois* между французами.

## 2. Возбужденіе преждевременныхъ родовъ.

Кромѣ вышеуказанныхъ предварительныхъ условій, имѣющихъ значеніе для прерыванія беременности вообще, здѣсь должны быть еще слѣдующія:

1. Жизнь плода въ данное время. Умершій и подвергшійся мацерациі (не гніенію) плодъ не представляетъ никакихъ затрудненій при прохожденіи черезъ тазъ и кромѣ того не дѣйствуетъ ухудшающимъ образомъ на болѣзнь матери.

2. Жизнеспособность плода, съ одной стороны, и не слишкомъ далеко зашедшее развитіе его, съ другой. Возбужденіе родовъ на 28—33-й недѣлѣ надо разсматривать относительно сохраненія плода, какъ почти равносильное выкидышу; но послѣ 36-й недѣли оно въ механическомъ отношеніи имѣетъ почти такое-же значеніе, какъ своевременные роды, и потому производить его надо лишь въ виду особыхъ показаній. Во всякомъ случаѣ самое благоприятное время — отъ 34 до 36-й недѣли.

3. Такое состояніе силъ беременной, при которомъ она, очевидно, можетъ выдержать преждевременные роды. При явленіяхъ сильнаго коллапса, которыя зависятъ отъ неизлѣчимой болѣзни, или во время агоніи имѣетъ съ вопросомъ о преждевременныхъ родахъ является вопросъ о кесарскомъ сѣченіи для спасенія ребенка.

**Показанія.** 1. Такая узость таза, при которой доношенный ребенокъ очевидно не пройдетъ живымъ чрезъ тазъ, но можетъ еще быть извлеченъ по частямъ. Чаще всего показаніями служатъ простые плоскіе и плоскіе рахитическіе тазы съ *conjugata vera* 7,5—8,5 см. обще-равномѣрно-суженные, а также обще-суженные пло-

ские тазы съ conjugata vera 8—9 см. При conjugata vera меньше 7 см. искусственные преждевременные роды до сихъ поръ не спасли ни одного ребенка, при 7—7,5 шансовъ для спасенія ребенка еще очень мало, и только при 7,5 они увеличиваются.

При другихъ видахъ тазовъ,—поперечно-суженныхъ, остеомалятическихъ и съ наростами,—самый меньшій размѣръ не можетъ быть менѣе 7,5; иначе вѣроятность получить живого ребенка точно также очень ничтожна.

*Litzmann* для плоскихъ и обще-суженныхъ плоскихъ тазовъ считаетъ, что conjugata vera должна равняться 7,4—8,2 см., для обще-суженныхъ — conjugata vera должна быть около 9 см. *Dohrn* рассматриваетъ плоскіе тазы съ conjugata vera 7—8 см., обще-суженные съ conjugata vera 8—9 см., какъ наиболѣе подходящіе для преждевременныхъ родовъ. По *Leopold Korn'у*, для плоскихъ тазовъ conjugata vera должна быть самое меньшее—7, для обще-суженныхъ—7,5 см.

Но такъ какъ, кромѣ вмѣстимости таза, исходъ родовъ опредѣляется еще величиной и твердостью головки, растяжимостью половыхъ частей и силой схватокъ, то слѣдуетъ вызывать преждевременные роды у первородящихъ лишь въ томъ случаѣ, если узость ихъ таза близко стоитъ къ послѣдней границѣ: при плоскихъ тазавъ съ conjugata vera 7,5, при обще-суженныхъ съ conjugata vera 8 см. Если головка лежитъ надъ тазовымъ входомъ или можетъ быть подвинута къ нему, то *P. Müller* рекомендуетъ низдавливать ее въ тазъ со стороны брюшныхъ стѣнокъ.

Главный контингентъ для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ составляютъ много рожавшія съ узкими тазами, которыя до сихъ поръ рожали только мертвыхъ дѣтей, погибшихъ именно вслѣдствіе механическихъ затрудненій; происходило ли это оттого, что естественные роды были трудны и очень продолжительны, или оттого, что понадобилась серьезная помощь со стороны акушерскаго искусства—и притомъ помощь, основанная на строгихъ показаніяхъ, мотивированная и своевременная, какъ-то: щипцы, поворотъ, перфорация. Особенно послѣ однажды или нѣсколько разъ произведенной перфорации необходимо при слѣдующей беременности вызывать преждевременные роды.

2. Неподвижная цервикальная міома матки, далѣе фиброма, саркома и экзостозы таза или нижнихъ поясничныхъ позвонковъ, если вслѣдствіе этого черезъ тазъ можетъ пройти только недоношенный плодъ и въ самомъ узкомъ мѣстѣ таза—не менѣе 7,5 см.

3. Обычная чрезмѣрная величина дѣтей, которая при прежнихъ своевременныхъ или запоздалыхъ родахъ всегда приводила дѣтей къ смерти.

Въ приведенныхъ сейчасъ трехъ рядахъ случаевъ преждевременные роды возбуждаются для уменьшенія механическихъ препятствій, которыя могли бы представиться при своевременныхъ родахъ.

Въ слѣдующихъ случаяхъ показаніями къ прерыванію беременности служатъ: вліяніе послѣдней на общее состояніе или на отравленія важныхъ жизненныхъ органовъ; или соображенія относительно ребенка, который иначе долженъ бы погибнуть.

4. Опасныя заболѣванія, которыя при продолженіи беременности, очевидно, должны бы привести беременную къ смерти. Посредствомъ во время вызванныхъ преждевременныхъ родовъ часто удается излѣчить болѣзнь, или вызвать временное улучшение и поправить общее состояніе, а при неисцѣлимой болѣзни—спасти ребенка, и притомъ болѣе надежнымъ способомъ, чѣмъ посредствомъ кесарскаго сѣченія во время агоніи (*Stehberger, Leopold, Корре*).

Тѣ болѣзненные состоянія, которыя указаны выше въ числѣ показаній къ возбужденію выкидыша, въ общемъ имѣютъ силу также для вызванія преждевременныхъ родовъ, только обыкновенно рѣшаются скорѣе на послѣднюю операцію, чѣмъ на первую.

Чаще всего показаніемъ бываетъ тотъ родъ малокровія, который обуславливается предлежаніемъ послѣда, иногда также тотъ, который развивается на почвѣ гемофиліи, и въ высшей степени рѣдко,—когда малокровіе происходитъ вслѣдствіе неукротимой рвоты.

*Rizos* совѣтуетъ при кровотеченіяхъ изъ беременной матки постепенное расширеніе маточнаго зѣва и разрывъ оболочекъ яйца, точно также и *Deleurye, Baudeloque, Velpeau, Dornblüth*, позже *C. Braun, Manz, Thomas, le Puye*.

Неукротимая рвота. Первый, который произвелъ при ней преждевременные роды, былъ упоминаемый *Merriman*'омъ англійскій хирургъ, *Ingleby, Conquest* и др. высказались также за возбужденіе преждевременныхъ родовъ.

Сверхъ того осложненныя общей водянкой, ціанозомъ, одышкой и слабостью сердца сильныя разстройства кровообращенія и дыханія съ некомпенсированными пороками заслонокъ, эмфиземой легкихъ, ступ'ой и т. п. служили часто поводомъ къ возбужденію преждевременныхъ родовъ вслѣдствіе угрожающаго отека легкихъ. При туберкулезѣ легкихъ оперировали часто для спасенія дѣтей. При туберкулезѣ гортани явленія стеноза естественно должны устраняться трахеотоміей.

При нефритѣ уже *Meissner*, а въ новѣйшее время особенно *Schröder* рекомендовали возбужденіе преждевременныхъ родовъ. Однако по *Löhlein*'у операцію слѣдуетъ ограничить случаями распространенной водянки—подкожной, грудной и брюшной—также случаями угрожающей гангрены половыхъ губъ, распространеннаго бронхіальнаго катарра и другими опасными симптомами.

*Retinitis albuminurica* по *Thompson*'у служить также показаніемъ, такъ какъ прогнозъ этого болѣзненнаго состоянія неблагоприятенъ.

Въ качествѣ показаній приводились: *Busch*'омъ—*eclampsia gravidarum*, *Meissner*'омъ, *Carus*'омъ и *Langstaff*'омъ—*ascites*, *Carus*'омъ—*prolapsus vaginae et uteri incarcerati* и *Busch*'омъ—*hernia uteri*; но показанія эти, конечно, слѣдуетъ признать только въ исключительныхъ случаяхъ.

Со стороны яйца показаніемъ служатъ: *Hydramnion (Valenta)*, пузырный заносъ (*Breisky*), *sapraemia gravidarum* при гнилостномъ яйцѣ.

Нужно упомянуть о слѣдующемъ, еще не установившемся показаніи:

5. Такъ называемое привычное умираніе плодовъ при дальнѣйшемъ ходѣ беременности (*Denman, Simpson*). Часто наблюдалось, что у одной и той же женщины при всякой беременности



плодь умираетъ въ послѣдніи недѣли. По большей части въ основаніи этого лежалъ сифилисъ родителей, анэмія или хроническій нефритъ матери; но въ другихъ случаяхъ этихъ болѣзней и не было.

Если у одного изъ родителей былъ раньше сифилисъ, то слѣдуетъ произвести антисифилитическое лѣченіе; анэмію матери надо лѣчить укрѣпляющими средствами; больныхъ нефритомъ нужно посадить на молочную діету и дѣлать имъ теплыя ванны. Но если нельзя констатировать ничего подобнаго, то мы имѣемъ право вызывать преждевременные роды за 1—2 недѣли до срока ожидаемой смерти плода.

**Срокъ возбужденія родовъ.** Наиболѣе подходящее время для возбужденія преждевременныхъ родовъ при узости таза—34—36, а по *A. Martin'y*—34 и 35-ая недѣля. Дѣти моложе этого времени остаются живыми только при необыкновенной индивидуальной способности къ сопротивленію и при особой живучести или при самомъ тщательномъ уходѣ за ними, тогда какъ дѣти старше 36 недѣль почти равняются зрѣлымъ дѣтямъ по отношенію къ механическимъ трудностямъ родовъ.

При болѣзняхъ матери слѣдуетъ избѣгать крайностей: не надо возбуждать родовъ ни слишкомъ рано, пока еще есть надежда на благопріятный исходъ болѣзни безъ прерыванія беременности, ни слишкомъ поздно, когда болѣзнь зашла такъ далеко, что операція уже не можетъ болѣе принести никакой пользы. При привычномъ умираніи плода извлекается за 1—2 недѣли до обычнаго срока смерти.

**Приготовленія.** Они просты и должны оканчиваться въ  $\frac{1}{2}$ —1 день. Моютъ съ мыломъ все тѣло въ теплой ваннѣ; затѣмъ тщательно антисептически промываютъ влагалище и даютъ слабительное: *Fol. Sennae* и *Sem. Foeniculi* аа 5 въ видѣ чая или *Ol. Ricini* и т. п. *Krause* употребляетъ какъ слабительное *Aloe* и *Stocus*.

Если позволяетъ время и нѣтъ никакихъ противопоказаній, то до операціи можно дѣлать теплыя сидячія или, смотря по обстоятельствамъ, полныя ванны: послѣдніи недавно опять были настойчиво рекомендованы *Fehling*'омъ.

**Методы.** Чтобы вызвать не отдѣльныя, а правильно повторяющіяся сокращенія матки, нужно дѣйствовать возбуждающими средствами на нервы и мышечныя волокна беременной матки болѣе или менѣе продолжительное время; вотъ, почему всѣ методы, при которыхъ раздраженіе дѣйствуетъ только короткое время, должны быть оставлены, какъ непригодные.

По порядку возбуждающихъ средствъ должно разсмотрѣть слѣдующіе методы:

1. Механическіе возбудители:

а. Тампонація влагалища корпіей, ватой, каучуковымъ пузыремъ (кольейринтеръ).

б. Тампонація маточной шейки разбухающими средствами, гуттаперчевыми мѣшечками, іодоформной марлей или глицериновой ватой, а также растяженіе посредствомъ дилаторовъ.

с. Отдѣленіе оболочекъ яйца, а именно: отдѣленіе нижняго сегмента яйца отъ маточной стѣнки пальцемъ или катетеромъ, или катетеризація матки, т. е. введеніе эластическаго катетера между яйцомъ и маткой.



d. М а с с а ж ь.

2. Термическіе возбудители: спринцеванія влагалища теплой или горячей водой, теплыя ванны, періодическіе души.

3. Электрическіе возбудители: постоянный и индуктивный токъ.

4. Средства, которыя производятъ колебанія въ внутриматочномъ давленіи, т. е. или усиливаютъ давленіе въ полости матки (выскабливанія воды между оболочками яйца и маткой), или уменьшаютъ его (проколъ оболочекъ яйца).

5. Внутреннія средства, возбуждающія схватки (Esbolica): спорынья, пилокарпинъ.

6. Раздраженіе грудныхъ сосковъ сосаніемъ, для рефлекторнаго возбужденія схватокъ.

Теперь мы подробнѣе рассмотримъ тѣ методы, которые считаются болѣе дѣйствительными:

### I. Механическіе возбудители.

#### а) Тампонація влагалища.

1. *Schöller* (1841) совѣтовалъ возбуждать преждевременные роды толстымъ тампономъ изъ коріи. Этотъ приемъ нѣкоторыми былъ принятъ.

2. Тампонація шариками ваты. Берутъ нѣсколько крѣпко свернутыхъ и перевязанныхъ шнурками шариковъ асептической ваты, длиной въ 6 см. и толщиной въ 2—4 см. Послѣ тщательнаго промыванія и осторожнаго вытиранія влагалищныхъ стѣнокъ влажной карболовой или сулемовой ватой, шарики вносятся до самаго влагалищнаго свода; дѣлать это всего лучше въ положеніи по *Sims'y*, оттѣсняя нижнюю стѣнку влагалища зеркаломъ *Sims'a*. Шарикъ вкладывается такъ плотно одинъ около другого, чтобы между ними не оставалось никакихъ промежутковъ; такимъ образомъ, влагалищный сводъ плотно выполняется; для этого нужно, смотря по обширности его, по большей части 2—4 шарика. Цѣлесообразно посыпать эти шарики іодоформомъ. Эта форма тампонаціи годится для случаевъ метроррагіи, сопровождающихся явленіями малокровія мозга, которыя не исчезаютъ, несмотря на горизонтальное положеніе и цѣлесообразный уходъ за больной. Такая тампонація дѣйствуетъ прежде всего палліативно, какъ средство кровоостанавливающее, а вмѣстѣ съ тѣмъ удовлетворяетъ и витальному показанію. Во многихъ же случаяхъ во время тампонаціи наступаютъ схватки, за которыми слѣдуютъ роды. Шарикъ вынимаютъ не позже какъ черезъ 24 часа. Если кровотеченіе совершенно останавливается и нѣтъ схватокъ, то выжидаютъ. Если кровотеченіе продолжается или возобновляется, то снова повторяютъ тампонацію послѣ предварительной дезинфекціи половыхъ органовъ.

3. Тампонація посредствомъ животнаго пузыря по *Hüter'y* (1842). Эти пузыри никогда не находили широкаго примѣненія; на нихъ надо смотрѣть, какъ на предшественниковъ каучуковому пузырю.

4. Тампонація посредствомъ кольпейринтера. *C. Braun* изобрѣлъ (1852) кольпейринтеръ (κώλπος и εὐρύνο). Это—овальный пузырь изъ вулканизированнаго каучука «2—4 дюймовъ въ диаметръ и съ каучуковой трубкой въ 4 дюйма длины,  $\frac{1}{2}$  дюйма толщины, выложенной внутри рогомъ; на концѣ ея придѣлана пинетка изъ латуни и кольцо для пропусканiя шелковой тесьмы». Пустой пузырь послѣ спринцеванiя влагалища вводится въ него глубоко, сильно наполняется изъ шприца холодной (при кровотеченiяхъ) или теплой водой (для возбужденiя схватокъ), и кольцо прикрѣпляется тесьмой къ одному или къ обоимъ бедрамъ. Если послѣ введенiя пузыря наступаютъ сильныя сокращенiя влагалища, то наполненiе водой слѣдуетъ производить умѣренно и постепенно (*Hecker*). Послѣ того какъ вода будетъ выпущена, пузырь легко можетъ быть удаленъ, что при мочеиспусканiи и испражненiи должно дѣлать каждые 12, а по *Hecker'у* каждые 6 часовъ. Аппаратъ этотъ простъ и притомъ устроенъ изъ неразлагающагося, легко дезинфицируемаго, но, конечно, только при долгомъ лежанiи, легко разрываемаго материала: все это даетъ кольпейринтеру извѣстное преимущество. Кольпейринтеръ, благодаря своему очень большому поперечному объему, выполняетъ плотно все влагалище. Но если послѣднее способно къ значительному растяженiю, то между дномъ пузыря, влагалищнымъ сводомъ и маточнымъ зѣвомъ можетъ собраться большое количество вытекшей крови (*Spiegelberg*).

Помимо другихъ различныхъ цѣлей, кольпейринтеръ многократно употреблялся *Braun'омъ* и др. также для возбужденiя искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Онъ еще и до сихъ поръ употребляется нѣкоторыми акушерами при метроррагiяхъ въ случаяхъ предлежанiя послѣда для остановки кровотеченiя; но для обыкновеннаго возбужденiя родовъ—только въ исключительныхъ случаяхъ.

#### б) Тампонація маточной шейки.

Введенiе въ маточную шейку какого-нибудь разбухающаго средства или аппарата, наполняющагося воздухомъ или водой, съ давнихъ поръ употреблялось для возбужденiя преждевременныхъ родовъ. Разбухающiя средства по времени предшествовали гуттаперчевымъ пузырямъ и іодоформной марлѣ.

1. Конусообразно сложенные губки впервые были рекомендованы *Brüninghausen'омъ* (1820); ихъ употребляли также *Siebold* (1820), *Kluge*, *Stoltz*, *Wilson* и др. Но вслѣдствiе опасности инфекцiи, онѣ болѣе уже не употребляются.

2. Полныя палочки ламинари, предложенныя *Wilson'омъ* и *G. Braun'омъ*, имѣютъ гладкую поверхность, легко могутъ дезинфицироваться и служить въ качествѣ дренажа; равнымъ образомъ, весьма удобны для расширенiя шейки и возбужденiя схватокъ плотныя, коническiя, легко разбухающiя палочки тупело. Онѣ весьма рекомендуются при неподатливой маточной шейкѣ и узкомъ каналѣ. Вводятъ ихъ нужно въ положенiи *Sims'a* американскими пулевыми щипцами глубоко въ шейный каналъ, при соблюденiи строгой антисептики; послѣ этого влагалищный сводъ пудверизируютъ іодоформомъ и закрываютъ тол-

стымъ тампономъ изъ ваты. Расширители лежатъ отъ 6 до 24 часовъ, смотря по реакціи; затѣмъ ихъ удаляютъ, послѣ чего непосредственно дѣлается спринцеваніе растворомъ карболовой кислоты.

3. Каучуковые мѣшечки и трубки также дѣйствительны, но едва ли ихъ можно рекомендовать практикамъ, потому что при лежаніи они становятся непрочными и не рѣдко лопаются въ критическій моментъ.

Уже *Wahlbaum* (1849) и *Schnackenberg* совѣтовали употреблять каучуковые пузыри. Самый извѣстный это—расширитель *Barnes'a* (1862), имѣющій форму песочныхъ часовъ, съ трубкой для наполненія воздухомъ или водой и съ небольшимъ кармашкомъ для помѣщенія пуговки зонда. Передній конецъ этого расширителя вводится въ полость матки.

Каучуковая трубка *Tarnier'a* на переднемъ тупомъ концѣ закрыта: стѣнки ея въ этомъ мѣстѣ такъ тонки, что конецъ, введенный въ полость матки, можно водой или воздухомъ растянуть до величины порядочнаго пузыря.

4. Подоформную марлю вводили въ каналъ шейки *Hofmeier*, *Dölger*, *Torggler*, *Chenevière* (1888), при чемъ скоро наступали схватки, но она легко производитъ омертвѣніе эпителія.

5. Тампонація маточной шейки глицериновой ватой во многихъ случаяхъ, наблюдавшихся недавно въ нашей клиникѣ, оказалась весьма энергичнымъ средствомъ для возбужденія схватокъ, и поэтому заслуживаетъ дальнѣйшаго испытанія. Можетъ быть, глицеринъ дѣйствуетъ на мускулатуру матки точно такъ же, какъ глицериновый клистиръ *Oidtmanн'a* на прямую кишку.

6. Маточные расширители это—инструменты о двухъ или трехъ вѣтвяхъ, дѣйствующіе при раздвиганіи ихъ руками; ихъ надо вводить въ каналъ шейки матки сомкнутыми и затѣмъ раздвигать.

Инструменты такого-же рода изобрѣли *Mauriceau*, *Osiander*, *Busch*, *Krause*, *Ellinger* и др. Употребленіе ихъ сопровождается болью и ведетъ къ ущемленію и разрыву шейки матки, вслѣдствіе чего эти инструменты по справедливости вышли изъ употребленія.

### с) Отдѣленіе оболочекъ яйца.

1. Отдѣленіе нижняго сегмента яйца отъ матки по *Hamilton'y*—пуговчатымъ инструментомъ, по *Riecke*, *Mampe* и *Campbell'y*—роговымъ или эластическимъ катетеромъ. Этотъ методъ теперь рѣдко употребляютъ.

2. Катетеризація матки. Для введенія въ матку *Lehmann* (1848) употреблялъ восковые бужи длиной 24 см. и толщиной 0,5 см., *Merrem* (1848), *Mampe*, *Simpson*, *Krause*, *Valenta* и др.—эластическіе бужи (англійскіе катетеры безъ окошекъ, потому что послѣднія принимаютъ въ себя слизь изъ влагалища и вносятъ ее въ матку), *Olshausen* недавно сталъ употреблять бужи изъ целлюлоида. Эти бужи вводятся послѣ отдѣленія *deciduae* далеко между плоднымъ пузыремъ и маткой и оставляются тамъ до появленія достаточно сильныхъ схватокъ.

Производится это лучше всего такимъ образомъ:

Послѣ тщательнаго антисептическаго промыванія влагалища, вставляютъ влагалищную часть въ зеркало, — всего лучше въ положеніи Sims'a, — осторожно, и тщательно вытирають стѣнки влагалища шариками ваты, смоченными въ растворѣ сулемы ( $\frac{1}{1000}$ ), захватываютъ американскими пулевыми щипцами переднюю губу влагалищной части, вытирають цервикальную слизь сухой ватой и вообще дезинфицируютъ родовой каналъ, насколько это доступно. Затѣмъ вводятъ слѣпой эластическій катетеръ № 12 чрезъ каналъ шейки до внутренняго отверстія матки, не касаясь стѣнокъ влагалища. Катетеръ долженъ быть передъ этимъ положенъ на  $\frac{1}{2}$  часа въ  $5\%$  растворъ карболовой кислоты или  $1\%$  растворъ сулемы и снабженъ проволокой. Если при этомъ наталкиваются на какое-нибудь незначительное препятствіе, то проволоку отодвигаютъ немного назадъ, чтобы сдѣлать конецъ катетера гибкимъ. Затѣмъ, медленно и осторожно идутъ далѣе, давая при встрѣчающихся препятствіяхъ инструменту различное направленіе и постепенно выдвигая проволоку. Именно, здѣсь необходимо осторожное проведеніе бужа, чтобы какъ-нибудь печально не произвести прокола оболочекъ яйца и влѣдствіе этого не лишиться высокаго преимущества даннаго метода, т. е. сохраненія плоднаго пузыря, что при узости таза и поперечномъ положеніи плода было-бы крайне опасно. Слабо согнутый бужъ проникаетъ внутрь обыкновенно по задней стѣнкѣ матки, а сильно согнутый — по передней или боковой. Когда при введеніи катетера вдругъ обильно потечетъ чистая кровь, то это значитъ, что онъ проникъ въ послѣдъ: тогда надо вынуть катетеръ, немного подождать и, если кровотеченіе продолжается, тампонировать предварительно каналъ шейки іодоформной марлей. Послѣ остановки кровотеченія слѣдуетъ, согнувъ катетеръ инымъ образомъ, вводить его внутрь вдоль противоположной стѣнки матки. Если проникли такъ далеко, что свободный конецъ катетера выступаетъ изъ наружныхъ половыхъ частей лишь на нѣсколько сантиметровъ, то проводятъ проволоку чрезъ всю длину инструмента, чтобы сгладить mogućія быть кривизны, и затѣмъ оставляютъ его тамъ. Послѣ этого наворачиваютъ весь влагалищный сводъ пропитанными глицериномъ шариками изъ ваты такимъ образомъ, чтобы катетеръ нигдѣ не прикасался къ стѣнкамъ влагалища; наворачиваютъ также нижнюю часть влагалища сухой ватой, которая тоже пропитывается введеннымъ уже глицериномъ. Глицериновая вата должна предохранять стѣнки влагалища отъ соприкосновенія съ катетеромъ, и такимъ образомъ защищать послѣдній отъ возможной инфекціи; къ тому-же вата относится индифферентно къ влагалищному эпителию, тогда какъ при употребленіи другихъ средствъ, напр. марли, эпителий нерѣдко отслоивается на отдѣльныхъ мѣстахъ или на большомъ протяженіи, что естественно благоприятствуетъ инфекціи. Наконецъ, кладутъ женщину на спину, привязываютъ свободный конецъ катетера узкой тесьмой къ одному изъ бедеръ и закладываютъ наружныя половыя части ватой.

Катетеръ остается лежать минимум  $\frac{1}{2}$  дня и максимумъ 1 день (по Hecker'у только 6 часовъ, что ужъ чрезчуръ мало). Его удаляютъ лишь тогда, 1) когда въ продолженіе нѣсколькихъ часовъ чрезъ каждыя двѣ минуты появляются сильныя схватки, или 2) если въ томъ

мѣстѣ, гдѣ находится конецъ катетера, матка дѣлается болѣзненной, что служитъ признакомъ воспалительнаго раздраженія, или 3) если наступаетъ лихорадка, которая указываетъ на инфекцію, или 4) если послѣ 24 часового пребыванія катетера не наступаетъ никакихъ схватокъ. Въ первыхъ трехъ случаяхъ выжидаютъ, а затѣмъ, если нужно, прокалываютъ плодный пузырь; въ 4-мъ случаѣ, послѣ удаленія катетера и тщательной дезинфекціи, вводятъ еще разъ въ матку болѣе толстый катетеръ или два катетера рядомъ другъ съ другомъ или въ противоположныхъ направленіяхъ. Если и повторной катетеризаціи окажется недостаточно, то переходятъ къ проколу оболочекъ яйца или другому методу.

Катетеризація, вслѣдствіе ея простоты и вслѣдствіе того, что при ней сохраняется плодный пузырь, стала у насъ любимѣйшимъ средствомъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ; также и *Schröder* горячо рекомендовалъ этотъ методъ. Но мы должны согласиться съ *Truzzi* и *Tibone* въ томъ, что часто схватки наступаютъ не скоро послѣ введенія бука: наряду съ случаями, гдѣ правильныя схватки появлялись уже въ первые часы, намъ часто встрѣчались другіе случаи, гдѣ даже пребываніе катетера въ маткѣ втеченіе цѣлаго дня и повторная катетеризація вызывали лишь отдѣльныя схватки, но не возбуждали родовъ. Въ одномъ изъ послѣднихъ нашихъ случаевъ не удалось вызвать родовъ, несмотря на 8-ми дневную катетеризацію, которая возобновлялась съ повторными промежутками. Подобныя атоническія матки нельзя вывести изъ ихъ летаргіи такимъ незначительнымъ раздраженіемъ, какое производитъ катетеръ. При полной асептичѣ, катетеризація не наноситъ никакого вреда послѣродовому періоду, но безъ строгой антисептики и асептики легко можетъ послѣдовать эндометритъ, даже септицемія. Методъ этотъ во всякомъ случаѣ долженъ быть прежде всего испробованъ; въ случаѣ же его полной несостоятельности переходятъ къ проколу оболочекъ яйца.

#### б) Массажъ матки

былъ рекомендованъ *d'Outrepoint*'омъ и *Ulsamer*'омъ, но въ виду его кратковременнаго дѣйствія, онъ оставленъ.

### 2. Термическіе возбудители.

#### а. Вырыскиваніе во влагалище теплой или горячей воды.

Теплые восходящіе маточные души рекомендовалъ впервые *Kiwisch*, а затѣмъ *Grenser*, *Diesterweg*, *Harting*, *T. Smith* и др. Берутъ хорошо прокипяченную воду или, по *Strauch*'у, 1% растворъ карболовой кислоты въ 28—30° R. и вырыскиваютъ во влагалище 3—4 раза въ день въ продолженіе 5, а по совѣту другихъ акушеровъ въ продолженіе 12—15 минутъ. Вырыскиваніе производится изъ большого (*Leiter*'овскаго) пригигатора, при давленіи воды въ 8 футовъ (*Grenser*). Роженица помѣщается при этомъ на поперечной или обыкновенной



постели, или на креслѣ для изслѣдованія, причемъ подкладывается гуттаперчевая подстилка.

*Kiwisch* и *C. Braun* употребляли для этого особенные души, устроенные на манеръ клизопомпы и прикрѣпленные къ краю ванны. Ножка такого душа стоитъ въ водѣ. Вода при поднятіи поршня проникаетъ въ трубку, отсюда черезъ боковыя отверстія, снабженныя клапанами,—въ воздушный ящикъ, изъ него—въ восходящую трубку, каучуковую трубку и маточный наконечникъ. Воздушный ящикъ служитъ для того, чтобы струю воды сдѣлать непрерывной. Эти души теперь оставлены и замѣнены пригнаторь, послѣ того какъ однажды проникъ черезъ нихъ въ маточныя вены воздухъ.

Обыкновенно, результатомъ теплыхъ душей бываетъ гиперемія половыхъ органовъ, которая, при болѣе продолжительномъ воздѣйствіи, можетъ перейти въ венозную гиперемію, даже въ отекъ. Схватки обыкновенно наступаютъ скоро, но не всегда бываютъ сильными и болѣею частью снова прекращаются. Изъ шести случаевъ, приблизительно въ одномъ, схватки не наступаютъ даже послѣ повторныхъ душей.

*Kiwisch* видѣлъ въ одномъ случаѣ, что роды наступили послѣ 5 душей; *Diesterweg* (1852), напротивъ, въ другомъ случаѣ наблюдалъ, что роды наступали лишь послѣ 10-дневныхъ душей, по 4 въ день, а въ общемъ послѣ 35 душей; *Greuner* видѣлъ, что послѣ 52 душей, произведенныхъ въ продолженіе 10 дней, маточный звѣзъ сталъ величиной только въ четыре гроша.

Душѣ можетъ служить для подготовленія къ родамъ неуступчивыхъ половыхъ частей у первородящихъ. Затѣмъ переходятъ къ палочкамъ ламинаріи, къ катетеризаціи или проколу оболочекъ яйца. Если матка при массированіи легко возбуждается, то этотъ методъ можетъ также въ видѣ опыта съ пользою служить для вызыванія преждевременныхъ родовъ. Сравнительно съ внутриматочными методами онъ имѣетъ преимущество по своей относительной безвредности.

#### б) Впрыскиванія горячей воды въ 40° R.

Впрыскиванія эти, введенныя впервые *Runge*, еще не достаточно обоснованы на практикѣ, но во всякомъ случаѣ они не годятся при затрудненномъ дыханіи и повышенной дѣятельности сердца. Жженіе, производимое въ половыхъ частяхъ горячей водою, можно ослабить введеніемъ зеркала изъ твердаго каучука. Высокая температура воды легко производитъ болѣе или менѣе сильное шелушеніе влагалищнаго эпителия и даже легкую ожогу (*Fehling*).

#### в) Теплыя ванны.

Теплыя ванны употреблялись уже Аеціемъ Амидійскимъ для возбужденія выкидыша; тѣмъ не менѣе онѣ не надежны.

#### д) Холодныя и теплыя влагалищныя спринцеванія, такъ называемые перемѣнные души

недавно были примѣнены для возбужденія преждевременныхъ родовъ *Schrader*омъ изъ Гамбурга, и представляютъ, повидимому, вполне пригодное средство, дѣйствующее возбужденіемъ по контрасту. Примѣненіе этого метода выполняется слѣдующимъ образомъ:

Беременная сидитъ, нѣсколько отклонившись, на стулѣ, переднія ножки котораго стоятъ въ большой ваннѣ. Стеклнный маточный законечникъ соединенъ съ Т—образной трубкой, оба конца которой посредствомъ гуттаперчевой кишки находятся въ связи съ двумя ирригаторами. Въ одинъ ирригаторъ наливаются постепенно 24 литра холодной воды въ 6° R., въ другой—12 литровъ горячей въ 35° R. Сначала выпрыскиваютъ  $\frac{3}{4}$  литра теплой воды, которая стекаетъ послѣ отдавливанія книзу промежности; затѣмъ слѣдуютъ  $1\frac{1}{2}$ —2 литра холодной воды и т. д. до тѣхъ поръ, пока не израсходуется все вышесказанное количество воды. Промежутки между выпрыскиваніями равняются  $1\frac{1}{2}$ —2 часамъ. Такія спринцеванія производятъ до полного возбужденія родовъ.

Въ 18-ти изъ 22 случаевъ (20 разъ узость таза, одинъ разъ искусственно возстановленная промежность, одинъ разъ болѣзнь почекъ) достаточно было одного этого метода. Изъ нихъ одна умерла послѣ эклампсін, другія выздоровѣли. Изъ 20 дѣтей у тѣхъ матерей, которымъ производили исключительно перемежные души, осталось въ живыхъ 15, т. е. 75%.

### 3. Электрическіе возбудители

примѣнялись часто; тѣмъ не менѣе этотъ методъ нуждается еще въ дальнѣйшей тщательной разработкѣ. Лучше всего можно рекомендовать методъ *Bayer'a*, и именно въ формѣ постоянного тока съ 20—30 миллиамперами: катодъ, соединенный сначала съ зондомъ, потомъ съ губкой, вводится въ маточную шейку, а анодъ, въ видѣ пластинки, прикладывается на животъ; токъ продолжается 15 минутъ, повторяется сначала каждые два часа, а потомъ каждые четверть часа.

*v. Herder* первый рекомендовалъ въ 1803 г. гальваническій токъ для усиленія схватокъ, *Schreiber* въ 1843 г.—для возбужденія преждевременныхъ родовъ. *Höninger-Jacobi*, *Dorrington*, *Radford*, *Barnes*, *Simpson*, *Hennig*, *Morris*, *Grünevaldt*, *Walcher*, *Fleischmann*, *Bumm*, *Луцкисъ*, *Kuchendorf*, *Brühl* и др. употребляли частію гальваническіе, частію фарадическіе токи не съ одинаковымъ успѣхомъ.

### 4. Средства, производящія колебанія внутриматочнаго давленія.

а) Выпрыскиваніе воды между оболочками яйца и маткой.

Хотя относящіяся сюда методы (*Schweighäuser* 1825, *Cohen* 1846) вполне дѣйствительны, но не безопасны, потому что при нихъ воздухъ легко входитъ въ маточныя вены, и женщина можетъ умереть отъ воздушной эмболіи легкихъ. Методъ *Cohen'a* (выпрыскиваніе 750 ссм. *Aq. rosea*) въ 50-хъ и 60-хъ годахъ считался излюбленнымъ способомъ.

б) Проколъ оболочекъ яйца.

*Denman* (1795) производилъ его посредствомъ «a quill sharpend at the point», *Scheel* (1799) посредствомъ особаго стилета, *Meissner* (1840), *Hopkins*, *Seulen*, *Lacour*, *Villeneuve* выполняли его по возможности выше надъ маточнымъ зѣвомъ. вмѣсто простаго маточнаго зонда, *C. Braun* употреблялъ заостренное гусиное перо, на концѣ котораго дѣлалось отверстіе для вкладыванія маточнаго зонда. Изъ этого отверстія зондъ продвигается впередъ настолько, что выступаетъ и защищаетъ собой остріе пера. Достигнувъ зондомъ черезъ цервикальный каналъ до нижняго сегмента яйца, выдвигаютъ назадъ зондъ и проводятъ впередъ перо, которое тогда легко проникаетъ въ полость яйца.

За проколомъ оболочекъ яйца слѣдуетъ сначала незначительное, а послѣ появленія схватокъ обильное истеченіе околоплодныхъ водъ и коллапсъ яйца, благодаря чему почти навѣрное наступаютъ хорошія схватки. Этотъ методъ надежнѣе всѣхъ прочихъ, тогда какъ механическое раздраженіе матки посредствомъ инструментовъ должно считаться самымъ скорымъ способомъ.

Недостаткомъ этого метода считали то, что при немъ вскрывается плодный пузырь, представляющій собою естественное пособіе для расширенія половыхъ частей. Однако, по опыту вѣнскихъ врачей, оказывается, что это обстоятельство не очень важно, такъ какъ многородичія составляютъ большинство. Тѣмъ не менѣе необходимо ограничить примѣненіе этого метода черепными предлежаніями, въ виду вредныхъ послѣдствій преждевременнаго истеченія околоплодныхъ водъ при тазовыхъ или поперечныхъ положеніяхъ плода. Въ случаяхъ твердой маточной шейки у первородящихъ рекомендуется предварительно размягнуть и нѣсколько расширить послѣднюю другими способами.

*Meissner* въ 20 случаяхъ сохранилъ живыми всѣхъ матерей и 16 дѣтей. *Hoffmann* сообщаетъ, что изъ 170 родильницъ 18 заболѣли и 9 умерли, изъ 178 дѣтей 110 родились живыми и 68 мертвыми, гезр. не были возвращены къ жизни. *C. Braun* получилъ при употребленіи души и бужей изъ 37 дѣтей 12 живыхъ, а путемъ прокола оболочекъ яйца — 27 изъ 39; *Korn* въ 25 случаяхъ — 20 живыхъ дѣтей, *Herzfeld* изъ 53 дѣтей (безъ выкидышей) 35 живыхъ. Общее число живыхъ дѣтей составляетъ 64,70%.

## 5. Внутреннія средства, вызывающія родовыя боли (Ecbolica).

До сихъ поръ мы, къ сожалѣнію, не имѣемъ никакого вѣрнаго и въ то же время безопаснаго для плода средства, вызывающаго схватки.

Спорынью давали систематически для возбужденія схватокъ *Bongiovanni*, *Clark*, *Heane*, *Ramsbotham*, *Harting* и др. Но такъ какъ она вызываетъ часто тетаническія сокращенія, плохо раскрываетъ маточный зѣвъ, а тетанусъ легко разстраиваетъ кровообращеніе въ послѣдѣ, то нельзя рекомендовать это средство, по крайней мѣрѣ такъ, какъ оно практиковалось до сихъ поръ.

Солянокислый пилокарпинъ (подъ кожу 1 шприцъ Раваца 2% раствора), рекомендованный *Massmann*'омъ и *Kleinwächter*'омъ, нельзя разсматривать (*Welponer*, *Felsenreich*, *Sänger*, *O. Müller*, *Kroner*, *Huernaux*), какъ средство, вызывающее схватки; и еще вопросъ, зависѣло ли наступленіе родовъ въ случаѣ *Kleinwächter*'а съ порокомъ сердца и водяной отъ выпрыскиванія этого средства или нѣтъ.

## 6. Раздраженіе груди.

Были сдѣланы попытки рефлексорно вызвать сокращенія матки горчичниками и летучими мушками (*Friederichs-Rostock*), прикладываніемъ къ груднымъ соскамъ стеклянныхъ банокъ (*Scanzoni*) или электрическими кровососными банками (*H. W. Freund*); но эти средства часто не вызывали родовыхъ болей, или производили трещины сосковъ.

**Заключительныя замѣчанія.** Въ виду разнообразія случаевъ и большихъ индивидуальныхъ колебаній маточной возбудимости нечего удивляться, что одинъ и тотъ-же методъ не приложимъ ко всѣмъ случаямъ. Такимъ образомъ, необходимо индивидуализировать и экспериментировать. Мнѣ кажется умѣстнымъ выбирать методы, руководясь слѣдующими соображеніями:

1. При кровотеченияхъ у первородящихъ надо примѣнять кольцеиринтеръ, а у многородящихъ—тампонацію влагалища ватой.

2. При неподатливости половыхъ органовъ у первородящихъ—влагалищные души.

3. При суженіи маточнаго зѣва, особенно у первородящихъ,—ламинариі.

4. При правильныхъ и неправильныхъ положеніяхъ плода катетеризація по *Krause* примѣняется у первородящихъ послѣ надлежащаго приготовленія половыхъ частей, а у многородящихъ безъ предварительной подготовки.

5. При черепныхъ положеніяхъ и при мягкихъ или ранѣе размягченныхъ половыхъ частяхъ послѣ тщетныхъ попытокъ катетеризаціи—проколъ оболочекъ яйца.

6. При ненормальныхъ положеніяхъ плода послѣ безуспѣшной катетеризаціи—выполненіе шейнаго канала глицериновой ватой.

Изъ нѣсколькихъ печальныхъ опытовъ мы научились, какъ важно при операціи соблюдать слѣдующія общія правила:

1. Изслѣдованіе слѣдуетъ ограничить до самой крайней степени. Въ Вѣнской клиникѣ, напр., гдѣ случаи возбужденія преждевременныхъ родовъ, обыкновенно, вслѣдствіе своего научнаго интереса, изслѣдуются очень большимъ числомъ практикантовъ, смертность матерей ранѣе достигала высокой цифры—30%. Гораздо меньшій процентъ наблюдается въ маленькихъ институтахъ, гдѣ изслѣдованія производятся только профессоромъ или ассистентомъ и то, по возможности, ограничено.

2. Если можно избѣжать дальнѣйшихъ операцій, то это весьма полезно для роженцы, такъ какъ съ частотой механическихъ инсультовъ увеличивается смертность матерей.

3. Антисептика и асептика должны примѣняться въ самыхъ широкихъ размѣрахъ.

4. Женщина во время родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ должна быть изолирована въ особой предназначенной для этого комнатѣ.

Дальнѣйшее веденіе преждевременныхъ родовъ совершается по извѣстнымъ правиламъ.

**Результаты.** Для того, чтобы статистически оцѣнить достоинство возбужденія преждевременныхъ родовъ, существуетъ двоякій путь:

1. Сопоставленіе послѣдствій своевременныхъ родовъ съ послѣдствіями искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ у женщинъ съ узкими тазами вообще.

Такъ, *Spiegelberg* (A. f. G. I. 1) собралъ 271 случай искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, предпринятыхъ по поводу различныхъ показаній, и нашелъ, что смерт-

ность матерей равна 18,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, смертность дѣтей 66<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; а при преждевременныхъ родахъ, вызванныхъ вслѣдствіе узости таза, потеря матерей—15, а дѣтей 66,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Наоборотъ, *Spiegelberg* при узкомъ тазѣ и срочныхъ родахъ считаетъ, что смертность матерей равна 6,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и дѣтей—28,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Но такъ какъ при возбужденіи преждевременныхъ родовъ имѣютъ дѣло не съ узкими тазами вообще, а только съ значительными степенями суженія таза, и такъ какъ въ число случаевъ *Spiegelberg*'а, конечно, попало много случаевъ легкаго суженія таза, то параллель, проведенная *Spiegelberg*'омъ, не можетъ годиться для сужденія о преждевременныхъ родахъ при узкомъ тазѣ. Къ этому надо прибавить, что всѣ случаи *Spiegelberg*'а относятся къ доантисептическому времени. На основаніи этой статистики *Spiegelberg* предлагалъ производить преждевременные роды при conjugat'ѣ въ 6—8 см. тогда только, когда можно было предполагать плотную головку, неблагоприятное вставленіе ея, тяжелую травму во время родовъ.

Оба слѣдующія сопоставленія страдаютъ такими-же недостатками.

*Litzmann* считалъ на 373 родовъ при узкомъ тазѣ, въ числѣ которыхъ 34 родовъ были искусственные преждевременные, такую смертность родильницъ: при произвольныхъ родахъ 6,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ 14,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Изъ 333 дѣтей живыми было 81,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> въ томъ случаѣ, если они были рождены своевременно женщинами съ узкимъ тазомъ, и только—20,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ; при 2-ой степени суженія таза (для общесуженнаго таза conjugata vera ниже 9, а для плоскаго съ conjugata vera 7,4—8,2 см.) получили дѣтей живыми при срочныхъ родахъ 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, при искусственныхъ преждевременныхъ 48,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, впрочемъ, вслѣдствіе смертности въ первый недѣли живыми оставалось только 25,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, такъ что смертность дѣтей нисколько не меньше при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ.

*Wiener* считалъ:

	Смертность матерей	Заболѣваемость матерей	Смертность дѣтей.
при срочныхъ родахъ съ узкимъ тазомъ. . . . .	5,0	17,7	32,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ. . . . .	6,25	25,0	62,0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Всѣ эти способы исчисленія, очевидно, не вѣрны, потому что при этомъ противопоставляются неравнозначящія цифры.

2. Болѣе правильный статистическій методъ *Dohrn*'а, введеніе котораго слѣдуетъ поставить ему въ большую заслугу: онъ сопоставлялъ результаты прежде бывшихъ срочныхъ родовъ съ результатами произведенныхъ позже искусственныхъ преждевременныхъ родовъ у однихъ и тѣхъ-же женщинъ съ узкими тазами. Такимъ образомъ, онъ пришелъ къ тому-же заключенію, которое было подтверждено *Fehling*'омъ и *Schönberg*'омъ: что, благодаря возбужденію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, сохраняется значительное число дѣтей.

Смертность дѣтей равнялась:

по <i>Dohrn</i> 'у при своевременныхъ родахъ. . . . .	86,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ. . . . .	45,0 „
по <i>Haidlen-Fehling</i> 'у при срочныхъ родахъ. . . . .	72,7 „
„ при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ. . . . .	27,7 „
по <i>Schönberg-Christina</i> при срочныхъ родахъ. . . . .	67,2 „
„ при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ. . . . .	41,7 „

Такимъ образомъ, можно съ большой вѣроятностью сказать, что половина дѣтей при данномъ суженіи таза могла бы быть спасена при помощи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.



Въ пuerперальномъ периодѣ *Dohrn* находитъ 54% тяжелыхъ пuerперальныхъ заболѣваній послѣ срочныхъ родовъ, а послѣ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ у тѣхъ же женщинъ 28% заболѣваній съ  $\frac{64}{6} = 9,3\%$  смертныхъ случаевъ. У *Fehling*'а смертность матерей послѣ преждевременныхъ родовъ равна нулю.

Вышеприведенныя цифры относятся только къ узкимъ тазамъ; ниже я привожу результаты искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, которые были произведены на основаніи самыхъ различныхъ показаній.

### Таблица съ результатами, полученными послѣ преждевременныхъ родовъ.

#### Сопоставленіе.

А В Т О Р Ы.	Число матерей.			Число дѣтей.			
	оперированныхъ	умершихъ	Процентъ смертности матерей	родившихся	живыхъ	родившихся мертвыми или скоро умерш.	Процентъ дѣтской смертности.
Hofmann . . . . .	524	17	3,0	368	256	112	30,4
Döbner . . . . .	—	—	—	388	195	193	49,7
Spiegelberg . . . . .	271	51	18,8	277	94	183	66,0
Clazure . . . . .	280	17	6,0	207	106	101	51,2
Wyder . . . . .	225	12	5,0	225	123	102	45,3
Баденская статистика 1870/88.	443	30	6,7	443	299	144	32,5
Kehrer . . . . .	411	42	10,2	411	261	150	36,4
	2154	169	7,8	2319	1334	985	42,4

#### Случаи, бывшіе у разныхъ акушеровъ.

Ahlfeld . . . . .	118	6	5,0	121	72	46	38,0
Belluzzi . . . . .	62	10	16,0	62	20	42	66,0
Döbner-Scanzoni . . . . .	17	1	5,9	17	9	8	47,0
Dohrn . . . . .	64	6	9,3	64	35	29	45,0
Dubois . . . . .	31	4	12,9	31	16	15	48,0
Gönnner . . . . .	20	2	10,0	20	6	14	70,0
Haidlen - Fehling . . . . .	44	0	0	44	32	12	27,7
Hugenberger . . . . .	35	4	11,4	35	17	18	51,4
Kehrer-Kurpenheim . . . . .	36	5	13,8	36	15	21	58,3
» при узкомъ тазѣ . . . . .	23	2	8,7	23	10	13	56,5
» при болѣзняхъ матери . . . . .	13	3	23,0	13	5	8	61,5
Korn (при узкомъ тазѣ) . . . . .	45	1	2,0	35	23	12	34,2
Kuhn . . . . .	20	10	50,0	20	13	7	35,0
Marcherand . . . . .	43	11	25,5	43	10	33	76,7
Mermagen . . . . .	21	2	9,4	21	12	9	42,8
Braun-Rokitansky . . . . .	94	35	36,0	97	46	51	52,0
Sabarth (Методъ Cohen'а) . . . . .	55	0	0	55	27	28	50,9
Schönberg-Christiania . . . . .	36	0	0	36	21	15	41,7

## А В Т О Р Ы.

	Число матерей.			Число дѣтей.			
	оперирован- ныхъ	умершихъ	Процентъ смерт- ности.	родившихся	живыхъ	родившихся мертвыми или скоро умерш.	Процентъ дѣтской смертности.
Schröder-Panienski.....	31	2	6,2	31	11	20	64,5
Spiegelberg.....	16	5	31,2	36	12	24	66,0
Strauch.....	—	—	—	28	11	17	60,7
Swayne.....	20	3	15,0	20	9	11	55,5
Thomas.....	40	5	12,5	40	27	13	32,5
Truzzi (при узкомъ тазѣ).....	32	2	6,2	32	7	25	78,1
Vayssettes.....	60	20	33,3	60	29	31	50,1
Winckel старш.....	—	—	—	25	7	18	72,0
	940	134	14,2	1010	493	519	51,3

Изъ рассмотрѣнія этихъ таблицъ видно, что смертность матерей колеблется между 0—50% и въ среднемъ составляетъ 14,2%. Такія значительныя колебанія, очевидно, зависятъ частью оттого, что большая часть случаевъ относится къ доантисептическому времени, а другая—къ антисептическому періоду, частью же оттого, насколько часто различные акушеры производили преждевременные роды вслѣдствіе болѣзней матери; конечно, въ этихъ случаяхъ и смертность будетъ значительно больше, чѣмъ при узкихъ тазяхъ. Наконецъ, выборъ случаевъ имѣетъ также большое значеніе: кто остороженъ и оперируетъ только въ самой крайней необходимости, тотъ, конечно, имѣетъ болѣе неблагоприятныя отношенія заболѣваемости и смертности матерей, чѣмъ другой, охотнѣе рѣшающійся на операцію.

Возбужденіе преждевременныхъ родовъ можетъ имѣть неблагоприятныя для женщинъ послѣдствія. Они происходятъ частью отъ многочисленности раненій, частью отъ облегченнаго доступа микроорганизмамъ при замедленныхъ родахъ, и будутъ существеннымъ образомъ слѣдующія: стриктура маточной шейки, даже тетанусъ вслѣдствіе способа возбужденія родовъ, частью также вслѣдствіе механическихъ несоотвѣтствій и зависящаго отъ нихъ замедленія и даже прекращенія родовъ; сильныя гипереміи, ведущія даже къ отеку, отслаиванію эпителия, разминаніе тканей, кровозливанія, разрывы половыхъ частей, особенно при узкомъ тазѣ; эндометритъ, параметритъ, периметритъ роженицъ и родильницъ вслѣдствіе прививки руками или инструментами бактерий на половыхъ органахъ; смерть плода, гнилое разложеніе его, пневмомета, септицаемія и саргаемія во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ; коллапсъ вслѣдствіе долго продолжавшихся родовъ или вслѣдствіе усиленія основной болѣзни; даже смерть неразрѣшившейся женщины отъ истощенія, разрыва матки, септического зараженія и т. п.

Какъ результатъ различныхъ поврежденій, наблюдались часто такія пuerperальныя заболѣванія, которыя, конечно, при соблюденіи строгой антисептики могли бы быть доведены до незначительнаго процента.

Смертность дѣтей колеблется между 27,7 и 78%, въ сред-

немъ же равняется 42,4 перс. 51,3 $\frac{1}{10}$ . Конечно, такая большая разница зависитъ оттого, что въ одни статистическія данныя вошли только мертворожденные дѣти, тогда какъ въ другія также дѣти умершія во время первыхъ недѣль жизни. Остающуюся же еще большую разницу можно объяснить неодинаковой строгостью въ установкѣ показаній, различными побужденіями для возбужденія преждевременныхъ родовъ (узкій тазъ или болѣзни) и осложненіями при нихъ, также временемъ прерыванія беременности и наконецъ разностью методовъ.

Кто легко рѣшается на операцію, даже при умѣренномъ служеніи таза и рѣже оперируетъ при болѣзняхъ матери, тотъ, естественно, имѣетъ самыя благоприятныя цифры.

Для дѣтей опасны разнаго рода аномаліи родовыхъ болей: спазматическія, долго продолжающіяся, сильныя и частыя родовыя боли, или съ другой стороны слабыя родовыя боли; далѣе, очень часто встрѣчающіяся механическія препятствія для родовъ при узости таза, неправильное положеніе, предлежаніе и членорасположеніе плода, также относительно часто встрѣчающееся выпаденіе пуповины и наконецъ еще необходимыя послѣ возбужденія схватокъ акушерскія операціи. Эти осложненія довольно часто ведутъ къ асфиксіи, даже смерти плода. Дѣтямъ, родившимся живыми, угрожаютъ дальнѣйшія опасности, зависящія отъ закупориванія легкихъ при аспираціи инфекціонныхъ веществъ, отъ поврежденія черепа и позвоночника, перс. головного и спинного мозга, но въ особенности отъ незначительной ихъ способности противодѣйствовать внѣшнимъ вліяніямъ, зависящей отъ незрѣлости плода,—что обусловливаетъ большую смертность въ первыя недѣли жизни.

На основаніи всего этого, мы не имѣемъ права ожидать слишкомъ хорошихъ результатовъ отъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Но принимая во вниманіе, что безъ преждевременныхъ родовъ часто погибали бы мать или ребенокъ или оба вмѣстѣ, что операція представляетъ послѣднее средство для сохраненія жизни, подвергающейся опасности, мы должны все-таки назвать эту операцію относительно полезною и всегда при нуждѣ производить ее, несмотря на дурной исходъ почти въ половинѣ случаевъ.

Результаты возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ могли бы быть существенно улучшены, по крайней мѣрѣ, послѣдующимъ соответственнымъ лѣченіемъ недоносковъ. Должно заботиться не только о хорошемъ качествѣ молока матери или кормилицы, но также о равномерномъ продолжающемся согрѣваніи ребенка посредствомъ теплыхъ бутылокъ, положенныхъ въ постель, или, если это удобнѣе исполнимо, посредствомъ ванночки съ нагрѣтымъ воздухомъ, грѣлки.

Изъ ванночекъ самыя простыя: московская модель Ник. Миллера (1865), далѣе ванночка съ двойными стѣнками *Credé* и ванночка *Auvard'a*; уже болѣе сложная—аппаратъ *Tarnier*; самая же совершенная, но и самая дорогая (6 фунт. стерл.), *incubator Hearson'a*.

**Историческія замѣчанія.** По *Denman'u* въ 1796 г. въ Лондонѣ былъ сѣздъ англійскихъ акушеровъ для соображенія относительно вопроса, можетъ ли быть одобрено съ моральной и практической точки зрѣнія возбужденіе искусственныхъ прежде-

временных родов для спасения матери и плода. При этом указывали на то, что женщины съ узкимъ тазомъ, рожавшія только мертвыми зрѣлыхъ дѣтей, при случайныхъ преждевременныхъ родахъ чаще производили на свѣтъ живыхъ дѣтей.

Шотландецъ *Macauley* первый въ 1756 г. произвелъ преждевременные роды. За нимъ слѣдовали *C. Kelly*, трижды оперировавшій на одной и той же женщинѣ и получившій двухъ дѣтей живыми, и *Denman*, 20 разъ производившій преждевременные роды, болѣею частью съ сохраненіемъ жизни дѣтей. *Denman* рекомендовалъ потомъ операцію при узкомъ тазѣ, привычномъ умраніи плаода въ концѣ беременности и бо-лѣзняхъ матери.

Изъ нѣмцевъ *Plenk* (1768) высказалъ желаніе, чтобы при узкомъ тазѣ „женщины приходили для родовъ уже на 7 или 8 мѣсяцѣ, потому что головки недоношенныхъ дѣтей еще очень малы и мягки“. Затѣмъ совѣтовалъ возбужденіе преждевременныхъ родовъ *Anton Mai* (1799), заслуженный лейбъ-медикъ (Гейдельбергскаго университета), для чего рекомендовалъ ванны, раздраженіе маточнаго зѣва и проколъ плодныхъ оболочекъ. Первые преждевременные роды въ Германіи производили *Wenzel* изъ Mainz'a (1804—17), *Kraus* (1813), *El. v. Siebold* (4 преждевременныхъ родовъ съ 1819), *d'Outrepoint*, *Kluge* (20 преждевременныхъ родовъ), *v. Ritgen* (30 преждевременныхъ родовъ съ 1818—25).

Во Франціи *Petit* долженъ считаться первымъ, который произвелъ преждевременные роды. Но они предлагаемы были *Le Vacher Feutrie* и *Roussel de Vauzesme. Baudelocque* (1781) и *Lachapelle* высказались относительно этой операціи въ неблагопріятномъ смыслѣ (за исключеніемъ метроррагіи); также *Capuron* (1823), и Парижская академія отвергла ее во всѣхъ случаяхъ, даже при узкомъ тазѣ. *Velpeau* также сильно ее одобрялъ ее. Прежде всѣхъ *Duclos* изъ Тулузы произвелъ эту операцію въ 1818 г. при *hydranion*. *Fodéré* выступилъ за эту операцію въ 1820 г. *Stoltz* оперировалъ съ успѣхомъ въ 1831 и 1833 г. и своими статьями, помѣщенными въ *Arch. méd. Strasbourg*, познакомилъ французовъ съ операціей и ея успѣхами у нѣмцевъ. Далѣе, не мало способствовалъ къ благосклонному приему этой операціи успѣшный случай *P. Dubois* (1840).

Въ Голландіи эту операцію ввели въ 1825 г. *Salomon* и *Vrolik*.

Въ Италіи этой операціи содѣйствовали *Bongiovanni*, *Lovati*, *Omboni*, *Ferrario*, *Campari*, *Ciniselli*, *Trezza*, *Billi*. Въ Павіи преждевременные роды были произведены до 1832 г.—8 разъ, съ 1834 до 43 г.—12 разъ.

Подобно другимъ операціямъ и методамъ лѣченія, также и эта операція прошла три стадіи: стадію восторженной похвалы, стадію осторожнаго примѣненія и наконецъ стадію ограниченія строго обособленной группой случаевъ.

Въ видѣ дополненія мы рассмотримъ еще операцію, названную *Ahlfeld*'омъ «возбужденіемъ родовъ» незадолго до срока, въ самый срокъ или послѣ срока. Операцію эту рекомендовали уже *Mai*, *Ritgen*, *Carus*, а *Reisinger* и друг. отвергали. *Ahlfeld* считаетъ показаннымъ такое возбужденіе родовъ: 1. при незначительномъ несоотвѣтствіи между тазомъ и плодомъ, что позволяетъ намъ предполагать опасность во время родовъ; 2. при ненаступленіи родовъ въ нормальный срокъ беременности, когда отъ этого можно ожидать вредныхъ послѣдствій для родового процесса; 3. при тяжеломъ заболѣваніи беременныхъ въ послѣднія недѣли, въ интересѣ матери или ребенка.

*Ahlfeld*, на основаніи этихъ показаній, до 1884 г. 9 разъ произвелъ роды отдѣленіемъ посредствомъ пальца нижняго сегмента яйца, катеризаціей и проколомъ оболочекъ.

Представленнаго матеріала еще слишкомъ мало для окончательнаго

сужденія, но просматривая случаи *Ahlfeld'a*, нельзя отрѣшиться отъ мысли, что *Ahlfeld* часто вызывалъ роды безъ надлежащаго основанія и измѣреніемъ черена или ягодиць опредѣлялъ болѣе значительные размѣры плода, чѣмъ они оказывались впоследствии. Менѣе всего я могъ бы согласиться съ первымъ показаніемъ; ибо, если мы имѣемъ дѣло съ значительнымъ несоотвѣтствіемъ, то слѣдуетъ для этого производить преждевременные роды, а при болѣе легкихъ степеняхъ роды не будутъ болѣе трудными, если они произойдутъ на 8—14 дней позже.

На основаніи 2-го показанія однажды въ моей клиникѣ были произведены роды у одной очень ожирѣвшей и крѣпикаго сложенія женщины, которая родила мертвыми уже двоихъ дѣтей, очень крупныхъ и переносенныхъ нѣсколько недѣль. Однако, результатъ не соответствовалъ нашимъ ожиданіямъ. Ребенокъ въ ножномъ положеніи былъ съ большимъ трудомъ извлеченъ, подбонецъ головка засѣла, и послѣ надрѣза шеи мы должны были перфорировать основаніе черена. Кромѣ того, обѣ лобныя кости въ срединѣ потерпѣли ложкообразное вдавленіе отъ мыса крестцовой кости.

3-е показаніе также имѣло бы свое значеніе, если бы схватки въ этихъ случаяхъ обыкновенно не наступали сами по себѣ.

## В. Раскрывающія операціи.

### 1. Раскрытіе и расширеніе половыхъ частей.

#### 1. Раскрытіе зарощеннаго маточнаго зѣва.

**Предварительныя замѣчанія.** Во время теченія беременности складки цервикальной слизистой оболочки, разрастаясь и теряя свой эпителий, могутъ срастаться одна съ другою и образовать перепонку на подобіе діафрагмы; перепонка эта загораживаетъ наружный маточный зѣвъ или каналъ шейки. Въ этомъ случаѣ можно видѣть или небольшое отверстіе, чрезъ которое едва-едва можно проникнуть зондомъ, но нельзя провести его дальше, или неглубокую ямку, или втянутый рубецъ. При родахъ отрѣзокъ маточной шейки, лежащій надъ зарощеніемъ, а также и нижній сегментъ матки, растягиваются до такой степени, что угрожаетъ разрывъ шейки; иногда же схватки при этомъ прекращаются, и плодъ умираетъ.

**Показанія.** Если зарощенный маточный зѣвъ при родахъ не открывається при содѣйствіи схватокъ, то, конечно, онъ долженъ быть открытъ искусственно. Спрашивается только: когда? Конечно, не въ самомъ началѣ, потому что при незначительномъ склеиваніи открытіе происходитъ при содѣйствіи однихъ только схватокъ, причемъ можно быть увѣреннымъ, что при существующей перепонѣ растяженіе и разрыхленіе маточной шейки произойдутъ асептически, между тѣмъ какъ послѣ послѣднаго разрѣза можетъ произойти инфекція отъ раненія. Съ другой стороны, нѣтъ никакой цѣли ждать, пока нижній сегментъ станетъ такъ тонокъ, что его можно будетъ смѣшать съ толстымъ плоднымъ пузыремъ. Слѣдовательно, когда схватки проявлялись хорошо втеченіе нѣ-



сколькихъ часовъ, и маточная шейка растянута и размягчилась, тогда и приступаютъ къ разрыву.

**Пособіе.** Если еще можно констатировать существованіе въ маточномъ зѣвѣ отверстія и если перепонка мягка и тонка, то часто бываетъ достаточно для разрыва послѣдней одного нажатія зондомъ или катетеромъ или надавливанія концомъ пальца. Если же не нащупываютъ никакого маточнаго зѣва, то послѣ тщательной дезинфекціи вводятъ во влагалищный сводъ маточное зеркало, захватываютъ крючкомъ перепонку, извлекаютъ ее въ формѣ конусообразной складки, разрываютъ ножомъ или ножницами основаніе послѣдней и такимъ образомъ, зацѣпляя нѣсколько разъ за края раны, удаляютъ такой кусокъ перепонки, что оболочки яйца становятся видны. Затѣмъ, отъ новообразованнаго отверстія дѣлаютъ глубокіе радіальные разрывы на истонченныхъ краяхъ маточнаго зѣва. Смотря по состоянію роженицы и плода, окончаніе родовъ или предоставляютъ схваткамъ и въ этомъ случаѣ предотвращаютъ инфекцію на надрывахъ введеніемъ іодоформныхъ ватныхъ шариковъ или іодоформной марли,—или же приступаютъ къ извлеченію ребенка.

Дальнѣйшій уходъ тотъ же, который показанъ при дисцизіи.

**Историческія замѣчанія.** Въ то время какъ *Lachapelle, W. J. Schmitt, Nägele* младш., *v. Siebold, Roth, Martin, Wachs* при такъ наз. зарощеніи маточнаго зѣва высказывались только за расширеніе посредствомъ надавливанія пальцемъ, *Dépaül, Hildebrandt, Zweifel* и др. стояли за поверхностные разрывы, а затѣмъ *Skutsch* и недавно *Dührssen*—за глубокіе радіальные разрывы во всѣхъ случаяхъ, гдѣ вообще требуется дисцизія.

## 2. Некротовое расширеніе или растяженіе маточной шейки, *Dilatatio cervicis uteri.*

**Цѣль.** Такъ наз. тупое или некротовое расширеніе маточной шейки всегда служитъ подготовительной операціей передъ какой-нибудь другой. Растяженіе дѣлаетъ возможнымъ введеніе въ полость матки или только тонкихъ инструментовъ, геср. пальца, или половины и даже цѣлой руки.

Смотря по обстоятельствамъ, достигаютъ или умѣреннаго, или полнаго растяженія маточной шейки.

### а) Умѣренное расширеніе маточной шейки.

**Показанія.** Это бываетъ необходимо тогда, когда шейный каналъ настолько еще узокъ, что нельзя ввести въ полость матки толстаго бува, бюретки, тонкихъ поливныхъ щипцовъ, даже пальца, и когда въ то же время надо проникнуть въ полость матки для прерыванія беременности, для удаленія выкидыша или остатковъ послѣда.

При эклампсін, кровотеченіяхъ изъ высокоприкрѣпленнаго послѣда и другихъ, серьезныхъ осложненіяхъ, растяженіе мало раскрытой маточной шейки также было рекомендовано; но такъ какъ оно при этомъ бываетъ слишкомъ насильственно, то можно сомнѣваться въ его пользѣ.

**Способы.** Относительно техники введения разбухающих средств см. выше, стр. 31.

Кромѣ разбухающихъ средствъ, растяженіе маточной шейки производится также посредствомъ твердыхъ каучуковыхъ цилиндровъ *Hegar's* различной толщины или посредствомъ зондовъ съ оливобразной головкой (*Fritsch*). Этотъ способъ, вслѣдствіе своей болѣзненности, практикуется при наркозѣ. Онъ, конечно, быстро приводитъ къ цѣли, но за то вызываетъ также сильное разминаніе маточной шейки, что не можетъ пройти безслѣдно при гнилостномъ разложеніи содержимаго половыхъ органовъ. Кромѣ того, при этомъ способѣ не происходитъ того гиперэмического разрыхленія маточной шейки, которое неизбѣжно бываетъ при употребленіи разбухающихъ средствъ; а это разрыхленіе и признается необходимымъ факторомъ для полного расширенія шейки при возбужденіи родовъ.

#### в) Полное расширеніе маточной шейки.

**Цѣль.** Для приготовленія къ повороту, извлеченію за ножки или къ отдѣленію послѣда, шейка матки настолько широко растягивается введенными и раздвинутыми пальцами, что можно ввести въ полость матки руку и извлечь плодъ или послѣдъ,—или же растяженіе поддерживается посредствомъ выведенной по *Braxton Hicks's*у ножки, которая постепенно вверхъ утолщается.

Полное растяженіе маточной шейки рукой и слѣдующій за нимъ поворотъ и извлеченіе называются «насиленнымъ родоразрѣшеніемъ, *Accouchement forcé*» (*Guillemeau*).

**Послѣдствія вѣшателства.** Каждое усиленное растяженіе узкого канала съ ограниченной эластичностью стѣнокъ, какъ только оно переходитъ извѣстную границу, влечетъ за собой разрывы всѣхъ тканей. Разрывъ сосудовъ обуславливаетъ кровотеченія, которыя становятся особенно обильными вслѣдствіе того, что всякое механическое раздраженіе вызываетъ рефлекторную гиперэмію. Разрывы послѣ расширенія шейки бываютъ часто такъ глубоки, особенно при дряблости тканей, что идутъ до самаго влагалищнаго свода или въ *parv supravaginalis* до брюшины и даже продолжаются на послѣднюю. При вскрытіи подобныхъ случаевъ шейка представляется растянутою, пропитанною кровью, а при глубокихъ разрывахъ находятъ даже въ брюшинную гематому или кровоизліянія въ брюшную полость. Вслѣдъ за разрывами наступаютъ значительная общая слабость и кровотеченія: того и другого нужно особенно бояться у анемичныхъ. Извѣстно, что ткани сильно разорванныя, пропитанныя кровью, разможенныя, и вслѣдствіе этого менѣе способныя къ противодѣйствію, легко подвергаются некротическому процессу, а съ другой стороны оказываются особенно восприимчивыми къ инфекціи. Поэтому, ничего нѣтъ удивительнаго, если не только въ доантисептическое время, но и теперь еще за насильственнымъ растяженіемъ шейки слѣдуютъ довольно часто тяжелые неуперальные процессы. Особенно, *accouchement forcé* даетъ дурной прогнозъ въ случаѣ предлежанія послѣда безъ соблюденія строгой антисептики, а также иногда въ случаѣ отдѣленія полипа при стриктурѣ.

Поэтому, слѣдуетъ ограничить полное растяженіе маточной шейки самыми крайними случаями.

#### Предварительныя условія:

1. Проходимость шейнаго канала, по крайней мѣрѣ, для двухъ пальцевъ, размягченіе и до нѣкоторой степени растяжимость шейки.

2. Отсутствие воспаленія матки.

#### Показанія:

1. Предлежаніе послѣда. По примѣру *Guillemeau*, въ этомъ случаѣ употребляли предпочтительно *accouchement forcé*. Если маточный зѣвъ не пропускаетъ двухъ пальцевъ, и шейка еще жестка, то прежде всего тщательно тампонируютъ (см. ниже при поворотѣ *Brazton Hicks'a*). Но если указанныя выше предварительныя условія существуютъ, то дѣлаютъ двумя пальцами комбинированный поворотъ, сводятъ во влагалище ножку, которая своимъ бедромъ и тазовымъ концомъ прижимаетъ кровоточащее мѣсто послѣда и производитъ одновременно растяженіе маточной шейки. Если кровотеченіе не перестаетъ, то употребляется притяженіе за ножку втеченіе продолжительнаго времени. Берлинская школа совѣтуетъ предварительно выжидать. Дальнѣйшее относительно этого см. ниже.

2. Задержаніе послѣда вслѣдствіе стриктуры контракціоннаго кольца, въ видѣ песочныхъ часовъ при сильной анеміи, требующей быстрого удаленія задержавшагося послѣда.

Если малокровіе умѣренно и, такимъ образомъ, остается еще время для другого способа лѣченія, то стараются устранить спазмъ контракціоннаго кольца (которое называлось прежде внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ) посредствомъ впрыскиванія морфія или атропина (*Fränkel*), а также посредствомъ хлороформированія; затѣмъ, какъ скоро наступитъ расширеніе или расслабленіе матки, выжимаютъ или извлекаютъ послѣдъ. Въ большинствѣ случаевъ бываетъ достаточно такого осторожнаго способа, но въ критическихъ случаяхъ надо передъ извлеченіемъ или иногда передъ отдѣленіемъ послѣда произвести растяженіе кольца помощью раздвинутыхъ пальцевъ.

Въ числѣ дальнѣйшихъ показаній, приводили еще слѣдующія:

3. Преждевременное самопроизвольное отдѣленіе высоколежащаго послѣда и обусловленное этимъ внутреннее или наружное кровотеченіе. Въ этомъ случаѣ лучше всего произвести проколъ оболочекъ яйца, который ослабляетъ плодный пузырь и этимъ прекращаетъ дальнѣйшее отдѣленіе послѣда, а также способствуетъ нажиманію предлежащей части на маточную шейку, черезъ что кровотеченіе обыкновенно останавливается. Если въ то же время оказывается пожное предлежаніе, *Stahl* рекомендуетъ сводить ножку, чтобы расширить маточную шейку какъ бы посредствомъ конуса и быстро извлечь ребенка. Но этотъ приемъ, повидимому, не безопасенъ.

4. При эклампсiи рожениць стараются вызвать гиперэмическое разрыхленіе половыхъ частей посредствомъ теплыхъ и даже горячихъ влагалищныхъ спринцеваній, а затѣмъ дѣйствуютъ горячими ваннами, хлораломъ или опіумомъ, равно какъ и вдыханіями хлороформа при каждомъ припадкѣ уремiи и эклампсiи; ручное расширеніе шейки, разумѣется, не приимается, такъ какъ оно рефлекторнымъ образомъ легко вызываетъ новые припадки судорогъ.

5. Мнимая или дѣйствительная смерть беременной на сно-

сахъ. Въ этомъ случаѣ нѣтъ никакой надежды сохранить жизнь ребенка, если его извлекають, проводя—въ случаѣ надобности послѣ поворота—чрезъ маточный зѣвъ, не вполне расширенный помощью пальцевъ. Но при шарообразной маточной шейкѣ глубокіе разрѣзы ея съ послѣдующимъ извлеченіемъ, а при толстой и узкой шейкѣ кесарское сѣченіе — могутъ еще, конечно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, дать благопріятный результатъ.

**Производство расширения.** Послѣ тщательнаго антисептическаго промыванія влагалища проводятъ сначала указательный палецъ въ маточную шейку, и выжидаютъ короткое время, пока не прекратится сокращеніе шейки, возбужденное раздраженіемъ, затѣмъ вводятъ потихоньку средний палецъ, а въ случаѣ надобности—четыре пальца, наконецъ раздвигаютъ осторожно пальцы и расширяють маточную шейку настолько, чтобы можно было провести въ полость матки половину руки или даже цѣлую руку.

**Историческія замѣчанія.** *Celsus* (med. VII, 29) рекомендовалъ при мертвомъ ребенкѣ вводить въ промежуткахъ между схватками сначала одинъ, потомъ два пальца и, наконецъ, цѣлую руку. Иногда вводились даже обѣ руки. *Moschion* и *Philumenos*, а позже *Rösslin* и *Smellie* совѣтовали расширять узкій маточный зѣвъ пальцами. *Guillemeau*, *Mauriceau*, *Levret* рекомендовали при предлежаніи послѣда *accouchement forcé*,—приемъ, противъ котораго выступилъ *Puzos*, а въ послѣдствіи *Saxtorph*, *Crantz*, *Lachapelle* и др.

*Paul* изъ Эггин употребляетъ вращающийся расширитель, который былъ въ употребленіи еще во времена *Гертуліана*. *Rhazes* изобрѣлъ снабженный винтомъ расширитель, маточное зеркало, „instrumentum tortile vel torculum volvens“. *Guy v. Chauliac*, *Savonarola*, *Osiander*, *Busch* и др. предложили затѣмъ свои инструменты для расширения.

### 3. Кровавое расширение или разрѣзъ маточнаго зѣва, *Discissio orificiū uteri*.

**Опредѣленіе и цѣль.** Двустороннее или многостороннее радіальное разсѣченіе наружнаго маточнаго зѣва ножемъ или ножницами бываетъ иногда необходимо, чтобы сдѣлать возможнымъ извлеченіе плода или облегчить послѣднее.

**Предварительныя условія.** Операция допустима только при шарообразно растянutoй и утонченной маточной шейкѣ и недостаточно еще расширенномъ наружномъ маточномъ зѣвѣ.

#### Показанія къ операциі:

1. Неподатливость маточнаго зѣва, гесп. влагалищной части, что обусловливается бѣдной сосудами соединительной тканью и встрѣчается у нѣкоторыхъ первородящихъ, особенно у старыхъ; дальѣ, образованіе рубцовъ на наружномъ маточномъ зѣвѣ послѣ дифтеритическихъ и некротическихъ пуэрперальныхъ процессовъ, а также послѣ операций; оплотнѣніе маточной шейки при бывшемъ ранѣе воспаленіи матки, особенно послѣ выпаденія матки, равно какъ и плотная карцинома, ограниченная влагалищной порціей. Такимъ образомъ, показаніемъ къ кровавому расширенію служитъ вообще затвердѣніе наружнаго маточнаго зѣва, соединенное нерѣдко со стенозомъ.

Но при всѣхъ этихъ патологическихъ измѣненіяхъ кровавое расширеніе показуется не сразу и не слишкомъ рано, а только тогда, когда при замедленіи періода открытія, *resp.* при продолжительномъ теченіи родовъ, появились какія-либо серьезныя послѣдствія, какія-нибудь осложненія, требующія скорого окончанія родовъ, тогда какъ другіе приемы уже примѣнялись безуспѣшно.

Послѣдствіями нераскрывающагося маточнаго зѣва, будутъ: необычайно сильныя и частыя схватки, вторичное ослабленіе схватокъ, нервозность, истощеніе, бредъ, лихорадка, эндометритъ, сильное растяженіе шейки, даже разрывъ ея и асфиксія плода.

Осложненія бывають слѣдующія: маточныя кровотеченія, эклампсія, затрудненное дыханіе и т. п.

Приготовительныя средства. Чтобы сдѣлать края маточнаго зѣва гиперэмичными, мягкими и растяжимыми и такимъ образомъ избѣгнуть кроваваго расширенія, должно употреблять: теплыя и горячіе, часто повторяемые влагалищныя души, теплыя сидячія и паровыя ванны, теплыя компрессы на наружныя половыя части, далѣе, рвотныя при гастрическихъ состояніяхъ, опій, хлораль и хлороформъ при продолжительныхъ болѣзненныхъ ощущеніяхъ въ тазу и поясницѣ, а также при мучительныхъ схваткахъ.

2. Плотное обхватываніе неподатливымъ маточнымъ зѣвомъ тазовой части плода или послѣдующей головки при годовичныхъ положеніяхъ. Обхватываніе это встрѣчается преимущественно у первородящихъ, но бываетъ и у многорожавшихъ, если извлеченіе производится при не вполне еще расширенномъ маточномъ зѣвѣ.

3. Агонія, мнимая смерть, дѣйствительная смерть беременной на сносахъ или роженницы, но только въ томъ случаѣ, если существуютъ указанныя предварительныя условія, если сердцѣбіеніе плода еще отчетливо слышно, и если вѣтъ ни значительнаго суженія таза, ни какихъ-либо другихъ препятствій, очевидно затрудняющихъ проведеніе ребенка. Въ этомъ случаѣ за кровавымъ расширеніемъ должно слѣдовать быстрое извлеченіе щипцами или руками.

Въ подобныхъ случаяхъ глубокое кровавое радіальное разсѣченіе маточной шейки и послѣдующее извлеченіе ребенка конкурируютъ съ кесарскимъ сѣченіемъ на умирающей или мертвой. Хотя кровавое расширеніе здѣсь представляетъ болѣе умѣренный приемъ, но съ другой стороны нельзя не признать, что оно требуетъ болѣе времени, а каждая минута здѣсь можетъ стоить жизни ребенку. Кромѣ того, если послѣ четырехъ разрѣзовъ не достигаютъ влагалищнаго свода, то при извлеченіи предстоитъ еще преодолѣть большія препятствія.

Въ одномъ рѣдкомъ случаѣ закрытія кишки, происшедшаго вслѣдствіе поворота около оси правой половины *colon transversum*, расширенной въ видѣ *U*, и вслѣдствіе прижатія желудкомъ лѣвой части *colon transversum*, я сдѣлала, въ видѣ попытки, у одной, находящейся въ агоніи беременной на сносахъ, четыре глубокихъ разрѣза въ утонченномъ краю маточнаго зѣва, величиной съ талеръ, при шарообразной шейкѣ и низкомъ положеніи головки; но несмотря на это, я не могла вывести головку щипцами и, наконецъ, принужденъ былъ перфорировать уже умершаго ребенка.



**Производство операции.** Кровавое расширение маточного зѣва производится по пальцу или при помощи зеркала.

При первомъ показаніи надо рѣшительно предпочесть оперированіе при освѣщеніи, и притомъ въ положеніи спинномъ или боковомъ Sims'a, для болѣе тщательной дезинфекціи и для избѣжанія побочныхъ поврежденій. Посредствомъ длиннаго прямого или кривого ножа край маточнаго зѣва разрѣзывается изнутри кнаружи, и притомъ сначала съ обѣихъ боковыхъ сторонъ, а потомъ спереди и сзади, смотря по надобности, почти до самаго влагалищнаго свода (*Skutsch, Dührssen*), такъ чтобы маточный зѣвъ достаточно былъ расширенъ для немедленнаго прохожденія или проведенія головки, а при ножномъ предлежаніи—тазового конца. Дѣлаемые прежде разрѣзы длиной 0,5—1 см. недостаточны: во время прохожденія головки они необходимо должны разорваться больше; также и двусторонніе разрѣзы не достигаютъ цѣли.

Если при 2-мъ и 3-мъ показаніи оперируютъ безъ зеркала, то вводятъ плоско положенный на указательный палецъ пуговчатый бистурн на глубину въ нѣсколько сантиметровъ между головкой и краемъ маточнаго зѣва, направляютъ затѣмъ клинокъ кнаружи и прорѣзываютъ, смотря по надобности, на одинъ или нѣсколько сантиметровъ въ глубину; или пользуются согнутыми подъ угломъ ножницами.

Если кровотеченіе изъ разрѣзовъ значительно, и нельзя тотчасъ же производить извлеченія, то кровотеченіе останавливаютъ холодными спринцеваніями или тампонадѣй изъ ваты.

Дальнѣйшій ходъ дѣла долженъ указать, слѣдуетъ ли послѣ искусственнаго расширенія маточнаго зѣва предоставить остальное схваткамъ или, — что чаще предпринимается, — приступить къ ручному извлеченію, къ щипцамъ, даже къ перфораци.

Послѣ родовъ, сопровождавшихся глубокими разрѣзами, для предупрежденія послѣдующаго кровотеченія, инфекціи большихъ ранъ и параметрита, рубцоваго выворота маточнаго зѣва и язвеннаго процесса на немъ, притягиваютъ влагалищную часть щипцами *Museux* или пулевыми щипцами до входа во влагалище, затѣмъ зашиваютъ разрѣзы катгутомъ или шелкомъ и промываютъ полость матки карболовымъ растворомъ.

#### 4. Кровавое раскрытіе и расширеніе влагалища и дѣвственной плевы.

**Показанія.** Здѣсь должны быть приняты во вниманіе слѣдующія аномаліи, частію врожденныя, частію приобретенныя:

1. Гипертрофія и стенозъ дѣвственной плевы или плотно прилегающей къ ней поперечной складки слизистой оболочки влагалища, причемъ эта складка бываетъ толста, широка, плотна и часто пропускаетъ только пуговку зонда.

2. Одиночныя или множественныя круговыя складки на протяженіи влагалища, на подобіе грудобрюшной преграды, такъ называемыя органическія стриктуры, съ узкимъ отверстіемъ или совершенно закрытыя.

3. Продольныя перегородки влагалища, сплошныя или прерывающіяся вверху: остатки эмбриональнаго двойнаго влагалища.

#### 4. Ограниченныя рубцовыя суженія и атрезіи влагалища.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ необходимо разсѣченіе, даже устраненіе противодействующихъ тканей, чтобы предупредить разрывы маточной шейки и промежности и предотвратить асфиксію ребенка. Что касается подходящаго для этого времени, то обыкновенно выжидаютъ наступленія схватокъ; тогда появляется необходимая для расширенія половыхъ частей гиперемія, при чемъ маточный зѣвъ расширяется. Операция показывается особенно тогда, когда схватки дѣлаются слишкомъ бурными, и роженица возбуждается до такой степени, что можно опасаться разрыва матки или асфиксіи плода; или тогда, когда схватки прекращаются при полномъ истощеніи силъ роженицы, или когда появляется такой симптомъ, который требуетъ скорого окончанія родовъ.

**Производство операци.** При широкой дѣвственной плевѣ разрѣзываютъ ее сзади и съ боковыхъ сторонъ и углубляютъ разрѣзы, какъ при эпизиотоміи.

При тонкихъ круговыхъ складкахъ дѣлаются четыре звѣздообразныхъ разрѣза.

Продольныя перегородки влагалища расщепляютъ по срединѣ ножомъ, resp. ножницами, или разрѣзаютъ спереди и сзади у основанія ихъ, затѣмъ, въ случаѣ сильнаго кровотеченія, тампонируютъ и послѣ родовъ соединяютъ обѣ раны непрерывнымъ швомъ изъ кѣтгута.

При толстомъ, но ограниченномъ рубцовомъ стенозѣ влагалища рациональный способъ будетъ слѣдующій: кругообразный разрѣзъ слизистой оболочки у основанія рубца, удаленіе рубцовой ткани, кругообразный разрѣзъ слизистой оболочки въ верхней части влагалища; слѣдовательно, вырѣзываніе куска въ формѣ кружка изъ рубцовой діафрагмы, извлеченіе плода и сшивание шелкомъ слизистой оболочки верхняго и нижняго краевъ раны. Въ критическихъ обстоятельствахъ, при недостаткѣ мѣста, свѣта и помощи, часто на практикѣ предпочитается временный оперативный приемъ, состоящій въ поперечномъ расщепленіи рубцовой ткани тупыми или рѣзущими инструментами съ сохраненіемъ въ цѣлости мочевого пузыря, Дугласова пространства и прямой кишки. Если удастся освѣтить верхнюю часть влагалища, то расширяютъ раны, смотря по надобности, дѣлая разрѣзы съ обѣихъ сторонъ или радіально.

Если въ распоряженіи имѣется мѣсто, свѣтъ и помощь, и женщина не слишкомъ изнурена, то вышеуказанное вырѣзываніе рубца и сшиваніе слизистой оболочки обонхъ краевъ круговой раны производится тотчасъ же послѣ удаленія послѣда, или же по окончаніи родильнаго періода, приблизительно черезъ два мѣсяца послѣ родовъ.

#### 5. Кровавое расширеніе наружныхъ половыхъ частей, разрѣзъ промежности и срамныхъ губъ, *Episiotomia*.

**Понятіе.** Названіемъ эпизиотомія (*ἐπίσιον*—промежность, *τέμνειν*—рѣзать) обозначали прежде разрѣзъ по *garhe perineæ*, а потомъ—надрѣзы половыхъ губъ для большаго раскрытія промежности.

**Предварительное условіе.** Предлежащая часть должна находиться

возлѣ того мѣста, гдѣ предполагають сдѣлать надрѣзь, такимъ образомъ, все кольцо vulvae должно быть напряжено: тогда только можно измѣрить напряженіе и, слѣдовательно, глубину надрѣзовъ.

#### Показанія:

1. Такая узость половой щели, что уже при самомъ началѣ прорѣзыванія головки или тазового конца кольцо vulvae напрягается, какъ струна. Подобная узость бываетъ врожденной вмѣстѣ съ пороками образованія (какъ напр. зарощеніе половыхъ губъ до такой степени, что остается только узкое отверстіе—случай *P. Müller'a*—при эктопіи мочевого пузыря и т. п.); затѣмъ, преимущественно у первородящихъ, у которыхъ она увеличивается съ годами; у многорожавшихъ послѣ прежнихъ разрывовъ и пузрперальныхъ изъязвленій, отъ которыхъ остаются твердые, морщинистые рубцы, равно какъ послѣ *perineographi'i* и *perineoplastik'i* и *kolporrhaphi'i posterior*, если при этомъ восстановлена очень широкая промежность, и половая щель сильно ссужена.

2. Внезапно наступающая опасность для матери или ребенка во время прорѣзыванія головки или ягодиць при неподатливыхъ половыхъ органахъ роженицы, если нужно немедленно окончить роды.

3. Сильное выпячиваніе и утонченіе середины промежности, слѣдовательно, угрожающій центральный разрывъ.

4. Сильное напряженіе промежности при операціяхъ щипцами у первородящихъ, послѣ того какъ головка выведена почти до большаго родничка. Было-бы весьма желательно, чтобы въ этихъ случаяхъ врачи предпринимали для расширенія надрѣзы чаще, чѣмъ это обыкновенно дѣлается; такъ какъ опытъ показываетъ, что самые глубокіе разрывы промежности и даже *septum recto-vaginae* происходятъ, какъ разъ, послѣ наложенія щипцовъ и быстрого выходанія головки. Мы не дѣлаемъ этихъ надрѣзовъ у первородящихъ только при широкихъ и растяжимыхъ половыхъ органахъ. Тотчасъ послѣ надрѣзыванія, ложки щипцовъ снимаются.

#### Употреблялись слѣдующіе методы:

Срединный разрѣзь промежности, предложенный *Michaelis'омъ*, практиковался въ виду ожидаемаго разрыва промежности на томъ основаніи, что раны отъ разрѣзовъ излѣчиваются легче, чѣмъ раны отъ разрывовъ. Теперь, конечно, извѣстно, что при излѣченіи разрывовъ промежности дѣло идетъ не только о порѣзанныхъ ранахъ (таковыя легко можно сдѣлать изъ неправильныхъ поверхностей посредствомъ куперовскихъ ножницъ), но прежде всего объ асептикѣ и о надлежащемъ зашиваніи. Способъ *Michaelis'a* теперь всюду оставленъ.

Способъ *v. Ritgen'a* представляетъ собой шагъ впередъ въ томъ отношеніи, что здѣсь разрѣзы спереди идутъ дальше въ край vulvae, въ большія и малыя губы. На висотѣ схватки *v. Ritgen* надрѣзываетъ край во многихъ мѣстахъ пугочатымъ ножомъ и достигаетъ при помощи нѣсколькихъ небольшихъ насѣчекъ расширенія половой щели. Но благодаря такому количеству разрѣзовъ, этотъ способъ очень болѣзненъ; а такъ какъ разрѣзы остаются незашитыми, то перѣдко происходитъ инфекція. Поэтому, и этотъ способъ также оставленъ.

*Eichelberg* изъ Везеля, затѣмъ *Scanzoni* и др. дѣлали съ обѣихъ

сторонъ глубокіе надрѣзы на границѣ между большими губами и промежностью въ направленіи къ сѣдалищнымъ буграмъ. Такими разрѣзами легко достигается расширеніе половой щели на каждой сторонѣ отъ 3—4, а въ общемъ отъ 6—8 см. и болѣе. Этотъ способъ употребляется теперь почти вездѣ. Выполняютъ его слѣдующимъ образомъ:

Берутъ прямой или серповидный пугочатый ножъ или кривыя ножицы; на высотѣ схватки, когда кольцо *valvae* сильно напругается, вводятъ ножъ плашмя между прорѣзывающейся головкой, *resr.* ягодицами и половой губой на глубину 2—3 см., затѣмъ направляютъ лезвее снаружи и дѣлаютъ надрѣзъ по задней части половой губы черезъ слизистую оболочку, *constrictor cunni* и кожу приблизительно на 1 см. въ глубину по направленію къ сѣдалищному бугру. Важно полное раздѣленіе мускула. Если промежность все еще натянута, то дѣлаютъ на другой сторонѣ подобный-же разрѣзъ. Если промежность, *resr.* уздечка и послѣ двойного разрѣза продолжаетъ быть натянутой, то разрѣзы углубляются,—иначе промежность можетъ разорваться, не смотря на нащѣпки.

Прикладывая сырую карболовую вату къ ранамъ или прижимая ихъ къ подлежащей части, останавливаютъ кровотеченіе. Затѣмъ, во время послѣдующихъ схватокъ способствуютъ прохожденію дѣтской части.

При наложеніи щипцовъ дѣлаютъ надрѣзы въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ черенки ложекъ прикасаются къ половымъ губамъ, проводятъ головку до большого родничка въ половую щель, затѣмъ снимаютъ ложки и освобождаютъ остальную часть головки руками.

Если послѣ рожденія ребенка появляется сильное кровотеченіе, то сжимаютъ предварительно края ранъ или закладываютъ во влагалище вату. Сшиваніе оставляютъ обыкновенно до выхожденія или удаленія послѣда, затѣмъ обмываютъ и тщательно дезинфицируютъ наружныя половыя части и влагалище карболовымъ растворомъ (не растворомъ сулемы въ виду опасности отравленія при большихъ ранахъ), кладутъ женщину на спину съ приподнятымъ тазомъ или, лучше, помещаютъ ее косо на постель, особенно чувствительныхъ хлороформируютъ, потомъ захватываютъ за края ранъ американскими пулевыми щипцами, такимъ образомъ натягиваютъ эти края и производятъ зашиваніе кэтгутомъ или шелкомъ, начиная съ задняго угла ранъ и проводя все время иглу подъ раненой поверхностью. Точки проколовъ находятъ на разстояніи  $\frac{1}{2}$ —1 см. отъ краевъ ранъ. Послѣ зашиванія еще разъ промываютъ, посыпаютъ йодоформомъ и накладываютъ сухую вату, которую часто переменяютъ. Нитки кэтгута оставляютъ всасываться и удаляютъ только тогда, когда рана вскрывается или становится грязнаго цвѣта.

При надлежащей дезинфекціи и плотномъ соединеніи обѣихъ поверхностей ранъ получаютъ по большей части первичное натяженіе и узкій рубецъ. Если же этого не достигаютъ или если по какой-либо причинѣ не произвели сшиванія, то цѣлесообразно, втеченіе нѣсколькихъ дней, вкладывать небольшіе шарки ваты, пропитанные смѣсью *ol. terebinthinae* 1, *ol. papaveris* 5, и переменять ихъ 3—6 разъ въ день. Этимъ возбуждается энергичное образованіе грануляцій; во вся-

комъ случаѣ оно происходитъ гораздо лучше, чѣмъ при употребленіи антисептической ваты.

Оставлять раны незащитыми не цѣлесообразно, такъ какъ онѣ легко инфицируются застаивающимся послѣродовымъ очищеніемъ; а отсюда затѣмъ развиваются vulvitis, даже phlegmone pelvis и лихорадка. Кромѣ того раны до своего заживленія служатъ мѣстомъ мучительнаго жженія при мочеиспусканіи.

## II. Вскрытіе плоднаго пузыря.

Проколъ оболочекъ яйца, искусственный разрывъ пузыря. *Punctio velamentorum.*

**Опредѣленіе.** Въ буквальной смыслѣ слова проколъ оболочекъ яйца есть простое вскрытіе плоднаго пузыря, преимущественно въ нижнемъ его сегментѣ; но если имѣть въ виду цѣль прокола, то онъ представляетъ собой опороженіе переднихъ или вообще околоплодныхъ водъ.

**Цѣль.** Эта небольшая, но важная по своимъ послѣдствіямъ операція можетъ быть предпринимается для того, чтобы уменьшить величину яйца и этимъ ускорить роды, но съ другой стороны можетъ служить также въ качествѣ подготовительной операціи, чтобы проложить путь къ плоду, гср. къ другимъ операціямъ.

**Значеніе прокола.** Беременная матка въ видѣ овальной или округленной, эластически натянутой полои сумки, крѣпко со всѣхъ сторонъ обхватываетъ плодный пузырь, вмѣстѣ съ содержащейся въ немъ жидкостью и съ плодомъ. Если вскрывается нижній сегментъ яйца, то околоплодная жидкость стекаетъ отчасти, или вся: вся она стекаетъ тогда, когда женщина стоитъ, сидитъ или лежитъ на спинѣ, потому что при этомъ мѣсто разрыва находится на самомъ нижнемъ концѣ яйца; вся она стекаетъ также тогда, когда предлежатъ ноги, а не ягодицы или головка, дѣйствующая на подобіе шарообразнаго тампона; далѣе, въ томъ случаѣ, если нижній отрѣзокъ беременной матки отстоитъ далеко отъ предлежащей части плода (какъ напр. при hydramnion), если онъ выль, не эластиченъ, и сильно растянуть, — вообще въ томъ случаѣ, если стѣнки матки тонки и вялы, вслѣдствіе чего легко спадаются.

Результатомъ прохожденія водъ будетъ: 1. уменьшеніе беременной матки и плоднаго пузыря, 2. впаденіе стѣнокъ матки и плоднаго пузыря въ полость яйца, а вмѣстѣ съ тѣмъ болѣе тѣсное ихъ прижатіе къ плоду, 3. уплотненіе стѣнокъ матки. На основаніи такого результата легко можно понять значеніе прокола оболочекъ яйца для родовъ и для ихъ отдѣльныхъ моментовъ.

1. Уменьшеніе беременной матки, сжатіе стѣнокъ ея обуславливаютъ нарушеніе маточнаго и плацентарнаго кровообращенія. Смотря по количеству истекшей жидкости, маточныя сокращенія часто производятъ такое сдавленіе сосудовъ, что наступаетъ расстройство въ дыханіи плода, даже асфиксія плода. Такимъ образомъ, послѣ разры-



ва пузыря жизнь ребенка вследствие сильных схваток подвергается большей опасности, чѣмъ до прохождения воды.

2. Стѣнки матки, сжимаясь по направлению ея полости, производятъ болѣе сильное эластическое давленіе на содержимое матки, уменьшаютъ подвижность плода и плотно устанавливаютъ предлежащую часть на извѣстномъ мѣстѣ.

3. Соотвѣтственно количеству истекшей жидкости утолщается стѣнка матки. Мышечныя волокна, которыя раньше лежали одно подлѣ другого, сдвигаются и ложатся другъ на друга. Каждое мышечное волокно производитъ при своемъ сокращеніи опредѣленное концентрическое давленіе на содержимое матки; когда же много мышечныхъ волоконъ ложатся другъ на друга на данной поверхности маточной стѣнки, то, конечно, давленіе на каждую квадратную единицу плоскости уменьшеннаго яйца возростеть, слѣдовательно усилится благоприятное дѣйствіе маточныхъ сокращеній и опусканіе яйца книзу, другими словами: ускоряются роды.

Это теоретическое предположеніе подтверждается и на самомъ дѣлѣ, если не предстоить преодолѣвать какихъ-нибудь особенныхъ препятствій и, главное, если маточный зѣвъ почти или вполне расширенъ, и родовой каналъ гиперэмически размягченъ. Напротивъ, если разрывъ пузыря, гесп. проколъ оболочекъ яйца, происходитъ при узкомъ еще и неподатливомъ, не размягченномъ маточномъ зѣвѣ, какъ у первородящихъ, то предлежащая часть плотно обхватывается шейкой матки, мускулатура ея, сильно натянутая напирющей предлежащей частью, усиленно сокращается, вследствие чего съ трудомъ наступаетъ физиологическая гиперемія. Съ другой стороны, схватки, вследствие противодействія неподатливаго маточнаго зѣва, рефлекторно усиливаются, часто до такой степени, что ребенокъ подвергается асфиксии; или же наступаетъ ослабленіе схватокъ. Отсюда становится ясно, что преждевременный разрывъ пузыря, гесп. проколъ оболочекъ яйца, часто приводитъ къ настоящему *circulus vitiosus*, который устраняется акушеромъ только при помощи извлеченія плода. Безъ сомнѣнія, можно было бы избѣжать множества акушерскихъ операций, еслибы акушерки, которыя въ проколѣ оболочекъ яйца видятъ просто родовспомогательное средство, не разрывали такъ часто пузырь при узкомъ маточномъ зѣвѣ.

**Предварительныя условія и противопоказанія.** Изъ сказаннаго вытекаетъ, что проколъ оболочекъ яйца, какъ основная операція, допустимъ только при мягкихъ или размягченныхъ половыхъ органахъ и широкомъ или легко растяжимомъ наружномъ маточномъ зѣвѣ у многорожавшихъ, а у первородящихъ не ранѣе полнаго расширенія маточнаго зѣва; въ другихъ случаяхъ проколъ долженъ быть по возможности ограниченъ.

Слѣдуетъ остерегаться прокола оболочекъ яйца, какъ основной операціи, при

1. сильно сжуженныхъ тазахъ,
2. ненормальныхъ предлежаній плода (лицомъ, тазовымъ концомъ, поперечныхъ положеніяхъ).
3. ненормальныхъ членорасположеній плода (предлежаніе конечностей) и

## 4. предлежаніи пуповины.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ ребенку угрожаетъ, конечно, меньшая опасность при цѣлости пузыря, когда давленіе на содержимое матки повсюду равномернo, чѣмъ послѣ разрыва пузыря; кромѣ того, поворотъ и вращеніе частей плода послѣ истеченія водъ значительно затрудняются. Само собой разумѣется, что въ качествѣ предвартельной операціи передъ поворотомъ, вращеніемъ, ручнымъ извлеченіемъ и щипцами, проколъ оболочекъ яйца допускается во всѣхъ четырехъ указанныхъ случаяхъ.

## Показанія:

1. Продолжительная и неустраняемая никакимъ другимъ способомъ слабость схватокъ въ дальнѣйшемъ періодѣ раскрытія.

2. Сильное истонченіе стѣнокъ матки вслѣдствіе *hydranion'a* или нѣсколькихъ плодовъ.

3. Значительная толщина и плотность оболочекъ яйца, вслѣдствіе чего замедляется разрывъ пузыря, слѣдовательно, затягиваются и роды.

4. Малое количество переднихъ водъ и туго натянутый надъ предлежащею частью плодный пузырь.

*Michaëlis* и *Seifert* объясняли это послѣднее обстоятельство чрезвѣчнымъ наполненіемъ пузыря околоплодною жидкостью, вслѣдствіе чего замедляется образованіе передняго пузыря, *Massmann*—недостаткомъ околоплодной жидкости, *Bidder*, *Neumann* и позже *Massmann*—слишкомъ крѣпкимъ соединеніемъ яйцевыхъ оболочекъ съ нижнимъ отрѣзкомъ беременной матки.

По *Schumacher*'у изъ Бонна (1869) время отъ прокола яйцевыхъ оболочекъ до изгнанія плода у первородящихъ вмѣсто 1½ часа (какъ это бываетъ у нихъ въ среднемъ) продолжалось 4½ часа, а у многорожавшихъ вмѣсто ¾ часа 2¾. Впрочемъ, эта статистика нисколько не говоритъ противъ разрыва пузыря въ подобныхъ случаяхъ, такъ какъ наблюдаемая при этомъ ригидность всего родового канала затрудняетъ быстрое окончаніе родовъ.

Если при одномъ изъ этихъ случаевъ, особенно при 3-мъ и 4-мъ, возникаетъ сомнѣніе въ необходимости прокола яйцевыхъ оболочекъ, то должно принять во вниманіе слѣдующее. Если энергія схватокъ при цѣломъ пузырьѣ продолжаетъ увеличиваться, и если матка, до сего времени безболѣзненная вездѣ, особенно у дна, при прикосновеніи становится болѣзненною, то нельзя болѣе медлить съ проколомъ яйцевыхъ оболочекъ, иначе наступитъ слабость схватокъ. Но послѣ вскрытія пузыря въ подобныхъ случаяхъ чувствительность тотчасъ-же прекращается, и роды проходятъ быстро при энергичныхъ схваткахъ.

5. Послѣ выхода большей части пузыря изъ половой щели разрывъ его необходимъ, потому что полное расширеніе отверстій въ это время уже произошло; если же пузырь не будетъ разорванъ, то при низкомъ прикрѣпленіи послѣда сильное натяженіе этой части оболочекъ можетъ повести къ отдѣленію нижнихъ долей его.

6. Рожденіе всего ребенка въ неповрежденномъ пузырьѣ требуетъ немедленнаго разрыва послѣдняго, чтобы сдѣлать возможнымъ дыханіе плода.

7. После плотнаго установленія головки надъ тазовымъ входомъ при подвижномъ прежде положеніи плода проколъ яйца служитъ для того, чтобы удержать головку надъ маточнымъ зѣвомъ. Но тотчасъ же после этого всегда необходимо изслѣдовать, достигнута ли цѣль, и кромѣ того не выпала ли пуповина или какая-нибудь конечность.

8. При маточныхъ кровотеченіяхъ въ періодѣ раскрытія, происходящихъ вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія высоко прикрѣпленнаго послѣда, разрывъ пузыря препятствуетъ дальнѣйшему его отдѣленію, способствуетъ болѣе сильному сокращенію матки, содѣйствуетъ опусканію подлежащей части и такимъ образомъ, плотнымъ прижатіемъ нижняго сегмента къ дѣтской части кровотеченіе останавливается.

9. При кровотеченіяхъ изъ *placenta praevia lateralis* при плотно вставившейся во входѣ или полости таза головкѣ и при хорошихъ схваткахъ. Цѣль та же самая, что и въ предыдущемъ случаѣ. Но если схватки слабы, то значеніе прокола яйцевыхъ оболочекъ въ данномъ случаѣ сомнительно; можетъ даже представиться необходимость, въ виду продолжающагося кровотеченія, прибѣгнуть еще къ щипцамъ, какъ научилъ меня собственный опытъ.

10. При кровотеченіяхъ изъ отдѣливаемаго послѣда после рожденія перваго близнеца.

11. При внутреннемъ поворотѣ или послѣ удавшагося вправленія выпавшей при головномъ положеніи ручки или выпавшей пуповины, также слѣдуетъ разрывать яйцевыя оболочки.

При быстро протекающихъ родахъ рекомендовали (*Ritgen*) проколъ яйцевыхъ оболочекъ и возможно большее опорожненіе околоплодной жидкости (посредствомъ поднятія подлежащей части). Путемъ плотнаго обхватыванія маточной стѣйки тѣла плода, предполагали усилить противоудвѣженію. Но при быстрыхъ родахъ только въ исключительныхъ случаяхъ врачъ постѣиваетъ во время подати пужную помощь: опытъ показываетъ, что при скорыхъ родахъ изгнаніе обыкновенно быстро слѣдуетъ за разрывомъ пузыря.

**Производство прокола** очень просто. Прежде всего подставляютъ подъ тазовую часть роженицы подкладное судно на такомъ разстояніи отъ ея половыхъ органовъ, чтобы струя воды не шла мимо судна. Въ моментъ высшаго напряженія схватки, когда плодный пузырь туго натянута, кладутъ конецъ указательнаго пальца на пузырь подъ передній край маточнаго зѣва и надавливаютъ спереди назадъ, какъ бы желая просунуть палецъ по направленію къ впадинѣ крестцовой кости. Если этотъ пріемъ не удастся, оттого что плодный пузырь слишкомъ плотенъ или не выступаетъ изъ наружнаго маточнаго зѣва или натянута туго надъ головкой, то его вскрываютъ иглой или посредствомъ проволоки катетера, посредствомъ вазальной спицы, тонкихъ полисныхъ щипцовъ и т. п.; но при этомъ надо остерегаться, чтобы какъ-нибудь не проколоть покрововъ головки. Другіе инструменты, такъ наз. прободники околоплодныхъ оболочекъ, стилеты, скрытые въ трубкахъ, кольца съ крючками или штифтами, крючки съ длинными рукоятками или трубки со скрытой проволокой и всасывающимъ шприцемъ и т. п., теперь совершенно оставлены.

Надо прибавить еще слѣдующія два небольшія правила предосторожности:

Если, вслѣдствіе кровотеченій, происходящихъ въ періодъ раскрытія изъ подлежащаго послѣда, дѣлаютъ проколъ съ цѣлью ослабленія плоднаго пузыря, то надо разрывать пальцами яйцевыя оболочки по возможности дальше отъ послѣда, такъ какъ разрывъ яйцевыхъ оболочекъ, доходящій до края послѣда, можетъ иногда повредить краевой пупочный сосудъ. Я изслѣдовалъ много послѣдовъ при расenta graevia, на краю которыхъ и встрѣчалъ пупочный сосудъ, пробѣгавшій по оболочкамъ.

При *hydramnion* слѣдуетъ строго слѣдить за тѣмъ, чтобы околоплодная вода не стекала быстро, такъ какъ при этомъ петля пуповины можетъ проскользнуть внизъ, или сама беременная матка можетъ такъ сильно уменьшиться, что край послѣда отдѣлится, и произойдетъ кровотечение. Для замедленія стока околоплодной воды, придавливаютъ другъ къ другу половыя губы такъ, чтобы оставалось лишь маленькое отверстіе, изъ котораго можетъ вытекать только тонкая струя околоплодной жидкости. Кромѣ того, рука помощника плотно прижимаетъ къ головкѣ нижній сегментъ матки во время стока водъ, чтобы возможно болѣе уменьшить промежуточное пространство, куда можетъ выпасть петля пуповины.

Историческія замѣчанія. *Philumenos* (а за нимъ *Aëtius Amidensis*, сар. 23) рекомендовалъ при твердыхъ яйцевыхъ оболочкахъ употреблять ножъ и ножницы, затѣмъ захватывать плодный пузырь щипцами, отрѣзывать складку остроконечнымъ ножомъ (*Skoloromachairion*) и расширять отверстіе пальцемъ. *Moschion* рекомендовалъ, при сравнительно долгомъ стояніи плоднаго пузыря, разрывъ его. *Paul* изъ *Эпины* (I. III. с. 76) пользовался закрытымъ, вводимымъ по пальцамъ „*πολύβοτον σπάειον*“. *Serapion*, *Rhazes*, *Abulcasem*, *Bertrucci* пользовались пальцами или ножичкомъ, *Rösslin* — ногтемъ пальца или маленькими ножницами. *Deventer* предостерегалъ отъ слишкомъ поспѣшнаго разрыва плоднаго пузыря и производилъ операцію при плотныхъ яйцевыхъ оболочкахъ послѣ полного расширенія маточнаго зѣва, при подлежащемъ послѣдѣ, который въ случаѣ надобности и прокалывался. Точно также предостерегали противъ преждевременнаго разрыва пузыря *Denys* и *Boër*. *Justine Siegemundin* рекомендовала прокалывать подлежащій послѣдъ проволокой или шнилькой и затѣмъ разрывать пальцемъ, что однако отвергалъ *Levret*, въ виду возможности оторвать пуповину отъ послѣда. Оригиналенъ совѣтъ *Mesnard'a*: разрывать яйцевыя оболочки посредствомъ крупишки соли. *Stein* старшій предлагалъ при предлежаніи послѣда отдѣлать дольки послѣда, производить проколъ яйцевыхъ оболочекъ и поворотъ. *Böhmer* выставилъ на видъ тѣ преимущества, которыя наблюдаются при сохраненіи даже плотныхъ оболочекъ яйца. *Wigos* рекомендовалъ при кровотеченіяхъ беременныхъ и роженицъ дѣлать, послѣ кругообразныхъ растираній маточнаго зѣва, проколъ яйцевыхъ оболочекъ, а *Denman* — дѣлать таковой при преждевременномъ отдѣленіи послѣда. *Saxtorph* разрывалъ пузырь лишь по выходѣ его изъ половыхъ частей; *v. Ritgen* указывалъ при косыхъ положеніяхъ плода на пользу бокового положенія и прокола яйцевыхъ оболочекъ.

Для прокола оболочекъ рекомендовались слѣдующіе инструменты: маточный зондъ, проволока, катетеръ или визальная игла. Вслѣдствіи были изобрѣтены такъ называемые прободники околоплодныхъ оболочекъ: стилетъ въ трубкѣ (*Fried*, *Wenzel*), или трубка и стилетъ вмѣстѣ съ присасывающимъ шприцемъ — инструментъ, посредствомъ котораго присасываются и прокалываются оболочки плода (прободники *Röderer'a* и *Kluge*, также *v. Ritgen*), кольцо, надѣваемое на палецъ съ длиннымъ штифтомъ (*Stein* старшій), ножницы съ короткимъ крючкомъ на переднемъ концѣ (*Saxtorph*), крючекъ съ рукояткой (*Justine Siegemundin*, *Widemann*, *Kilian*), клемма

съ крючкомъ (*Löffler*), наперстокъ съ серповиднымъ ножомъ (*Aitken*), закрытый штифтъ (*Osiander*), серповидный ножъ (*Skoloromachairion Aëtius'a*, *Dentiscalpium Le Boursier du Caudray*).

**Ошибки возможныя при операціи.** Нерѣдко опухоль головки принималась за яйцевыя оболочки, что давало поводъ къ поврежденіямъ покрововъ головки посредствомъ острыхъ или остроконечныхъ инструментовъ, особенно вязальныхъ спицъ. Еще хуже то, что произошло въ одномъ случаѣ у *Dubois*, именно: была произведена глубокая лоскутная рана и обнажена кость на головкѣ ребенка, который наконецъ былъ извлеченъ щипцами мертвымъ.

Также ягодицы и отечная мошонка принимались часто за плодный пузырь и подвергались проколу.

## С. Операціи, исправляющія положеніе и членорасположеніе плода.

### I. Операціи, исправляющія положеніе плода, поворотъ плода (*Versio*).

**Общая часть.** Поворотъ состоитъ во вращеніи руками акушера тѣла плода около поперечной или спускающейся книзу оси туловища. Посредствомъ этой операціи проводятъ въ маточный зѣвъ другую часть плода вмѣсто предлежащей раньше. Собственно, цѣль этой операціи превратить косою или поперечное положеніе плода въ удобное для извлеченія продольное (головное, ягодичное, ножное положеніе), что не можетъ совершиться силами природы; или—въслѣдствіе угрожающей опасности—перевести черепное положеніе въ ножное, потому что выведенная ножка можетъ во всякое время послужить намъ для быстрого извлеченія плода.

Такимъ образомъ, конечная цѣль поворота состоитъ въ томъ, чтобы имѣть возможность ускорить или во всякое время окончить роды.

Сообразно первоначальному положенію плода различаютъ: 1) поворотъ при косою и поперечномъ положеніи и 2) при головномъ положеніи.

Различаются слѣдующіе методы: 1) наружный поворотъ по *Wigand'у*, 2) наружный и внутренній, такъ называемый комбинированный способъ *Braxton Hicks'a* и 3) внутренній поворотъ.

Два первые метода будутъ описаны ниже. Однако, намъ кажется цѣлесообразнымъ, для пѣзбжанія повтореній, предпослать нѣсколько общихъ замѣчаній относительно

#### Образа дѣйствій вообще при внутреннемъ поворотѣ.

Къ наркозу всегда слѣдуетъ прибѣгать въ тяжелыхъ случаяхъ потому, что онъ успокаиваетъ роженицу, ослабляетъ дѣйствіе брюшного пресса и часто также удлиняетъ промежутки между схватками или ослабляетъ матку. Только при колѣнно-локтевомъ положеніи не слѣдуетъ хлороформировать.



**Положеніе роженицы.** При дѣльяхъ водахъ и при очевидно легкой операціи можно оперировать при спинно-тазовомъ положеніи на косо́й или поперечной кровати. Хотя спинное положеніе съ приподнятой верхней частью тѣла и употребляется часто въ болѣе легкихъ случаяхъ, однако оно затрудняетъ работу, потому что при этомъ предлежащая часть устанавливается неподвижно надъ входомъ таза или вставляется въ тазъ. Если представляются какія-нибудь затрудненія, то выбираютъ такіа положенія, при которыхъ давленіе со стороны живота и матки дѣлается меньше, чѣмъ при спинно-тазовомъ положеніи, или даже становится отрицательнымъ. Такія положенія по порядку будутъ слѣдующія:

Боковое положеніе и именно на томъ боку, гдѣ лежитъ конецъ плода, который желаютъ сдѣлать предлежащимъ, такъ напр. при поперечномъ положеніи съ ягодицами обращенными влѣво — на лѣвомъ боку. Акушеръ стоитъ тогда спереди или сзади роженицы, по совѣту *Kristeller'a* такъ, чтобы его лицо было обращено къ спинкѣ плода. Особенно рекомендуется боковое положеніе при спинкѣ, обращенной назад, при такъ называемыхъ заднихъ видахъ, потомъ при отвисломъ и выдающемся животѣ (*Anteflexio uteri*), потому что въ этихъ случаяхъ, стоя сзади женщины, спокойно, т.е. безъ сильнаго разгибанія въ ручномъ сгибѣ, можно проникнуть въ выдающийся за лонными костями дивертикуль матки къ лежащимъ здѣсь ножкамъ. Послѣ того какъ ножки сведены во влагалище, для облегченія поворота плода, женщину кладутъ наискось, на спину съ приподнятой верхней частью тѣла. Въ этомъ положеніи и производятъ извлеченіе.

Симсовское боковое положеніе также имѣетъ свои преимущества.

Въ очень трудныхъ случаяхъ, при плотномъ вставленіи предлежащей части въ тазъ, колѣбно-локтевое положеніе приноситъ весьма большую пользу и дѣлаетъ возможнымъ поворотъ, который было бы трудно сдѣлать въ другомъ положеніи. Съ отхожденіемъ назадъ предлежащей части выигрываютъ мѣсто для введенія руки въ матку.

**Приготовленія роженицы.** Дѣлаютъ клизму, въ случаѣ нужды, и катеризацію; главнымъ же образомъ, основательно дезинфицируютъ доступныя части полового канала и все, что окружаетъ половую щель.

Передъ каждымъ поворотомъ акушеръ долженъ стараться тщательнымъ наружнымъ и внутреннимъ изслѣдованіемъ, по возможности, въ совершенствѣ опредѣлить вообще положеніе плода и отдѣльныхъ частей его, чтобы намѣтить себѣ дальнѣйшій образъ дѣйствія.

**Операція** производится въ три момента, непосредственно слѣдующіе одинъ за другимъ:

1-й Моментъ. Выборъ и введеніе руки.

Обыкновенно выбираютъ ту руку, которая при данномъ положеніи роженицы и плода самымъ краткимъ путемъ можетъ быть доведена до той части плода, которую нужно захватить, причемъ рука проводится такъ, чтобы ладонная поверхность пальцевъ легко могла быть обращена къ этой части. При спинномъ положеніи роженицы по большей части

выбираютъ лѣвую руку, если ножки лежатъ въ правой половинѣ матери; при боковомъ и коленно-локтевомъ положеніи, когда операторъ стоитъ у праваго края постели, вводятъ правую руку. Если во время поворота окажется, что выбранная рука менѣе удобна, чѣмъ другая, вслѣдствіе особыхъ условій данного случая, то надо первую вынуть обратно и ввести другую. Также умѣстно перемѣнить руку, если она онѣмѣваетъ вслѣдствіе сдавленія маткою.

Выбранную руку, конечно, тщательно дезинфицированную до локтя, смазываютъ жиромъ, затѣмъ складываютъ пальцы конусообразно; большой палецъ помѣщаютъ въ желобокъ, образованный прочими пальцами. Тогда медленно проникаютъ, раздвигая свободной рукой половыя губы, во входъ влагалища такимъ образомъ, что большой палецъ обращенъ къ лонному соединенію, а мизинецъ къ промежности, причемъ ширина руки соответствуетъ сагиттальному направленію половой щели. Внутри влагалища рука слегка поворачивается спирально. Если тѣ части плода, которыя надо захватить, лежатъ въ задней части матки, то тылъ руки обращаютъ къзади и въ сторону соответствующаго крестцово-подвздошнаго сочлененія; если-же части плода лежатъ впереди, то тылъ руки поворачиваютъ къ лонному соединенію.

Черезъ шейку матки рука проводится медленно и только внѣ схватки. Если вслѣдствіе раздраженія рукой наступаетъ схватка, то руку немного притягиваютъ къ себѣ, и затѣмъ проводятъ ее далѣе послѣ схватки. Цѣлый еще пузырь разрываютъ послѣ введенія въ матку половины руки или всей руки.

Въ томъ случаѣ, когда подлежащая часть плотно вставилась въ тазъ, она нѣсколько приподнимается, т. е. отодвигается къ дну матки для проведенія руки, а потомъ для совершенія поворота.

**2-й Моментъ.** Захватываніе и изведеніе части плода.

Рука проводится отъ подлежащей части къ той, которую надо захватить, самымъ короткимъ путемъ, внѣ схватки, медленно и осторожно, причемъ пальцы вытянуты и ладонная поверхность ихъ обращена къ плоду. Во время наступленія схватки руку не проводятъ далѣе, или даже нѣсколько отодвигаютъ назадъ въ томъ случаѣ, если она сильно сжимается. Весьма важно низдавливать снаружи свободной рукой и продвигать по направленію къ рукѣ, находящейся въ маткѣ, ту часть плода, которую надо захватить, такимъ образомъ дѣйствовать обѣими руками. Если достигаютъ головки, колѣна или ножки, вообще тѣхъ частей, которыя слѣдуетъ захватить, то ихъ тянутъ внутрь книзу, по направленію къ срединѣ полового канала и таза, и сводятъ настолько, что головка или ножка захватываются полной рукой.

**3-й Моментъ.** Поворотъ.

Тѣло плода должно поворачиваться вокругъ линіи, горизонтально проведенной черезъ средину туловища, называемой нами осью поворота, вслѣдствіе чего подлежащая дѣлается другая часть плода. Эта ось при черепныхъ положеніяхъ проходитъ поперечно, при поперечныхъ положеніяхъ—сагиттально. Центры головки и ягодицъ движутся при этомъ въ плоскости, лежащей между ними и находящейся подъ прямымъ угломъ къ оси поворота, т. е.—въ плоскости по-

ворота; такимъ образомъ, они описываютъ часть дуги отъ  $1/4 - 1/2$  эллипса.

Можно пояснить это двумя примѣрами. 1-е черепное положеніе съ поперечно стоящей головкой и туловищемъ должно быть обращено во 2-е поположеніе. Ось поворота пробѣгаетъ здѣсь поперечно черезъ основаніе грудной кѣтки плода, слѣдовательно параллельно сагиттальному разрѣзу матки; плоскость поворота находится въ фронтальной плоскости матки и есть продолженная срединная или сагиттальная плоскость плода. Ягодицы, стоящія направо вверху, сводятся въ маточный зѣвъ полукругомъ, сначала книзу и кнаружи, потомъ книзу и кнутри, головка одновременно отодвигается въ противоположную сторону, кверху кнаружи, потомъ кверху внутрь, ко дну матки.

Возьмемъ далѣе 1-е поперечное положеніе и 1-й видъ, т. е. головка влѣво, спинка кпереди. Ось поворота пробѣгаетъ здѣсь сагиттально черезъ грудную кѣтку плода и матку, плоскость поворота проходитъ фронтально черезъ длину плода и одновременно черезъ длину матки. Лежашія направо ягодицы должны описать четверть круга книзу и кнутри, головка — противоположную четверть круга, кверху и кнутри.

При поворотѣ одна рука извлекаетъ захваченную часть кратчайшимъ путемъ, и обходя существующія препятствія, по направленію книзу и внутрь, въ средину полового канала, между тѣмъ какъ свободная рука надавливаетъ на головку и ягодицы, дѣйствительно, существенно помогаетъ повороту. Съ возстановленіемъ продольного положенія поворотъ оканчивается.

Часто предлагаютъ вопросъ: нужно ли къ повороту присоединять извлечение во всѣхъ или только въ спѣшныхъ случаяхъ?

Теоретически казалось бы было достаточно измѣнить поперечное положеніе, оканчивающееся только въ исключительныхъ условіяхъ произвольно, въ продольное, которое, конечно, можетъ окончиться силами природы; однако, если поворотъ на ножки при головномъ положеніи предпринимается на основаніи витальныхъ показаній, то къ повороту необходимо немедленно присоединить извлечение. Клиническій опытъ научаетъ насъ, что тѣмъ быстрѣ послѣ поворота способствуютъ выходу ребенка, тѣмъ болѣе рождается живыхъ дѣтей. Если же дожидаются, пока matka сама послѣ поворота вытѣснитъ ребенка, то часто ребенокъ родится мертвымъ, хотя тотчасъ послѣ поворота онъ еще былъ живъ. Нужно также помнить, что введеніе руки въ матку легко вызываетъ спазмъ контракціоннаго кольца или атонію, опасную при предлежаніи тазовымъ концомъ. Далѣе нерѣдко сдавливается пуповина рукой, идущей за ножками или во время поворота плода. Также иногда послѣдъ сдавливается и даже отдѣляется съ одной стороны. Наконецъ, экспериментально и клинически доказано, что при легкой асфиксїи механическое или термическое раздраженіе кожи вызываетъ рефлекторно дыхательныя движенія, которыя, по *Schultze*, съ своей стороны вторично нарушаютъ кровообращеніе въ пуповинѣ. Всѣхъ этихъ вредныхъ осложнений избѣгаютъ, чтобы не вызвать асфиксїи плода или не перевести легкую ея степень въ болѣе сильную. Такимъ образомъ, наша задача должна заключаться въ томъ, чтобы, воспрепятствовать раз-

витію асфіксії посредствомъ быстрого извлеченія плода.

На основаніи сказаннаго, присоединяясь къ возрѣніямъ *Winter'a*, я полагаю бы, что послѣ каждаго поворота живого плода, совершеннаго при полномъ открытіи маточнаго зѣва, слѣдуетъ сдѣлать промежутокъ въ 1—2 минуты, чтобы всѣ члены плода пришли въ свое нормальное положеніе, а матка соответственно съ этимъ сократилась; а затѣмъ должно приступить къ извлеченію плода и быстро его окончить.

Если ребенокъ недавно умеръ, то можно послѣ поворота ждать долѣе съ извлеченіемъ. Плоды же, подвергшіеся гнилостному разложенію, извлекаются быстро.

**Историческія замѣчанія.** За немедленное присоединеніе извлеченія къ повороту высказывались: *A. Paré, van Hoorn, Saxtorph*, также большинство французскихъ акушеровъ, въ недавнее время между нѣмцами особенно *Winter*. За строгое раздѣленіе этихъ операций и за то, чтобы немедленное извлеченіе присоединялось только при особыхъ показаніяхъ, выступили: *Denman, Weidmann, Jörg* и другіе, въ недавнее время особенно *Dohrn*.

Послѣ этихъ общихъ замѣчаній мы рассмотримъ различные виды поворота.

### 1. Поворотъ при косомъ и поперечномъ положеніи.

**Предварительныя замѣчанія.** Оба эти неправильныя положенія, различающіяся только въ степени, какъ извѣстно, часто бывають въ болѣе ранніе мѣсяцы беременности; но по мѣрѣ того, какъ беременность подвигается впередъ, вслѣдствіе образующейся продолговато-овальной формы матки, вслѣдствіе давленія сокращенной матки на головной и тазовой конецъ плода, вслѣдствіе соответственнаго бокового положенія и т. п., они встрѣчаются рѣже и рѣже; такимъ образомъ, при срочныхъ родахъ остается только 0,5% косыхъ положеній, которыя предпочтительно встрѣчаются при широкой или круглой маткѣ и суженіяхъ таза, такъ какъ послѣднія препятствуютъ вступленію головки въ полость таза. Поэтому, эти положенія нерѣдко наблюдаются повторно у одной и той же женщины: въ одномъ случаѣ *Gery* (1842) поперечное положеніе наблюдалось у одной и той же женщины 9 разъ.

О дальнѣйшемъ теченіи родовъ можно сказать слѣдующее:

1. Часто еще въ началѣ родовъ наблюдается исправленіе положенія плода или самоповоротъ, особенно при надлежащемъ положеніи роженицы и цѣлости плоднаго пузыря.

2. При неисправленномъ поперечномъ положеніи даже 7-ми мѣсячный плодъ можетъ, вслѣдствіе сгибанія позвоночника въ грудной его части (*Skoliose*), слѣдовательно, *duplicato corpore*, пройти черезъ тазъ.

3. Но при сравнительно большихъ, а особенно при зрѣлыхъ плодахъ, вслѣдствіе большой величины головки и ягодицъ, выходненіе плода въ поперечномъ положеніи невозможно, несмотря на упомянутое сгибаніе. Большею частью послѣ полного излитія водъ наступаютъ слѣдующія явленія: выпаденіе нижней ручки, вколочиваніе туловища въ тазъ, умираніе плода вслѣдствіе сдавленія сосудовъ послѣда и купо-

вины, разложеніе плода, пневмометра, атонія, даже параличь матки, сапрэмія плода и смерть роженицы. Иногда же плодъ изъ верхней части матки настолько втѣсняется всей своей массой въ маточную шейку, что она чрезмѣрно растягивается и разрывается. Такимъ образомъ, въ обоихъ случаяхъ результатомъ неисправленнаго поперечнаго положенія будетъ смерть матери и ребенка.

4. Только при особенно благопріятныхъ условіяхъ (небольшой ребенокъ, ширина таза и половыхъ частей, сильныя схватки) сама природа оказываетъ помощь и происходитъ такъ называемый самоизворотъ, при чемъ ягодицы протѣсняются въ половую щель, тогда какъ верхнія части бедеръ прижимаются къ грудной кѣткѣ; такимъ образомъ, роды протекаютъ какъ при предлежаніи тазовымъ концомъ съ паденіемъ ручки. Однако эти случаи такъ рѣдки, что они справедливы могутъ не приниматься акушеромъ въ соображеніе. Сверхъ того, по вычисленію *Velpeau* при этомъ изъ 137 дѣтей умерло  $125 = 91\%$ .

Мы рассмотримъ теперь различные методы исправленія косыхъ и поперечныхъ положеній примѣнительно къ различнымъ періодамъ родовъ.

#### Д. Терапія при косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ въ періодѣ раскрытія.

Въ этомъ періодѣ исправленіе поперечнаго положенія можетъ удасться при посредствѣ однихъ только наружныхъ приѣмовъ (*Wigand*), или при содѣйствіи пальца изнутри (*Braxton Hicks*).

##### 1. Методъ *Wigand'a*, такъ называемый «наружный поворотъ».

Прежде всего слѣдуетъ испробовать его, потому что онъ во всякомъ случаѣ представляетъ наиболѣе осторожный способъ и, сверхъ того, не связанъ съ внутриматочнымъ вмѣшательствомъ, опасностями инфекціи и пр.

**Предварительныя условія**, по *Wigand'y*, должны быть слѣдующія:

1. Неповрежденный или только что передъ этимъ разорванный плодный пузырь;

2. нормальныя, т. е. не слишкомъ слабыя и не судорожныя схватки;

3. отсутствіе угрожающихъ осложненій со стороны роженицы (кровоотеченій, судорогъ, обморока, рвоты, разрыва или воспаленія половыхъ органовъ) или со стороны ребенка (предлежаніе пуповины);

4. Присутствіе одного только плода, такъ какъ наружный поворотъ перваго близнеца удается съ трудомъ.

Другіе, кромѣ того, требуютъ еще слѣдующихъ условій: жизни плода, нормальнаго таза и слабой чувствительности матки.

**Показанія.** Если будутъ даны вышесказанныя условія, то поворотъ *Wigand'a* слѣдуетъ прежде всего испробовать при всякомъ ко-



сомъ и поперечномъ положеніи во время раскрытія и даже въ началѣ періода изгнанія плода.

**Производство.** При косыхъ положеніяхъ съ низко стоящей головкой надо прежде всего положить роженицу на бокъ и притомъ на тотъ, гдѣ находится головка. Если вслѣдствіе этого головка не становится предлежащею, то одной рукой низдавливаютъ головку къ тазовому входу, а другою—тазовою конецъ плода къ средней линіи, или, говоря вообще, оттѣсняютъ обѣими руками оба конца тѣла ребенка—головной и тазовой—къ средней линіи. Низдавливаніе должно производиться по *Wigand*'у до или во время схватки, а по *Hubert*'у, въ промежуткѣ между схватками. Если и низдавливаніе недостаточно, то подкладывается въ боковомъ положеніи подушка, чтобы отодвинуть головку къ средней линіи. Какъ только головка стала надъ тазовымъ входомъ, то, чтобы упрочить ее въ этомъ положеніи и содѣйствовать ея опусканію, разрываютъ пузырь.

При поперечныхъ положеніяхъ, при «сильно выраженныхъ косыхъ положеніяхъ» *Wigand*'а, надо свести внизъ ножки; для этой цѣли нужно стараться одной рукой отодвинуть головку ко дну матки, а другою—тазовою конецъ къ тазовому входу. Если это не удается, то слѣдуетъ положить роженицу на тотъ бокъ, гдѣ находится ягодицы ребенка, и подложить подъ это мѣсто подушку. Если ягодицы или ножки находятся у тазового входа, то нужно, при широко-раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, разорвать пузырь и сдавить нижнюю часть живота. Впрочемъ, въ подобныхъ случаяхъ я не рекомендовалъ бы разрыва пузыря, но одно только боковое положеніе.

**Историческія замѣчанія.** Что для исправленія положенія плода уже давно употреблялись наружныя приемы, объ этомъ говоритъ исторія. Гипократъ совѣтовалъ при неправильныхъ положеніяхъ плода привязывать роженицу къ постели и сильно трясти во время схватокъ, поднимая постель и двигая ее туда и сюда. Этотъ совѣтъ часто практиковался и былъ рекомендованъ *Rhazes*'омъ и др.; онъ употребляется и теперь еще у нѣкоторыхъ индійскихъ племенъ.

*Rueff* (1554) и *Guillemeau* (1594) совѣтовали исправлять ненормальное положеніе плода посредствомъ надавливанія на животъ и растиранія его. Также и японцы съ давнихъ поръ исправляютъ положеніе плода („Seitai“), растирая животъ обѣими руками отъ бедеръ до пупка (*S. Siebold's Journal* 1826. 6. 687). Нѣчто подобное употребляется, по сообщеніямъ *Uslar*'а, въ Оайякѣ у мексиканскихъ индійскихъ племенъ (*v. Siebold's Gesch. d. Geb.* 1839. I. 52).

Положеніе на боку, соответствующемъ тому гребешку подвздошной кости, у котораго лежитъ головка, рекомендовали *Louise Bourgeois* и *van Hoorn*.

Какъ видно изъ сказаннаго, оба главные приема метода *Wigand*'а, были уже извѣстны прежде него. *Wigand* описалъ свой методъ впервые въ „Hamburgischen Magazin für Geburtshilfe“ 1807, 52, затѣмъ въ „Drei geburtshilflichen Abhandlungen“ и т. д. 1812. Онъ находилъ свой методъ во многихъ случаяхъ до того надежнымъ, что въ одномъ прибавленіи къ своему первому изданію „объявилъ, что онъ готовъ держать какое-угодно пари, что ему удастся при цѣломъ еще пузырь превратить посредствомъ вышеуказанныхъ манипуляцій всякое противоестественное положеніе ребенка въ положеніе головкой или тазовымъ концомъ“.

Въ Германіи этотъ способъ приняли: *d'Outrepoint*, *v. Ritgen*, *v. Siebold*, *Kilian*, *Michaëlis*, а затѣмъ почти всѣ акушеры. Во Франціи уже *Flamant*, *Velpeau*, *P. Du-*

*bois*, *Stoltz* и др. рекомендовали его; но впервые он стал тамъ общезвѣстнымъ, благодаря переводу сочиненія *Wigand'a* (1857), сдѣланному *Hergott'омъ*.

2. Поворотъ посредствомъ наружныхъ и внутреннихъ манипуляцій, такъ называемый «комбинированный поворотъ», методъ, принадлежащій *Lee* и *Hohl'у*, но описываемый по большей части, какъ «поворотъ по способу *Braxton-Hicks'a*, производимый обѣими руками».

Цѣль этого метода—произвести поворотъ при мало открытомъ еще маточномъ зѣвѣ, причемъ онъ выполняется однимъ или двумя пальцами, введенными въ беременную матку, и одновременнымъ надавливаніемъ снаружи. Слѣдовательно, онъ еще возможенъ послѣ того, какъ былъ тщетно испробованъ поворотъ *Wigand'a*, и возможенъ даже тогда, когда влѣдствіе узости шейнаго канала обыкновенный поворотъ еще не можетъ быть примѣненъ.

Предварительныя условія:

1. Высокое стояніе и подвижность подлежащей части плода;

2. Отсутствіе сильнаго суженія таза,—слѣдовательно, *conjugata vera* должна быть болѣе 7 см., такъ чтобы можно было извлечь плодъ безъ послѣдующей перфорациі;

3. Проходимость канала для 1—2 пальцевъ,—въ противномъ случаѣ вкладывается каучуковый расширитель *Barnes'a*;

4. По возможности цѣлый плодный пузырь, потому что при немъ плодъ подвиженъ въ околоплодной жидкости, между тѣмъ какъ по истеченіи воды онъ становится менѣ подвижнымъ.

*Braxton-Hicks* указываетъ, что его методъ возможно произвести подъ наркозомъ даже спустя долгое время послѣ разрыва пузыря и при плотно сокращенной маткѣ. Также и *A. Martin* признаетъ поворотъ *Braxton-Hicks'a* возможнымъ спустя долгое время послѣ разрыва пузыря за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда схватки неправильны, сильны, а тѣмъ болѣе, когда онѣ имѣютъ спазматическій характеръ; двѣ трети всѣхъ поворотовъ онъ произвелъ по этому методу.

**Показанія.** Поворотъ *Braxton-Hicks'a* прежде всего былъ рекомендованъ для одного только исправленія поперечнаго положенія; онъ рѣшительно превосходитъ такъ называемый внутренній поворотъ, представляя собой менѣ серьезное вмѣшательство. Но здѣсь надо принять въ расчетъ тройкій недостатокъ этого метода: 1. если пузырь сохраняется, то легко возстановятся прежнее поперечное положеніе; 2. если же пузырь разрываютъ, то замедляется расширеніе маточной шейки, и выступаютъ всѣ невыгоды преждевременнаго разрыва пузыря; 3. если необходимо вслѣдъ за поворотомъ приступить къ извлеченію, то пренятіемъ къ послѣднему будетъ узость маточнаго зѣва; если же производить извлеченіе насильственно, то легко происходятъ глубокіе разрывы шейки, и роды замедляются до такой степени, что ребенокъ умираетъ. Кромѣ того, для извлеченія при недостаточно еще расширенномъ маточномъ зѣвѣ требуется сравнительно большая сила, часто роковая для спинного мозга ребенка. На основаніи этого, методъ *Braxton-Hicks'a* слѣдуетъ возможно болѣе ограничить. Изъ

многих показаній, приводимыхъ *Braxton-Hicks'*омъ и позже *Winter'*омъ, я принимаю только одно—предлежаніе послѣда.

Напротивъ, сильную лихорадку роженицы, эклампсію (*Hicks* и *Milne*), узость таза, выпаденіе пуговины, асфиксію плода и преждевременный разрывъ пузыря при поперечныхъ положеніяхъ я рассматриваю, какъ такіа показанія, значеніе которыхъ еще недостаточно подтверждено опытомъ.

Но и при предлежаніи послѣда методъ *Braxton-Hicks'*а, какъ мнѣ кажется, можно рекомендовать только при извѣстныхъ соображеніяхъ. Если маточная шейка проходима для двухъ пальцевъ, но еще жестка, ребенокъ доношенъ до срока, мать не ослаблена еще большой потерей крови, схватки рѣдки или ихъ совѣзмъ нѣтъ, если только что предшествовало болѣе или менѣе сильное кровотеченіе, если послѣдъ прощупывается черезъ шейный каналъ, то я прежде всего совѣтую дѣлать предварительную тампонацію влагалища, которая ранѣе была во всеобщемъ употребленіи. У первородящихъ для этой цѣли очень умѣстно вставленіе кольпейринтера, напротивъ для много-рожавшихъ лучше будетъ рекомендовать тампонацію влагалища сухой ватой, или введеніе въ каналъ шейки асептической губки *Jungblut'a*, если она имѣется подъ руками. Относительно производства тампонаціи см. выше стр. 30.

Тщательно выполненная тампонація навѣрное останавливаетъ кровотеченіе. Пока лежатъ тампоны, выигрывается время для устраненія анеміи; кромѣ того, обыкновенно наступаютъ или усиливаются схватки, а маточная шейка подъ вліяніемъ тампона размягчается и раскрывается. Если тампонъ не выталкивается схватками и кровотеченіемъ, и во время тампонаціи не наступаетъ лихорадки, то его оставляютъ лежать въ продолженіе 24 часовъ. Затѣмъ тампонъ удаляютъ и производятъ антисептическое спринцеваніе влагалища. Если при этомъ найдутъ маточную шейку достаточно мягкой и раскрытой, то слѣдуетъ приступить къ повороту и затѣмъ, при живомъ ребенкѣ, къ извлеченію. При сильномъ напряженіи краевъ маточнаго зѣва во время извлеченія головки или ягодиць, извлеченіе это существенно можно облегчить, произведя двусторонніе надрѣзы краевъ зѣва пуговчатымъ бистури.

Если-же послѣ тампонаціи не найдутъ никакого значительнаго измѣненія въ маточной шейкѣ, то можно выждать, но при этомъ надо строго слѣдить за беременной и приказать сидѣлкѣ, чтобы она, при вновь появившемся кровотеченіи, немедленно дала знать. Новое, болѣе сильное кровотеченіе можетъ потребовать повторенія тампонаціи въ томъ случаѣ, если за это время маточная шейка не раскрылась настолько, чтобы вслѣдъ за поворотомъ можно было произвести извлеченіе съ извѣстными шансами на успѣхъ.

Способъ, настойчиво рекомендуемый *Schröder'*омъ, *Gusserow'*омъ и ихъ учениками, состоитъ въ слѣдующемъ: надо ввести два пальца въ маточную шейку, если она пропускаетъ ихъ, разорвать пузырь, взять ножку и притянуть ее книзу въ маточную шейку, а при кровотеченіяхъ должно притягивать ножку болѣе или менѣе продолжительное время, чтобы посредствомъ утолщающейся верхней части бедра п ягодиць прижать кровотокащій край послѣда къ маткѣ и этимъ остано-

вить кровотеченіе. Извлеченіе плода въ этомъ случаѣ откладывается до надлежащаго расширенія маточнаго зѣва. Этотъ способъ приобрѣлъ себѣ многихъ приверженцевъ вслѣдствіе той быстроты, съ которой онъ можетъ быть выполненъ, и вѣрной остановки кровотеченія. Его хвалятъ также потому, что при немъ наблюдается весьма незначительная смертность родильницъ (*Behm* и *Meier* 3,9, *Lomer* 4,5%). Но при оцѣнкѣ этихъ цифръ не слѣдуетъ забывать, что довольно частые случаи, въ которыхъ врачъ приглашается уже къ умершей или умирающей роженицѣ, увеличиваютъ собою смертность при *placenta praevia*; изъ статистики-же комбинированнаго поворота такіе случаи должны быть исключены, такъ какъ примѣненіе этого поворота тогда уже не можетъ приниматься въ расчетъ. Впрочемъ, нужно сказать, что безъ насильственнаго извлеченія, получается значительно меньше глубокихъ разрывовъ и разможженій шейки, а вслѣдствіе съ тѣмъ рѣже бывають кровотеченія и инфекція; слѣдовательно, и заболѣваемость въ послѣродовомъ періодѣ при комбинированномъ поворотѣ и послѣдующемъ выжиданіи будетъ меньше.

Невыгодная сторона этого способа состоитъ въ большой потерѣ дѣтей, которая въ клиникѣ *Gusserow*'а составляетъ по *Behm*'у и *Meier*'у 76,6% (77 случаевъ), а по *Lomer*'у 50% (178 случаевъ).

Взвѣсившая выгоды и недостатки способа *Schröder*'а, и рекомендовала-бы его примѣнять при проходимой для двухъ пальцевъ и недостаточно еще размягнутой маточной шейкѣ въ слѣдующихъ 2-хъ случаяхъ: 1) при сильной анеміи матери, устраненіе которой важнѣ всѣхъ другихъ соображеній, 2) при незначительной анеміи, но только въ томъ случаѣ, если расчеты на живого или жизнеспособнаго ребенка незначительны или если ребенокъ уже умеръ.

Напротивъ, во всѣхъ другихъ случаяхъ при незначительномъ раскрытіи маточнаго зѣва и твердости маточной шейки надо прежде всего тампонировать, пока шейка не раскроется настолько, что будетъ возможенъ поворотъ и извлеченіе.

**Производство способа.** Во время наркоза вводятъ два пальца въ маточную шейку, отодвигаютъ лежащее впереди плечо кверху и къ той сторонѣ, гдѣ лежитъ головка, т. е. дальше отъ тазового входа. Другая рука, положенная на животъ, помогаетъ внутреннимъ передвиженіямъ плода, отодвигая попеременно ягодицы внизъ, а головку вверхъ. Наконецъ, пальцы, находящіеся внутри, захватываютъ колѣно, разгибають голень, и ножка притягивается внизъ, насколько это возможно, безъ особаго насилія.

*Braxton Hicks* превращалъ иногда поперечное положеніе посредствомъ своего способа въ головное, но этого нельзя рекомендовать.

### 3. Другіе способы, употребляющіеся при поперечныхъ положеніяхъ и узкомъ маточномъ зѣвѣ.

Кромѣ способовъ *Wigand*'а и *Hicks*'а при поперечныхъ положеніяхъ и узкомъ маточномъ зѣвѣ надо отмѣтить еще нѣсколько методовъ, которые предотвращають преждевременный разрывъ пузыря, герм. замѣняютъ плодный пузырь.

а) Тампонація влагалища.

v. *Holz* пользовался для этого шариками ваты, *C. Braun*, *Schmidt* из Вюрцбурга и др.—кольпейринтером *Braun*'а. Посредством давления на наружный маточный зѣвъ, resp. влагалищную часть, со стороны влагалища старались добиться прежде всего полного сглаживания маточной шейки плодовымъ пузыремъ, а затѣмъ растяженія маточнаго зѣва посредствомъ расширеннаго плоднаго пузыря, безъ разрыва послѣдняго. Методъ, повидимому, раціональный и заслуживающій дальнѣйшаго испытанія.

б) Внутриматочная кольпейризація.

*Schauta* (Cbl. f. Ther. 1882) совѣтовалъ послѣ разрыва пузыря, при малораскрытомъ маточномъ зѣвѣ, вводить въ матку при наступленіи схватокъ кольпейринтеръ, оставлять его тамъ до полного расширенія маточнаго зѣва и затѣмъ предпринимать поворотъ.

Наблюденія надъ этимъ методомъ еще слишкомъ незначительны для того, чтобы составить себѣ какое-нибудь определенное сужденіе о немъ. Во всякомъ случаѣ маточный зѣвъ долженъ быть шириною въ нѣсколько пальцевъ, чтобы пропустить даже свернутый каучуковый пузырь.

с) Обычный и въ большинствѣ случаевъ рекомендуемый способъ—это: выжидать надлежащаго расширенія маточнаго зѣва, избѣгать всякаго внутренняго изслѣдованія, не позволять натуживаться и положить роженицу на бокъ (гдѣ лежитъ тазовой конецъ плода). При такой терапіи нельзя получить *tetanus uteri*, потому что онъ происходитъ вслѣдствіе неумѣстнаго въ данномъ случаѣ употребленія спорыни или вслѣдствіе насильственныхъ попытокъ поворота; при этомъ также не развиваются *tumpanites uteri*, такъ какъ они происходятъ отъ вхожденія воздуха при брюшномъ или коленно-локтевомъ положеніи или при развитіи гнилостныхъ газовъ; наконецъ плодъ въ періодъ раскрытія шейки умираетъ только при особыхъ обстоятельствахъ. Словомъ, хорошо сдѣлають, если отложить производство внутренняго поворота до надлежащаго расширенія маточной шейки.

*Matthias* и *Sylvester*, *Saxtorph*, *Wigand*, *Jörg*, *Busch*, *Et.* и *Ed. v. Siebold*, *Hussian*, *Stein* младш., *Josephi*, *Kilian*, недавно *Winter*—всѣ высказались въ подобныхъ случаяхъ за выжидательную терапію.

## В. Терапія поперечныхъ положеній въ періодѣ изгнанія.

Обыкновенно употребляющійся здѣсь способъ, т. е. внутренній поворотъ рукою, введенною въ матку, предполагаетъ существованіе слѣдующихъ предварительныхъ условій:

1. Раскрытіе маточнаго зѣва, достаточное для проведенія цѣлой руки;

2. Отсутствие крайней узости таза, т. е. *conjugata vera* по меньшей мѣрѣ въ 7,5 см.

3. Отсутствие глубокаго виѣдренія грудной кѣтки въ тазъ, потому что таковое потребовало-бы *decapitati*и или *exententi*и.



Можно дѣлать предлежащими различныя части плода; поэтому, различаютъ поворотъ на головку, на ягодицы или на ножки.

**Выборъ методовъ.** Теоретически, конечно, всегда бываютъ склонны при косыхъ положеніяхъ съ низко лежащей головкой производить и головное предлежаніе, имѣя въ виду хорошей прогнозъ головныхъ положеній для ребенка. Однако опытъ показываетъ намъ другое. Во-первыхъ, въ частной практикѣ только рѣдко встрѣчаются случаи поперечнаго положенія при дѣломъ или только что разорванномъ пузырьѣ, а отсутствіе околоплодныхъ водъ менѣе всего желательно для установленія головнаго положенія. Далѣе,—сведенная книзу головка легко возвращается на старое мѣсто, особенно при поперечно-эллиптической формѣ матки. Кромѣ того, рядомъ съ головкой можетъ выпастъ ручка или пуповина, что потребуетъ вправленія и повлечетъ за собой опасность для ребенка. Наконецъ—и это главное—внутренній поворотъ головки часто ведетъ къ значительной слабости схватокъ и полной остановкѣ родовъ; акушеръ-же въ данномъ случаѣ, при высокомъ положеніи головки, остается довольно безпомощнымъ; ему придется потомъ еще разъ вводить руку въ матку и дѣлать поворотъ на ножки. Но этотъ приемъ, какъ и всѣ вмѣшательства, повторяемыя черезъ большіе промежутки, не остается безразличнымъ для матки; выполненіе-же его, вслѣдствіе прохожденія водъ, затрудняется, и во всякомъ случаѣ все это тягостно для врача, для роженицы и для близкихъ ея.

Въ виду этого рекомендуется слѣдующее: если при поперечныхъ положеніяхъ боковое положеніе роженицы и методъ *Wigand'a* не привели ни къ какимъ результатамъ, то слѣдуетъ выжидать полного расширенія маточнаго зѣва и тогда дѣлать поворотъ на ножки.

Но если, вопреки этому совѣту, кто-нибудь захочетъ при поперечномъ положеніи дѣлать поворотъ на головку, то требуются слѣдующія предварительныя условія: подвижное стояніе головки и болѣе низкое положеніе головки въ сравненіи съ ягодицами, неповрежденный или только-что разорванный пузырь, хорошія схватки, широкій тазъ, расширенный нижній сегментъ матки, отсутствіе предлежанія пуповины или ручки, а также отсутствіе какихъ-либо показаній, требующихъ ускоренія родовъ (*Kilian, P. Müller*).

На практикѣ изъ всѣхъ произведенныхъ поворотовъ повороты на головку составляютъ лишь 6,3%. На это указываетъ слѣдующая статистика:

	роды	поворотъ на головку	на ножки.
У <i>Hofmann'a</i> на . . . . .	6300	7	72
„ <i>Dohrn'a</i> (Кюрессенъ) . . . . .	376337	166	2962
„ <i>Daube</i> (Марбургъ) . . . . .	3491	5	41
„ <i>Hugenberger'a</i> . . . . .	1607	1	—
въ Ваденѣ (1870—88). . . . .	1085018	791	11721

**Историческія замѣчанія.** Въ древности, повидимому, колебались, производить-ли при поперечныхъ положеніяхъ поворотъ на головку или поворотъ на ножки; по крайней мѣрѣ въ *Susruta*, у *Celsus'a* и др. упоминаются оба способа.

За поворотъ на головку высказывались: *Hippokrates, Avicenna*, позже *Rueff, Scipio Mercurio, Aitken, Osiander, El. v. Siebold, Flamant, Busch, d'Outrépont* и др.

Поворотъ на ножку предпочитали: *Philumenos, Euch. Rösslin, A. Paré de la Motte, Smellie, Hamilton, Schweighäuser, Lachapelle*, равно какъ и большинство новыхъ авторовъ.

Характерно признаніе *Smellie*, что онъ въ началѣ своей практики дѣлалъ два раза поворотъ на головку, а позже производилъ поворотъ исключительно на ножки.

Разсмотримъ теперь три вида поворотовъ:

## I. Поворотъ на головку

производится по слѣдующимъ методамъ:

1. Методъ *Busch'a* посредствомъ обхватыванія головки всею рукою, введенною въ матку.

При I-мъ поперечномъ положеніи пользуются правой рукою, при II-мъ—лѣвой; иначе даже при самой сильной пронаціи рука не могла бы обхватить головку. Соотвѣтственная рука вводится между маткой и головкой такъ, что послѣдняя лежитъ въ ней, какъ шаръ. Затѣмъ притягиваютъ головку къ тазовому входу, т. е. въ косомъ направленіи, книзу внутрь.

Этотъ способъ практиковала уже *Justine Siegemundin*.

*Busch* описалъ свой методъ въ „Атласѣ акушерскихъ операций“ стр. 89 и поместилъ его рисункомъ на таб. XXXII, fig. 132.

2. Методъ *von d'Outrepoint*: приподнимаютъ плечо кверху рукою, дѣйствующею снизу.

Въ противоположность способу *Busch'a*, при I-мъ косомъ положеніи лѣвая рука вводится до плеча, обхватываетъ послѣднее снизу виллообразно вмѣстѣ съ грудной кѣткой, такъ что большой палецъ лежитъ впереди, а остальные сзади. Вмѣстѣ съ плечомъ поднимаютъ туловище ребенка и отодвигаютъ его одновременно въ сторону ягодицъ, т. е. кверху вправо, если онъ лежитъ въ той сторонѣ. Благодаря этому поднимаютъ, въ томъ мѣстѣ, гдѣ раньше дежадо плечо, образуется пустое пространство, въ которое и спускается головка дѣйствіемъ собственной тяжести, а иногда и надавливаніемъ снаружи.

3. Комбинированный Вѣнскій методъ *C. Braun'a*, при которомъ одна рука дѣйствуетъ въ маткѣ, а другая—со стороны брюшныхъ стѣнокъ.

Женщина лежитъ на боку, введенная рука оттѣсняетъ плечевую область въ сторону ягодицъ и кверху, а затѣмъ обхватываетъ головку, которая при одновременномъ дѣйствіи другой руки снаружи сводится внизъ въ тазовой входъ.

Изъ указанныхъ трехъ методовъ слѣдуетъ во всякомъ случаѣ предпочесть методъ *Braun'a*, какъ единственный методъ, производимый при помощи обѣихъ рукъ.

## II. Поворотъ на тазовой конецъ.

Этотъ методъ подражаетъ повороту, производимому иногда маткой, такъ наз. самоизвороту; практиковался онъ такъ: вводятъ руку, обхватываютъ ягодицы и притягиваютъ ихъ къ тазовому входу. Но методъ этотъ никогда не имѣлъ за собой права гражданства, потому что, если потребуются извлеченіе, нельзя употребить пальцами большой силы при

высоко стоящихъ ягодицахъ, между тѣмъ какъ, сведя ножку, во всякое время можно произвести извлеченіе.

*Hunter* впервые рекомендовалъ этотъ способъ поворота. Ему послѣдовали: *Betschler*, *Carus*, *Busch*, *Schweighäuser*, *W. Schmitt*, *E. v. Siebold*, *Kilian* и др.

### III. Поворотъ на ножки.

**Показанія.** Этотъ способъ поворота показуется при тѣхъ поперечныхъ положеніяхъ, которыя не могутъ быть исправлены положеніемъ роженицы или наружными приемами.

#### 1. Поворотъ при цѣлости плоднаго пузыря.

**Производство операціи.** Здѣсь слѣдуетъ рассмотретьъ два различныхъ метода. *Levet*, *Deleurye*, *Saxtorph* и др. разрываютъ плодный пузырь еще у внутренняго зѣва, затѣмъ достигаютъ рукой до ножекъ, захватываютъ и низводятъ ихъ; а *Foster* (1781) и *Hüter* рекомендуютъ дойти до ножекъ, не разрывая пузыря, и низводить ихъ вмѣстѣ съ ягодицами въ маточный зѣвъ и въ наружную половую щель при содѣйствіи положенной снаружи руки. Если не удастся свести ножки въ половую щель, то должно, по возможности выше, разорвать пузырь. По *Hüter*'у необходимы слѣдующія условія для выполненія его метода: слабо наполненный плодный пузырь и слабо сокращенная матка, полное раскрытіе маточнаго зѣва, отсутствіе потугъ и опасныхъ симптомовъ, требующихъ быстраго окончанія родовъ.

Такъ называемый методъ *Deleurye* заслуживаетъ преимущества своей простотой и тѣмъ, что при немъ болѣе щадится матка, и надежнѣе захватывается ножка. Поворотъ удается такъ же легко, какъ и при способѣ *Hüter*'а, потому что находящееся въ половомъ каналѣ преддѣліе оператора выполняетъ его, черезъ что задерживается полное истеченіе воды.

При способѣ *Hüter*'а рука отдѣляетъ отпадающую оболочку, и если поворотъ сдѣланъ не вполне асептично, то опасность инфекціи во всякомъ случаѣ больше, чѣмъ при прониканіи въ полость яйца, когда околоплодные оболочки защищаютъ стѣнки матки отъ инфекціи. Кромѣ того, къ отдѣленію оболочекъ иногда можетъ присоединиться и краевое отдѣленіе послѣда; а также надо замѣтить, что при непосредственномъ захватываніи надежнѣе различаютъ каждую ножку, чѣмъ при захватываніи черезъ яйцевыя оболочки. На основаніи всего сказаннаго мнѣ кажется, что способъ *Deleurye* заслуживаетъ предпочтенія.

#### 2. Поворотъ послѣ разрыва плоднаго пузыря.

##### Производство:

а) Выборъ и введеніе руки. Относительно выбора руки мнѣнія существенно расходятся. При этомъ принимаются во вниманіе видъ поперечнаго положенія и положеніе роженицы. При I поперечномъ положеніи ребенка, когда женщина лежитъ на спинѣ, обыкновенно выбираютъ лѣвую руку, и наоборотъ при II поперечномъ положеніи—правую, однако въ обоихъ случаяхъ одинаково удобно можно достигнуть ножекъ какъ той, такъ и другой рукой. Если же акушеръ сто-

ить у праваго края постели, а женщина лежитъ на лѣвомъ боку или въ колѣбно-локтевомъ положеніи, то рука вводится только правая.

Въ случаѣ выпаденія ручки, ее отводить вверхъ подѣ лонное соединеніе, къ брюшнымъ стѣнкамъ и позади нея проводить свою руку (фиг. 1). Для того, чтобы предупредить закидываніе ручки за головку при послѣдующемъ извлеченіи, рекомендуютъ накладывать на кистевой сгибъ петлю для поворота.

Петля для поворота, впервые употреблявшаяся *A. Paré*, затѣмъ модифицированная *Pickel* емъ, *Stein* омъ старшимъ, *v. Siebold* омъ, представляетъ изъ себя тесьму съ ушкомъ. Употребляющаяся теперь петля для поворота—бумажная или шелковая—длиной около 80 см.,



Фиг. 1.

Поворотъ при I поперечномъ положеніи, 1-ый видъ.

шириной въ 2 см. Конецъ тесьмы продѣвается черезъ ушко и, такимъ образомъ, образуется петля. За неимѣніемъ петли для поворота можно воспользоваться широкой марлевой, полотняной или сдѣланной изъ бумажной ткани тесьмой: она складывается вдвое, оба конца ея захватываются вблизи середины, и тутъ образуется петля.

Рука проводится во влагалище такимъ образомъ, что большой палецъ обращенъ къ лонному соединенію. Между тѣмъ какъ издавна вводили цѣлую руку въ матку, *Fritsch*, *A. Martin* и др. совѣтуютъ вводить въ матку только два пальца, въ трудныхъ случаяхъ—половину руки, а большой палецъ оставлять во влагалищѣ. Это правило совершенно рационально, потому что при немъ уменьшается механическое раздраженіе матки. Однако, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, даже при сильномъ низдавленіи снаружи невозможно, не введя всей руки, достать высоколежащихъ ножекъ.



Потомъ по нѣмецкому способу идутъ кратчайшимъ путемъ отъ лежащаго плеча къ той ножкѣ, которую хотятъ захватить; по французскому способу—по лежащему бочку, къ ягодицамъ, къ бедру и ножкѣ. Преимущество послѣдняго способа состоитъ въ томъ, что можно избѣгать смѣшиванія ножекъ и при двойныхъ—захватыванія ножки второго близнеца. Но эти преимущества французскаго способа много умалются вслѣдствіе неизбежнаго, болѣе сильнаго раздраженія матки.

b) Захватываніе ножекъ. Многократно обсуждался вопросъ: слѣдуетъ ли захватывать и сводить одну или обѣ ножки? Большинство акушеровъ, по примѣру *Portal'a, de la Motte'a, Smellie* и др., рационально совѣтуютъ сводить только одну ножку, потому что вторая ножка, пригнутая къ туловищу, увеличиваетъ объемъ проходящихъ ягодицъ настолько, что маточная шейка распирается гораздо лучше для послѣдующаго свободнаго прохожденія грудной кѣтки и головки плода.

При поперечныхъ положеніяхъ спинкою впередъ это правило неоспоримо хорошо. Въ этомъ случаѣ захватываютъ нижнюю ножку, одноименную съ лежащимъ плечомъ, такъ какъ при прижатіи ея спинка большею частью обращается впередъ; а такое положеніе для извлеченія представляетъ гораздо больше преимуществъ, чѣмъ положеніе спинкою назадъ, что легко произойдетъ при низведеніи верхней ножки. Но если бы при извлеченіи ножки представилось затрудненіе, въ особенности, если бы оставшаяся вторая ножка уперлась гдѣ-нибудь въ большомъ тазу, то и она также сводится.

При поперечныхъ положеніяхъ спинкою назадъ я считаю за самое лучшее свести обѣ ножки, и если можно,—обѣ заразъ или сначала нижнюю, потомъ верхнюю. Однако поворотъ совершается и при низведеніи за одну верхнюю ножку (фиг. 2). Не слѣдуетъ дѣлать поворота (по *Martin'у, Schröder'у, Fritsch'у*) только на нижнюю ножку потому, что при извлеченіи брюшная поверхность плода легко обращается къ лонному соединенію, что затрудняетъ извлеченіе. А при захватываніи только верхней ножки (*Simpson, Hohl, Kristeller*) сведеніе ея внизъ затрудняется нижележащей ножкой.

Нѣкоторые (*A. Paré, Amand*) совѣтуютъ такъ же, какъ и прежде, захватывать обѣ ножки, особенно если требуется быстрота дѣйствія, и это, по моему мнѣнію, справедливо: средний палецъ помѣщаютъ между ножками, другіе пальцы кладутъ на наружныя лодыжки и такимъ образомъ извлекаютъ.

Дальнѣйшій вопросъ состоитъ въ томъ: слѣдуетъ ли захватывать ножку или колѣно? Большинство авторовъ совѣтуютъ отыскивать ножку. Если есть достаточно мѣста, и плодный пузырь еще цѣль или недавно разорвался, то этотъ совѣтъ хорошъ. Но если нѣтъ свободного мѣста вслѣдствіе плотнаго обхватыванія матки, то надо предпочесть захватываніе колѣна, такъ какъ оно при нормальномъ положеніи ножекъ болѣе доступно для пальцевъ оператора, проводимыхъ со стороны грудной кѣтки.

Если хотятъ достать колѣно, то указательнымъ пальцемъ крючкообразно зацѣпляютъ снаружи или свнутри за колѣнную ямку, тогда



какъ большой и средній палецъ кладутъ на переднюю сторону колѣна, извлекаютъ его книзу и къ грудной клѣткѣ, а затѣмъ въ болѣе просторномъ мѣстѣ полового канала разгибаютъ голень.

Но если хотять захватить ножку, то ведутъ пальцы по голени, захватываютъ ножницеобразно двумя пальцами или полной рукой ножку выше лодыжекъ и разгибаютъ голень. Если это трудно выполнить, то отодвигаютъ колѣно отъ туловища по направленію къ спинкѣ плода.

Захватываніе ножки чрезвычайно облегчается, если оперировать обѣими руками, надавливая другой рукой снаружи на ягодицы въ промежуткѣ между схватками и медленно, но сильно подавая захватываемую ножку навстрѣчу ругѣ, находящейся внутри.



Фиг. 2.

Поворотъ при I поперечномъ положеніи, 2-й видъ.

с) Поворотъ тѣла плода около сагиттальной оси.

Существенный актъ этой операціи состоитъ въ томъ, чтобы оба конца плода—головной и тазовой—при поворотѣ описали четверть круга, причемъ ягодицы отходятъ къ маточному зѣву, а головка къ дну матки.

Чтобы облегчить вставленіе ягодицъ въ шейный каналъ и тазъ, захваченную ножку извлекаютъ косо въ тазъ, точнѣе по направленію къ спинѣ и ногамъ и туда, гдѣ лежитъ головка. Если ягодицы при низведеніи ихъ не спускаются свободно, то рука, введен-

ная внутрь, доходить до грудной клетки, обхватывает ее и голову снизу, постепенно отодвигает эти части в промежутокъ между схватками къ дну матки, и потомъ снова извлекаетъ за ножку, причѣмъ свободная рука помогаетъ то со стороны головки, то со стороны ягодицъ. Съ вступленіемъ ягодицъ въ тазовую входъ поворотъ можно считать оконченнымъ.

### 3. Поворотъ при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ.

**Предварительныя замѣчанія.** Это такія положенія, къ которымъ врачъ призывается спустя много часовъ послѣ разрыва пузыря.

Въ случаяхъ такого рода бываетъ обыкновенно выпаденіе въ половую щель отекшей ручки краснаго или сянго цвѣта, на которой нерѣдко, даже при живомъ плодѣ, находится большой водянистый пузырь. Здѣсь возможно двойное состояніе матки:

а) Матка, вслѣдствіе полнаго истеченія водъ, плотно прилегаетъ ко всѣмъ выступающъ тѣла плода, но еще время отъ времени сокращается. По *Lahs*'у, въ полости матки въ это время преобладаетъ отрицательное давленіе, которое затрудняетъ или даже дѣлаетъ невозможнымъ низведеніе ножки и, вообще, поворотъ. Но какъ только маточныя стѣнки, вслѣдствіе выпрыскиванія воды или прониканія воздуха въ полость матки, отойдутъ до известной степени отъ плода, послѣдній становится подвижнымъ, и поворотъ легко можетъ быть выполненъ. Поэтому *Lahs* предлагалъ въ свое время дѣлать выпрыскиванія теплой воды въ беременную матку.

Въ случаяхъ такого рода положеніе *Sims*'а или колѣнно-локтевое оказывается наиболѣе умѣстнымъ, и потому должно чаще примѣняться. Практика прежнихъ акушеровъ достаточно доказала пользу этихъ положеній, послѣ тщетныхъ попытокъ произвести поворотъ въ спинномъ положеніи. Возраженіе, что при этомъ въ матку проникаетъ воздухъ, повидимому, не имѣетъ значенія, такъ какъ воздухъ входитъ въ полость *amniot*,—слѣдовательно, наибольшее количество содержащихся въ воздухѣ микробовъ входитъ въ послѣдъ и потомъ снова въ скоромъ времени удаляется вмѣстѣ съ нимъ.

Что касается терапіи выпадающей въ большинствѣ подобныхъ случаевъ ручки, то ее приподнимаютъ настолько къ лонному соединенію, чтобы позади ея можно было ввести руку. Тянуть ручку книзу значило бы вколачивать грудную клетку еще глубже въ тазъ и такимъ образомъ безъ всякой нужды затруднить себѣ введеніе руки, противъ этого предостерегалъ уже *A. Paré*, но къ сожалѣнію это нерѣдко еще практикуется непонимающими дѣла акушерками и даже врачами. Насильственное влеченіе можетъ даже, какъ напр. въ сообщаемомъ *Mavel*'емъ (1852) случаѣ, повести къ отрыванію ручки. Точно также неправильно было-бы вправлять ручку въ полость матки, потому что этимъ абсолютно ничего не измѣняется въ поперечномъ положеніи, а въ то же время маточная шейка запруживается и можетъ быть разорвана, или плечевая кость можетъ быть переломлена, какъ я видѣлъ въ одномъ случаѣ, гдѣ дѣйствовала акушерка. Относительно вопроса объ

ампутации ручки, распухшей и затрудняющей введение руки, см. ниже, при брахиотомии.

Вводит руку в подобных случаях надо медленно и осторожно; слѣдует осторожно отгнать грудную кѣтку отъ входа въ тазъ, если роженица лежитъ на спиѣ; при боковомъ и колѣнно-локтевомъ положеніи грудная кѣтка сама, дѣйствіемъ собственной тяжести, отодвигается по направленію къ брюшной полости. Особенно важна въ такихъ случаяхъ помощь, которую оказываетъ манипулирующей внутри рукѣ другая рука, дѣйствующая снаружи.

Если поворотъ представляетъ большія затрудненія, то слѣдуетъ имѣть въ виду еще два вспомогательныхъ способа, которые оказывались полезными въ нѣкоторыхъ трудныхъ случаяхъ: двойной ручной приемъ и методъ *v. Deutsch'a*.

### 1. Двойной ручной приемъ

рекомендовали *A. Paré*, *W. Smellie* и *Justine Siegemundin*.

Для этого употребляютъ петлю для поворота или какую-нибудь другую тесьму, изъ которой дѣлаютъ петлю; послѣднюю вытягиваютъ настолько, чтобы въ ней оставалось мѣсто не только для большого, указательнаго и средняго пальцевъ, но и для дѣтской ножки. Растягивая петлю концами названныхъ пальцевъ и крѣпко придерживая свободной рукой конецъ петли, вводятъ ее черезъ родовую каналъ вплоть до ножки, предварительно сведенной насколько возможно ниже; затѣмъ петлю надѣваютъ на конецъ ножки и проталкиваютъ ее пальцами выше лодыжекъ. Свободная рука притягиваетъ захваченный ею конецъ петли, а большой палецъ той руки, на которой надѣта петля, нажимаетъ на мѣсто перекреста тесьмы, черезъ что петля затягивается крѣпче. Затѣмъ введенная рука продвигается спереди петли отъ ножки по направленію къ грудной кѣткѣ, поднимаетъ и отгнать эту послѣднюю въ сторону головки плода, а свободная рука между тѣмъ притягиваетъ петлю, отодвигая ее насколько назадъ и въ сторону дѣтской головки.

Если при введеніи или надѣваніи петли встрѣтятся особенныя затрудненія, то можно воспользоваться полипными щипцами или такъ называемыми петлеводами. Это—пуговчатая или расщепленная на переднемъ концѣ палочки, трубочки или щипцы.

**Историческія замѣчанія.** *Justine Siegemundin* первая изобрѣла палочку при поворотѣ; она была деревянная и имѣла на концѣ надрѣзъ для петли. Петлеводъ *Pugh'a*—это желѣзный костылекъ, петлеводъ *Walbaum'a*—роговой катетеръ, *Fried'a* и *Stein'a*—палочка изъ рыбьей кости, конецъ которой всовывается въ петлю для поворота, петлеводъ *Gerner'a*—каучуковый катетеръ съ петлей изъ ленты, *Camatte'a*—цилиндръ съ проволокой и петлей.

Петлеводъ *Trefurt'a* состоитъ изъ двухъ соединенныхъ застѣжкой ручекъ, передніе концы которыхъ всовываются въ оба конца петли. Аппаратъ *Nevermann'a* представляетъ изъ себя родъ щипцовъ съ небольшими ложками, которыя обхватываютъ кожу и надъ которыми продвигается петля вплоть до лодыжекъ.

Само собой понятно, что петля для поворота послѣ прорѣзыванія ножки должна быть снята во избѣжаніе застоя въ послѣдней. Здѣсь можно упомянуть о случаѣ, кото-

рый рассказывает *d'Outrepoint* (N. Z. f. G. 1837. V. 359): при повороте недоношенного плода, съдланномъ вследствие предлежанія послѣда, петля оставалась не снятой въ продолженіе 10 часовъ, — до смерти ребенка, — такъ какъ врачъ и акушерка были заняты анемичной родильницей. Смерть произошла, по мнѣнію патолого-анатома, отъ „гангрены ножки“, и акушеръ былъ обвиняемъ въ небрежности, но впрочемъ, былъ оправданъ.

## 2. Методъ *v. Deutsch'a*.

Этотъ методъ имѣетъ цѣлью, посредствомъ поворота плода около продольной его оси, направить брюшную поверхность послѣдняго къ тазовому входу для того, чтобы лучше достигъ до ножекъ.

**Выполненіе метода.** Вводятъ руку (правую, если головка лежитъ направо) до грудной кѣтки, обхватываютъ ее, поворачиваютъ ребенка около его продольной оси настолько, чтобы поверхность живота была обращена внизъ, т. е. къ тазовому входу, и поднимаютъ одновременно грудную кѣтку настолько, чтобы продольная ось плода приблизилась къ оси тазового входа. Въ то время какъ большой палецъ приподнимаетъ и поддерживаетъ грудную кѣтку, четыре пальца направляются отъ грудной кѣтки къ передней части ягодицы и верхней части бедра, приближаютъ ихъ къ животу, прижимаютъ колено къ противоположному крестцово-подвздошному соединенію (къ правому, если ножки лежатъ вѣво) и разгибаютъ голень.

*Deutsch* хвалитъ свой методъ за то, что при немъ не происходитъ никакихъ поврежденій конечностей, за то, что онъ возможенъ даже спустя долгое время послѣ истеченія воды, и что плодъ приобретаетъ положеніе, удобное для извлеченія.

**Историческія замѣчанія.** *Deutsch* старшій изобрѣлъ этотъ методъ, а *Deutsch* сынъ С. F. G. L. впервые описалъ его въ своей диссертациіи „de versione foetus in pedes“ 1826. *Mende*, *C. Bernard*, недавно *Fritsch* высказались въ его пользу.

Надо упомянуть еще объ одномъ очень сложномъ методѣ, изобрѣтенномъ въ 1869 г. японцемъ *Mitsu-nori-Kangawa* (впрочемъ): обвиваютъ туловище плода толстой шелковой нитью (это дѣлается при помощи палочки изъ рыбьей кости и стальной), притягиваютъ тазовой конецъ внизъ, а грудную кѣтку оттягиваютъ вверхъ посредствомъ костыля.

Названные методы хотя и примѣняются при плотномъ обхватываніи маткой тѣла плода, однако требуютъ такой податливости маточныхъ стѣнокъ, чтобы могла быть введена рука. Иначе обстоятъ дѣло при

б) *Tetanus uteri*. Беременная матка бываетъ при этомъ состояніи тверда, какъ дерево, сильно сокращена, чувствительна при давленіи, а роженица въ это время бываетъ весьма возбуждена или лихорадитъ. Это состояніе бываетъ вызвано большею частью спорыньею или предшествовавшими насильственными попытками поворота.

Ближайшей задачей терапіи будетъ при этомъ: устраненіе судорогъ посредствомъ теплой ванны, большихъ дозъ опія (*Kilian* рекомендовалъ 40—60 капель *Laudanum*!) или инъекцій морфія и глубокаго наркоза хлороформомъ. Примѣненіемъ этихъ средствъ судорожныя сокращенія могутъ быть устранены, а иногда также можетъ быть вызвано временное расслабленіе матки, во время котораго и производится поворотъ.

Производить попытки поворота во время *tetanus* было-бы напраснымъ трудомъ.

Но если всѣ попытки произвести поворотъ оказываются безуспѣшными, то декапитация или эмбриотомія плода, во всякомъ



случаѣ умершаго въ это время, остаются послѣдними, печальными средствами для окончанія родовъ.

#### 4. Поворотъ при предлежаніи послѣда.

При *placenta lateralis* надо проколоть ошупываемыя у нижняго края послѣда яйцевыя оболочки вблизи этого края, но не слѣдуетъ отдѣлять края послѣда.

При *placenta praevia centralis* надо выбрать соотвѣтствующую руку по общимъ правиламъ и проводить ее, отдѣляя послѣдъ, кратчайшимъ путемъ къ ножкамъ, положеніе которыхъ должно быть предварительно точно опредѣлено. При этомъ продвиганіи руки не слѣдуетъ останавливаться, еслибы даже отдѣлили большую долю послѣда.

Дѣйствуя быстро и низведя тазовой конецъ въ нижній сегментъ матки, скоро останавливаютъ кровотеченіе и тѣмъ устраняютъ асфиксію ребенка. Относительно того, слѣдуетъ ли послѣ поворота, выкидать или немедленно примѣнить извлеченіе, см. выше стр. 67.

#### Результаты различныхъ способовъ поворота.

##### а) Поворотъ на головку.

Смертность матерей: *Dohrn* насчитываетъ 0,7% материнской смертности для Кургессена отъ 1852 до 66 г. Статистика Бадена насчитываетъ за 1870—88 гг. смертность матерей  $\frac{791}{26} = 3,2\%$ .

Смертность дѣтей. *Breit* за 1792—1848 гг. въ общемъ собралъ 139 случаевъ поворота на головку и между ними было 113 живыхъ и 26=18,7% мертвыхъ дѣтей (10 изъ нихъ умерли уже раньше); 2 раза нужно было еще произвести перфорацию. *Dohrn* опредѣлилъ для Кургессена смертность дѣтей въ 29%, *Pfannkuch*—27,3%. Статистика Бадена (1870—88) даетъ  $\frac{791}{230} = 29,8\%$  смертности дѣтей.

##### б) Поворотъ на ножки.

Смертность матерей: *Clintock-Hardy* считаетъ  $\frac{60}{2} = 3\%$ , *Späth* (1857)— $\frac{85}{10} = 1,7\%$ , *Hartmann*—6,7%, *Hecker*—6,03%, *Bidder*—7,2%, *Hugenberger*—19%, *Dohrn* для Нассау (1821—66)—7%, для Кургессена (1852—66)—7,2% и *Pfannkuch* (1868—70)—8,6%; въ Баденѣ умерли 3% родильницъ.

Смертность дѣтей. *Clintock-Hardy* считаетъ  $\frac{60}{46} = 76,6\%$ , *Chiari* (1852)  $\frac{52}{10} = 19,2\%$ , *Späth*— $\frac{85}{19} = 22,3\%$ , *Hecker*—43,4%, *Bidder*—50,9%, *Hugenberger*—72%, *Dohrn* для Нассау—57%, для Кургессена—63,3%, *Pfannkuch*—56,1% мертвыхъ дѣтей. Въ Баденѣ смертность дѣтей достигла 48%.



Такимъ образомъ, статистика показываетъ, что послѣ поворота отъ 3 до 19<sup>0</sup>/<sub>0</sub> матерей умираютъ въ родильномъ періодѣ, и 19—72<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, т.-е. среднимъ числомъ болѣе половины дѣтей рождаются мертвыми, или умираютъ вскорѣ послѣ родовъ.

Опасности для матерей зависятъ отъ того, что оперируютъ не чистой рукой и вводятъ ею нерѣдко зараженное содержимое влагалища въ полость матки, которое здѣсь прививается къ отпадающей оболочкѣ, а также часто къ ранамъ маточной стѣнки, вслѣдствіе чего наступаютъ пuerperальныя заболѣванія. Слѣдовательно, эта опасность до известной степени еще предотвратима. Другая опасность заключается въ разможеніи, даже въ разрывѣ стѣнокъ половыхъ органовъ,—особенно разрывѣ сильно растянутой маточной шейки при введеніи руки и поворотѣ ребенка. Эта опасность можетъ быть ограничена при осторожномъ оперированіи и при помощи руки, дѣйствующей снаружи, но не всегда ее можно избѣгнуть при чрезмѣрномъ утонченіи шейки. Соответственно времени, протекшему послѣ разрыва пузыря, а также съ увеличеніемъ плотности, съ какой матка обхватываетъ плодъ,—естественно увеличивается и травма во время родовъ; поэтому, при чрезмѣрно натянутой и слѣдовательно легко разрывающейся шейкѣ не слѣдуетъ производить поворота, но должно дѣлать декапитацию или эмбриотомію.

Опасности для ребенка прежде всего тѣ же самыя, которыя бываютъ при рожденіи его ножками. Въ Ваденѣ 37<sup>0</sup>/<sub>0</sub> дѣтей при положеніи тазовымъ концомъ родились мертвыми, 48<sup>0</sup>/<sub>0</sub> дѣтей были извлечены мертвыми послѣ поворота. Какъ теперь объяснить этотъ plus 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub> или болѣе дѣтей родившихся послѣ поворота?

Для этого, бесспорно, есть много причинъ: большая частота узости таза при поперечныхъ положеніяхъ или, скорѣе, частота поперечныхъ положеній вслѣдствіе узости таза, причемъ послѣдняя затрудняетъ вступленіе головки въ тазъ; далѣе, сильное сокращеніе маточной шейки и контракціоннаго кольца, вызываемое введеніемъ руки и изведеніемъ ребенка внизъ; затѣмъ трудность приспособленія матки къ повернутому плоду и, слѣдовательно, къ его продольному положенію,—трудность, обусловленная круглой или поперечно-эллиптической формой матки, вслѣдствіе чего при извлеченіи происходятъ механическія затрудненія, и помощь матки бываетъ недостаточна. Не малую роль играютъ также прижатіе пуповины и отдѣленіе края послѣда при отыскиваніи ножекъ, поворотѣ и извлеченіи.

## 2. Поворотъ при головныхъ положеніяхъ.

**Цѣль.** При головныхъ положеніяхъ имѣютъ въ виду установить положеніе ножками путемъ сведенія одной или обѣихъ ножекъ въ маточную шейку и влагалище, а также путемъ отодвиганія головки ко дну матки для того, чтобы получить возможность произвести извлеченіе за ножки.

Здѣсь слѣдуетъ рассмотретьъ слѣдующіе методы:

1. Методъ *Brazton-Hicks'a* при узкомъ маточномъ зѣвѣ,

2. Обыкновенный поворотъ на ножки *Paré* при широко раскрытомъ маточномъ зѣвѣ.

а) Методъ *Braxton-Hicks'a*.

**Предварительныя условія и показанія** тѣ же, которыя описаны выше.

**Производство.** При спинномъ положеніи роженицы вводятъ левую или всю лѣвую руку во влагалище, правую кладутъ снаружи на дно матки и на тазовой конецъ плода; оттѣсняютъ послѣдній въ сторону брюшка плода и по направленію ко входу въ тазъ матери, между тѣмъ какъ рука, находящаяся внутри, приподнимаетъ головку и отодвигаетъ ее въ сторону затылка. Если удастся поднять головку, и спускается плечо, то его отодвигаютъ такимъ-же образомъ, какъ головку, а тазовой конецъ оттѣсняютъ свободной рукой дальше внизъ и ею же попеременно приподнимаютъ головку кверху. Если такимъ образомъ дойдутъ до колѣна, то схватываютъ его, разгибаютъ голенъ и слѣдовательно устанавливаютъ непотное предлежаніе ножками.

Всѣ эти манипуляціи исполняются въ промежуткахъ между схватками.

б) Поворотъ *Paré* съ головки плода на ножки.

**Предварительныя условія** — тѣ же самыя, которыя требуются для поворота при поперечномъ положеніи: маточный зѣвъ раскрытъ настолько, что можно провести руку, равно какъ и *conjugata vera* по крайней мѣрѣ въ 7,5 см.; но кромѣ этого необходимо — подвижность головки; это значитъ, что головка должна стоять надъ входомъ въ тазъ или, если она и вступила небольшимъ сегментомъ въ тазовой входъ, то при умѣренномъ надавливаніи на нее по направленію къ дну матки, можетъ быть еще отодвинута кверху на нѣсколько сантиметровъ.

**Показанія.** Если всѣ предварительныя условія существуютъ, то поворотъ съ головки на ножки показывается:

1. При теменныхъ, лобныхъ и лицевыхъ положеніяхъ — вслѣдствіе явленій, угрожающихъ жизни роженицы, какъ напр.: вслѣдствіе кровотечения, зависающаго отъ *placenta praevia* и *prolapsus placentae*, истощенія силъ, повторныхъ обмороковъ, судорогъ, чрезмѣрнаго затрудненія дыханія, неукротимой рвоты, сильной лихорадки, агоніи или смерти роженицы; въ послѣднемъ случаѣ, поворотъ показывается, если не позволяютъ сдѣлать кесарскаго сѣченія, или если послѣднее не можетъ быть выполнено, вслѣдствіе какихъ-либо причинъ, — а также вслѣдствіе асфиксіи плода.

2. При выпаденіи ручки, ножки или пуповины, когда головка стоитъ высоко, и вправленіе выпавшихъ частей не можетъ быть выполнено или уже было тщетно испробовано.

3. При срединномъ или боковомъ вставленіи головки въ плоскій тазъ съ истинной конъюгатой по малой мѣрѣ въ 7,5 см. предпринимается такъ называемый «профилактическій поворотъ», — если существуютъ другія побочныя условія, т. е.:

а) если женщина много рожавшая и прежде въ головномъ по-

ложеиі рожала мертвыхъ дѣтей, а при предлежаніи тазовымъ концомъ—живыхъ (для первородящихъ мало шансовъ при поворотѣ получить живого ребенка, вслѣдствіе узости ихъ половыхъ частей);

b) если послѣ полного раскрытія маточнаго зѣва, несмотря на выжиданіе въ продолженіе многихъ часовъ, несмотря на сидячее и боковое положеніе роженицы, головка не спускается въ тазъ, но остается подвижной, мало или совсѣмъ не конфигурируется, и если попытка протѣснить ее ниже въ тазъ по *P. Müller*'у не удастся;

с) если схватки съ самаго начала были слабыя или спазматическія или постепенно принимали такой характеръ и не улучшались, несмотря на соответствующую терапію;

d) если имѣютъ дѣло съ *anteflexio uteri* (отвислымъ животомъ), причемъ сокращеніями лежащей горизонтально или отклонившейся впередъ матки головка направляется въ сторону поясничныхъ позвонковъ;

e) если контракціонное кольцо не ощущается снаружи, въ видѣ низко лежащаго пояса или поднышагося до высоты пупка; иначе широкая кругообразная складка вдавагося внутрь контракціоннаго кольца послужила-бы серьезнымъ препятствіемъ къ введенію руки и приподнятію головки; а сильное натяженіе шейки, узнаваемое по высокому стоянію кольца, заставило бы опасаться разрыва матки;

f) если матка не обхватываетъ плотно тѣло плода, и воды еще не совсѣмъ вытекли, потому что въ противномъ случаѣ поворотъ былъ-бы механически труденъ и опасенъ.

При противоположныхъ условіяхъ слѣдуетъ отказаться отъ профилактическаго поворота и предоставить дѣло, хотя временно, силамъ природы.

Теоретическія основанія, приводимыя въ продолженіе почти 200-лѣтняго спора въ пользу поворота при узкомъ тазѣ, говорятъ слѣдующее:

1. Нѣкоторыя женщины съ простыми плоскими или плоско-рахитическими тазамъ при черепномъ предлежаніи разрѣшались отъ бремени только мертвыми дѣтьми, причемъ роды происходили самопроизвольно, или при помощи щипцовъ, а иногда и перфорации; между тѣмъ какъ послѣ поворота, произведеннаго у этихъ же женщинъ, дѣти рожались живыми. Но такой анамнезъ получаютъ только въ немногихъ случаяхъ у женщинъ съ плоскими тазамъ.

2. При переднемъ или заднемъ вставленіи теменной кости, характерномъ для плоскихъ тазовъ, черезъ истинную конъюгату проходитъ косою размѣръ головки, идущій отъ височнаго шва одной стороны къ верхней передней части противоположной теменной кости; такимъ образомъ, предлежащая головка только въ томъ случаѣ проходитъ въ полость таза, если этотъ косою размѣръ становится меньше по своей величинѣ, чѣмъ конъюгата, вслѣдствіе того, что лежащая впереди теменная кость сгибается и проталкивается впередъ, тогда какъ другая теменная кость уплощается и отодвигается назадъ. При послѣдующей головкѣ черезъ конъюгату вмѣсто этого косою размѣра головки долженъ пройти меньшій *bitemporal'*ный размѣръ. Но на самомъ дѣлѣ, какъ показываетъ опытъ съ тазомъ и дѣтскимъ трушикомъ, этого не бываетъ, потому что часть головки, лежащая сзади конечныхъ пунктовъ *bitemporal'*наго діаметра *gesp.* ея фронтальнаго сѣченія, значительно больше лежащей впереди нѣхъ части. Поэтому, при вступленіи затылка въ тазъ, *bitemporal'*ный размѣръ не совпадаетъ съ конъюгатой, а отодвигается отъ нея въ сторону лица, черезъ конъюгату-же пройдетъ поперечный размѣръ, лежащій между *bitemporal'*нымъ и *biparietal'*нымъ размѣромъ;—во вслѣдствіе

комъ случаевъ, этотъ, такъ сказать, акушерскій поперечный размѣръ длиннѣе перваго и довольно сходенъ съ указаннымъ выше косымъ размѣромъ при вставленіи теменной кости. Если прижатіемъ подбородка къ груди будемъ сильно сгибать головку, то черезъ конъюгату проходитъ даже biparietal'ный діаметръ (*Hildebrandt*). Итакъ, кажущееся съ теоретической точки зрѣнія механическое преимущество прохожденія при плоскомъ тазѣ послѣдующей головки сравнительно съ идущей впередъ сомнительно.

Провоздаю опыты съ однимъ плоскимъ тазомъ и нѣсколькими свѣжими дѣтскими трупиками или съ одной свѣжей головкой ребенка и нѣсколькими плоскими тазами разныхъ степеней узости, удастся въ большинствѣ случаевъ надавить подлежащую головку настолько же легко, какъ и извлечь послѣдующую. Разница въ смыслѣ болѣе легкаго проведенія послѣдующей головки наблюдается только при извѣстной, вполнѣ определенной узости таза, мягкости и сжимаемости костей черепа, resp. ширины швовъ. Но эта благоприятная комбинація, судя по клиническому опыту, встрѣчается только въ немногихъ случаяхъ.

Противъ выгоды болѣе легкаго проведенія послѣдующей головки въ немногихъ случаяхъ плоскихъ тазовъ существуютъ однако немаловажные доводы:

1. При отодвиганіи вверхъ головки изъ сильно натянутой шейки, легко происходитъ разрывъ послѣдней. М-ме *Lachapelle* даже утверждала, что при этомъ матка легко можетъ оторваться отъ сводовъ.

2. Идущій впередъ черепъ—какъ показываютъ наблюденія—можетъ также очень хорошо приспособиться къ узкому тазу при сильныхъ схваткахъ и не слишкомъ плотной головкѣ, благодаря эластичности, измѣчивости формы костей и перепончатому соединенію между собой черепныхъ костей. Правда, для такого приспособленія можетъ потребоваться много времени, что однако не имѣетъ особаго значенія: такъ какъ при черепномъ предлежаніи асфиксія плода наступаетъ несравненно позже, чѣмъ при предлежаніи тазовымъ концомъ, а продолжительное давленіе на мягкія части роженницы, при надлежащей антисептикѣ, можетъ въ послѣродовомъ періодѣ пройти безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій.

3. Опытъ показываетъ, что при извлеченіи ребенка послѣ поворота на ножки приходится бороться съ многими значительными затрудненіями:

а) ручки легко забрасываются за головку, а локти остаются надъ тазовымъ входомъ и при извлеченіи туловища задерживаются, вслѣдствіе чего происходитъ роковое замедленіе.

б) Послѣдующая головка задерживается надъ тазовымъ входомъ или вкочливается между мысомъ и лоннымъ соединеніемъ и при извлеченіи не подается внизъ. Причина лежитъ отчасти въ несоразмѣрности между головкой и тазомъ, отчасти въ судорожномъ сокращеніи маточной шейки, произведенномъ нашими манипуляціями при поворотѣ и извлеченіи, вслѣдствіе чего значительно увеличиваются препятствія. Къ этому надо прибавить, что всякое извлеченіе за подбородокъ способствуетъ установленію въ конъюгату вмѣсто благоприятнаго битемпоральнаго размѣра большаго на 1,5—2 см. biparietal'наго размѣра. Если же головку не сгибаютъ, а извлекаютъ исключительно за плечики, то шейная часть спинного мозга подвергается опасности чрезвѣрнаго растяженія, и позвоночникъ или затылочная кость могутъ быть переломлены. Этихъ осложнений можно избѣгать до извѣстной степени, надавливая головку со стороны брышныхъ покрововъ въ тазъ.

Если взвѣсить всѣ выгоды и невыгоды выжиданія и профилактическаго поворота при плоскихъ тазахъ, то, по моему мнѣнію, поворотъ слѣдуетъ производить только въ тѣхъ случаяхъ, которые подробнѣе характеризованы выше, но не должно разсматривать поворотъ, какъ типическую операцію при извѣстной степени плоскаго таза.

При общесъуженныхъ тазахъ можетъ явиться необходимость, въ виду ежеминутно угрожающей опасности, произвести поворотъ съ головки на ножки, но при этомъ всегда надо помнить, что прогнозъ

въ этомъ случаѣ неблагопріятенъ для ребенка (*Spiegelberg, Fränkel*), такъ какъ слишкомъ суженное во всѣхъ направленіяхъ кольцо таза значительно затрудняетъ извлеченіе туловища и головки.

При косо-овальныхъ тазахъ *Ed. Martin* полагаютъ, что поворотъ показывается только въ томъ случаѣ, когда затылокъ обращенъ къ плоской сторонѣ таза. Ребенокъ при этомъ долженъ быть повернутъ такъ, чтобы затылокъ помѣстился въ широкой части таза. Однако наблюденія *Simon Thomas'a* показали, что при такъ называемомъ тѣсномъ механизмѣ лбу несравненно легче проходить въ большемъ пространствѣ по широкому крестцово-подвздошному соединенію; поэтому, упомянутое показаніе съ тѣхъ поръ совершенно оставлено.

4. При отрывѣ свода влагалища или маточной шейки съ неполнымъ выходомъ плода въ брюшную полость захватываютъ ножку, дѣлаютъ поворотъ и извлекаютъ за ножку, за исключеніемъ того случая, когда вслѣдствіе сокращенія матки обратное вхожденіе ребенка черезъ мѣсто разрыва въ матку и влагалище сдѣлалось уже невозможнымъ.

5. Если послѣ поворота на головку наступаетъ слабость схватокъ или появляется какой-нибудь опасный симптомъ, то головку надо отодвинуть назадъ и произвести поворотъ на ножку.

6. Если послѣ перфорации и опорожненія черепа извлеченіе головки было испробовано безуспѣшно, то поворотъ на ножку, послѣ устранинія выступающихъ впередъ осколковъ кости, часто можетъ быть примѣненъ съ пользою; и, при небольшомъ натяженіи шейки, рекомендуется, какъ *ultimum refugium* (*Ziche 1843*).

7. При двойномъ уродствѣ предлежаніе ножками представляетъ болѣе шансовъ на успѣхъ, и потому, при своевременно поставленномъ диагнозѣ, слѣдуетъ рекомендовать поворотъ на ножки нижележащаго плода, если онъ еще выполненъ (*Hohl, G. Veit*).

Поворотъ второго близнеца, для предотвращения его смерти вслѣдствіе отдѣленія послѣда, въ настоящее время не примѣняется или практикуется только при извѣстныхъ показаніяхъ.

То же самое рекомендовали: *Mauriceau, de la Motte, Deleurye, Smellie, M. и S. Sactorph* и двадцать лѣтъ тому назадъ—*Seyfert* и *Kleinwächter*.

Противъ этого высказались: *E. v. Siebold, v. Deutsch, v. Froriep, Hussian, Busch, Conquest, Fr. Osiander, M-me Boivin, Kilian* и почти всѣ новыя авторы.

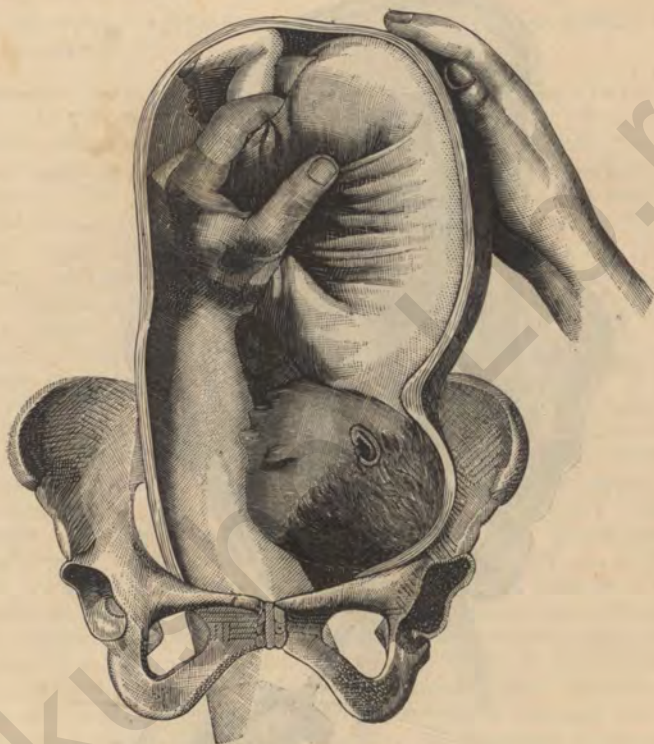
**Производство операціи.** Если роженица лежитъ на спинѣ, то существуетъ слѣдующее правило относительно выбора руки, вводимой въ матку: при I-мъ черепномъ положеніи надо вводить лѣвую руку, при II-мъ—правую, потому что только при такомъ выборѣ руки ладонная поверхность пальцевъ можетъ быть направлена къ брюшной поверхности плода, гсрр. къ лежащимъ здѣсь ножкамъ. Слѣдуетъ попробовать, нельзя-ли только при помощи половины руки достигнуть колѣна, низдавливая при этомъ ягодицы книзу. Если это не удается, тогда вводятъ въ матку и большой палецъ.

Головка, лежащая въ натянутой маточной шейкѣ, осторожно отодвигается въ сторону затылка (что впервые рекомендовалось *Levet'* омъ какъ «*préparations*»), затѣмъ руку проводятъ по лицу вверхъ. На уровнѣ шейки плода встрѣчаютъ контракціонное кольцо, которое обьк-



новенно сильнѣе сокращается вслѣдствіе механическаго раздраженія. Затѣмъ, выждавъ, пока пройдетъ это сокращеніе, проникаютъ въ полость матки, постоянно держа ладонную поверхность пальцевъ обращенной въ сторону плода и, такимъ образомъ, доходятъ до ручекъ.

Нѣкоторые авторы, какъ напр. *Schatz*, совѣтуютъ для предупрежденія могущаго случиться запрокидыванія ручекъ, надѣвать на ручную кисть одной или обѣихъ ручекъ петлю, вводимую петлеводомъ *Trefurt*'а, и, такимъ образомъ, при извлеченіи придерживать ручки около туловища.



Фиг. 3.

Поворотъ на ножки при I-мъ черепномъ положеніи.

Отъ ручекъ плода руку проводятъ, старательно избѣгая всякаго прижатія пуговины, по длинѣ грудной кѣтки къ нижнимъ конечностямъ.

Захватываніе ножекъ существенно облегчается при помощи производимаго сваружи низдавливанія ягодиць по направленію къ находящейся внутри рукѣ.

Такъ какъ при обыкновенномъ членорасположеніи плода колѣно лежитъ ниже, чѣмъ ножки, то легче будетъ захватить не ножку, а колѣно въ томъ случаѣ, если околоплодныхъ водъ уже совсѣмъ нѣтъ или осталось немного. Большею частью достаточно свести одно колѣно и притомъ то, которое обращено къ передней маточной стѣнкѣ (фиг. 3). Выбираютъ, именно, это колѣно, потому что тогда, конечно, спинка при извлеченіи повернется кпереди.

При черепномъ положеніи гораздо труднѣе, чѣмъ при поперечномъ сдѣлать поворотъ въ настоящемъ смыслѣ этого слова, т. е. свести внизъ тазовой конецъ, а головку поднять ко дну матки, потому что здѣсь продольный размѣръ плода отъ ягодицъ до головки—около 28 см.—долженъ пройти черезъ поперечникъ матки. Такимъ образомъ, происходитъ сильное растяженіе боковыхъ стѣнокъ матки, и можетъ даже случиться разрывъ при очень натянутой и легко разрываеваемой шейкѣ.



Фигура 4.

Двойной ручной приемъ при черепномъ положеніи.

Посредствомъ осторожнаго, соразмѣреннаго влеченія за ножки, посредствомъ оттѣсненія снаружи въ противоположную сторону головки, а также при низдавливаніи снаружи ягодицъ, большою частью удастся избѣжать этихъ затрудненій безъ дурныхъ послѣдствій. Но если эти приемы не могутъ быть выполнены при истонченной и сильно сокращенной маткѣ, то не слѣдуетъ съ большою силою извлекать ножки, иначе это



влеченіе передается отъ ножекъ на туловище и голову и ведетъ къ плотному втѣсненію послѣдней во входъ въ тазъ.

Въ томъ случаѣ, когда замѣтить, что при влеченіи за ножки, несмотря на соответствующее давленіе снаружи, головка входитъ въ тазъ вмѣсто того, чтобы подняться вверхъ, примѣняютъ двойной ручной пріемъ (фиг. 4), посредствомъ котораго головку отталкиваютъ вверхъ и въ сторону затылка, тогда какъ петля притягивается внизъ и также въ сторону затылка.

Если поворотъ и при помощи двойного ручного пріема не удается, то предпринимаютъ перфорацию.

**Историческія замѣчанія.** Поворотъ при предлежаніяхъ головкой вообще. Въ древніе и средніе вѣка дѣлали поворотъ почти исключительно при ненормальныхъ положеніяхъ плода (кромя *Philomenos'*а, который при осложненіяхъ совѣтовалъ производить поворотъ при не вставившемся еще ребенкѣ). Но въ средніи 16-го столѣтія стали дѣлать поворотъ и при предлежаніяхъ головкой, чтобы извлечь ребенка за изведенныя ножки и отстранить опасность, угрожающую матери или ребенку.

Хотя варижскіе хирурги *Thierry de Hery* и *Nicole Lambert* уже раньше употребляли этотъ поворотъ, но научнымъ реформаторомъ и поборникомъ этого ученія долженъ быть названъ, собственно, *Ambr. Paré*. Въ 1550 и 1573 г. онъ обстоятельно описалъ этотъ методъ и совѣтовалъ при головномъ предлежаніи дѣлать поворотъ, какъ скоро окажется необходимымъ окончить роды. Онъ отодвигалъ назадъ голову, притягивалъ внизъ ножку, накладывалъ петлю вокругъ лодыжекъ, сводилъ и другую ножку внизъ и затѣмъ дѣлалъ извлеченіе за обѣ ножки. *Guillemeau* рекомендовалъ эту операцію при головномъ положеніи, вслѣдствіе конвульсій и кровотеченій при предлежаніи послѣда, *Mauriceau*—при выпяденіи пуговицы и второмъ близнецѣ. *Dionis* и *Viardel* также производили поворотъ при всѣхъ опасныхъ симптомахъ; *de la Motte*, *Justine Siegemundin*, *Deventer*, *Manningham*, позже *Thebesius* и *Baudelocque* дѣлали поворотъ предпочтительно съ головки на ножки. *van. Hoorn* дѣлаетъ различіе между поворотомъ для исправленія положенія и поворотомъ для ускоренія родовъ. *Ould* далъ цѣлесообразныя правила для техники: онъ дѣлалъ поворотъ также при несправимыхъ лицевыхъ и лобныхъ предлежаніяхъ и при вторыхъ близнецахъ. *Leuret* и *Smellie* установили показанія и дали хорошія техническія правила; первый рекомендовалъ поднять вверхъ головку, какъ „*préparations*“. *Heister* рекомендовалъ поворотъ въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ другіе употребляли острые крючки. *Stein* старшій пытался точнѣе установить границы между показаніями къ щипцамъ и къ повороту.

Со введеніемъ щипцовъ, примѣненіе поворота при черепныхъ положеніяхъ, конечно, значительно сдуилось. Однако и употребленіе щипцовъ было снова ограничено послѣ того, какъ былъ предложенъ „профилактическій поворотъ“ при узкомъ тазѣ.

Поворотъ при суженіяхъ таза рекомендовали: *Burton*, *Baudelocque*, *Mesnard*, *Dennan*, *Lachapelle*, *Velpeau*, *Elsässer*, *Küvisch* и др.,—особенно настоячиво: *J. Simpson* (1847), а въ послѣднее время—*Schröder*, *A. Martin*, *Milne*, *Winter*, *Dührssen* и др.

Въ качествѣ противниковъ такъ называемаго „профилактическаго“ поворота, слѣдуетъ назвать прежде всего: *Michaëlis*, *Busch*, *Chailly-Honoré*, *Spiegelberg*, *Hildebrandt* и др.

Поворотъ при лицевыхъ предлежаніяхъ. Взглядъ на лицевыя предлежанія былъ въ прежнія времена неблагоприятенъ, и потому тогда большую роль игралъ рекомендованный уже древними поворотъ на ножки. *Louise Bourgeois* впервые стала доказывать, что при лицевомъ предлежаніи надо только поддерживать хорошія схватки, щадить лицо и вообще заботиться о скоромъ рожденіи ребенка. Однако, впоследствии всѣ признали поворотъ при лицевыхъ предлежаніяхъ показаннымъ въ извѣстныхъ случаяхъ.

Слѣдуетъ-ли производить поворотъ при лицевыхъ предлежаніяхъ съ обращеннымъ назадъ подбородкомъ,—этотъ вопросъ былъ въ 1843 г. предметомъ спора между *Cazeaux* и *Chailly-Honoré*. Первый совѣтовалъ дѣлать поворотъ на ножки, если лицо еще стоитъ надъ входомъ таза, и производить поворотъ на тѣмя только при узости таза; даже послѣ установленія лица въ верхнемъ отдѣлѣ таза, онъ предлагалъ отодвигать головку и дѣлать поворотъ на ножки, а если это невозможно,—оканчивать роды съ помощью подъемника, щипцовъ, остраго крючка или кефалотриба. Напротивъ, *Chailly* рекомендовалъ,—если оперативное вмѣшательство уже необходимо,—захватить головку щипцами съ обѣихъ сторонъ и затѣмъ повернуть подбородокъ сначала въ бокъ, потомъ впередъ.

## II. Операциі, исправляющія членорасположеніе плода. *Rectificatio habitus.*

### 1. Превращеніе лицевого предлежанія въ теменное.

**Предварительныя замѣчанія.** Лицевыя предлежанія протекаютъ въ большинствѣ случаевъ безъ помощи акушерскаго искусства и безъ значительнаго вреда для матери и ребенка, какъ училъ уже *Portal* (1685), а затѣмъ *van Hoorn*, *Deleurye*, *M-me Lachapelle* и особенно настойчиво—*Boër*. Однако материнская смертность во всякомъ случаѣ достигаетъ по *v. Hecker*'у 3,1% (вмѣсто 1,6% при теменныхъ предлежаніяхъ), а по *Winckel*'ю—6%, а смертность дѣтей—13% (*Winckel*). Последняя объясняется случающимся иногда прижатіемъ обвившейся вокругъ шейки плода пуповины къ донному соединенію, но главнымъ образомъ—большими механическими затрудненіями родовъ при лицевомъ предлежаніи. Вслѣдствіе разгибанія головки и прижатія затылка къ спинѣ одновременно съ объемистымъ затылкомъ вступаетъ въ тазъ верхушка грудной кѣтки; такимъ образомъ, перпендикулярный діаметръ головки и нижній діаметръ верхушки груди должны пройти вмѣстѣ черезъ тазовой входъ. Это возможно только послѣ сильнаго уплощенія головки отъ темени къ основанію черепа и послѣ сжатія грудной кѣтки въ сагиттальномъ направленіи. При этомъ часто происходятъ разрывы промежности, такъ какъ размѣръ головы отъ середины нижней челюсти до задней части темени превышаетъ прорѣзывающійся при теменныхъ предлежаніяхъ малый діагональный размѣръ почти на 3 см., и такъ какъ промежность сильнѣе растягивается въ поперечникѣ широкимъ затылкомъ, чѣмъ лбомъ.

Такия наблюденія даютъ намъ поводъ превращать лицевыя предлежанія въ теменныя, тѣмъ болѣе, что нерѣдко такое превращеніе совершалось самопроизвольно.

Но не слѣдуетъ умалчивать о трудностяхъ этого исправленія. Онѣ заключаются: 1) въ присутствіи контракціоннаго кольца, которое на подобіе широкой каймы обхватываетъ шейку плода и затрудняетъ отодвиганіе лица вверхъ; 2) въ томъ, что шейка матки, обтянутая около шеи и нижней челюсти ребенка, бываетъ расширена въ видѣ дивертикула около черепа и, вслѣдствіе этого растяженія, она становится настолько атоничной, что дивертикуль плохо сокращается даже послѣ удачнаго исправленія положенія плода, и черепъ снова попадаетъ въ это расширеніе. Если, кромѣ того, принять во вниманіе, что врачъ,

приглашенный къ роженцѣ съ лицевымъ предлежаніемъ, лишь въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчаетъ нужныя для такого исправленія условія, и что послѣ внутриматочнаго вмѣшательства нерѣдко наступаетъ атонія матки, далѣе, если взвѣсить опасность инфекціи и разрыва шейки, возможность выпаденія пуповины и т. д.,—то становится понятнымъ общее уклоненіе врачей отъ такихъ попытокъ.

Во всякомъ случаѣ для исправленія предлежанія требуются слѣдующія **предварительныя условія**:

- 1) высокое, подвижное стояніе лица, и
- 2) неповрежденный или недавно только разорванный плодный пузырь.
- 3) Полное расширеніе маточнаго зѣва; во всякомъ случаѣ послѣднее желательно, такъ какъ оно облегчаетъ внутриматочныя манипуляціи; кромѣ того, при полномъ раскрытіи въ случаѣ разрыва пузыря во время родовъ не представляется никакой опасности со стороны шейки.

Что касается **показаній**, то рассматриваемый здѣсь пріемъ допустимъ не въ простыхъ случаяхъ, протекающихъ безъ осложненій, а при узкомъ тазѣ, большомъ ребенкѣ,—вообще при ожидаемыхъ особыхъ механическихъ затрудненіяхъ. Наоборотъ, въ случаяхъ, грозящихъ мгновенною опасностью, и при высокомъ стояніи лица наиболѣе цѣлесообразно дѣлать поворотъ на ножки.

Рекомендуются слѣдующіе **методы**.

1. Сведеніе внизъ затылка рукой, обхватывающей головку (второй методъ *Baudelocque'a* и методъ *Osiander'a*).

2. Отодвиганіе назадъ лица. *Viardel* пробовалъ отодвигать назадъ лицо съ помощью небольшого компресса. *Peu* стоялъ за этотъ способъ, но отвергалъ компрессъ. *De la Motte* и *Deventer* старались отбѣснить назадъ подбородокъ. *Fritsch* предлагаетъ подвинуть лицо назадъ, помѣщая пальцы сначала около носа, а затѣмъ на лобъ.

3. Комбинированіе методовъ. Первый методъ *Baudelocque'a* состоялъ въ отодвиганіи лица назадъ изнутри и одновременномъ отбѣсненіи наружными пріемами затылка книзу.

*Dionis*, *Manningham*, *Foster*, *Aitken*, *Fried*, *Thebesius*, *Röderer* и др. высказались также за исправленіе лицевого предлежанія посредствомъ внутреннихъ манипуляцій.

По мнѣнію *Schatz'a* при этихъ методахъ по большей части разрываютъ пузырь и легко происходитъ размозженіе тканей или инфекция. Кромѣ того, они неудовлетворительны въ томъ отношеніи, что ни одинъ изъ нихъ не стремится къ поднятію туловища; въ то время какъ тазовой конецъ находится у дна матки, туловище будетъ всей своей тяжестью вдавливать головку въ тазъ, затрудняя этимъ попытку произвести вращеніе.

4) Приподниманіе туловища. Вполнѣ понимая указанныя сейчасъ трудности, *Mauriceau* и *Deventer*, а въ повѣйшее время (1868) *Schatz*, рекомендовали приподниманіе туловища плода, если послѣднее еще подвижно.

Методъ, названный по имени *Schatz'a*, состоитъ въ слѣдующемъ: При положеніи роженцы на спинѣ, подъ наркозомъ захватываютъ снаружи рукой переднее плечико вмѣстѣ съ бочкомъ плода и отодвигаютъ



его сначала къ дву матки и въ сторону спинки плода. Какъ скоро туловище плода установилось по всему длиннику матки, продвигаютъ захваченное плечо все еще по направленію къ спинкѣ плода, но въ то же время оттѣсняютъ другой рукой тазовой конецъ въ сторону брюшка плода, — сначала поперекъ, а потомъ наискось по направленію къ брюшку и тазовому входу. Такимъ образомъ, захваченное плечо должно описать дугу въ направленіи къ спинкѣ, а ягодицы — дугу въ направленіи къ брюшку, и позвоночникъ изъ формы S долженъ перейти въ форму С нормальнаго сгибанія. Въ то же время помощникъ долженъ снаружи сдвигать затылокъ въ тазъ.

*Thorn* (1886) модифицировалъ способъ *Schatz*'а въ томъ смыслѣ, что онъ хотя и сдвигаетъ туловище снаружи, но одновременно изнутри сводитъ затылокъ въ тазъ. Изъ 24 случаевъ этотъ способъ удался ему 9 разъ. *Ziegenspeck* (1886) чрезъ посредство помощника приподнималъ туловище по способу *Schatz*'а, сначала изнутри сдвигалъ лицо вверхъ и потомъ сводилъ внизъ затылокъ. Если хотятъ исправить положеніе, то, конечно, лучше всего рекомендовать модифицированный *Ziegenspeck*'омъ методъ *Schatz*'а.

## 2. Превращеніе предлежанія тазовымъ концомъ въ неполное предлежаніе ножками.

**Цѣль.** При тазовыхъ предлежаніяхъ трудно окончить роды только при помощи рукъ; чтобы получить болѣе удобное для извлеченія положеніе ребенка, съ давнихъ уже поръ рекомендовалось низведеніе ножки его.

**Предварительныя условія** при этомъ способѣ должны быть слѣдующія:

1. Высокое, еще подвижное стояніе ягодицъ.
2. Проходимость маточной шейки для руки.
3. Отсутствіе сильнаго натяженія шейки.
4. Неповрежденный или недавно разорванный плодный пузырь.

**Показаніями** къ нему будутъ:

1. Механическая несоразмѣрность, т. е. узость таза (*Litzmann*) или чрезмѣрная величина ребенка.
2. Боковое положеніе ягодицъ у гребешка подвздошной кости, которое не можетъ быть устранено положеніемъ роженицы на томъ боку, гдѣ лежатъ ягодицы.
3. Спинально-поясничное положеніе ягодицъ (III и IV тазовое предлежаніе или второй видъ), такъ какъ при этомъ верхняя часть бедра упирается въ поперечныя вѣтви лобковой кости, а спинка — въ поясничную часть позвоночника матери, и плоду, вступившему такимъ образомъ въ конъюгату, представляются большія механическія затрудненія. Произойдетъ-ли въ этомъ случаѣ нормальный поворотъ, этого предвидѣть невозможно.
4. Выпаденіе пуповины, даже при нормальной ея пульсаци (*Winter*).
5. Асфиксія плода.
6. Опасныя состоянія роженицы, какъ-то: кровотеченіе, эклампсія и т. п.

Заранѣ сводить внизъ ножку при неподатливыхъ половыхъ органахъ первородящихъ (*Spiegelberg*) или вообще при всѣхъ тазовыхъ предлежаніяхъ (*Hildebrandt, Münster, Jacquet*) — повидимому не представляется необходимости.

**Выполненіе способа.** Большею частью роженицѣ придаютъ спинно-тазовое положеніе; но при какихъ-либо затрудненіяхъ рекомендуется положеніе *Sims'a* или колѣнно-локтевое, потому что при этомъ тазовой конецъ плода отходитъ отъ тазового входа. Стараются низвести лежащую впереди ножку, такъ какъ при низведеніи ножки позади лоннаго сочлененія легче будетъ повернуть впередъ спинку плода; затѣмъ, избираютъ ту руку, ладонная поверхность которой всего легче можетъ быть направлена къ брюшку плода, геср. къ ножкамъ. Если нижняя часть бедра согнута въ колѣнѣ, то стараются захватить ножку двумя пальцами въ лодыжкахъ, на подобіе ножницъ, и затѣмъ низвести. Но если конечности разогнуты въ колѣнахъ, то продвигаютъ указательный палецъ къ задней сторонѣ бедра; за нимъ слѣдуетъ большой палецъ, конецъ котораго вкладываютъ въ углубленіе колѣна; затѣмъ указательный палецъ вводится вверхъ по передней сторонѣ голени, который и сводитъ ее внизъ, сгибаетъ въ колѣнѣ и потомъ наконецъ разгибаетъ. При этомъ однако нужно дѣйствовать весьма осторожно, пользуясь свободнымъ пространствомъ, чтобы не произвести разрыва утонченной маточной шейки (какъ это уже и наблюдалось).

Съ низведеніемъ ножки, тотчасъ приобрѣтаютъ такое положеніе, при которомъ, — если понадобится, — можно каждую минуту произвести извлеченіе. Дальнѣйшія обстоятельства должны рѣшить вопросъ, надо ли производить извлеченіе. Большею частью удовлетворяются сначала однимъ разгибаніемъ ножки.

**Историческія замѣчанія.** Низведеніе одной или обѣихъ ножекъ при высокихъ тазовыхъ предлежаніяхъ рекомендовали производить во всѣхъ случаяхъ, или только при большихъ дѣтияхъ и узкихъ половыхъ частяхъ, равно какъ и въ виду другихъ затруднительныхъ обстоятельствъ: *Celsus, Euch. Rösslin, Louise Bourgeois, Scipio Mercurio, Mauriceau, Dionis, Peu, Amand, de la Motte, van Hoorn, Mesnard, Exton, Levet, Smellie, Heister, Thebesius, Röderer, Plenk, Petit, Oslander* и др.; въ послѣднее время особенно — *Hildebrandt* и *Münster*.

Противниками этого способа были: *Portal, Justine Siegemundin, Deventer, Deleurye, Boer, Hunter, Johnson*, а между новыми особенно *Schröder* и *Fritsch*.

### 3. Терапія выпавшей ручки при головномъ положеніи.

**Предварительныя замѣчанія.** Если между головкой и маточными стѣнками есть свободное пространство, наполненное околоплодными водами, то сюда можетъ выпасть одна или обѣ ручки. При этомъ локти, прижатые прежде къ бокамъ грудной кѣтки, отодвигаются вверхъ и впередъ, и предплечія разгибаются въ локтевыхъ сгибахъ такъ, что ручки лежатъ рядомъ съ головкой или даже выступаютъ за нее. Такое выпаденіе бываетъ въ особенности при недоношенныхъ плодахъ и двойняхъ, при большомъ количествѣ околоплодныхъ водъ, при круглой формѣ матки, боковомъ прижатіи головки къ подвздошной кости. *Kuhn* видѣлъ на 27193 родовъ 34 раза выпаденіе ручки при черепномъ положеніи плода.

При недоношенныхъ или необыкновенно маленькихъ плодахъ, при широкомъ тазѣ и широкихъ половыхъ частяхъ, а также при хорошихъ схваткахъ это выпаденіе не имѣетъ никакого значенія, и достаточно бываетъ положить роженицу на бокъ, противоположный выпаденію ручки.

При плодахъ средней величины или очень большихъ, при узкихъ тазахъ, неподатливыхъ и узкихъ половыхъ частяхъ ручка, лежащая рядомъ съ головкой, можетъ буквально запрудить половой каналъ (см. фиг. 20), особенно, если она выпала далеко, потому что къ плечу она утолщается. Тогда роды могутъ остановиться, ребенокъ умереть и т. д.

Для того, чтобы избѣжать этихъ послѣдствій, надо своевременно вправить ручку въ полость матки.

#### **Предварительныя условія для вправленія:**

1. Раскрытіе маточнаго зѣва, достаточное для проведенія всей руки;

2. Высокое стояніе головки и отсутствіе сильнаго натяженія шейки, такъ какъ послѣ полного вступленія головки въ полость таза или при натяженіи маточной шейки можетъ произойти разрывъ послѣдней;

3. Положеніе ручки въ маточной шейкѣ или влагалищѣ, но не выпаденіе ея въ наружную половую щель.

**Показанія.** Если всѣ предварительныя условія существуютъ, то можно испробовать вправленіе при плодахъ очень большихъ или средней величины, при узкомъ тазѣ и неподатливыхъ половыхъ частяхъ.

**Производство.** Лучше всего производить вправленіе при положеніи роженицы на боку, противоположномъ выпаденію. Операторъ становится спереди или сзади роженицы, вводитъ свою руку во влагалище, старается протолкнуть локоть плода черезъ каналъ шейки выше контракціоннаго кольца или, если трудно достать локоть, то онъ захватываетъ тремя пальцами дѣтскую ручку и затѣмъ отодвигаетъ локоть въ полость матки, надавливая въ направленіи предплечія, голову же при помощи большого пальца оттѣсняетъ назадъ въ сторону затылка (фиг. 5). Вправленіе считается оконченнымъ, когда вся ручка лежитъ за контракціоннымъ кольцомъ.

Для того, чтобы убѣдиться, не выпадетъ ли ручка опять при новой схваткѣ, операторъ на короткое время оставляетъ свою руку въ половыхъ частяхъ, а женщина продолжаетъ лежать на боку.

Если вправленіе ручки не удается, и головка еще подвижна, то умѣстно будетъ сдѣлать поворотъ на ножки.

При низко стоящей головкѣ могутъ быть наложены щипцы въ случаѣ остановки родовъ, какихъ-либо осложнений и т. п.

Если выпавшая ручка, вслѣдствіе чрезвычайной величины ея или узости таза, совершенно запруживааетъ тазъ (см. фиг. 20), то можетъ понадобиться краніотомія въ тѣхъ случаяхъ, когда поворотъ или щипцы противопоказаны или примѣнялись безъ успѣха.

Ампутація выпавшей ручки у живого плода будетъ большимъ промахомъ; и даже при мертвомъ плодѣ едва ли она можетъ принести пользу.

Трудно понять—къ черепному или поперечному положенію относится вращеніе выпавшей ручки, которое рекомендуетъ Гипократъ въ своей книгѣ „De superfœtatione“, а также Rhazes, Abulcaset и др., и наконецъ, совѣтъ *Ali Ben Abbas* и *Avicenna*: накладывать петлю, притягивать и отрѣзывать выпавшую ручку.

#### 4. Терапія выпаденія ножки при головномъ положеніи.

**Предварительныя замѣчанія.** Если ножки разогнуты въ колѣнахъ, и головка помѣщается въ выступѣ маточной стѣнки спереди или сбоку, то можно прощупать при достаточномъ пространствѣ въ нижнемъ сегментѣ матки рядомъ съ головкой и ножки. *Kuhn* на 27193 родовъ на-



Фиг. 5.

Вращеніе выпавшей ручки при головномъ положеніи ребенка.

шелъ 24 раза нижнія конечности, причемъ 14 разъ только однѣ ножки, а въ 10 случаяхъ вмѣстѣ съ ножками рядомъ съ головкой выпали и ручки. Такъ какъ одновременное прохожденіе головки и ножекъ черезъ тазъ требуетъ много мѣста, то, конечно, оно возможно только при широкомъ тазѣ или небольшомъ плодѣ.

**Терапія.** Если ребенокъ не очень великъ, тазъ роженицы широкъ, схватки хороши, и нѣтъ основанія ускорять роды, то вхожденію головки въ тазъ помогаютъ соответствующимъ положеніемъ роженицы



(на сторону отклонившейся головки); при этом ножки удерживаются над входом въ тазъ, т. е. сами собой остаются тамъ вслѣдствіе недостатка мѣста.

Наоборотъ при механической несоразмѣрности или при показаніи къ ускоренію родовъ, умѣстно свести ножки и отбѣспить назадъ головку, т. е. установить предлежаніе ножками, а иногда и произвести извлеченіе за нихъ. Для этой цѣли большимъ пальцемъ введенной внутрь руки и ладонью свободной, положенной снаружи руки отодвигаютъ головку ко дну матки и въ то же время притягиваютъ медленно въ тазъ указательнымъ, среднимъ и безымяннымъ пальцами введенной руки одну или обѣ ножки, т. е. постукаютъ такъ же, какъ при поворотѣ съ головки на ножки. Но если послѣ притяженія за ножки поворотъ не совершается вслѣдствіе стѣсненія полости матки, а головка въ то же время оказывается плотно вставленной въ тазъ, то употребляютъ «двойной ручной приемъ».

Въ тѣхъ случаяхъ, когда головка съ одной или обѣими ножками вступила въ тазъ, при остановкѣ родовъ могутъ понадобиться щипцы или перфорация.

## 5. Терапія выпаденія пуповины.

**Предварительныя замѣчанія.** Для всѣхъ подвижныхъ частей тѣла существуетъ граница подвижности, за предѣлами которой наступаютъ разстройства и даже вредныя послѣдствія. Пуповина есть наиболѣе подвижный изъ всѣхъ органовъ, не исключая даже кишекъ; она прикрѣплена только въ двухъ пунктахъ: къ послѣду и ребенку; между этими пунктами она плаваетъ въ околоплодной жидкости. Внутри маточной полости она можетъ какъ угодно лежать и двигаться безъ ущерба для ребенка. Границей для ея движеній служитъ контракціонное кольцо; какъ только она спустилась ниже его, въ шейный каналъ, во влагалище, или даже вышла въ наружныя половыя части, то при цѣлости пузыря говорятъ о предлежаніи ея, а послѣ разрыва пузыря—о выпаденіи. Въ послѣднемъ случаѣ пупочный канатикъ легко ущемляется между предлежащей частью плода, стѣнкой таза и половыми органами, кровообращеніе пуповины нарушается, и ребенокъ часто умираетъ отъ асфиксіи, если не удастся быстро устранить прижатіе пуповины или извлечь ребенка. Почти половина дѣтей погибаетъ отъ выпаденія пуповины.

Переходъ пуповины за сказанныя границы возможенъ лишь тогда, когда существуютъ слѣдующія два условія:

1) если часть пуповины, свободно плавающая между дѣтскимъ мѣстомъ и тѣломъ ребенка, достаточно длинна для того, чтобы, въ видѣ петли, вступить въ каналъ шейки или даже ниже; это случается при необыкновенно длинной пуповинѣ, когда длина ея не уменьшается даже послѣ обвитія ея около какихъ-либо частей, равно какъ при прикрѣпленіи пуповины къ нижнему краю низко сидящаго послѣда, и

2) если нижній маточный сегментъ не достаточно заполненъ предлежащею дѣтскою частью, что бываетъ при округленной, широкой маткѣ, большомъ количествѣ околоплодныхъ водъ, маломъ ребенкѣ, при



отвисломъ животѣ, при боковомъ вставленіи головки въ случаѣ узкаго таза, при косыхъ, поперечныхъ положеніяхъ ребенка и предлежаніяхъ тазовымъ концомъ: при этихъ ненормальныхъ предлежаніяхъ причиной выпаденія служитъ небольшой размѣръ и неправильная круглая форма предлежащихъ частей, а при поперечныхъ положеніяхъ—также еще низкое положеніе пуповины.

Если оба указаннаго условія существуютъ, то петля пуповины выпадаетъ въ пустое пространство между нижнимъ сегментомъ матки и предлежащей частью уже въ началѣ родовъ, или при быстромъ излитіи околоплодныхъ водъ.

**Терапія.** О предотвращеніи выпаденія пуповины рѣчь можетъ идти только въ періодъ раскрытія, да и то въ ограниченномъ смыслѣ. Можно не допустить выпаденія предлежащей уже пуповины, стараясь по возможности замедлить разрывъ пузыря, боковымъ положеніемъ (на томъ боку, гдѣ не лежитъ пуповина), вставленіемъ кольпейринтера и т. п. При чрезвычайной длинѣ канатика, при краевомъ его прикрѣпленіи къ низко сидящему послѣду и т. п., конечно, ничего нельзя уже измѣнить. Стараться заполнить свободный промежутокъ можно также только косвеннымъ путемъ: посредствомъ бокового положенія отодвигаютъ къ серединѣ лежащую въ сторонѣ головку, прижимаютъ плотнѣе боковую стѣнку матки, лежащую надъ головой и такимъ образомъ суживаютъ промежутокъ. При *hydramnion* также можно оказать нѣкоторую помощь; надо дать околоплодной жидкости стекать медленно, черезъ что нижній сегментъ матки прижмется плотно къ предлежащей части плода (см. выше стр. 58). Отсюда видно, что для предотвращенія выпаденія можно сдѣлать сравнительно немного. Къ тому-же надо прибавить еще то неблагоприятное обстоятельство, что въ частной практикѣ врачъ только въ рѣдкихъ случаяхъ пріѣзжаетъ заблаговременно.

Терапія уже происшедшаго выпаденія пуповины можетъ быть или радикальной (вправление, репозиція), или до наступленія опасности выжидательной, а затѣмъ уже дѣятельной.

Репозиція пуповины при мало открытомъ маточномъ зѣвѣ и черепномъ предлежаніи плода даетъ мало шансовъ на успѣхъ. Такъ какъ пальца здѣсь недостаточно, то изобрѣли особые репозиторіи.

Эти репозиторіи пуповины представляютъ изъ себя палочки или трубочки съ извѣстнымъ приспособленіемъ на переднемъ концѣ для захватыванія петли пуповины. Эти инструменты непригодны, потому что укрѣпленіе и вправление канатика посредствомъ нихъ затруднительно, и часто вовсе не удастся, а кровообращеніе пуповины весьма легко растрывается, вслѣдствіе сдавленія ея.

Простѣйшіе репозиторіи это—палочки, передній конецъ которыхъ снабженъ вилкой (*Osiander, Favereau, Martin St. Ange*), или двѣдвигаемыя между собой палочки, изъ которыхъ одна согнута впередъ на подобіе крючка для принятія канатика (*Omphalosoter Schöller'a*), или расщепленная палочка съ щипцообразными концами (*Murphy, Hyernaux*).

Другіе репозиторіи: это—трубочки съ петлями гезр. эластическіе катетеры, по проволоцѣ которыхъ черезъ отверстіе сначала проводится тесьма, которая затѣмъ обматывается вокругъ выпавшаго канатика и наконецъ вокругъ конца катетера. *Dudan* (1826), *Michaëlis, Kivisch, Neugebauer* (*Omphalotacterium*) изобрѣли снаряды въ такомъ родѣ.

Репозиторій *C. Braun*'а, самый употребительный, представляет из себя гуттаперчевую палочку въ 40 см. длины, утончающуюся впереди, съ поперечными отверстиями у передняго и задняго концовъ. Сквозь отверстия пропускаютъ тесьму, обматываютъ ее вокругъ канатика и конца палочки, натягиваютъ и такимъ образомъ вправляютъ петлю пуповины. Послѣ вправленія ослабляютъ и вытаскиваютъ тесьму, и потомъ вынимаютъ самую палочку.

Наконецъ, прикрѣпляютъ къ концу палочки или трубочки губку (*Stark, Oslander, Rau, Bakker*) или кольпейринтеръ (*Schmeisser 1869*).

Лучше удается вправленіе рукой, ручная репозиція.

**Предварительныя условія.** Вправленіе рукой представляетъ шансы на успѣхъ только при слѣдующихъ предварительныхъ условіяхъ: если

1. женщина принадлежитъ къ числу многорожавшихъ,
2. шейный каналъ проходимъ для цѣлой руки,
3. маточная шейка неплотно прилегаетъ къ головкѣ,
4. головка стоитъ высоко и подвижно,
5. сосуды пуповины еще сильно пульсируютъ,
6. контракціонное кольцо выдается внутри на подобіе каймы,
7. канатикъ не очень длиненъ и не прикрѣпленъ къ нижнему краю низко сидящаго послѣда.

**Показанія.** Если всѣ эти предварительныя условія (изъ которыхъ о двухъ послѣднихъ узнаютъ только во время репозиціи), существуютъ одновременно, то слѣдуетъ испробовать репозицію, а при неуспѣхѣ—немедленно приступить къ повороту на ножки и извлеченію.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ черешного предлежанія съ выпаденіемъ пуповины не дозволяется производить репозицію вслѣдствіе слѣдующихъ соображеній: послѣ внутриматочнаго вмѣшательства наступаютъ иногда, какъ указалъ *Hecker*, аномаліи схватокъ (слабость схватокъ и стриктура); далѣе, при репозиціи пуповина легко можетъ быть сдавлена настолько, что возникаютъ расстройства кровообращенія и асфиксія плода; кромѣ того, пупочный канатикъ снова легко выпадаетъ, особенно если онъ очень длиненъ, низко лежитъ или выпалъ много, такъ что вправленіе можетъ обратится, по выраженію *Voër*'а, въ «работу Данаидъ»; наконецъ, уже вправленная пуповина можетъ еще псытывать въ верхней части матки сдавленіе, что потребуетъ немедленнаго поворота или извлеченія щипцами. Въ виду этого, а также въ виду техническихъ затрудненій, репозиція никогда не получала правъ гражданства, хотя примѣнялась охотно нѣкоторыми акушерами, а послѣ приобрѣтенія ими навыка выполнялась даже съ хорошимъ успѣхомъ.

**Производство.** Послѣ тщательной дезинфекціи половыхъ частей роженицъ даютъ боковое или колѣбно-локтевое положеніе (*v. Ritgen, Kiestra, Thomas Theopold, Simpson, Dyce, Birnbaum, Abegg, Kidd*), такъ какъ при этомъ тяжесть канатика содѣйствуетъ отхожденію его назадъ; затѣмъ вводятъ соответствующую руку во влагалище, берутъ петлю въ руку, сложенную воронкообразно, и продвигаютъ ее, не разрывая пузыря, около головки въ полость матки до тѣхъ поръ, пока пуповина не помѣстится надъ контракціоннымъ коль-

домъ. Если въ полости матки имѣется такое мѣсто, гдѣ канатикъ лежитъ спокойно и безопасно, какъ напр. въ выступѣ передней маточной стѣнки при отвисломъ животѣ (*Wigand*), или если можно безъ сдавленія и насилія зацѣпить пуповину за ручку (*de Puyt, R. Crofft, Earle*), или отодвинуть въ противоположную сторону (*Velpeau, Stoltz*), то этимъ устраняется вторичное выпаденіе. Само собой понятно, что при репозиціи слѣдуетъ тщательно избѣгать всякаго сдавленія пупочнаго канатика. Одновременно выпавшая ручка тоже вправляется.

Послѣ удавшейся репозиціи стараются правильно установить головку и привлечь ее въ тазъ, оттясывая вверхъ лобъ и низводя затылокъ.

Растираніе контракціоннаго кольца, рекомендованное много разъ съ той цѣлью, чтобы кольцо сильнѣе выступало внутрь; повидному, не целесообразно, такъ какъ этимъ создается препятствіе при послѣдующемъ поворотѣ или извлеченіи.

Если вправление удалось, то женщину кладутъ на спину и оставляютъ руку въ маткѣ въ продолженіе еще двухъ—трехъ схватокъ, чтобы въ случаѣ новаго выпаденія повторить вправление или же—при высокомъ положеніи головки—тотчасъ произвести поворотъ.

Если вправленная пуповина остается вверху, въ полости матки, то необходимо часто вслушиваться сердцебиеніе плода въ промежуткахъ между схватками, чтобы въ случаѣ нужды быстро извлечь ребенка; при этомъ, для облегченія аускультации, женщину кладутъ на спину и отдаютъ стоящую еще въ боку головку къ срединѣ. Въ томъ случаѣ, когда при положеніи женщины на томъ боку, куда прилежитъ головка плода, спинка его обращена къверху, слѣдуетъ предпочесть боковое положеніе спинному.

**Историческія замѣчанія.** *Mauriceau* (Traité 2 éd. 325) впервые рекомендовалъ и примѣнял репозицію. Также и *Peu, Amand, Justine Siegemundin, Decenter, Röderer, M-me Lachapelle, Siebold, d'Outrepoint, Busch, Kluge, Hüter, Nägelé* и др. рекомендовали ее при извѣстныхъ условіяхъ.

Въ числѣ противниковъ вправления слѣдуетъ назвать: *de la Motte, Levret, Pugh, Thebesius, Fried, Baudelocque, Boër, H. Davis, Seyfert* и др.

**Результаты.** Послѣдствія вправленія для дѣтей относительно благоприятны, если сравнить ихъ съ общей статистикой выпаденія пуповины, по которой половина дѣтей погибаетъ. Именно: *Scanzoni* насчитывалъ  $\frac{743}{408} = 54,8\%$ , а *v. Hecker*  $43\%$  мертворожденныхъ при выпаденіи пуповины вообще.

Небольшая статистика относительно вправления показываетъ слѣдующее:

<i>Michaëlis</i> производилъ репозицію въ	11	случаяхъ—	2	ребенка	мертвыхъ.
<i>Chiari</i>	"	"	15	"	"
<i>Arneht</i>	"	"	43	"	5
<i>Pogge</i>	"	"	6	"	4
<i>Yarnall</i>	"	"	16	"	6
<i>Hildebrandt</i>	"	"	111	"	27
<i>Hecker</i> (1881)	"	"	76	"	20
			=273		71=26,0%.

*Massmann* (1868) считаетъ  $27\%$  смертности послѣ репозиціи, *Wegscheider* при одной только репозиціи— $22\%$ , а при репозиціи, связанной съ другими операціями,— $34,2\%$ .

Такимъ образомъ, можно сказать, что 22 — 34% дѣтей послѣ вправленія выпавшей пуповины рождаются мертвыми.

Чтобы сдѣлать возможнымъ сравненіе съ другими методами, я привожу еще двѣ таблицы:

По статистическимъ даннымъ *Wegscheider*'а было:

съ одной репозиціей .....	99 случаевъ	22=22,0%	мертвыхъ дѣтей.
„ и съ другими приемами.....	146 „	50=34,2%	„ „
со смѣшанными методами.....	239 „	144=60,2%	„ „
безъ репозиціи.....	298 „	211=70,8%	„ „

*Massmann* (1868) считалъ:

при косыхъ положеніяхъ, послѣ поворота и извлеченія	48 случаевъ	съ 51% мерт. дѣт.
при предлежаніи тазовымъ концомъ.....	60 „ „	— „ „
когда роды произошли сами собой.	— „ „	50% „ „
послѣ извлеченія.....	— „ „	42% „ „
при предлежаніи головкой.....	310 „ „	— „ „
когда роды произошли сами собой.	— „ „	66% „ „
послѣ щипцовъ.....	— „ „	39% „ „
послѣ поворота.....	— „ „	54% „ „
послѣ ручного вправленія.....	— „ „	27% „ „

При оцѣнкѣ этихъ чиселъ не слѣдуетъ однако забывать, что случаи, въ которыхъ вправленіе было возможно, въ общемъ принадлежать къ числу болѣе благоприятныхъ и что, слѣдовательно, тяжелые случаи падаютъ на остальные методы; далѣе, что репозиція часто не удавалась (*Kleinwächter* приводитъ между 14 случаями 8 неудавшихся), и кромѣ того, вслѣдствіе замедленія сердцебіенія оказывались необходимыми другія вспомогательныя средства: такъ, *Hecker*, который въ 124 случаяхъ выпаденія производилъ 76 разъ репозицію, въ дополненіе къ этому долженъ былъ сдѣлать еще 12 операций щипцами и 9 поворотовъ.

Что касается другихъ случаевъ выпаденія пуповины, не подлежащихъ репозиціи, то

1. При высокомъ, подвижномъ стояніи головки слѣдуетъ производить поворотъ и извлеченіе.

2. Послѣ прорѣзыванія большаго сегмента головки въ тазъ и полного раскрытія маточнаго зѣва, можно выжидать до тѣхъ поръ, пока пульсація пуповины, resp. сердечныя тоны плода не станутъ слишкомъ медленными въ промежуткахъ между схватками.

3. Послѣ полного прорѣзыванія головки во влагалище можно дѣлать выжиманіе плода, чтобы ускорить роды. Если-же сердечныя тоны становятся рѣже, то быстро извлекаютъ ребенка щипцами.

4. При поперечномъ положеніи надо оставить всякую попытку произвести вправленіе, такъ какъ она будетъ безуспѣшной; напротивъ, при начавшемся замедленіи пульса, слѣдуетъ произвести поворотъ, если маточный зѣвъ достаточно раскрытъ.

5. При предлежаніяхъ тазовымъ концомъ и при условіи нормальной пульсаціи пуповины выжидаютъ полного прорѣзыванія тазовой части въ наружную половую щель, а при замедленіи тотчасъ предпринимаютъ извлеченіе. Высокія предлежанія тазового конца измѣняются предварительно, путемъ низведенія ножки, въ неполныя ножныя предлежанія.

Изъ сказаннаго видно, что операціи, необходимыя при поперечныхъ положеніяхъ и предлежаніяхъ тазовымъ концомъ, въ случаяхъ выпаденія пуповины производятся только нѣсколько раньше.

6. Если вслѣдъ за разрывомъ пузыря выпала пуповиная петля пуповины, то немедленно показывается быстрое извлеченіе плода. Въ этомъ случаѣ можно получить (что я и самъ много разъ видѣлъ) дѣтей, хотя въ асфиксін, но иногда еще жизнеспособныхъ. *Hecker* у удавалось 3 раза спасти дѣтей посредствомъ репозиціи при пуповиной петле уже пуповинѣ.

7. Но когда, по достовѣрнымъ показаніямъ окружающихъ, пуповина уже сравнительно давно не пульсируетъ, то окончаніе родовъ предоставляется схваткамъ, если только кромѣ того нѣтъ никакихъ настоятельныхъ показаній къ оперативному вмѣшательству.

## D. Извлеченіе плода, *Extractio foetus*.

### I. Безвредное для плода извлеченіе естественнымъ путемъ.

#### 1. Извлеченіе при предлежаніяхъ тазовымъ концомъ.

**Предварительныя замѣчанія.** Предлежанія тазовымъ концомъ, ножками или тазовымъ концомъ и пятками—все равно существуютъ-ли они уже въ началѣ родовъ, или происходятъ въ дальнѣйшемъ теченіи ихъ изъ поперечныхъ положеній подъ вліяніемъ схватокъ или послѣ произведеннаго поворота—гораздо опаснѣе для плода, чѣмъ предлежанія головкой, потому что при этомъ отъ  $\frac{1}{5}$  до  $\frac{1}{2}$  всѣхъ дѣтей рождаются мертвыми; нѣсколько меньшій процентъ получается при тазовыхъ предлежаніяхъ, чѣмъ предлежаніяхъ ножками, и гораздо большій, почти половина, послѣ поворота на ножки. Обыкновенно смерть наступаетъ при замедленномъ выхожденіи верхней половины тѣла,—а также, вслѣдствіе прижатія пуповины, отдѣленія дѣтскаго мѣста или поврежденія головного и спинного мозга.

**Терапія.** При терапіи предлежаній тазовымъ концомъ мы должны имѣть въ виду слѣдующее правило, выведенное изъ опыта: до прорѣзыванія нижней части тѣла плода надо быть по возможности пассивнымъ, а позже, если актъ родоразрѣшенія протекаетъ не очень быстро, держаться активно,—слѣдовательно, при отсутствіи настоятельныхъ показаній, подавать только обычную помощь, а въ случаѣ необходимости предпринимать извлеченіе. Но опасныя симптомы со стороны роженицы или плода требуютъ извлеченія уже раньше, даже при высокомъ стояніи тазового конца плода.

#### Предварительныя условія:

1. Полное раскрытіе маточнаго зѣва, которое можно въ крайнемъ случаѣ произвести посредствомъ глубокихъ радіальныхъ надрѣзовъ въ утонченномъ краѣ шейки; а также



## 2. Разрывъ плоднаго пузыря.

### Показанія. Извлеченіе показуется:

1. При слабости схватокъ или невозможности вырабатывать брюшной прессъ, особенно, если эта слабость продолжается послѣ выхожденія тазового конца;

2. При истощеніи, малокровіи, одышкѣ, эклампсіи и тому подобныхъ опасныхъ для роженицъ состояніяхъ;

3. Во время асфиксіи плода вслѣдствіе сдавливанія пуповины при обвитіи ея, выпаденіи ея, положеніи ребенка верхомъ на пуповинѣ или вслѣдствіе отдѣленія дѣтскаго мѣста. Но здѣсь необходимо замѣтить, что отдѣленіе меконія при различныхъ предлежаніяхъ тазовымъ концомъ составляетъ правило и, слѣдовательно, въ данномъ случаѣ его нельзя считать за симптомъ асфиксіи, какъ при головныхъ предлежаніяхъ; оно можетъ также легко произойти отъ возбужденія кишечной перистальтики вслѣдствіе сжатія брюшка плода, равно какъ и отъ задушенія. Наиболѣе важные признаки асфиксіи будутъ слѣдующіе: продолжительное и постепенно возрастающее замедленіе сердечныхъ тоновъ плода, геср. замедленіе пульсаціи пуповины, по крайней мѣрѣ въ ея доступной части во время промежутковъ между схватками, а также упадокъ рефлекторной возбудимости. Это ослабленіе рефлексовъ можетъ быть констатировано различнымъ образомъ: при шекотаніи подошвъ пальцы едва двигаются, при прикосновеніи къ заднему проходу сжимательныя мышцы задняго прохода сокращаются слабо, при зацѣпленіи пальцемъ за передній сгибъ бедра Sartorius и Tensor fasciae latae также сокращаются очень слабо.

**Способъ извлеченія.** Извлеченіе слагается изъ слѣдующихъ актовъ:

### а) Извлеченіе тазового конца.

#### α) При тазовыхъ предлежаніяхъ.

При высокомъ, подвижномъ стояніи тазового конца, извлеченіе становится возможнымъ только въ томъ случаѣ, если предварительно посредствомъ низведенія лежащей впереди ножки приобрѣтается удобное положеніе для ручного извлеченія (см. стр. 90).

Послѣ опущенія тазового конца въ тазъ извлеченіе возможно, но, въ виду его трудности, рекомендуется только при очень настоятельныхъ показаніяхъ.

**Производство извлеченія.** Надо помѣстить роженицу въ косое или поперечное положеніе, какъ для камнеистѣченія.

Затѣмъ, по совѣту *Mauriceau* и *Smellie*, вкладывается снаружи внутрь въ находящійся впереди сгибъ бедра указательный палецъ, согнутый въ формѣ крючка. Для праваго бедра рекомендуютъ правый указательный палецъ; но при этомъ бывають принуждены часто мѣнять пальцы, потому что сила мускуловъ, безъ особенной гимнастики пальцевыхъ сгибовъ, очень скоро ослабѣваетъ. Если замѣчаютъ, что при этомъ притяженіи, которое должно направляться къзади и внизъ, по оси тазового входа, тазовая часть опускается, то слѣдуетъ продолжать этотъ наиболѣе простой, естественный и безвредный способъ извлеченія пальцами; — нужно только почаще дѣлать маленькія паузы.

Защиплять пальцами попеременно то за переднее, то заднее бедро удается только при болѣе низкомъ стояніи тазового конца.

Если переднее бедро вступило уже въ половую щель, то притяженіе производится спереди вверхъ (въ сторону живота и ногъ), слѣдовательно, по оси тазового выхода. Въ это время можно вложить также и другой указательный палецъ въ задній сгибъ, и задняя ягодица также можетъ быть сведена въ половую щель. Если наконецъ вся тазовая часть уже прорѣзалась, то кладутъ снаружи крючкообразно согнутые указательные пальцы на соответствующіе сгибы бедеръ, большіе пальцы, концами вверхъ и параллельно другъ другу—на крестецъ плода, а остальные пальцы пригибаются къ ладони. Если простого притяженія обѣими руками по оси выхода не достаточно, то производятъ конусообразныя притяженія. При этомъ продольная ось туловища описываетъ конусъ, основаніе котораго находится въ тазовой части, а вершина—въ грудной клѣткѣ. Посредствомъ такихъ тракцій, которыя представляютъ собой собственно спиральныя вращенія, достигаются извѣстныя выгоды для дальнѣйшаго извлечения плотно застѣвашаго тѣла плода.

При благоприятныхъ отношеніяхъ между величиной плода и пространствомъ таза, этимъ способомъ удается вывести до половой щели даже высоко стоящія ягодицы.

Если при высокомъ стояніи тазовой части спинка плода направлена кзади, то рекомендуется низведеніе ножки. Послѣ прорѣзыванія ягодицъ въ полость таза, можно обыкновенно выжидать. Но если необходимо извлечение, то, по совѣту *Guillemeau, Mesnard'a, Levet'a* и другихъ, надо попытаться при помощи вращательныхъ движеній за ягодицы повернуть спинку кпереди и въ сторону, но при этомъ избѣгаютъ насильственныхъ движеній и наблюдаютъ, въ какую сторону всего легче удастся поворотъ.

Если однихъ притяженій пальцами недостаточно, а показуется быстрое извлечение, то необходимо производить извлечение за тазовой конецъ при помощи инструментовъ.

При этомъ употребляются слѣдующія пособія:

1. Петля изъ марли, которая накладывается вкругъ передняго сгиба бедра. Полоса марли длиной около 1 м., шириной въ 22 см., а за недостаткомъ таковой, полоса полотна половинной ширины складывается по длинѣ 3 раза въ видѣ петли. Затѣмъ захватываютъ согнутыми полинными щипцами *Sims'a* конецъ петли, проводятъ ихъ такъ, что вогнутость обращена къ бедру, за переднюю стѣнку таза надъ паховымъ сгибомъ плода, потомъ указательнымъ пальцемъ доходятъ между ножками вплоть до петли, защипляютъ концомъ пальца за петлю, снимаютъ щипцы и осторожно спускаютъ петлю въ половую щель. Если затѣмъ положить половину руки въ петлю и захватить другой рукой за другой конецъ полосы, то можно произвести сильное влеченіе, и притомъ почти безвредное, благодаря мягкости марли и ширинѣ захваченной поверхности. Во время паузъ продолжаютъ тянуть за марлевую петлю до тѣхъ поръ, пока переднее бедро не вступитъ въ половую щель; тогда снимаютъ петлю и продолжаютъ тянуть указательнымъ пальцемъ. На основаніи моихъ опытовъ, я могу рекомендо-

вать этотъ способъ, какъ простѣйшій и наиболѣе безвредный для ребенка; притомъ онъ требуетъ только того, что всегда должно быть во всякомъ наборѣ, т. е. марли.

2. Уже *Peu* совѣтовалъ накладывать вокругъ лежащаго впереди бедра петлю для поворота. Онъ производилъ это посредствомъ крючка съ тупымъ, окончатнымъ концомъ. Также и *Smellie*, *Giffard*, а позже *Hecker* (1861), *Schröder*, *Spiegelberg*, *Fritsch* рекомендовали этотъ способъ; *V. Hüter* и *Küstner*, напротивъ, отвергали его и, какъ мнѣ кажется, справедливо.

*Hecker* извлекъ этимъ способомъ 14 дѣтей при предлежаніи тазовымъ концомъ: изъ нихъ 3 мертвыхъ. *v. Weckbecker-Sternefeld* сообщаетъ о 12 случаяхъ, изъ которыхъ въ 4-хъ произошли глубокія борозды отъ вдавливанія, въ 2-хъ—ссадины, а въ 1-мъ даже переломъ верхней части бедра (въ которомъ, однако, по *v. Hecker*у, виновата не петля). Я также наблюдалъ 2 раза глубокія борозды послѣ употребленія петли: 1 разъ омертвѣла кожа на всемъ протяженіи борозды, и появился большой нарывъ, который достигалъ до мускулатуры. Онъ медленно наполнялся грануляціями. Однако ребенокъ выздоравливалъ.

Итакъ, указанный способъ не всегда безвреденъ; это зависитъ частью отъ употребляемой силы при влеченіи, частью отъ матеріала, который послѣ смачиванія слизью половыхъ органовъ, меконіемъ и кровью свертывается въ тонкую веревку. Къ этому надо прибавить извѣстную трудность наложенія самой петли. Не легко провести конецъ петли пальцами до пахового сгиба, и затѣмъ достать эту петлю указательнымъ пальцемъ, просунутымъ изнутри, потому что влажную петлю трудно двигать въ узкомъ пространствѣ между тазобедреннымъ сочлененіемъ и тѣломъ плода; кромѣ того, ушко обыкновенной петли недостаточно широко для того, чтобы вмѣстить конецъ пальца. Совѣтъ *Fritsch*'а—свертывать на извѣстномъ протяженіи конецъ петли, вводить его снаружи въ паховой сгибъ и затѣмъ развертывать внутрь и внизъ—облегчаетъ нѣсколько наложеніе петли.

Что трудности при наложеніи петли встрѣчались и другимъ акушерамъ, это доказывается изобрѣтеніемъ такъ назыв. петлеводовъ, изъ которыхъ надо указать на Беллокову трубку *Poppel*'а съ пуговчатой пружиной и на петлеводы *v. Weckbecker-Sternefeld*'а, *Rosenberg*'а, *Vausl*'а и *Sabois*.

3. Каучуковая трубка, которая накладывается вокругъ бедра. Чтобы придать ей больше прочности *O. Bunge* (1885) проводилъ сквозь нее пеньковый шнурокъ съ металлической пуговкой на переднемъ концѣ. Расщепленная на вогнутой сторонѣ и согнутая въ видѣ тупого крючка трубка служила для перевода черезъ бедро.

У *Bunge* въ 4-хъ, а у *Winter*'а въ 3-хъ случаяхъ наложеніе трубки съ этимъ петлеводомъ удалось хорошо: послѣ извлеченія остались только красныя полосы отъ давленія, но никакихъ серьезныхъ поврежденій не было.

4. Тупой крючекъ, впервые рекомендованный *W. Smellie*, *Aitken* употреблялъ только на мертвомъ ребенкѣ, а *Fritsch* и *Küstner* недавно примѣняли его въ видѣ опыта и успѣшно даже на живомъ ребенкѣ.

Крючок вводят сначала плашмя выше крестца и поясницы ребенка, затѣмъ направляютъ концомъ къ сгибу бедра и при помощи пальца низводятъ къ внутренней сторонѣ сгиба.

Умѣренное влеченіе при этомъ можетъ остаться безвреднымъ, но сильное можетъ разъединить мягкія части на передней сторонѣ тазобедреннаго сочлененія, а при неудобномъ положеніи крючка—даже произвести отдѣленіе верхняго бедреннаго эпифиза. Такъ какъ никогда нельзя напередъ опредѣлить, какая сила извлеченія окажется нужной, то лучше вообще никогда не употреблять этотъ сомнительный инструментъ при живомъ ребенкѣ, а при мертвомъ—только въ крайнемъ случаѣ.

*Wasseige* (1864) изобрѣлъ крючокъ, который въ мѣстѣ своего сгиба составленъ изъ подвижныхъ частей и можетъ въ случаѣ надобности сгибаться.

5. Тазовые щипцы представляютъ собой два тупыхъ крючка, соединенныхъ въ видѣ ножницъ; они сзади и съ боковъ вводятся въ оба бедренные сгиба. Этотъ инструментъ наноситъ большія поврежденія дѣтямъ и потому не употребителенъ.

Тазовые крючкообразные щипцы *Steidel*'я (1774) состоятъ изъ двухъ тупыхъ крючковыхъ, лежащихъ другъ противъ друга, соединенныхъ замкомъ *Levret*'а и имѣющихъ рукоятки. Верхнія части обтянуты тонкой кожей. У щипцовъ *Gergens*'а крючки стоятъ наискось; они сходятся по направленію къ брюшку. *Rühstrat* (1869) и *Itgen* также изобрѣли тазовые щипцы.

6. Также и головные щипцы часто накладывались на тазовой конецъ, но не спереди назадъ, такъ какъ при этомъ они соскальзывали бы и производили большія поврежденія органовъ нижней части тѣла: они накладывались въ поперечномъ направленіи, такъ что ложки обхватывали бедра и бока тѣла плода, а концы ложекъ упирались въ поясничную часть позвоночника—или достигали лишь до подвздошныхъ костей. Хотя уже много дѣтей при тазовыхъ предлежаніяхъ было извлечено головными щипцами, и у французскихъ акушеровъ этотъ инструментъ до сихъ поръ еще употребляется для данной цѣли, тѣмъ не менѣе давленіе концовъ ложекъ на внутренности живота и на поясничную часть позвоночника опасно, что и заставляеть насъ отказываться отъ частаго примѣненія этого способа.

*Levret* первый накладывалъ эти щипцы на низко стоящія ягодицы; позже—*Röderer*, *Russian*, *Svebold*, *Blundell*, *Kilian*, *Lange*. Въ последнее время рекомендовали накладывать головные щипцы на ягодицы *Hüter* и *Haake*,—кромѣ того, нѣкоторые французскіе акушеры. Уже *Lachapelle* отвергала щипцы изъ боязни повредить внутренности живота; также *C. Braun*, *Schröder*, *Fritsch* и многіе другіе.

7. Краніокласть—одна ложка котораго вводится въ задній проходъ, а другая должна быть положена на крестецъ—рекомендованъ также для извлеченія мертвого ребенка. Впрочемъ, въ такихъ случаяхъ всегда можетъ быть достаточно одного тупого крючка.

Если тазовая часть вступила въ наружную половую щель, или какимъ-нибудь образомъ сведена туда, то становится необходимымъ поддерживать промежность.

Для этой цѣли надо ослабить промежность, оттѣсняя ее впередъ плоско наложенной рукою (большой палецъ кладутъ на одну большую

губу, остальные—на другую, ладонь—на промежность), и растягивать половую щель въ различныхъ направленіяхъ указательнымъ и большимъ пальцами другой руки: вообще, слѣдуетъ поддерживать промежность столь-же старательно, какъ при черепныхъ предлежаніяхъ, такъ какъ при тазовыхъ предлежаніяхъ разрывы промежности происходятъ не рѣже, чѣмъ при черепныхъ, и большинство изъ нихъ начинается уже при прорѣзываніи тазового конца.

Какъ только тазовая часть прорѣзалась чрезъ *vulva*, надо прежде всего стараться, посредствомъ сильнаго растиранія матки, вызвать схватки, которыя въ данномъ случаѣ являются въ высшей степени желательными. Только въ томъ случаѣ, если паузы между схватками продолжаютъ необыкновенно долго, дальнѣйшее извлечение производится безъ схватокъ.

Вопросъ о томъ, надо ли послѣ прорѣзыванія тазового конца «освободить», т. е. низводить и разгибать въ бедренныхъ сочлененіяхъ ножки, прижатая къ туловищу, — долженъ быть рѣшенъ отрицательно, потому что, какъ доказалъ *Wigand*, маточная шейка легче скользнуть вдоль ножекъ по направленію къ ручкамъ, прижатымъ къ грудной клѣткѣ, и такимъ образомъ мѣшаетъ послѣднимъ забрасываться за голову. Кромѣ того, низведеніе ножекъ при прорѣзывающихся ягодицахъ затруднительно, а для влагалища, промежности и конечностей даже опасно, потому что, если надавливаютъ на тазобедренное сочлененіе внизъ взади въ то время, какъ ножка удерживается вверху, то этимъ производятъ чрезмѣрное растяженіе въ колѣнѣ, которое можетъ привести къ отдѣленію нижняго бедреннаго или верхняго большеберцоваго эпифиза или къ перелому діафиза.

Извлекаютъ за прорѣзавшіяся бедра прежде всего впереди внизъ (въ сторону живота и ногъ), а при замедленномъ прохожденіи туловища, время отъ времени, также взади внизъ (въ сторону спины и ногъ) для того, чтобы не прижимать слишкомъ сильно туловища къ лонному соединенію. Извлечение продолжается до тѣхъ поръ, пока прижатая ножки не выпадутъ сами.

**Историческія замѣчанія.** По *Celsus*'у (VII. 29) слѣдуетъ при прорѣзываніи ягодицъ (мертвого ребенка) оттѣснить ихъ въ „*Os vulvae*“, найти ножку и низвести ее. Если являются какія-либо затрудненія, то нужно отрѣзать то, „что не можетъ пройти въ цѣлости“.

Заведеніе пальцевъ за бедренные сгибы рекомендовалъ впервые *Mauriceau*.

### β) При предлежаніяхъ ножками.

Подходящимъ положеніемъ для роженицы при этихъ предлежаніяхъ будетъ косое или поперечное положеніе, какъ для камнеблженія.

Если позволяютъ обстоятельства, надо выждать, чтобы нижнія конечности и бедра прорѣзались самопроизвольно. Но если, въ виду угрожающей опасности, приходится дѣлать извлечение, то надо обхватить соименными руками соответствующія ножки ребенка: при этомъ большіе пальцы кладутъ сверху такъ, чтобы концы ихъ были обращены къ половымъ частямъ роженицы, а остальные пальцы размѣщаютъ—вокругъ



ножекъ. Но такъ какъ руки легко соскальзываютъ съ гладкой кожи плода, покрытой околоплодной слизью, то вышедшія уже части плода обертываются чистымъ, теплымъ полотенцемъ. Затѣмъ, захватываютъ ножки ближе къ половымъ органамъ, чтобы не растягивать безъ нужды связокъ колѣнныхъ суставовъ, и извлекаютъ за тазобедренное сочлененіе, прочное вслѣдствіе сильныхъ мускуловъ, окружающихъ его. Тракціи надо направлять внизъ къзади (въ сторону ногъ и спины), чтобы туловище легко спустилось въ полость таза.

**Историческія замѣчанія.** Удивительно, что древніе акушеры извлекали за ножки только въ томъ случаѣ, если предварительно не удавалось произвести поворотъ на головку (*Avicenna, Abulcasem*, даже еще *Rueff*). Впервые *Al. Benedictus, Buch. Rösslin, Rodr. a Castro, Peu, de la Motte, Deventer* и др. рекомендовали извлечение за ножки.

Изведеніе ножки, прижатой къ туловищу при неполномъ предлежаніи ножками, защищали: *Savonarola, Rösslin, Rueff, Mauriceau, de la Motte* и др.; *Johnson, Deleurye, Lachapelle* и большинство новыхъ.

### γ) При тазо-пяточныхъ предлежаніяхъ.

Изведеніе обѣихъ ножекъ, т. е. превращеніе въ полное предлежаніе ножками, необходимо во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда требуется быстрое извлеченіе, или когда выходженіе ягодищъ изъ половой щели, очевидно, замедляется ножками.

### б) Извлеченіе туловища.

Оно необходимо только въ томъ случаѣ, если послѣ схватокъ, вызванныхъ растираніями матки, черезъ нѣсколько минутъ не выходитъ туловище еще живого ребенка, или если ребенокъ уже раньше былъ въ асфиксіи.

**Производство.** Для извлеченія туловища обхватываютъ обѣими руками бедра и тазобедренныя сочлененія, причемъ большіе пальцы кладутъ параллельно другъ другу на крестецъ ребенка такъ, чтобы концы ихъ были обращены къ головкѣ, а остальные пальцы помѣщаютъ напередъ, на бедра и тазобедренныя сочлененія (фиг. 6). Руки должны непремѣнно держать на тазовой части ребенка. Отнюдь нельзя обхватывать брюшко плода полной рукой, потому что это можетъ повести къ сдавленію кишекъ, а главное—къ разрыву хрупкой печени, вслѣдствіе чего можетъ произойти смертельное кровоизліаніе въ брюшную полость.

Тракціи надо направлять по оси тазового входа, (т. е. вкось, въ сторону спины и ногъ), потому что при горизонтальномъ притяженіи лежащей впереди бочекъ туловища будетъ плотно прижатъ къ лонному сращенію, вслѣдствіе чего увеличится сопротивленіе. Если туловище съ трудомъ подвигается впередъ, то дѣлаютъ коническія тракціи, т. е. описываютъ конусъ, основаніе котораго лежитъ въ тазу, а верхушка въ верхней части грудной кѣтки. Надо постараться при первыхъ уже тракціяхъ повернуть туловище такъ, чтобы одинъ бокъ былъ направленъ къ лонному соединенію.

Если пуповина проходитъ между ножками такъ, что ребенокъ си-

дить на ней верхомъ, то нужно посредствомъ потягиванія ослабить часть пуповины, идущую къ послѣду, и завести ее за ножку въ сторону брюшка плода. Если это не удастся, то перевязываютъ пуповину въ двухъ мѣстахъ и между ними перерѣзаютъ.



Фигура 6.

Извлеченіе при предлежаніи тазовымъ концомъ.

Какъ только ребенокъ вышелъ до пупка, то ослабляютъ пуповину, потягивая ее слегка по направленію къ пупку.

Извлеченіе за тазовой конецъ ребенка продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока подъ лоннымъ соединеніемъ не покажется основаніе грудной кѣтки. Тогда послѣднюю обхватываютъ обѣими руками, причеиъ большіе пальцы кладутъ по сторонамъ позвоночника, и такимъ образомъ извлекаютъ до выхожденія впереди лежащей лопатки.

Если брюшная поверхность плода обращена кпереди, то туловище не извлекаютъ такъ низко, потому что тогда ручки непременно забросятся за головку.

При извлеченіи туловища надо заботиться, чтобы локти не задержались надъ контракціоннымъ кольцомъ или входомъ въ тазъ, слѣдовательно, чтобы не произошло запрокидыванія ручекъ за го-

ловку; это осложнение предотвращают тѣмъ, что извлекают ребенка, по возможности, только во время схватокъ, причемъ помощникъ надавливаетъ матку спереди книзу, ко входу въ тазъ. Но и при этихъ предосторожностяхъ запрокидываніе происходитъ, особенно, когда извлекаютъ быстро, при не вполне раскрытой маточной шейкѣ или при узкомъ тазѣ. Ручки отходятъ отъ грудной кѣтки подъ острымъ угломъ, открытымъ въ сторону тазового конца; и подобно тому, какъ волосъ свободно проходитъ черезъ узкій каналъ, если стебель его идетъ впередъ, а при обратномъ прохожденіи его усы растопыряются, такъ-же и ручки при рожденіи ребенка тазовымъ концомъ легко прилегаютъ къ стѣнкамъ канала и наконецъ запрокидываются за головку. Если ручки прижаты, т. е. имѣютъ нормальное положеніе, то не нужно захватывать предплечія и разгибать его.

Но если ручки высоко запрокинулись за шейку и головку плода, то должно освободить ихъ одну за другой, т. е. разогнуть по туловищу, но нельзя извлекать ихъ вмѣстѣ съ головкой.

Уже *Moschion* совѣтывалъ захватывать и извлекать запрокинувшіяся ручки. То же самое рекомендовали *Rösslin*, *Oudd* и большинство новыхъ авторовъ. Наоборотъ, *Decenter*, *van Hoorn*, *Exton*, *Millot* и друг. совѣтовали проводить ручки вмѣстѣ съ головкой для того, чтобы избѣжать обхватыванія шеи плода маточной шейкой.

Для освобожденія ручекъ существуютъ слѣдующія правила:

Если одна ручка прижата, а другая отведена, то сначала разгибается въ локтѣ и сводится первая ручка, а потомъ освобождается другая.

Если обѣ ручки запрокинулись кверху, то сначала освобождается нижняя ручка, потому что со стороны углубленія крестца представляется больше мѣста для введенія руки, чѣмъ со стороны лоннаго сращенія.

Чтобы по возможности ниже опустить плечико освобождаемой ручки, ягодицы подаютъ вверху и отводятъ въ сторону; именно—въ сторону праваго бедра, если правая ручка плода лежитъ кзади, и наоборотъ (фиг. 7). При этомъ полной рукой снизу вилообразно обхватываютъ тазовой конецъ и бедра.

Вообще, правая рука должна служить для освобожденія правой ручки плода, лѣвая—для освобожденія лѣвой ручки. Однако, можетъ быть будетъ цѣлесообразнѣе выбирать руку наоборотъ, если при сагиттальномъ положеніи туловища захватываемый локоть лежитъ совершенно въ сторонѣ таза. *Stahl Hegar* поступаютъ такимъ образомъ и вполне основательно.

Для освобожденія ручекъ употребляютъ большой, указательный и средний пальцы, причемъ большой палецъ проводятъ по срединѣ плеча, а два другіе пальца по сторонамъ плечевой кости по локтю до предплечія. Нѣкоторые авторы совѣтуютъ большой палецъ оставлять разогнутымъ наискось у шивки, очевидно для того, чтобы не захватывать плечевой кости полной рукой. Никогда не слѣдуетъ захватывать плечевую кость, потому что она при задержкѣ локтя надъ контракціоннымъ кольцомъ или входомъ въ тазъ легко переламывается на своей тонкой срединѣ. Если вслѣдствіе узости таза или сильнаго сокращенія матки нельзя достичь концами пальцевъ до предплечія, то надо стараться свести послѣдней со



стороны брюшка посредством осторожнаго надавливанія на *condylus* плечевой кости.

Предплечіе, захваченное на подобіе писчаго пера, сгибается въ локтѣ и сводится по личику—но никогда по затылку—потому



Фигура 7.

Освобожденіе ручекъ при предлежаніи тазовымъ концомъ.

что, при сведеніи ручки по затылку, легко происходитъ описанное *Küstner*'омъ отдѣленіе верхняго эпифиза плечевой кости. Послѣ того какъ захватить ручку ребенка, ее сводятъ и разгибаютъ на грудной клѣткѣ плода.

Послѣ освобожденія нижней ручки обхватываютъ грудную клѣтку обѣими руками и стараются повернуть ее на половину около продольной оси, подавая ее въ то же время къ дну матки (*Scanzoni*). Цѣлесообразно производить вращеніе такимъ образомъ, чтобы изъ-за лоннаго соединенія выступала спинка, а не брюшная поверхность плода (*Stahl-Hegar*); если-же будутъ поворачивать въ обратную сторону, то передняя поверхность плода повернется впереди, и въ заключеніе подбородокъ зацѣпится за лонное соединеніе. Полуповоротомъ грудной клѣтки около продольной оси достигается перемѣщеніе ручки, запрокинувшейся за лонное соединеніе, въ крестцовую впадину, вслѣдствіе чего ручка легко освобождается.

*Fehling* совѣтуетъ при I положеніи ножками дойти лѣвой рукой до предплечія лѣвой, лежащей за лоннымъ соединеніемъ ручки, большой палецъ положить на спинку, обхватить обѣими руками грудную клѣтку, повернуть послѣднюю на половину около продольной оси, и тогда освободить ручку изъ крестцовой впадины. Мнѣ кажется, что послѣднее вращеніе вовсе не нужно, потому что, если за лоннымъ соединеніемъ достаточно мѣста для того, чтобы дойти до предплечія, то ручку можно освободить и безъ поворота грудной клѣтки, а только посредствомъ низведенія ее въ сторону.

Если не удастся повернуть грудную клетку, то освобождают верхнюю ручку въ данномъ ея положеніи. Французскіе акушеры держатся этого правила, между нѣмецкими-же высказываются за него особенно *Fritsch* и *Küstner*. Для этой цѣли опускаютъ внизъ тѣло плода, вводятъ указательный и средній палецъ разноименной руки вверхъ за лонное соединеніе и надавливаютъ ими на локоть въ сторону брюшка плода и въ ту сторону таза, куда обращено лицо, наконецъ къзади, и такимъ образомъ сводятъ предплечіе.

Если ручка, сильно согнутая въ локтѣ, закинулась за затылокъ, то стараются придвинуть локоть къ передней поверхности плода, потомъ провести ручку плода по боковой сторонѣ головки къ личику и разогнуть ее. Въ случаѣ-же неудачи, производятъ попытку повернуть грудную клетку около продольной оси и притомъ въ сторону спинки плода.

Если брюшко плода обращено къ лонному соединенію, то опускаютъ внизъ туловище плода, вводятъ нѣсколько пальцевъ за лонное соединеніе къ тому локтю, который легче всего можетъ быть освобожденъ, и потомъ сводятъ предплечіе впередъ, пользуясь, по возможности, свободнымъ пространствомъ; послѣ этого сводятъ и вторую ручку.

*C. Braun* совѣтуетъ для освобожденія правой ручки проводить правую руку къ крестцовой кости и за мышъ ея до локтевого сгиба, свести предплечіе по мясу крестцовой кости надъ затылкомъ въ лѣвую сторону и потомъ тутъ и освободить. Онъ увѣряетъ, что при этомъ не происходитъ отдѣленіе эпифиза. Тѣмъ не менѣе не слѣдуетъ, вслѣдствіе неоспоримой опасности этого способа, принимать за правило то, что можетъ позволить себѣ слѣвать очень опытный акушеръ.

### с) Освобожденіе послѣдующей головки.

При благоприятныхъ пространствахъ таза, широкомъ родовомъ каналѣ и сильныхъ родовыхъ боляхъ головка часто буквально выпадаетъ. Въ другихъ случаяхъ она выходитъ сама собой при послѣдующихъ схваткахъ. Но иногда она задерживается: «остаётся влоченной».

Причины этого задержанія головки слѣдующія:

1. Необыкновенно продолжительная пауза между схватками послѣ изгнанія туловища, или недостаточно сильное сокращеніе матки. Терапія въ этомъ случаѣ состоитъ въ сильномъ растираніи матки и, послѣ наступленія родовыхъ болей, въ надавливаніи по длинѣ матки.

2. Узость или спазмъ маточной шейки, узость влагалища или половой щели. Если, въ виду асфиксіи плода, надо было слѣвать поворотъ или извлеченіе раньше полнаго раскрытія маточнаго зѣва, то механическое раздраженіе отъ введенія руки и отъ труднаго проведенія тѣла плода черезъ узкій маточный зѣвъ, легко производитъ сильный спазмъ ригидной маточной шейки или контракціоннаго кольца, вслѣдствіе чего головка задерживается надъ кольцомъ или въ самой маточной шейкѣ. Въ этомъ случаѣ полезно было бы выждать, пока не пройдетъ раздраженіе, т. е. сокращеніе, но вмѣстѣ съ тѣмъ такое выжиданіе опасно, въ виду угрожающей асфиксіи. Въ томъ только случаѣ, когда все туловище прорѣзалось въ нѣсколько минутъ, можно,



пожалуй, нѣсколько выждать, а затѣмъ немедленно низдавливать или извлекать головку. Если утончившійся, но вмѣстѣ съ тѣмъ сильно напращенный маточный зѣвъ обхватываетъ внутри головку, то прежде всего надо быстро надрѣзать его въ нѣсколькихъ мѣстахъ ножницами или пуговчатымъ ножомъ. Напротивъ, если край толстъ, надрѣзывать дѣлать не надо.

3. Механическое несоотвѣтствіе, т. е. или тазъ узокъ, или головка очень велика и тверда. Если-бы позволяло время, то головка сама могла-бы приспособиться захожденіемъ швовъ или искривленіемъ черепныхъ костей. Но въ данномъ случаѣ необходимость заставляетъ торопиться; надо путемъ соотвѣтствующей установки головки воспользоваться существующимъ свободнымъ пространствомъ и въ крайнемъ случаѣ насильственно получить приспособленіе головки, что, конечно, нерѣдко сопровождается переломомъ костей, расхожденіемъ швовъ и т. п.

**Общія правила.** Что предпочесть при задержаніи головки, обусловленномъ узкими и неподатливыми половыми органами, узостью таза, чрезмѣрной величиной головки и т. п.: влеченіе снизу или надавливаніе сверху? Оба способа употребляются иногда попеременно для сдвиганія тяжестей. Выступающее изъ половыхъ частей тѣло ребенка естественно требуетъ извлеченія; и на самомъ дѣлѣ извлеченіе за вышедшее уже туловище является гораздо болѣе предпочтительнымъ способомъ. Нечего было-бы и возражать на это, еслибы шейка плода, за которую извлекаютъ, не содержала въ себѣ хрупкаго и весьма важнаго для жизни органа: шейной части мозга, незначительный разрывъ котораго ведетъ къ смерти плода.

Принимая во вниманіе опасность сильнаго влеченія за шейку, геср. за плечики, рекомендуютъ: при прорѣзываніи послѣдующей головки сначала согнуть ее, притягивая подбородокъ, и **низдавливать** ее со стороны брюшныхъ покрововъ въ тазъ до тѣхъ поръ, пока она еще доступна. Лишь послѣ полного вхожденія головки въ тазъ, можно произвести **извлеченіе** за плечики и нижнюю челюсть, но надо избѣгать при этомъ всякихъ сильныхъ движеній, такъ какъ замедленіе на нѣсколько минутъ въ прорѣзываніи головки гораздо менѣе вредно для ребенка, чѣмъ влеченіе за плечи, производимое съ полной силой, геср. связанное съ этимъ растяженіе спинного мозга.

Если, наконецъ, головка вполнѣ спустилась въ тазъ, причемъ затылокъ обращенъ впереди или кзади, и если она не скоро поддается умѣренному влеченію за плечи и нижнюю челюсть, то при ригидномъ маточномъ зѣвѣ у первородящихъ умѣстны глубокіе надрѣзы въ нѣсколькихъ мѣстахъ. Если и они не помогаютъ, или если задержаніе головки зависитъ отъ чрезмѣрной величины ея, общесуженнаго или воронкообразнаго таза и т. п., то надо прибѣгнуть къ щипцамъ: хотя они и являются послѣднимъ средствомъ, тѣмъ не менѣе сравнительно съ насильственнымъ влеченіемъ за плечи представляютъ болѣе безвредный способъ.

Такимъ, именно, образомъ я полагаю, на основаніи многолѣтняго опыта, надо формулировать показанія къ тѣмъ или другимъ приемамъ

и къ послѣдовательному ихъ примѣненію. Могли бы быть на это, конечно, и возраженія: но каждое новое извлеченіе показываетъ мнѣ, что дѣти начинаютъ дышать и двигаться тѣмъ скорѣе и свободнѣе, чѣмъ меньше извлекали ихъ за туловище, т. е. чѣмъ меньше растягивали шейную часть мозга. Особенно это имѣетъ значеніе для незрѣлыхъ дѣтей, которыя менѣе всего выносливы въ этомъ отношеніи.

Способы, подлежащіе здѣсь разсмотрѣнію, слѣдующіе:

### а) Выжиманіе послѣдующей головки, *Expressio capitis*.

**Производство.** Отводить выведенное туловище плода одной рукой въ сторону затылка ребенка, вводятъ указательный и средний пальцы другой руки во влагалище и маточный зѣвъ, притягиваютъ нижнюю челюсть книзу и къ шейкѣ плода, чтобы насколько можно болѣе согнуть головку и провести въ маточный зѣвъ конецъ образуемаго головкой овала или конуса. Въ то время, какъ указательный палецъ придерживаетъ подбородокъ, прижимая его къ шейкѣ, а тѣло ребенка лежитъ на рукѣ, другая рука, какъ при способѣ *Credé*, помѣщается снаружи на ту часть матки, которая обхватываетъ головку. При хорошемъ сокращеніи матки это будетъ дно матки, но при растянутой маткѣ, при отдѣленіи дѣтскаго мѣста и скопленіи крови внутри матки, дно матки можетъ стоять высоко, такъ что нужно надавить на нижнюю часть матки или даже на шейку, чтобы попасть на головку. Это низдавливаніе производится по направленію оси тазового входа, и вмѣстѣ съ этимъ наискось отъ темени къ лицу такъ, чтобы головка повернулась около своей поперечной оси и вступила въ тазъ подбородкомъ. При отсутствіи препятствій со стороны таза и мягкихъ частей низдавливаніе по оси тазового входа продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока вся головка спустится въ тазъ и будетъ уже недоступной для наружнаго давленія. При благоприятныхъ обстоятельствахъ можно часто весьма легко, въ  $\frac{1}{4}$  минуты, низдавить головку до полой щели.

При плоскихъ тазахъ стараются, подражая механизму вставленія теменной кости, низдавить головку вкось черезъ входъ; по *Turner*'у (1881) и *Korpe* (1885) это производится такимъ образомъ, что надавливаютъ къзади, по направленію къ мысу крестцовой кости съ тѣмъ, что бы ввести сначала заднюю теменную кость въ полость таза, и одновременно поднимаютъ туловище по направленію къ животу; по *Winkel*'ю же стараются притянуть изнутри подбородокъ къ передней стѣнкѣ таза. Мнѣ кажется болѣе существеннымъ при плоскомъ тазѣ проводить головку—въ положеніи, среднемъ между сгибаніемъ и разгибаніемъ, т. е. прижимать подбородокъ къ шейкѣ не слишкомъ сильно, и притомъ съ самаго начала—по оси входа, чтобы чрезъ истинную конъюгату проходилъ не *biparietal*'ный поперечникъ, а размѣръ лежащій между нимъ и *bitemporal*'нымъ діаметромъ.

При узкихъ тазахъ иногда бываетъ нужно весьма сильное давленіе, даже при помощи двухъ, наложенныхъ одна на другую, рукъ, пока головка не прорѣжется въ полость таза. Но и здѣсь нужна осторожность, если головка находится въ сильно натянутой маточной шейкѣ. *Winter* сообщаетъ о двухъ случаяхъ разрыва шейки въ Берлинской

женской клиникѣ, въ которыхъ производили давленіе по *Корре*. Кромѣ того, если производить давленіе съ полной силой, то могутъ произойти кровоизліянія въ мозгъ, какъ показалъ одинъ случай въ моей клиникѣ, когда у ребенка, умершаго на шестой день, недоношеннаго (34 недѣльнаго), были найдены кровоизліянія подъ паутинной мозговой оболочкой полушарій большого мозга и между *dura mater spinalis* и спиннымъ мозгомъ.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ удается этимъ способомъ низвести головку вполне въ тазъ. Дальнѣйшее освобожденіе головки и, въ случаѣ надобности, поворотъ лица кзади, производится посредствомъ способа *Mauriceau*. Если у дна таза представляются какія-нибудь затрудненія, то не надо преодолевать ихъ насильственнымъ извлеченіемъ; тогда слѣдуетъ тѣло ребенка поднять выше, затѣмъ отдавить кзади крючкообразно сложенными пальцами промежность и заднюю стѣнку влагалища (*Frost* 1873) и очистить ротъ и носъ, чтобы ребенокъ могъ производить дыхательныя движенія. Выхожденіе головки послѣдуетъ скоро само собой.

Но если вся головка вступила въ тазъ, а носъ и ротъ находятся не настолько низко, чтобы притокъ воздуха къ нимъ былъ возможенъ, то при замедленіи родовъ можно наложить щипцы въ томъ случаѣ, когда умѣренное извлеченіе остается безъ результатовъ.

Въ исключительныхъ только случаяхъ не удается быстро произвести выжиманія головки, resp. низдавливанія ея въ тазъ, вслѣдствіе чрезмѣрной величины ея или узости таза. Тогда надо въ продолженіе нѣсколькихъ минутъ, при содѣйствіи помощника, производить равномерное давленіе и одновременно притягивать слегка за плечи и подбородокъ, но ни въ какомъ случаѣ не со всей силой. Если произойдетъ замедленіе, то надо помнить, что асфиксія менѣе опасна, чѣмъ растяженіе шейной части мозга: асфиксію можно въ большинствѣ случаевъ устранить путемъ искусственнаго дыханія, а растяженіе—непоправимо.

Въ крайнихъ случаяхъ, при безуспѣшности попытокъ низдавить или извлечь головку, иногда бываютъ вынуждены прекратить ихъ. Если вскорѣ послѣ этого схватки не вытѣснятъ головки, то, по прекращеніи сердцебіенія плода, будетъ умѣстна перфоранція.

Относительно сравнительнаго достоинства методовъ выжиманія и извлеченія *Eisenhart* (A. f. G. 36) приводитъ изъ клиники *Winckel*'а слѣдующія данныя: изъ 50 дѣтей, рожденныхъ при помощи извлеченія, при первоначальномъ или вторичномъ предлежаніи тазовымъ концомъ спасено 35<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, изъ 50, рожденныхъ при помощи выжиманія,—22<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Въ виду незначительности цифръ и разнообразія случаевъ, эта статистика не можетъ служить доказательствомъ преимущества выжиманія. Но съ другой стороны надо сказать, что и числа *Herzfeld*'а, приводимая ниже, не доказываютъ преимущества метода извлеченія.

*К. А. Herzfeld* (Ueb. d. Beh. des nachfolg. Kopfes. Wien. 1890) противопоставилъ статистикѣ *Eisenhart*'а данныя изъ клиники *C. Braun*'а (1887—89) и показалъ, что при употребленіи способа *Mauriceau* или *Braun*'а изъ 141 ребенка при первоначальномъ или вторичномъ предлежаніи тазовымъ концомъ 98 родились живыми, 28 родились въ асфиксіи и затѣмъ снова были оживлены, 7 не возвращены къ жизни, 8 мертворожденныхъ, — слѣдовательно, погибло только 10,64<sup>0</sup>/<sub>0</sub> дѣтей. Эти результаты на первый взглядъ производятъ импонирующее впечатлѣніе. Но 1) въ клиникѣ *Braun*'а совсѣмъ не производили извлеченія при высокомъ стояніи головки и только при низко

стоящей, у самого дна таза, головкѣ извлекали по способу *Mauriceau* или *Braun'a*; 2) при существующемъ пространственномъ несоответствіи извлеченію уже съ давнихъ поръ „помогаютъ нажиманіемъ сверху при помощи ассистента или акушерки“ (стр. 9), значить, практикуется не одинъ методъ *Mauriceau* или *Braun'a*; 3) *Herzfeld* не помѣстилъ въ таблицы всѣхъ преждевременно рожденныхъ дѣтей, имѣющихъ менѣе 47 см., самопроизвольно родившихся и мадерированныхъ плодовъ, а также случаевъ смерти, констатированной раньше поворота; а тѣ случаи, когда поворотъ былъ сдѣланъ еще при жизни плода, но передъ извлеченіемъ можно было только „подозрѣвать“ смерть ребенка, отмѣчены полностью въ таблицахъ. Вслѣдствіе такого подбора, который не дѣлался въ другихъ статистикахъ, результаты *Herzfeld'a* теряютъ свой поразительный характеръ и лишаютъ насъ возможности сравнивать ихъ съ другими цифровыми данными.

**Историческія замѣчанія.** *Celsus* говоритъ (VII, 29): „Если послѣ декапитации, при поперечномъ положеніи, оставшаяся головка не выходитъ, нужно положить на животъ сложенную простыню; затѣмъ, какой-нибудь сильный, опытный человекъ долженъ съ лѣвой стороны положить обѣ руки на нижнюю часть живота и давить одной рукой на другую, чтобы надавить головку во влагалище, откуда ее можно извлечь врычомъ“.

Выжиманіе практиковалось часто, какъ кажется, вплоть до 16-го столѣтія, а затѣмъ было предано забвенію.

*Wigand* (*Drei Abb.* p. 92) напомнилъ объ этомъ способѣ и рекомендовалъ его при замедленныхъ родахъ ножками, для лучшаго вставленія тѣла плода и для предохраненія ручекъ или невышедшей еще ножки отъ ущемленія, т. е. совѣтовалъ уже заранѣе производить давленіе то на верхнюю часть живота, то на надлобковую область. Послѣ прорѣзыванія туловища, если лобъ и затылокъ задерживаются краемъ верхняго тазового кольца, нужно „ладонью руки производить сильное давленіе на животъ снаружи, надъ лобковою костью той стороны, куда направленъ затылокъ ребенка; давленіе надо производить кверху и кзади, въ направленіи косяго діаметра таза; вслѣдствіе этого затылокъ поднимается кверху, а подбородокъ прижимается къ груди, такъ что головка вступаетъ теперь въ тазовую полость въ своей наилучшей формѣ—клиновидной—и самымъ малымъ размѣромъ. Одновременно двумя пальцами другой руки, положенными на верхнюю челюсть, прижимаютъ нижнюю часть лица къ груди“.

Затѣмъ выжиманіе снова рекомендовали: *Ed. Martin, Spiegelberg, A. Fluck* (1865), *Kristeller* (1867), *Champetier de Ribes*, а недавно особенно *A. Martin* и *Winckel*. Соединеніе методовъ выжиманія и извлеченія съ давнихъ поръ практиковалось какъ въ Вѣнскихъ, такъ и въ Берлинскихъ клиникахъ, а также нерѣдко и въ частной практикѣ.

### β) Извлеченіе послѣдидущей головки, *Extractio capitis*.

#### А) Ручное извлеченіе.

##### а) Методъ *Puzos'a*, такъ назыв. пранскій способъ.

**Выполненіе метода.** Этотъ методъ, по совѣту *Kunisch'a*, надо примѣнять лишь при нормальной ротации головки, т. е. если она вступила своимъ прямымъ діаметромъ въ сагиттальную плоскость таза; при поперечномъ положеніи головки или при направленномъ впереди лицѣ, послѣднее предварительно слѣдуетъ повернуть къ крестцовой кости.

Этотъ методъ практикуется слѣдующимъ образомъ: Послѣ того какъ тѣло ребенка выйдетъ изъ половыхъ частей, кладутъ указательный и средній пальцы правой руки по обѣ стороны шейки виллообразно надъ плечиками, обхватываютъ подной лѣвой рукой обѣ ножки надъ пятками и при помощи обѣихъ рукъ извлекаютъ прямо книзу (въ сто-

рону спины) до тѣхъ поръ, пока затылокъ не спустится позади лоннаго соединенія, и нижняя часть его не сдѣлается видной. Затѣмъ, приподнимають лѣвой рукой ножки кверху дугообразно, такъ что подъ конецъ ребенокъ стоитъ, такъ сказать, на головѣ; тогда головка выступаетъ изъ-подъ лоннаго соединенія, причемъ подбородокъ выходитъ надъ промежностью; въ это время ножки запрокидываютъ еще дальше кверху, по направленію къ животу матери, и затѣмъ, перемѣнивъ руку, поддерживаютъ промежность. Если головка, вслѣдствіе схватокъ, уже спустилась ко дну таза, то влеченіе внизъ не примѣняется, а поднимають только ножки дугообразно вверхъ.

Если головка не уступаетъ продолжительному сильному притяженію, то нужно, по совѣту Пражской школы, наложить щипцы.

Изъ сказаннаго видно, что при этомъ методѣ не рассчитываютъ на улучшеніе положенія головки, именно, на ея сгибаніе, а также и не извлекають за какую-нибудь часть головки. Вся сила при извлеченіи сосредоточивается, черезъ посредство обхваченныхъ плечиковъ, больше всего на шейной части позвоночника. Въ этомъ именно и заключается съ одной стороны сила, а съ другой невыгодность и опасность даннаго метода.

Что касается перваго пункта, то *Veit*, *Schröder* и *Spiegelberg* справедливо выставили на видъ, что, благодаря одностороннему воздѣйствію на плечики, сгибаніе головки легко переходитъ въ разгибаніе, а вслѣдствіе задержанія подбородка надъ узкимъ тазовымъ входомъ или маточнымъ зѣвомъ, затрудненія значительно увеличиваются.

Значеніе этого момента проверилъ *Zweifel* (Lehrb. d. operat. Geburt. 221) посредствомъ опытовъ съ кольцомъ, соответствующимъ тазовому входу: согнутая головка можетъ быть проведена легко, между тѣмъ какъ разогнутая головка, несмотря на сильнѣйшее притяженіе туловища, все-таки задерживается.

Гораздо важнѣе второй пунктъ. Вслѣдствіе извлеченія за одни только плечики дѣлается растяженіе шейной части позвоночника и шейной части спинного мозга, расхожденіе позвонковъ,—а въ заключеніе связки позвоночника разрываются, intervertebral'ные кружки отдѣляются отъ прилежащихъ къ нимъ тѣлъ позвонковъ, иногда также отдѣляется хрящъ между суставной и чешуйчатой частью затылочной вости, причемъ происходитъ смѣщеніе обѣихъ частей кости. При очень сильномъ извлеченіи позвоночника вмѣстѣ съ шейною частью спинного мозга разрываются совершенно, такъ что верхнія и нижнія части позвоночника разъединяются другъ отъ друга, и связь между головкой и туловищемъ остается только въ видѣ кожи, гортани, пищевода, а также *m. sterno-cleido-mastoidei* и *platysm'a* 1). Въ исключительныхъ случаяхъ происходитъ полное раздѣленіе, отрывъ головки.

1) Такого рода поврежденіе я два раза наблюдалъ у доношенныхъ и умершихъ во время родовъ дѣтей. Одинъ разъ акушерка вмѣстѣ съ матерью роженица извлекали ребенка въ продолженіе долгаго времени при общесъуженномъ тазѣ, въ другой разъ врачъ вмѣстѣ съ акушеркой примѣняли этотъ методъ „искусственной помощи“.

Кромѣ того, мнѣ нѣсколько лѣтъ тому назадъ былъ доставленъ недоношенный ребенокъ съ врожденной *cystenhygrom'* шей, у котораго при извлеченіи нижняя часть шеи была оторвана совершенно, и большая часть спинного мозга, вырванная изъ позвоночнаго канала, висѣла вмѣстѣ съ шейной частью мозга.



Однако нужно сказать, что такіе случаи не говорят против метода, какъ таковаго, но только противъ ненадлежащаго его примѣненія. Тѣмъ не менѣе слѣдуетъ прибавить, что методъ самъ по себѣ даетъ поводъ къ нарушенію его, такъ какъ представляетъ соблазнъ для примѣненія силы. Далѣе, клинической опытъ показываетъ, что извлеченіе за плечики, примѣненное со всей силой, еще сравнительно не часто производитъ смертельное растяженіе шейной части мозга, и иногда рождаются мнимоумершія дѣти, дыханіе которыхъ восстанавливается съ большимъ трудомъ, въ то время какъ конечности ихъ остаются безъ всякаго движенія. Такія дѣти несомнѣнно умираютъ черезъ нѣсколько часовъ ихъ слабой жизни. Безъ вскрытія и точной оцѣнки явленій ихъ считаютъ «умершими отъ асфиксін», тогда какъ на самомъ дѣлѣ это — жертвы ненадлежащаго акушерскаго пособія.

**Историческія замѣчанія.** Этотъ методъ впервые рекомендовалъ *Puzos* (1759), за нимъ *Pugh*, *Leroux*, *Saxtorph*, *Osiander*, *Vogler* и др., а *Küwisch* примѣнялъ его въ Пражской клиникѣ; поэтому онъ получилъ названіе Пражскаго способа.

Послѣ того какъ *Scanzoni* опубликовалъ статистику, по которой изъ 152 дѣтей, извлеченныхъ по Пражскому способу, 117 было живыхъ, этотъ методъ былъ излюбленнымъ въ половинѣ нашего столѣтія. Но онъ былъ оставленъ вслѣдствіе большой опасности для шейки плода, на что впервые убѣдительно указалъ *Hohl* (N. Z. f. G. 1847. 22. 404); тогда какъ методъ *Smellie-Veit*'а, который тотчасъ будетъ описанъ, получилъ права гражданства.

Относительно поврежденія ребенка *Rubensohn* изъ Берлина (1868) привелъ два случая, гдѣ наступилъ разрывъ позвоночника, а также 5 случаевъ *apoplexia* въ dura mater spinalis. *O'Connor* сообщаетъ, что при употребленіи этого метода происходитъ вдавливаніе въ шейную часть мозга выскользящаго зубовиднаго отростка. *Hecker* наблюдалъ случай отслоенія межпозвоночнаго кружка отъ шейнаго позвонка.

Опытъ относительно силы, потребной для разрыва шейки плода, замѣчательно не согласуется между собой, такъ что необходимо повторить ихъ, причемъ слѣдуетъ обратить вниманіе на причину этого разногласія.

*Rokitansky jun.* считаетъ, что разрыва шейной части позвоночника на сѣжмѣхъ дѣтскомъ трупикѣ нельзя произвести помощью рукъ безъ предварительной торсіи; по *Halbrock*'у тяжесть въ 50—60 kg., слѣдовательно, полная мужская сила не причиняетъ вреда, по *Duncan*'у шейка разрывается при 60 kg., по *Goodell*—при 65—100 kg., по *Ahlfeld*'у—при 70—95 kg. и по *Strauch*'у (1861) только при 500 kg., если тяжесть дѣйствовала въ продолженіи 10 минутъ.

#### б) Методъ *Mauriceau-Levret*'а или *Smellie-Veit*'а.

**Выполненіе метода.** Ребенокъ лежитъ на лѣвой рукѣ акушера такимъ образомъ, что ручки и ножки свѣшиваются по обѣимъ сторонамъ его руки: слѣдовательно, ребенокъ «сидитъ верхомъ» на рукѣ, — но какъ ѣздокъ, близкій къ падевію. Тогда указательный и средний пальцы помѣщаются (въ нѣкоторыхъ случаяхъ *Smellie*) на щечки (*fossae caninae*), или указательный только палецъ вводится въ ротъ (*Mauriceau*) и кладется на средину нижней челюсти съ тѣмъ, чтобы согнуть головку и провести ее черезъ сагиттальный размѣръ узкой части входа таза и выхода малымъ діагональнымъ размѣромъ вмѣсто сагиттальнаго. Потомъ виллообразно обхватываютъ сверху плечики указательнымъ и среднимъ пальцами правой руки такъ, что шейка лежитъ между ними (фиг. 8). *D'Outrepoint* помѣщалъ на плечи указательный и четвертый палецъ, а средний приходился на затылокъ.

Тогда обѣими руками одновременно извлекаютъ за подбородокъ и за плечи (по *Fränkel*'ю прежде за подбородокъ, потомъ за плечи, наконецъ за подбородокъ и за плечи вмѣстѣ); при высококомъ положеніи головки тракціи производятся въ направленіи книзу (въ сторону спины), при положеніи ея въ полости таза — горизонтально и наконецъ косо-вверху впередъ, слѣдовательно, соотвѣтственно проводной линіи таза.



Фигура 8.

Способъ Mauriceau.

Этотъ методъ можно назвать весьма пригоднымъ, вслѣдствіе многочисленныхъ точекъ опоры. Кромѣ того, при немъ имѣютъ въ виду провести головку въ механически-благопріятномъ положеніи сгибанія. И такъ какъ, по теоріи этого метода, дѣйствуютъ не только на шейную часть позвоночника, но также одновременно и на лицо, то неблагопріятныя послѣдствія, вслѣдствіе раздѣленія извлекающихъ силъ, наблюдаются не такъ часто, какъ при Пражскомъ методѣ. Тѣмъ не менѣе ихъ нельзя совершенно избѣжать, — напротивъ, они происходятъ чаще, чѣмъ думаютъ: вѣдь, само собой понятно, что всякій акушеръ слишкомъ склоненъ, при болѣе или менѣе значительныхъ препятствіяхъ, производить главную тракцію за плечики; а при этомъ естественно происходятъ тѣ же самыя поврежденія — разрывы шейной части мозга — о которыхъ было упомянуто при обсужденіи Пражскаго способа.

На этомъ основаніи важно слѣдующее предостереженіе: не надо производить слишкомъ сильнаго влеченія за плечики, именно, влеченія съ полной силой. Во всякомъ случаѣ, ука-

занный методъ рекомендуется, какъ лучший, при стоящей въ тазу головкѣ.

**Историческія замѣчанія.** *Mauriceau* первый указалъ въ 1668 г. на этотъ методъ. Ему послѣдовали *Levet*, *Smellie*, *Portal*, *Lachapelle*, *Hayn*. Въ срединѣ нашего столѣтія этотъ методъ временно былъ вытѣсненъ пражскимъ методомъ; но затѣмъ его снова рекомендовали *Braun*, (1857), *Veit* (1863) и *Schröder*.

с) Такъ назыв. комбинированный Вѣнскій методъ *Vaup'a*.

**Выполненіе метода.** Роженица кладется вдоль обыкновенной постели, съ приподнятымъ крестцомъ. Стоящій у лѣваго края постели акушеръ упираетъ ладонь правой руки въ лобокъ, кладетъ большой и указательный пальцы вилообразно на затылокъ и старается силой кисти руки, а не предплечія, приподнять голову. Лѣвый указательный палецъ одновременно вводится во влагалище: его кладутъ на нижнюю челюсть и производятъ имъ извлеченіе.

Если подбородокъ подошелъ къ спайкѣ, то обхватываютъ правой рукой обѣ голени крѣпко надъ стопами и поднимаютъ ихъ вмѣстѣ съ вышедшимъ тѣломъ ребенка дугообразно въ направленіи къ пушку матери. Лѣвая рука помогаетъ прорѣзыванію головки.

При этомъ методѣ захватываются для освобожденія головки тѣ же пункты, какъ и въ предыдущемъ, но при такомъ положеніи руки, которое исключаетъ примѣненіе значительной силы для извлеченія головки; этимъ объясняется увѣреніе *Braun'a*, что въ пятистахъ случаяхъ предлежаній тазовымъ концомъ не было нанесено дѣтямъ никакихъ поврежденій, — конечно, при отсутствіи всякаго чрезмѣрнаго примѣненія силы. Вслѣдствіе этого указанный методъ заслуживаетъ большаго употребленія, чѣмъ методъ *Mauriceau*, который во всякомъ случаѣ «насильственнѣе».

В) Извлеченіе послѣдующей головки щипцами.

**Показанія.** До сихъ поръ еще не закончился старый споръ относительно того, производить ли форсированное ручное извлеченіе или накладывать щипцы при задержаніи послѣдующей головки въ случаяхъ чрезмѣрной величины ея, узости половыхъ органовъ, поворота лица впередъ, общесуженнаго таза (*Litzmann*) и т. п.

Я присоединяюсь къ тѣмъ, которые въ извѣстныхъ случаяхъ считаютъ цѣлесообразнымъ примѣненіе щипцовъ; — именно, въ тѣхъ случаяхъ, когда голова цѣликомъ стоитъ въ полости таза, причемъ затылокъ направленъ впередъ или назадъ, и когда умѣренное, въ продолженіи нѣсколькихъ минутъ, влеченіе за плечики и нижнюю челюсть оказывается недостаточнымъ для освобожденія ребенка, а съ другой стороны промежность и задняя стѣнка влагалища не могутъ быть оттѣснены настолько, чтобы сдѣлать ротъ и носъ ребенка доступными для притока воздуха. Если въ такихъ случаяхъ продолжаютъ извлекать съ полной мужской силой, то является опасность, которую едва ли будутъ оспаривать, именно: можно значительно растянуть шейную часть мозга и извлечь неспособнаго къ жизни ребенка. Но если на-



ложить щипцы, что можно сделать въ полминуты, то шейный и головной мозгъ будетъ пощаженъ, такъ какъ щипцы, наложенные по сторонамъ головки, безвредны; тогда является возможность освободить головку большею частью съ помощью одной тракціи.

При высоко или поперечно-стоящей головкѣ лучше воздержаться отъ щипцовъ:—въ первомъ случаѣ слѣдуетъ сначала выдавить головку въ тазъ, а во второмъ—предварительно произвести вращеніе ея.

**Производство операціи.** Поручаютъ помощнику держать вышедшее туловище круто вверхъ, а предплечія—прижимать къ грудной клѣткѣ; затѣмъ проводятъ ложки подъ грудною клѣткою, а когда есть мѣсто, сбоку или въ углубленіи крестцовой кости, по сторонамъ головки, такъ что, при обращеніи впереди затылкѣ, ложки помѣщаются въ направленіи затылочно-подбородочнаго размѣра, а концами надъ теменемъ. Смыкаютъ ложки подъ грудной клѣткою, извлекаютъ горизонтально до выхода подбородка, потомъ вкось вверху, при старательномъ поддержаніи промежности.

**Историческія замѣчанія.** Въ пользу наложенія щипцовъ при задержавшейся головкѣ высказались, хотя условно, всѣ: *Mesnard, Hamilton, Foster, Deleurye*, (который первый далъ болѣе точныя правила для техники), *Smellie, Fried, Steidèle, Baudelocque, Hussian, Osiander, Stein* старшій, *Boer, Busch, Siebold, Blundell, Kilian, Scanzoni, Lumpe, Späth, Nägelé, Hüter, Leishman, Braun, Meissner* старшій, *Litzmann, Birnbaum* старшій, *Credé, Ruge, Freudenberg, Kormann*.

*Meissner* старшій накладывалъ щипцы въ 1750 случаяхъ при подлежащей и въ 113 случаяхъ при послѣдующей головкѣ. — *Birnbaum* употреблялъ щипцы при послѣдующей головкѣ 59 разъ, 31 разъ при узкомъ тазѣ, и потерялъ 4 матерей и 28 дѣтей. — *Freudenberg* сообщаетъ о 59 случаяхъ наложенія щипцовъ въ 344 случаяхъ подлежащей тазовымъ концомъ, въ Кельнѣ съ 1862—82 г., причемъ щипцами было извлечено 60% живыхъ дѣтей. — *Beumer-Peiper* при 331 экстракціи накладывали 16 разъ щипцы и получили благодаря имъ 7=43,7% живыхъ дѣтей. — *Credé* (1885) сообщаетъ о 16 случаяхъ съ 8 узкими тазами: 4 мертвыхъ ребенка и 1 мертвая родильница. Онъ признаетъ щипцы не для легкихъ и не для вполне тяжелыхъ случаевъ, но для среднихъ и считаетъ ихъ умѣстными послѣ напрасныхъ ручныхъ попытокъ. — *Ruge* въ 76 случаяхъ подлежащей тазовымъ концомъ 4 раза накладывалъ щипцы, послѣ вхожденія головки въ тазъ, въ виду опасности для жизни ребенка.

Другіе совершенно отвергаютъ щипцы, предлагаютъ извлекать исключительно руками, а когда такое извлеченіе оказывается безуспѣшнымъ, и ребенокъ между тѣмъ умираетъ, то дѣлаютъ перфорацию: какъ напр., *Veit, Braun, Schröder, Winter* и др. Послѣдній привелъ въ пользу ручного извлеченія статистику Берлинской университетской клиники и поликлиники.

Составить въ данномъ случаѣ доказательную статистику, мнѣ кажется, не такъ-то легко: напр. если ребенокъ сначала изведевъ былъ силой въ тазъ и наконецъ извлеченъ щипцами мертвымъ, то смерть нельзя прямо приписать щипцамъ; ребенокъ могъ умереть вслѣдствіе замедленныхъ родовъ, могъ погибнуть вслѣдствіе растяженія шейной части мозга при слишкомъ сильномъ влеченіи или вслѣдствіе давленія щипцами.

Чтобъ быть доказательной, статистика съ большими цифрами должна была бы сопоставить двѣ группы случаевъ: 1) группу случаевъ, въ которыхъ примѣнялись только вжиманіе и извлеченіе, причемъ головка повертывалась, но все-таки оставалась стоять въ тазу, такъ-что наконецъ ее извлекали руками, въ случаѣ надобности съ п о л н о й с и л о й, или перфорировали; 2) группу, когда головка была выдавлена въ тазъ, затѣмъ съ умѣренной силой совершенно сведена въ него по *Mauriceau-Veit*'у, а въ заключеніе, послѣ безуспѣшнаго извлеченія, была освобождена щипцами, а иногда, послѣ напрасныхъ попытокъ наложенія щипцовъ, перфорирована. Далѣе, слѣдовало-бы къ мерт-

вымъ дѣтямъ причислить всѣхъ маперированныхъ, умершихъ до операціи и во время ея—или въ первые дни жизни, вслѣдствіе слабой жизнеспособности, поврежденій головного и спинного мозга, aspirations-pneumonie и т. п. Затѣмъ, нужно было-бы оба ряда чиселъ раздѣлить еще на подгруппы по числу родовъ, вѣсу дѣтей, узости таза, ригидности половыхъ органовъ, а также по отношенію къ тому, было-ли тазовое предлежаніе первоначально или произошло послѣ поворота.

*Winter*, безспорно, доставилъ цѣнныя данныя, но разрѣшеніе вопроса путемъ статистики принадлежитъ отдаленному будущему.

Остается еще обратить особенное вниманіе на два положенія послѣдующей головки: 1) поперечное стояніе и 2) ненормальный поворотъ лицомъ вперед.

### 1. Поперечное стояніе послѣдующей головки.

**Показанія къ повороту головки.** Подобное стояніе головки наблюдается послѣ нормальнаго и ненормальнаго прохожденія туловища и представляетъ собой, особенно при плоскихъ тазакъ, такое-же нормальное положеніе во входѣ въ тазъ, какъ и при предлежаніи головкой. Слѣдовательно, нѣтъ никакого основанія поворачивать высоко и поперекъ стоящую головку. Уже *Levret* указалъ на это.

Наоборотъ, если вполне вступившая въ тазъ головка продолжаетъ стоять поперекъ, то надо произвести поворотъ затылка вперед, потому что прямо-овальная головка приспособляется къ прямо-овальному тазовому выходу только въ сагиттальномъ положеніи, при поперечномъ-же положеніи подбородокъ задерживается на одной сѣдалищной кости, а затылокъ—на другой и на мягкихъ частяхъ.

**Выполненіе поворота.** Попытки повернуть поперечно-стоящую головку лицомъ назадъ, вращая ее около вертикальнаго ея діаметра, производились различнымъ образомъ: 1) нѣсколько пальцевъ проводились сзади передней стѣнки таза и помѣщались на лежащую впередъ щеку, а затѣмъ, этими пальцами производили давленіе на щеку по направленію назадъ, или 2) при I положеніи вводили правую руку и проводили ее въ углубленіе крестцовой кости до передней половины лица (*Lachapelle*), или 3) обхватывали головку съ затылка цѣлой рукой, причемъ большой палецъ помѣщался на передней високъ, остальные—на задній високъ и на боковую поверхность головки,—затѣмъ, поднимали головку, поворачивали лицо назадъ и притягивали нижнюю челюсть. Послѣдній методъ несомнѣнно болѣе дѣйствителенъ.

Производить поворотъ за вышедшее туловище посредствомъ притяженія, направленнаго впередъ и въ сторону лица, надо окончательно оставить, въ виду легко происходящихъ при этомъ поврежденій затылка, шейнаго отдѣла позвоночника и шейной части спинного мозга.

Если поперекъ стоящая головка разогнута, слѣдовательно, подбородокъ стоитъ выше, чѣмъ затылокъ, то *Eichstedt* рекомендуетъ обхватить послѣдній половиной руки и низводить,—такимъ образомъ, разгибать головку и одновременно поднимать вышедшее туловище къ животу матери и въ сторону лица ребенка.



## 2. Ненормальный поворот лицом кпереди.

**Методъ.** Надо обхватить сзади одной рукой головку и, при помощи другой руки, наложенной спереди на грудь, стараться повернуть грудь и головку (*C. Braun*). Если это не удастся, то головку надо освободить въ ненормальномъ положеніи.

При сгибаніи головки извлеченіе ея производится при помощи обратнаго метода *Mauriceau*, приче́мъ подбородокъ прежде всего подводятъ, посредствомъ направленной книзу тракціи, подъ лонное соединеніе, затѣмъ забрасываютъ туловище къ животу матери и устанавливаютъ затылокъ надъ промежностью.

При задержаніи подбородка надъ лоннымъ соединеніемъ, т. е. при разгибаніи головки, забрасываютъ туловище одной рукой по направленію къ животу матери, затѣмъ обхватываютъ другой рукой затылокъ, вводятъ его въ тазъ, къ крестцово-подвздошному соединенію и, наконецъ, захватывая этой же рукой выше плечиковъ, освобождаютъ затылокъ надъ промежностью. При этомъ основаніе нижней челюсти упирается въ лонное соединеніе, и разогнутая головка, повертываясь вокругъ этой точки опоры, выходитъ наружу; въ заключеніе появляется лицо.

**Историческія замѣчанія.** По *Champion'u, Roux* (см. *Michaelis* in *N. Z. f. G.* 1836.3. 47), „не будучи въ состояніи при такомъ положеніи головки освободить ее, для того, чтобы дать себѣ отдыхъ (такъ какъ ребенокъ былъ уже мертвъ) положилъ его брюшкомъ на животъ матери и не мало было удивленъ, когда головка послѣ этого сама прорѣзалась затылкомъ впередъ“.

Если не удастся освободить ненормально ротированную головку руками, то употребны щипцы.

Что касается наложенія ихъ, то лучше ввести обѣ ложки надъ свѣсившимся тѣломъ плода, и затѣмъ сомкнуть ихъ подъ грудной клѣткой. Если головка согнута, то ложки соотвѣтствуютъ перпендикулярному діаметру; при разогнутой же головкѣ, свѣсившемся внизъ затылокъ и задѣвшимися надъ лоннымъ соединеніемъ подбородкѣ, онѣ соотвѣтствуютъ прямому діаметру головки, приче́мъ концы ихъ лежатъ надъ лбомъ. Въ первомъ случаѣ тракціи направляютъ наискось внизъ, до выхода подбородка подъ лоннымъ соединеніемъ, и затѣмъ поднимаютъ рукоятки до прорѣзыванія затылка. При разогнутой головкѣ съ самаго начала поднимаютъ рукоятки дугообразно въ направленіи къ животу роженицы, такъ что прежде всего выступаетъ надъ промежностью затылокъ.

Если щипцами не достигаютъ цѣли, или если ребенокъ уже умеръ, то показуется перфорация.

**Результаты.** Ни въ одной статистикѣ не проведено рѣзкаго раздѣленія между самопроизвольными родами, ручною помощью и извлеченіемъ; слѣдовательно, намъ приходится имѣть дѣло со статистикой родовъ при тазовыхъ предлежаніяхъ вообще.

Смертность матерей при первоначальныхъ предлежаніяхъ тазовымъ концомъ, по *Dohrn'u*, для Нассау=3,1%, по Баденской стати-

стигъ съ 1870—88 г.  $= \frac{11164}{542} = 4,8\%$ , т. е. значительно больше, чѣмъ при черепныхъ предлежаніяхъ.

Опасности такихъ родовъ, геср. оказываемой при этомъ помощи, заключаются въ поврежденіи половыхъ частей и инфекціи. Уже вслѣдствіе введенія руки происходятъ, при неподатливыхъ и узкихъ половыхъ частяхъ, ущемленіе и даже разрывы. Но чаще всего быстрое и насильственное извлеченіе послѣдующей головки—при не вполне еще раскрытой или плотно натянутой около головки маточной шейкѣ—ведетъ къ глубокимъ разрывамъ шейки; слѣдовательно, сначала бываетъ сильное кровотеченіе, и въ дальнѣйшемъ теченіи развиваются параметриты. Кромѣ того, инфекция перѣдко происходитъ вслѣдствіе частыхъ изслѣдованій, вслѣдствіе введенія въ шейный каналъ не всегда асептической руки и вслѣдствіе трудности основательно дезинфицировать родовую каналъ при низкомъ стояніи тазового конца.

Число мертворожденныхъ дѣтей колеблется между 16—46%. *Clintock-Hardy* считаютъ на 309 предлежаній тазовымъ концомъ 84 мертвыхъ ребенка (между ними 56 мацерированныхъ)  $= 27,1\%$ , на 181 предлежаніе ножками 59 мертвыхъ (39 мацерированныхъ)  $= 32,5\%$ . *Meissner* старшій получилъ при предлежаніяхъ тазовымъ концомъ  $\frac{247}{102} = 41,2\%$ , *Kleinwächter* при этихъ же предлежаніяхъ  $\frac{55}{14} = 25,4\%$  мертвыхъ дѣтей. *Hecker* считаетъ общую смертность въ 41%, между тѣмъ какъ изъ числа дѣтей, бывшихъ во время родовъ живыми, погибло только 13,6%. *Winckel* опредѣляетъ 16% мертвыхъ дѣтей при извлеченіи послѣ первоначальныхъ и вторичныхъ предлежаній тазовымъ концомъ, а *Dohrn* для Нассау (1860—66) 45,9%. По Баденской статистикѣ смертность для первоначальныхъ предлежаній тазовымъ концомъ  $\frac{11164}{4196} = 37,5\%$ .

Такая большая смертность дѣтей въ частной практикѣ объясняется отчасти тѣмъ, что акушерки, несмотря на предписанія, сами проводятъ большинство подобныхъ родовъ и при происходящихъ затрудненіяхъ не могутъ съ ними справиться, или же приглашаютъ врача слишкомъ поздно, послѣ смерти ребенка. Но даже практика въ соответствующихъ учрежденіяхъ даетъ относительно большую смертность, такъ какъ при предлежаніяхъ тазовымъ концомъ происходятъ различныя осложненія: полное истеченіе водъ и затрудненное прорѣзываніе верхней части тѣла при недостаточныхъ схваткахъ, узкихъ половыхъ частяхъ, особенно при не вполне расширенномъ маточномъ зѣвѣ, узости таза, большимъ ребенкомъ; причемъ, послѣ прорѣзыванія тазовой части, кровообращеніе послѣда прерывается на очень долгое время, вслѣдствіе сдавленія пуповины и отдѣленія дѣтскаго мѣста. Кромѣ того, чаще, нежели думаютъ, происходятъ поврежденія шейнаго и головного мозга вслѣдствіе насильственнаго извлеченія. Путемъ осторожнаго извлеченія и при помощи низдавливанія сверху, можно безспорно значительно ограничить смертные случаи такого рода. Однако вслѣдствіе часто встрѣчающихся механическихъ затрудненій при освобожденіи послѣ-

идущей головки цифры смертности, особенно въ общей практикѣ, очевидно никогда не дойдутъ до той идеальной незначительности, каковой требовалъ *Zweifel*.

У дѣтей послѣ извлеченія за тазовой конецъ, нерѣдко оказываются поврежденія <sup>1)</sup>. По наблюденіямъ *Küstner*'а, наиболѣе важныя изъ нихъ слѣдующія:

#### Въ нижнихъ конечностяхъ.

Поврежденія мягкихъ частей, кожи, мускуловъ, сосудовъ и нервовъ въ ножкѣ часто происходятъ вслѣдствіе сильнаго захватыванія ея и извлеченія, наложенія петли и т. п.; въ бедренномъ сгибѣ—вслѣдствіе извлеченія петель, крючкомъ или тазовыми щипцами.

Отдѣленіе лодыжковыхъ эпифизовъ отъ діафизовъ больше-и малоберцовой кости происходитъ при сильномъ притяженіи за петлю, наложенную вокругъ лодыжекъ, или при надавливаніи, resp. извлеченіи за голень, подъ угломъ къ ея длинѣ, если ножку, задержавшуюся надъ тазовымъ входомъ, насильственно низводятъ въ тазъ, — или при скручиваніи ножки. Не такъ легко отдѣляются эпифизы вслѣдствіе простаго притяженія ножки въ направленіи голени.

Переломы костей голени происходятъ подобнымъ же образомъ.

Отдѣленіе верхнихъ эпифизовъ больше-берцовой и мало-берцовой кости можетъ произойти отъ чрезмѣрнаго разгибанія ножки, задержавшейся и извлеченной изъ половой расщелины до выхожденія ягодицы.

Отдѣленіе нижняго бедреннаго эпифиза происходитъ вслѣдствіе подобнаго же механизма, вообще вслѣдствіе надавливанія, направленнаго горизонтально, или вслѣдствіе поворота около продольной оси; рѣже—вслѣдствіе извлеченія въ продольномъ направленіи.

Отдѣленіе верхняго бедреннаго эпифиза, который въ сагиттальномъ разрѣзѣ въ видѣ колпака окружаетъ діафизъ, едва-ли можетъ произойти вслѣдствіе извлеченія при помощи пальца или крючка, вложеннаго въ бедренный сгибъ. Напротивъ, эпифизъ легко отдѣляется вслѣдствіе чрезмѣрнаго отведенія ножки, согнутой подъ прямымъ угломъ, такъ какъ съ фронтальной стороны эпифизъ огибаетъ тѣло кости лишь незначительной выемкой.

Переломы діафиза верхней части бедра происходятъ сравнительно легко вслѣдствіе зацѣпленія двумя пальцами или крючкомъ за бедренный сгибъ или вслѣдствіе несообразнаго влеченія за верхнюю часть бедра. *Küstner* переломилъ бедро, привѣсивъ къ нему тяжесть въ 15—18 kg.

Вывихъ бедренной головки изъ вертлужной впадины хотя рѣдко, но наблюдается. Я видѣлъ пожилую дѣвушку, которая при

<sup>1)</sup> см. *Gurtl. Verh. d. Ges. f. Geb. in Berlin*, 10 Febr. и 16 März 1857; *Pajot, Les lésions traumatiques*. Paris 1853; *C. Ruge, Berliner Zeitschr. f. Geb.* 1876. 68; *O. Küstner, Die typischen Verletzungen der Extremitätenknochen des Kindes durch den Geburtshelfer*. Halle. 1877.

своемъ рожденіи была съ большимъ трудомъ извлечена въ ягодичномъ положеніи и получила типическій двусторонній вывихъ бедренной головки кзади кверху съ сѣдлообразнымъ втягиваніемъ поясничной части и горизонтальнымъ положеніемъ крестцовой кости.

Отрываніе нижней конечности въ колѣнѣ или бедрѣ происходитъ часто у недоношенныхъ и мацерированныхъ дѣтей. *v. Hecker* наблюдалъ на 488 предлежаній тазовымъ концомъ 2 такихъ случая.

Разрывъ крестцово-подвздошнаго соединенія вслѣдствіе сильнаго притяженія за верхнюю часть бедра (*Ruge, Zweifel*), съ послѣдующимъ анкилозомъ и косо-овальнымъ тазомъ.

### На животѣ.

Здѣсь прежде всего нужно упомянуть о поврежденіяхъ печени съ разрывомъ серознаго покрова послѣдней и кровоизліаніемъ въ брюшную полость вслѣдствіе сильнаго сдавливанія живота рукой; эти поврежденія большею частію оканчиваются смертельно.

### Въ верхнихъ конечностяхъ.

Отдѣленіе грудиннаго эпифиза ключицы отъ тѣла кости послѣ предварительнаго разрыва *ligamentum costo-claviculare* происходитъ вслѣдствіе приподниманія плечика подъ прямымъ угломъ, слѣдовательно, оно можетъ быть въ томъ случаѣ, если при закинувшейся ручкѣ сильно извлекаютъ туловище книзу: вслѣдствіе напряженія *Sternocleidomastoideus*.

Переломы ключицы, особенно между средней и наружной третью, нерѣдки и происходятъ, по *Küstner*'у, вслѣдствіе случайнаго надавливанія на плечо вдоль кости при отведенной ручкѣ—отъ одного уже высокаго введенія руки, которая протѣсняется потомъ между плечикомъ и стѣнками таза. Кромѣ того, кость ломается также посреднѣ вслѣдствіе зацѣпленія пальцемъ за плечико при низведеніи послѣдняго или при освобожденіи головки.

Переломы лопатки, особенно, въ частности, отдѣленіе эпифиза сочленовной ямки, наблюдаются иногда послѣ труднаго освобожденія ручки.

Отдѣленіе верхняго плечевого эпифиза отъ діафиза происходитъ легко вслѣдствіе освобожденія ручки, повернутой кнаружи и заброшенной за затылокъ надъ спинкой плода, причемъ суставная сумка и мускулы плеча фиксируютъ головку сустава и сильно напрягаются; труднѣе—при повернутой внутрь ручкѣ. Затѣмъ, при большемъ разрывѣ въ надкостницѣ верхній колбообразный конецъ плечевой кости выступаетъ изъ разрыва надкостницы, и послѣ поворота кнаружи ручки при освобожденіи ея выступаетъ кзади, какъ при *luxatio retroglenoidea*, тогда какъ послѣ поворота внутрь онъ выступаетъ кнутри по направленію къ *Pl. brachialis* къ подмышкѣ, какъ при *luxatio subglenoidea*; тѣло кости посредствомъ находящихся тамъ мускуловъ (*Pectoralis major, Teres major* и *Latissimus dorsi*) поворачивается внутрь, а головка сустава посредствомъ мышцъ, поворачивающихъ наружу (*Supra-* и *Infra-*

spinatus, Teres minor)—наружу, и получается неправильное положение конечности. Вывихнутый верхний конец тѣла кости легко принимается за вывихнутую головку сустава: обыкновенно опредѣляют вывихъ въ плечевомъ суставѣ, хотя недостаетъ уплощенія Deltoides.

Вывихи плеча едва-ли встрѣчаются у новорожденныхъ.

Переломы плечевой кости происходятъ сравнительно часто, главнымъ образомъ вслѣдствіе захватыванія пальцемъ плечевой кости вмѣсто локтя, а рѣже — вслѣдствіе несоотвѣтствующаго влеченія за выпавшую ручку при поперечномъ положеніи или вслѣдствіе вовсе ненужныхъ попытокъ исправленія ея.

Иногда въ области Plexus brachialis наблюдаются параличи, даже безъ доказанныхъ переломовъ костей, отчасти вслѣдствіе кровоизліянія въ мозгъ, отчасти вслѣдствіе гематомы надъ ключицей (*Fasbender*), отчасти вслѣдствіе растяженія нервовъ (*Delore*). *Schultze* видѣлъ параличъ Deltoides, Infraspinatus, Supinator brevis и сгибающихъ мышцъ предплечья послѣ освобожденія забросившейся за затылокъ ручки.

### На шеѣ.

Разрывъ *m. Sternocleidomastoidei* съ гематомой на мѣстѣ разрыва (частая причина кривой шеи) происходитъ вслѣдствіе надавливанія пальцемъ или сильнаго растяженія шейки плода при задержаніи головки (*Skrzeczka*, *Bohn*, *Hirschsprung*, *Stadfeldt*, *Fasbender*).

Вдавливаніе зубовиднаго отростка въ шейную часть спинного мозга послѣ разрыва *ligamentum transversum* (*Rubensohn*, *O'Connor*), апоплексія твердой оболочки шейной части мозга, растяженіе и разрывъ связокъ шейныхъ позвонковъ, отдѣленіе межпозвоночныхъ кружковъ отъ двухъ тѣлъ позвонковъ (2 случая *Hecker'a*), разрывъ межпозвоночныхъ связокъ и шейной части мозга, расхожденіе шейной части позвоночника и мускуловъ вплоть до кожи, разрывъ *m. sternocleidomast*, дыхательнаго горла и пищевода и, какъ крайній результатъ, — отрываніе головки:— вотъ возможныя послѣдствія сильнаго влеченія за туловище, гесп. за плечики при задержавшейся головкѣ. При недоношенныхъ, мацерированныхъ, гнилыхъ плодахъ и уродахъ для этого бываетъ достаточно умѣреннаго влеченія; но отрываніе головки у доношенныхъ и живыхъ или только что умершихъ плодовъ всегда указываетъ на грубое и непростительное примѣненіе силы.

### На черепѣ.

На черепѣ нерѣдко происходятъ поврежденія при затрудненномъ извлеченіи головки, задерживающейся вслѣдствіе суженія таза или вслѣдствіе судорожнаго сокращенія маточной шейки. При этомъ наблюдались: расхожденіе швовъ отъ краевъ костей, отдѣленіе *partes condyloideae occipitis* и *pars squamosa* другъ отъ друга или первыхъ отъ *pars basilaris*, переломы и вдавленія теменныхъ и лобныхъ костей, разрывъ отдѣльныхъ сосудовъ мозга,



разрушение мозговой субстанции и, какъ результатъ этого, параличъ отдѣльныхъ нервныхъ путей, чѣмъ обуславливаются страбизмъ, идиотизмъ, мнимая или дѣйствительная смерть ребенка.

Вслѣдствіе захватыванія за челюсть могутъ произойти поврежденія губъ и языка и расхождение хрящеваго соединенія обѣихъ костей нижней челюсти.

Въ заключеніе надо обсудить еще четыре пункта, относящихся къ вопросу объ извлеченіи: 1) предохраненіе плода отъ асфиксіи; 2) возвращеніе плода къ жизни послѣ труднаго извлеченія; 3) извлеченіе недоношенныхъ дѣтей и, наконецъ, 4) извлеченіе оторванной головки.

### 1. Предохраненіе плода отъ асфиксіи.

Для предохраненія плода отъ смерти во время труднаго извлеченія послѣдующей головки, кромѣ ускоренія операціи, употребляются еще различныя приемы.

Самый простой приемъ, который (если онъ выполнимъ) рекомендуется для многорожавшихъ: — отдавливаніе кзади промежности и *sertum recto-vaginale* рукой, ложкой щипцовъ, желобоватымъ зеркаломъ и т. п. и удаленіе массъ, скопившихся около рта, во рту и въ носу ребенка. Этими до извѣстной степени предотвращаютъ вдыханіе слизи, меконія и крови и даютъ доступъ воздуха къ легкимъ.

Кромѣ того, изобрѣтены трубки для вдуванія воздуха или возбужденія дыханія.

*Pugh* устроилъ трубку, состоящую изъ проволочной спирали въ кожаномъ футлярѣ, 10 дюймовъ въ длину и толщиной въ лебединое перо. Послѣ выхожденія ребенка до пупочнаго кольца, одинъ конецъ ея вводится рукой въ зѣвъ ребенка для того, чтобы ребенокъ могъ дышать черезъ эту трубочку. Самъ *Pugh* употреблялъ этотъ инструментъ очень рѣдко. По большей части онъ просто вводилъ палецъ въ ротъ и прижималъ книзу языкъ, чтобы такимъ образомъ ввести воздухъ. *Weidmann* устроилъ (1815) „*vestis aërophorus*“; *Hecking* (*Crefeld*. 1827) — проводитъ воздуха, слегка согнутый и пугловатый на переднемъ концѣ и расширенный воронкообразно на заднемъ.

Я также 10 лѣтъ тому назадъ устроилъ двѣ ложки для дыханія изъ цинка, похожія на неокончатыя ложки щипцовъ, съ полыми черенками, согнутыми по длинѣ на подобіе вѣтвей щипцовъ. На границѣ между черенкомъ и ложкой внутренняя половина расширяющейся здѣсь трубочки срѣзана наискось, и край закругленъ. Между этимъ краемъ, который прижимаютъ снизу къ нижней челюсти, и тѣмъ краемъ ложки, который находится въ той же самой продольной плоскости, гдѣ и наискось срѣзанный край, находится входъ въ трубочку. Ложка кладется подобно маскѣ вокругъ рта и носа, и, такимъ образомъ, препятствуетъ вдыханію инородныхъ тѣлъ и дѣлаетъ возможнымъ вдыханіе воздуха. Ложка, вводимая въ лѣвую половину таза, годится для II-го положенія ножками, а другая — для I-го.

### 2. Оживленіе дѣтей послѣ труднаго извлеченія.

Дѣти, извлеченныя съ трудомъ и съ большой силой, часто погибаютъ не только отъ расстройства плацентарнаго кровообращенія, но вмѣстѣ съ тѣмъ, также еще и отъ механическихъ поврежденій шейной

части позвоночника, затылочной кости (отдѣленіе чешуйчатой части отъ суставной и т. п.), происшедшихъ вслѣдствіе труднаго извлеченія. Я самъ часто наблюдалъ и слышалъ также отъ товарищей, что такіа дѣти, извлеченныя съ большимъ трудомъ, сначала начинали дышать, открывать глаза, — словомъ, имѣли видъ жизнеспособныхъ дѣтей; для удаленія изъ дыхательныхъ путей аспирированныхъ массъ, этихъ дѣтей начинали качать по способу *Schultze*, — и съ этого момента дыхательныя движенія прекращались, сердцебіеніе становилось медленнѣе, и дѣти, сначала подававшія всѣ надежды на оживленіе, въ короткое время умирали. Вскрытіе обнаруживало отдѣленіе хряща между чешуйчатой и сочленовой частью затылочной кости и прониканіе переломленнаго конца внутрь, вслѣдствіе чего происходило смертельное давленіе на продолговатый мозгъ, или наблюдались другія поврежденія центровъ. Насколько качанія, предложенныя *Schultze* емъ для удаленія аспирированныхъ массъ и для введенія воздуха въ легкія, безспорно полезны при чистой асфиксїи, настолько же они рискованны послѣ сильнаго извлеченія за шейку, а также послѣ трудныхъ извлеченій щипцами; вслѣдствіе неизбежнаго при способѣ *Schultze* качанія головки туда и сюда, существующія уже поврежденія черепа, позвоночника, головного и спинного мозга увеличиваются, концы перелома расходятся, и происходятъ новыя кровоизліянія.

Поэтому, я совѣтовала бы для оживленія всѣхъ дѣтей, родившихся въ асфиксїи вслѣдствіе труднаго извлеченія руками или щипцами, выбрать не качанія по *Schultze*, а болѣе покойныя пріемы. Надо очистить ротъ, носъ и глотку тонкимъ полотномъ и эластическимъ катетеромъ, введеннымъ въ глотку, растирать тѣло плода, тереть его щеткой, обливать попеременно холодной и теплой водой и т. п. Если это не помогаетъ, то ко рту ребенка прикладываютъ чистый лоскутъ тонкаго полотна, а къ этому послѣднему свой ротъ, прижимаютъ правымъ большимъ и указательнымъ пальцемъ гортань къ пищеводу и позвоночнику — и осторожно вдыхаютъ воздухъ. Затѣмъ, отнимая свой ротъ отъ рта ребенка, правой рукой скользятъ по основанію груди и верхней части живота и сжимаютъ ихъ для выдыханія. Этотъ методъ не такъ опрятенъ, но вполне пригоденъ и во всякомъ случаѣ менѣе опасенъ, чѣмъ вдуваніе воздуха посредствомъ тупога эластическаго катетера. Введеніе его не совсемъ легко, конецъ его можетъ повредить голосовыя связки, а отъ сильнаго вдуванія воздуха и отъ одновременнаго сжиманія грудной клѣтки могутъ лопнуть легочныя пузырьки, произойдетъ интерстиціальная эмфизема, даже *pneumothorax*, чѣмъ сразу уничтожается результатъ всѣхъ усилій къ оживленію. Если же вдуваютъ воздухъ изъ рта въ ротъ, то излишекъ его выходитъ черезъ носъ.

### 3. Извлеченіе недоношенныхъ дѣтей.

Обыкновенно, изганіе недоношенныхъ плодовъ предоставляется схваткамъ. Но если нужно ускорить роды вслѣдствіе кровотеченія, лихорадки, гнилостныхъ отдѣленій, полной остановки родовъ или вслѣдствіе другихъ причинъ, то надо умѣренно надавливать на дно матки,

и извлекать при этомъ слегка и осторожно. Иначе, кожа спада-етъ съ подлежащихъ тканей, какъ перчатка съ пальца, мускулы и связки сочлененій разрываются, эпифизы отдѣляются и даже кости ломаются; съ утратою-же какой-нибудь части плода исчезаетъ точка опоры для дальнѣйшаго извлеченія. Случалось, что при неполномъ ножномъ положеніи всѣ части суставовъ отрывались вплоть до верхней части бедра, и дальнѣйшее извлеченіе становилось возможнымъ только при низведеніи и осторожномъ притягиваніи другой ножки. Надо обра-щаться осторожно не только съ конечностями, но и съ шейною частью позвоночника, потому что для отрыванія головки 4—5 мѣсячнаго плода требуется не много силы. Слѣдуетъ придать послѣдующей головкѣ сильно согнутое положеніе, чтобы черезъ маточный зѣвъ прежде всего прошелъ подбородокъ, представляющій изъ себя вершину конуса; затѣмъ надо надавливать сверху на матку и оставить всякое дальнѣй-шее извлеченіе за шейную часть позвоночника.

#### 4. Извлеченіе оторванной головки.

Для извлеченія оторванной головки—что приходится теперь дѣлать весьма рѣдко—надо прежде всего согнуть ее, вставить подбородокъ въ маточный зѣвъ, затѣмъ зацѣпить указательнымъ пальцемъ за ротъ и извлекать за него во время схватокъ. Если кровотеченія, разрывы и другія осложненія требуютъ быстрого окончанія родовъ, то употребляютъ щипцы, краниокласть, — одна ложка котораго вводится глубоко въ ротъ, а другая накладывается снаружи на нижнюю челюсть и шейку, — или кефалотрибъ.

**Историческія замѣчанія.** Для освобожденія отрубзанной или оторванной головки, которая еще задерживается въ маткѣ, древніе греческіе, римскіе и арабскіе врачи (такъ напр. уже Филумень) употребляли острые крючки.

Захватывающія ножки (*pieds de griffon, pedes gryphii*) *J. Dalechamps'*a (1570) *A. Paré* рекомендовалъ вѣстѣ съ крючками для извлеченія головки. *Mauriceau* рекомендовалъ употреблять для освобожденія головки руку, пращу, петлю или острый крючекъ. *Amand* изобрѣлъ сѣтчатую шелковую сумочку съ таземъ, кольцомъ и шнурками. *Dionis* рекомендовалъ большимъ пальцемъ надавливать на оторванную часть шеи, остальные-же пальцы положить на лицо и такимъ образомъ извлекать. *Levret* изобрѣлъ *Tire-tête*, состоящій изъ трехъ тонкихъ, искривленныхъ по плоскости стальныхъ полосокъ, которыя вводится наложенными одна на другую, потомъ раскрываются и ложатся около головки. *De la Motte* рекомендовалъ проводить „*Tenettes*“ черезъ отверстие черепа и извлекать за нихъ. *Fried* извлекалъ своими зубчатыми щипцами (1729).

Въ послѣдующее за симъ время болѣе всего примѣнялись костные щипцы и кефалотрибъ.

#### 2. Извлеченіе плода при черепномъ положеніи.

**Предварительныя замѣчанія.** Если ребенокъ при черепномъ предлежаніи не родится послѣ полного открытія маточнаго зѣва и долго продолжающихся родовъ, или если наступаютъ симптомы, опасные для жизни роженицы или плода, то является мысль помочь или замѣнить слабыя сокращенія матки и брюшного пресса.

Для этой цѣли *Kristeller* совѣтовалъ «*выжиманіе*», которое состоитъ въ накладываніи обѣихъ рукъ на дно матки и въ надавлива-

ни по направленію длинной оси матки, какъ при выжиманіи послѣда по способу *Credé*; какъ сказано выше, при послѣдующей головкѣ это выжиманіе вполнѣ цѣлесообразно, при головномъ-же предлежаніи оно ненадежно, и потому оставлено.

Гораздо цѣлесообразнѣе, вмѣсто давленія сзади, пользоваться влеченіемъ спереди.

Ветеринаръ, обхватывая обѣими руками головку, можетъ извлечь плодъ у большихъ млекопитающихъ животныхъ; у женщины-же этотъ приемъ невозможенъ вслѣдствіе узости влагалища.

Поэтому, уже давно пытались извлекать головку различными инструментами, которые, за исключеніемъ щипцовъ, вышли изъ употребленія; о нихъ можно упомянуть здѣсь только въ виду историческаго интереса.

Сюда относятся:

1. Петли. *Rhazes* употреблялъ платки и петли. *Avicenna* петлю и сѣтку для извлечения чрезмѣрно большой головки. *Brudemell Exton* изобрѣлъ (1751) „Fillet“, *Péan*—„porte-fronde“ (головную петлю по *Perret*). *Pugh* устроилъ головной тазъ, состоящій изъ четырехъ петель съ желѣзной палкой. Также *Heister* совѣтовалъ накладывать повязку въ видѣ петли на нижнюю челюсть и извлекать за нее.

Японецъ *Mitsu-sada-Kangawa* изобрѣлъ (1812) петлю изъ китоваго уса, которая надѣвается на нижнюю челюсть и затылокъ и притягивается посредствомъ сквозной пластинки изъ китоваго уса за поперечную рукоятку. Но такъ какъ эта петля производила кровавыя ссадины на подбородкѣ и щекахъ, то *Mitsu-taka-Kangawa* (1832) для рожденія царственнаго принца устроилъ особый аппаратъ, состоящій изъ шелковаго платна, который въ свернутомъ видѣ вводится посредствомъ палочки изъ китоваго уса до подбородка, потомъ раскрывается, проводится черезъ отверстіе въ шпатель и извлекается.

Изобрѣтеніе американца *John Evans* изъ Филадельфій (*s. Byford's Princip. a. pract. of obst.*), похоже на это: онъ пользовался тесьмой и желѣзной палочкой.

2. Шапочки. Уже *Levet* устроилъ такую шапочку (*Mütze*), *Baron* еще въ 1859 г. другую, и *Pouillet* (1875) свой *sericeps*.

3. Крючки. Еще *Филуменъ* совѣтовалъ накладывать крючки на обѣ противоположныя стороны головки и посредствомъ нихъ извлекать головку. *Peu* утверждаетъ, что онъ часто извлекалъ живыхъ и жизнеспособныхъ дѣтей посредствомъ одного крючка, наложеннаго на нижнюю челюсть.

4. Маточное зеркало. *Pierre Franco* вводилъ (1561) свое трехстворчатое зеркало во влагалище до маточнаго зѣва, раскрывалъ его здѣсь настолько, что можно было захватить головку между тремя створками, и захваченную такимъ образомъ головку извлекалъ.

5. „*Suction-Tractor* или *Aérotractor*“. Такимъ именемъ назвалъ *S. Simpson* замкловатый и непрактичный инструментъ, представляющій изъ себя большую кровососную банку, которая прикладывается къ головкѣ и можетъ служить для ея извлечения. Онъ состоитъ изъ мѣдной шприцовки съ стержнемъ и двойнымъ клапаномъ на нижнемъ концѣ и изъ металлической чаши съ краями шириной въ 3,8 см., окруженной каучуковымъ колоколомъ. Проволочная сѣтка и фланель покрываютъ металлическую чашку.

Этотъ инструментъ, по наблюденіямъ самого *Simpson'a*, легко соскальзываетъ съ покрова черепа или отдѣляетъ кожу головы отъ надкостницы, вслѣдствіе чего онъ вскорѣ послѣ своего изобрѣтенія долженъ былъ перейти въ *Armamentarium Lucinae antiquum*.

Послѣ этого историческаго обзора рассмотримъ:



### Извлечение головными щипцами.

Несомненно самый удобный инструментъ для извлечения головки—головные или акушерскіе щипцы, *Forceps obstetricius*, состоящіе изъ двухъ ложекъ; послѣднія, будучи наложены на противоположныя стороны головки, захватываютъ ее и извлекаютъ.

#### Устройство щипцовъ.

Каждые щипцы состоятъ изъ двухъ вѣтвей, *brachia, branches, blads*. Каждая вѣтьв спереди имѣетъ ложку, *cochlear, folium, cuiller*; вслѣдствіе изгиба ея по плоскости образуется головная кривизна для захватыванія овальной головки, а вслѣдствіе изгиба по краю—тазовая кривизна, соотвѣтственно проводной линіи таза, какъ это бываетъ у большинства инструментовъ. Ложка бываетъ не окончатая или окончатая, т. е. съ продолговатымъ сквознымъ (*Fenster, fenestra*), отверстіемъ и состоитъ только изъ окончатой рамы или реберъ, *costae, jumelles*. Кзади ложка сьуживается въ черенокъ ложки, шейку, *pedunculus* или *collum*. Оба черенка сходятся у большинства щипцовъ къ замку, *pars juncturae*, гдѣ они перекрещиваются и замыкаются болѣею частью на подобіе ножницъ. Та часть вѣтви, которая предназначена для наладыванія рукъ, слѣдовательно, для захватыванія, по большей части бываетъ обдѣлана снаружн деревомъ и называется рукояткой, *manubrium, manche*.

Та вѣтьв, ложка которой вводится въ лѣвую сторону таза матери и рукоятка которой захватывается лѣвой рукой, называется лѣвой вѣтьвью или мужской, такъ какъ у многихъ инструментовъ здѣсь находится замокъ; ложка-же, вводимая въ правую сторону и захватываемая правой рукой, называется правой или женской, потому что на ней находится вырѣзка или отверстіе.

Еслибы захотѣли назвать вѣтви сообразно положенію ложекъ замкнутого и лежащаго передъ нами инструмента съ концами, обращенными отъ насъ, то вѣтьв, вводимую въ лѣвую половину таза и захватываемую лѣвой рукой, слѣдовало бы назвать правой. Мы придерживаемся перваго наименованія.

Здѣсь безцѣльно будетъ перечислять, а тѣмъ болѣе описывать массу щипцовъ, изобрѣтенныхъ до сего времени. Мы ограничимся тѣмъ, что вкратцѣ опишемъ нѣкоторыя типическія формы щипцовъ.

Акушерство.



Фиг. 9.

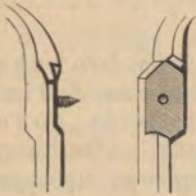


Фиг. 10.

Щипцы Chamberlen'a № 1. Щипцы Chamberlen'a № 3.



Въ первой модели щипцовъ *Peter'a Chamberlen'a* (фиг. 9) верхнее окончатое отверстіе лѣвой вѣтви доходитъ до замка и на заднемъ концѣ ея также, какъ и на нижнемъ ребрѣ и замочной части правой вѣтви, продѣланы перпендикулярно отверстія. Черезъ эти три отверстія проходитъ винтъ.



Фиг. 11.

Замокъ щипцовъ Chamberlen'a № 3.

Щипцы (фиг. 12) *Joh. Palfyn'a* (1723), «*manus ferrei*», состоятъ изъ двухъ неокончатыхъ ложекъ, согнутыхъ сильно по плоскости, но не по краю, съ закругленными концами, къ ложкамъ придѣланы прямыя и



Фиг. 12.

Щипцы Palfyn'a.



Фиг. 13.

Щипцы Levret'a.

параллельныя другъ другу черенки съ весьма небольшими рукоятками. Перекрещиванія вѣтвей нѣтъ.

Щипцы *Levret'a* (фиг. 13), предложенные въ 1747 г. Парижской Академіи, сдѣланы всѣ изъ стали, длиной 44 см. Ложки—окончатыя и имѣютъ головную кривизну въ 6,5 см. и большую тазовую кривизну (la nouvelle courbure) такъ, что концы ложекъ поднимаются надъ плоскостью, на которой лежатъ щипцы, на 6 см. Внутренняя поверхность окончатыхъ рамъ по краямъ имѣетъ непрерывную вырѣзку для лучшаго примыканія щипцовъ къ головкѣ. Замокъ состоитъ изъ плотно вдѣланнаго, но подвижнаго винта (axe tournant) на нижней вѣтви и соответственнаго отверстія на верхней вѣтви, съ ромбоидальными вырѣзками на обѣихъ вѣтвяхъ. (Въ первой модели на лѣвой ложкѣ ось, на правой—три отверстія съ задвижкой). Металлическія рукоятки въ 20 см. длиной—тонкія и четырехугольныя—къ срединѣ сходятся другъ съ другомъ, а къзади оканчиваются въ видѣ крючковъ, отогнутыхъ въ стороны.

Первые щипцы *Smellie* (фиг. 14) короткіе. Ложки не имѣютъ вовсе тазовой кривизны, и ребра у нихъ тонкія, закругленные. Замокъ—такъ называемый англійскій въ видѣ большого пальца, т. е. онъ соответствуетъ двумъ перекрещеннымъ рукамъ, вложеннымъ ладонной поверхностью одна въ другую. Каждая вѣтвь на замочной части имѣетъ миртовидную пластинку, за ней къзади внутрь лежитъ покатая наискось плоскость, которая превращается въ желобокъ, ограниченный черенкомъ и миртовидной пластинкой. Въ желобокъ вкладывается черенокъ другой вѣтви. Рукоятки—короткія, снаружи обложены деревомъ, на заднемъ ихъ концѣ—посредствомъ круговой бороздки (для вкладыванія тесмы) образуется набадашникъ. Кожаный чехолъ покрываетъ всѣ вѣтви такъ, что окошки оказываются закрытыми.

Короткость всего инструмента, отсутствие тазовой кривизны или незначительная тазовая кривизна, замокъ въ видѣ большого пальца, рукоятки, обложенныя деревомъ и имѣющія назади поперечную борозду—вотъ тѣ особенности, которыя впоследствии сдѣлали характерными англійскіе щипцы.

*Brünninghausen* устроилъ длинныя щипцы съ большой тазовой кривизной, узкими окошками, волнообразно вырѣзанными рукоятками и поперекъ выдающимся отростками къзади замка. Замокъ *Brünninghausen'a*, принятый большею частью нѣмецкихъ акушеровъ, состоитъ изъ короткаго вертикальнаго штифта на лѣвой вѣтви, на наружный конецъ котораго надѣта широкая пуговка, и изъ вырѣзки на внутреннемъ краѣ правой вѣтви, на половину обхватывающей штифтъ. Этотъ замокъ запирается просто и крѣпко.

Щипцы *Nägelé* (фиг. 15) 38 см. длиной, изъ нихъ 15 сант. приходится на рукоятки; ложки хорошо закруглены, съ широкими окошками, отстоять другъ отъ друга на 7 см. и искривлены по краю на

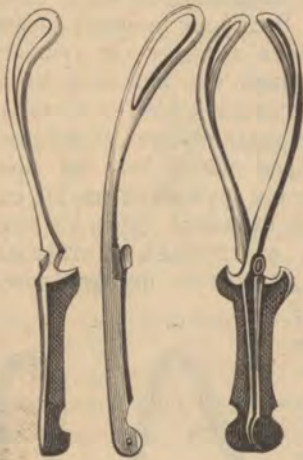


Фиг. 14.

Щипцы Smellie.



5 см. Замокъ у нихъ—*Brünninghausen'a*; сзади него придѣланы крючки. Обложенныя деревомъ рукоятки у задняго конца имѣютъ круговую бороздку.



Фиг. 15.

Щипцы Nägelé.

съ выпуклой. Расстояніе концовъ ложекъ другъ отъ друга—1 см. Замокъ такой же, какъ въ щипцахъ *Brünninghausen'a*, рукоятки—деревянные, около замка находятся закругленные крючки длиной въ 2,8 см., на задней части рукоятокъ—круговая бороздка и набалдашникъ. Изображеніе ихъ см. на фиг. 21 и слѣдующихъ.

**Историческія замѣчанія.** Изобрѣтатель щипцовъ *Peter Chamberlen* (также *Chambellan* или *Chambrelein*), старшій сынъ парижскаго врача *William'a Chamberlen'a*, родился около 1560 г. въ Парижѣ, впоследствии практиковалъ въ Лондонѣ, гдѣ состоялъ членомъ *Barber Surgeon's Company* (1598), а также придворнымъ врачомъ короля Карла I и его супруги Генриетты и умеръ въ Лондонѣ въ 1631 г. Изобрѣтенный имъ въ концѣ 16-го столѣтія инструментъ сохранился, какъ фамильная тайна и какъ матеріальная прибыль, позднѣе онъ былъ проданъ двоюроднымъ внукомъ изобрѣтателя *Hugh Chamberlen'омъ* старшимъ голландцу *Roonhuysen*, который эксплоатировалъ его недостойнымъ образомъ. Кромѣ неопредѣленныхъ свѣдѣній объ этомъ инструментѣ мы ничего не имѣемъ; самъ *Chamberlen* не опубликовалъ своего изобрѣтенія. Однако намъ остались модели, найденныя въ домѣ, принадлежавшемъ прежде *Chamberlen'у*, (*Woodham Mortimer Hall* при *Maldon, Essex*) и переданныя отъ *Mrs. Kemball* доктору *Lee, Rigby* (1818), *H. H. Canivardine* и *Aveling* подробно описали эту важную находку, исторію всего семейства и т. д.

Слѣдующимъ изобрѣвателемъ щипцовъ былъ *Johann Palfyn*, анатомъ и хирургъ въ Гентѣ, который въ 1723 году представилъ на разсмотрѣніе парижской академіи изобрѣтенныя имъ „*Manus ferrei*“ (см. фиг. 12) и поэтому въ ученномъ мірѣ считается собственно изобрѣвателемъ щипцовъ.

Тѣ и другіе щипцы, особенно *Palfyn'a*, представляли изъ себя инструменты почти негодные къ употребленію, вслѣдствіе чего были скорѣе измѣнены въ разныхъ направленіяхъ и существенно улучшены.

Щипцы *Chamberlen'a* служили типомъ для англійскихъ щипцовъ, хотя такъ назыв. англійскій замокъ не встрѣчался ни въ самыхъ древнихъ щипцахъ *Drinkwater'a*, ни

Эти щипцы, а также и модификація ихъ, такъ наз. щипцы Пражской школы—самые распространенныя въ Германіи.

Посредственная длина, большая тазовая кривизна, простой замокъ въ видѣ штифта, рукоятки, обложенныя деревомъ съ попереку выступающими крючками,—эти особенности находятся въ большей части нѣмецкихъ щипцовъ.

Я самъ уже нѣсколько лѣтъ пользуюсь щипцами длиной въ 40 см., всѣ части которыхъ сдѣланы изъ стали и, слѣдовательно, легко стерилизуются. Длина ручекъ до замка 18 см., тазовая кривизна равняется 8 см., самое большое разстояніе между ложками (въ 8 сантиметрахъ отъ концовъ ложекъ) 7,3 см. Окончатыя ложки отстоятъ другъ отъ друга съ вогнутой стороны на  $\frac{1}{2}$  mm. ближе, чѣмъ

даже въ щипцахъ *Chapman'a* (1733), и впоследствии они были видоизмѣнены *W. Smellie*, какъ очень удобныя выходныя щипцы.

Щипцы *Palfyn'a* сдѣлались также предметомъ дальнѣйшаго усовершенствованія и въ окончательной формѣ появились въ видѣ такъ называемыхъ французскихъ щипцовъ *Levret'a*. Сначала *Grilles le Doux* изъ Ypres соединилъ параллельныя рукоятки тесьмой, кто-то другой двойнымъ крючкомъ, *Dussé* († 1734) сдѣлалъ обѣ вѣтви перекрещивающимися, соединилъ ихъ замкомъ съ винтомъ и отверстиемъ, сдѣлалъ въ нихъ вырѣзки и кольца рукоятокъ изогнулъ въ видѣ крючковъ. *Gregoire* (1739) устроилъ окошки, и наконецъ *Levret*—такъ называемую тазовую кривизну. Такимъ образомъ, созданы были французскія щипцы, удобныхъ для примѣненія и при высокомъ стояніи головки.

Старинныя нѣмецкія и датскія щипцы *Fried'a*, *Stark'a*, *Saxtorph'a*, *Osiänder'a*, *Siebold'a*, *Hüter'a*, *Busch'a*, *v. Ritgen'a* и др. соединили въ себѣ выгодныя стороны того и другого типа. Изъ нихъ слѣдуетъ упомянуть о нѣкоторыхъ формахъ, которыя влѣдствіе разныхъ приспособленій сдѣлались пригодными при особахъ показаніяхъ.

Чтобы приспособить ложки также къ несимметричнымъ поверхностямъ головки, черенокъ правой ложки въ инструментѣ *Fried'a* сдѣланъ подвижнымъ, т. е. ложка назадъ переходитъ въ шипъ съ винтомъ, который вдвигается въ отверстие стержня, цѣлесообразно повертывается и затѣмъ укрѣпляется въ вырѣзкѣ при помощи пружины.

Чтобы замкнуть ложки, датчанинъ *M. Saxtorph* (1779) придѣлалъ позади замка шарниръ.

Для того, чтобы можно было примѣнить также при высокомъ положеніи головки достаточно большую силу, *Osiänder*—отецъ изобрѣлъ очень длинныя щипцы, сдѣланные изъ стали, съ неокончатыми и сильно изогнутыми по краю ложками, вѣтви которыхъ, перекрещиваясь въ ромбическихъ вырѣзкахъ, ложатся другъ на друга и соединяются поперечной застѣжкой; на рукояткахъ же находится двѣ пары поперечныхъ отростковъ.

У щипцовъ *Siebold'a* замокъ состоитъ изъ крылообразнаго винта на лѣвой вѣтви и вырѣзки—на правой; на рукояткахъ—поперечныя отростки.

У длинныхъ щипцовъ *Busch'a* находится на правой вѣтви пластинка на подобіе митроваго листа, какъ у англійскихъ инструментовъ, и на лѣвой вѣтви—плоская вырѣзка. На деревянныхъ рукояткахъ поперечныя отростки.

Различныя модели щипцовъ *Hüter'a* отличаются подвижностью ложекъ, которая достигается тѣмъ, что винтъ лѣвой вѣтви вкладывается въ продольный желобокъ правой вѣтви.

Щипцы *v. Ritgen'a* допускаютъ укороченіе той или другой ложки, накладываемой на затылокъ. Именно на правой ложкѣ находится 3 отверстия, въ одно изъ которыхъ—въ самое переднее, если ложка должна быть укорочена—и вкладывается коническій стержень лѣвой ложки. Боковая вырѣзка на стержнѣ служитъ для укрѣпленія пружины, придѣланной къ краю правой вѣтви. Въ остальномъ этотъ инструментъ имѣетъ умѣренную тазовую кривизну и деревянныя рукоятки съ отростками на ихъ заднемъ концѣ.

Типомъ нѣмецкихъ щипцовъ можно считать щипцы *Brünnighausen'a* и ихъ болѣе изящную модификацію, щипцы *Nägele* (см. выше фиг. 15), а также щипцы Пражской школы.

Изъ болѣе новыхъ нѣмецкихъ щипцовъ надо еще упомянуть о щипцахъ *Kristeller'a* (1861), у которыхъ внутри полой рукоятки находится спиральная стальная пружина для измѣренія силы, такъ что на шкалѣ можно видѣть силу давленія, которая обыкновенно не достигаетъ 30 фунтовъ, но при сильномъ сопротивленіи доходить даже до 30—35 фунтовъ и болѣе. Впрочемъ, относительно достоинствъ этой шкалы *Hohl* увѣрялъ, что для ребенка можетъ быть опаснымъ уже такое давленіе на рукоятки, которое не имѣетъ соотвѣстнаго обозначенія на шкалѣ.

Далѣе слѣдуетъ упомянуть о щипцахъ *Ed. Martin'a* съ черенками ложекъ, обращенными выпуклостью внутрь, съ замкомъ *Busch'a*, съ очень короткими, назначенными для одной только руки, рукоятками, имѣющими поперечныя отростки; о щипцахъ *Schrö-*

*der'a*, очень похожих на предыдущіе, и — *Olshausen'a*, которые больше похожи на щипцы *Busch'a*, но имѣют неокончатая ложки, и наконецъ о легкихъ выходныхъ щипцахъ *Neumann'a*.

Изъ новыхъ французскихъ щипцовъ слѣдуетъ назвать: длинныя щипцы *Dubois*, всѣ изъ стали, съ сильной тазовой кривизной, съ очень широкою замочной частью, съ замкомъ, состоящимъ изъ крылообразнаго вѣтви и вѣрзки, съ металлическими ручками, концы которыхъ загнуты внаружи въ видѣ крючковъ; очень легкія щипцы *Trélat*; щипцы *Baumer'a* съ черенками ложекъ, согнутыми влѣво; щипцы *Rau à axe brisé*, замокъ которыхъ имѣетъ двѣ бороздки для болѣе высокаго положенія одной вѣтви; *Forceps assemblé Camille Bernard'a*, вѣтви которыхъ соединены колѣвчатымъ шарнаромъ, такъ, что ложки вводятся другъ надъ другомъ и потомъ раздѣщаются; наконецъ, короткіе *Lincers Mattei*, черенки которыхъ окачиваются крючкособразными поперечными рукоятками.

Большая часть новыхъ англійскихъ щипцовъ имѣютъ умѣренную тазовую кривизну, замокъ въ видѣ большого пальца, рукоятки деревянные. У инструмента *Hewitt'a* рукоятки очень коротки, у щипцовъ *Draper'a* и *Vacher'a* рукоятки въ видѣ поперечныхъ отростковъ, у короткихъ щипцовъ *Simpson'a* — въ видѣ набалдашника, у щипцовъ *Inglis'a* въ видѣ набалдашника съ поперечными отростками. Черенки ложекъ отчасти изогнуты дугообразно прямо передъ замкомъ для вкладыванія пальца (*Burnes, Lever, Hewitt, Greenhalgh*) или изогнуты подъ угломъ (*Barclay, Ramsbotham, Simpson, Blundell, Waller, Ziegler, Inglis, Murphy*).

Болѣе всего извѣстны длинныя щипцы *Simpson'a*, длиной въ 35 см., съ умѣренной тазовой кривизной, параллельными черенками ложекъ, съ половиннымъ, немного подвижнымъ замкомъ въ видѣ большого пальца, съ рукоятками, снабженными поперечными выемками и поперечными отростками. *C. Braun* нѣсколько измѣнилъ этотъ инструментъ и покрылъ его твердымъ каучукомъ.

Изъ русскихъ инструментовъ упомяну о такъ называемыхъ нормальныхъ щипцахъ *Лазаревича*, выставленныхъ впервые въ Лондонѣ въ 1866 г. Окончатая ложка не имѣетъ тазовой кривизны съ тою цѣлю, чтобы можно было захватить головку при всякомъ высокомъ положеніи (?) ея и въ любомъ діаметрѣ. Черенки ложекъ тотчасъ назадъ сходятся другъ съ другомъ, потомъ изогнуты полукругомъ внаружи такъ, что между ними остается мѣсто для пальца, и наконецъ примыкаютъ другъ къ другу. Замка нѣтъ для того, чтобы ложки во всякомъ разстояніи могли быть параллельными, также для того, чтобы предотвратить соскальзываніе и не ограничивать вращенія головки внутри инструмента. На очень короткихъ рукояткахъ спереди находятся широкіе деревянные, а на концахъ металлическіе поперечные отростки и снарядъ для соединенія ложекъ. Головка должна притягиваться только помощью сходящихся другъ къ другу концовъ ложекъ. *Федоровъ* очень хвалилъ этотъ инструментъ въ противоположность общеупотребительнымъ щипцамъ, на основаніи опытовъ, произведенныхъ въ Варшавской клиникѣ *Истробова*.

Относительно устройства другихъ щипцовъ, которыхъ до сего времени изобрѣтено около 200 вариантовъ, указаннаго можно найти въ *Armamentarium Lucinae novum Kilian'a*.

На ряду съ многочисленными формами классическихъ *Forceps obstetricius* въ послѣднее десятилітіе предметомъ оживленныхъ споровъ, клиническихъ опытовъ и упражненій на фантомѣ сдѣлались такъ называемыя щипцы съ осевымъ влеченіемъ, *axis-traction-forceps*.

Мысль, положенная въ основаніе ихъ устройства, слѣдующая: если при высокомъ положеніи головки производить тракціи восо внизъ щипцами, имѣющими тазовую кривизну, для того, чтобы стянуть головку въ полость таза, то замокъ и рукоятки сильно надавливаютъ на промежность и копчикъ, а концы ложекъ производятъ давленіе на переднюю стѣнку таза и находящаяся здѣсь мягкія части. Прежде же всего головка сильно прижимается къ лоннымъ костямъ, что — не го-



вора уже о размождении—обусловливает потерю силы; эта потеря силы увеличивается вмѣстѣ съ увеличеніемъ угла между осью входа въ тазъ и направлениемъ влечения щипцовъ и, по *Tarnier*, равняется 10—40 kg., а по *Lahs'*у, при силѣ влечения въ 25 kg. можетъ дойти до 19 kg. Это знали давно и уже раньше пытались устранить это неудобство разными способами: «im Stehen zu verrichtenden Druckbewegungen mit der Zange», т. е., при помощи надавливания одной руки на замокъ по направленію книзу (*Osiander* отецъ), или при помощи тесьмы, обязанной вокругъ замка, за которую дѣлають тракціи внизъ (*Saxtorph*), или посредствомъ ремня, проведеннаго черезъ концы окошекъ и потомъ черезъ кольцо *Meyer'a*, надѣтое на замокъ; за этотъ ремень и тянутъ по направленію внизъ (*Sänger*).

Къ щипцамъ съ осевымъ влеченіемъ приложенъ еще другой принципъ для ограниченія давленія на лонныя кости, который состоитъ въ томъ, что къ заднимъ концамъ ложекъ, имѣющихъ тазовую кривизну, прицѣпляются ручки или черенки для влечения, задніе концы которыхъ вдѣланы въ поперечную рукоятку.

Щипцы такого рода устроили *Hermann*—(изъ Берна въ 1844 г.) *Hubert* и *Hartmann*, но главнымъ образомъ *Tarnier* (1877), который представилъ не менѣе 30 моделей щипцовъ съ осевымъ влеченіемъ. *Tarnier* отвергъ щипцы *Levet'a*, потому что ими нельзя извлекать по направленію оси таза, потому что при нихъ не можетъ быть той подвижности головки, какой требуетъ кривизна таза, и наконецъ потому, что они не имѣютъ указателя, который придавалъ бы надлежащее направленіе влеченію.

Устроенные имъ щипцы съ осевымъ влеченіемъ представляютъ изъ себя тонкіе щипцы средней длины съ тазовой и промежуточной кривизной, вѣтви которыхъ соединяются на подобіе замка при помощи крылообразнаго винта и вырѣзки; позади находится еще сжимающій винтъ, а рукоятки съ изогнутыми концами снабжены поперечными отростками. Ручки для извлечения пристроены на шарнирахъ къ нижнимъ ребрамъ по ширинѣ заднихъ концовъ окошекъ; онѣ приделаны подъ рукоятками, дугообразно изогнуты и вставляются въ поперечную рукоятку.

Послѣ *Tarnier* изобрѣли щипцы съ осевыми тракціями: *Breus*, *Simpson*, *Sänger*.

Однако щипцы *Tarnier* даже во Франціи, несмотря на то, что вызвали къ себѣ большое вниманіе, тотчасъ нашли горячаго противника въ лицѣ *Pajot*. Но самымъ обстоятельнымъ образомъ они обсуждались въ Германіи и Австріи, гдѣ только немногіе: *Breus*, *Sänger*, *Winckel*, *Bumm*, *Bayer* и *Freund* высказались за ихъ относительную пригодность. Громадное-же большинство практическихъ акушеровъ въ общемъ не приняли ихъ и, по нашему мнѣнію, справедливо, такъ какъ бесполезное и вредное давленіе на лонное соединеніе можетъ быть уменьшено посредствомъ влечения головки книзу, посредствомъ надавливанія замка книзу и посредствомъ легкаго поднятія рукоятокъ; а самое пригодное направленіе тракціи будетъ тогда, когда притяженіе дѣлается въ направленіи самаго незначительнаго сопротивленія; наконецъ вращанія головки совершаются гораздо труднѣе въ щипцахъ *Tar-*

*nier*, чѣмъ въ обыкновенныхъ щипцахъ, своевременно разомкнутыхъ. Итакъ, всѣ три преимущества, прославившія щипцы *Tarnier*, достигаются простымъ способомъ и въ обыкновенныхъ щипцахъ. Къ тому же присоединяется сложное устройство, высокая цѣна, затруднительность помѣщенія сильно изогнутыхъ щипцовъ въ наборъ, необходимость имѣть двое щипцовъ,—все это вмѣстѣ взятое мѣшаетъ ихъ широкому распространенію.

Необходимыя качества хорошихъ щипцовъ—слѣдующія:

1. Достаточная головная кривизна. При замкнутомъ инструментѣ разстояніе между ложками должно быть около 7 см., и мѣсто самого большого искривленія по плоскости должно приходиться приблизительно на разстояніи 5,5 см. позади концовъ ложекъ. Если это мѣсто лежитъ ближе къ замку, и вообще головная кривизна очень плоска, то ложки весьма легко соскальзываютъ; если захваченная головка очень велика, или если ложки наложены на лобъ и затылокъ вмѣсто того, чтобы лежать на височныхъ костяхъ, то при плоской кривизнѣ периферическіе концы ложекъ будутъ почти параллельными другъ другу, что вполне объясняетъ соскальзываніе щипцовъ. Наоборотъ, если периферическія части ложекъ сильно наклонены другъ къ другу, то концами ложекъ можно произвести очень опасное давленіе на лицо, основание черепа или шею. Во всякомъ случаѣ, концы ложекъ при замкнутомъ инструментѣ должны отстоять другъ отъ друга на 1—2 см.

2. Цѣлесообразная, т.-е. большая тазовая кривизна необходима для того, чтобы можно было серединой ея захватить головку, стоящую въ тазовомъ входѣ, и свести ее. Ложки должны имѣть въ длину около 9,2 см., а также должны быть изогнуты по краю настолько, чтобы концы ложекъ возвышались надъ плоскостью, гдѣ лежатъ рукоятки, на 7—8 см.; кромѣ того ложки должны доходить до основанія черепа высокостоящей головки, а замокъ долженъ находиться въ половыхъ частяхъ. Изогнутость по краю есть подражаніе проводной линіи таза, вогнутость которой обращена къ лонному соединенію. При низкомъ стояніи головки можно оперировать щипцами безъ тазовой кривизны.

3. Ложки должны быть тщательно закруглены, но не слишкомъ тонки, потому что въ такомъ случаѣ онѣ глубоко врѣзываются въ мягкія части, и не должны имѣть зазубринъ, коймы и т. п. Овоши имѣютъ то преимущество, что такая ложка крѣпче держится вслѣдствіе вѣдренія въ нихъ мягкихъ частей, невыгода же состоитъ въ томъ, что рама окошка оставляетъ въ послѣдствіи на захваченной части кожи сильную красную полосу отъ давленія и что въ случаѣ, если въ окошко попадетъ ухо или малая половая губа, эти послѣдніе могутъ быть надрѣзаны или совсѣмъ оторваны. Ложки безъ окошекъ легче вводить и вынимать, и онѣ оставляютъ менѣе значительныя слѣды на головкѣ. Но если онѣ ложатся на лобные или затылочные бугры, и операція требуетъ болѣе сильнаго надавливанія, то здѣсь происходитъ размозженіе, ведущее къ некрозу покрововъ, отдѣленію надкостницы, отслаиванію слоевъ кости. Легкое схождение ложекъ отъ выпуклаго края къ вогнутому цѣлесообразно—вслѣдствіе овальной формы головки.

4. Концы ложекъ должны отстоять другъ отъ друга на

1—2 см.; тогда они не так сильно сдавливаютъ, какъ при непосредственномъ соприкосновеніи.

5. Задніе концы ложекъ у многихъ щипцовъ изогнуты по длинѣ и притомъ такъ, что выпуклость ихъ обращена кнаружи. Однако такой изгибъ—нецѣлесообразенъ; такъ какъ при этомъ, прежде нежели головка еще прорѣжется, половая щель сильно растягивается поперечно, вслѣдствіе чего происходятъ разможеніе и даже глубокіе надрывы. Гораздо лучше дѣлать задніе концы ложекъ прямыми или выпуклыми внутрь.

6. Замокъ долженъ быть устроенъ просто; всякое сложное устройство—нецѣлесообразно. Обѣ вѣтви должны легко вкладываться одна въ другую, затѣмъ крѣпко удерживаться, т. е. не должны двигаться по длинѣ вперед и назадъ или поворачиваться около продольной оси. Этимъ требованіямъ лучше всего соотвѣтствуетъ замок *Brünninghausen'a*.

7. Рукоятки должны быть настолько длинны, чтобы можно было положить обѣ руки рядомъ. Такъ какъ толстыя рукоятки, которыя, будучи сложены другъ съ другомъ, образуютъ круговую вырѣзку, удобнѣе захватываются рукой, чѣмъ тонкія пластинчатая рукоятки, то лучшими будутъ полныя металлическія рукоятки съ полукруглой бороздкой; къ тому-же онѣ легко стерилизуются.

8. Поперечные отростки, находящіеся тотчасъ позади замка, должны быть удобны для помѣщенія на нихъ двухъ крючкообразно согнутыхъ пальцевъ; поперечные-же отростки на заднихъ концахъ рукоятокъ побуждаютъ насъ сильно сжимать послѣднія, потому что при этомъ сила прикладывается къ длинному рычагу: значить, этихъ отростковъ не слѣдуетъ дѣлать.

Изъ нѣмецкихъ щипцовъ больше всего надо рекомендовать щипцы *Nägeli*, и затѣмъ еще многими акушерами употребляется модификація ихъ, т. назыв. щипцы Пражской школы.

### Дѣйствіе щипцовъ.

Съ механической точки зрѣнія, дѣйствіе щипцовъ надо разсматривать слѣдующимъ образомъ: рукоятки сдавливаются руками по направленію къ средней линіи, у замка находится вращающаяся точка, и къ внутренней поверхности ложекъ прилежитъ тяжесть, т. е. головка, оказывающая противодѣйствіе въ направленіи параллельномъ и противоположномъ сдавливанію рукъ. Такъ какъ сила находится съ одной стороны вращающейся точки, а тяжесть съ другой, то каждая вѣтвь представляетъ двулучій рычагъ, а слѣдовательно, весь инструментъ представляетъ изъ себя соединеніе двухъ двулучіихъ рычаговъ съ одной общей вращающейся точкой.

Щипцы предназначены единственно только для влеченія. Правда, ложки сдавливаютъ головку, уменьшаютъ въ незначительной степени содержимое черепа вслѣдствіе оттока крови и цереброспинальной жидкости и уменьшаютъ также захваченный діаметръ головки; однако этимъ ничего или очень мало выигрывается для

операции, потому что захваченный размер головки обыкновенно бывает не тот, величина которого затрудняет роды; напротив, затруднение производит защемленный размер головки, стоящий большей частью под прямым углом к захваченному. Чтобы не нанести серьезных повреждений черепу и мозгу, — [чего надо опасаться, по *Kristeller*'у, уже при силе давления на рукоятки в 20—25 kg., а по *Joulin*'у<sup>1)</sup> эта сила может достигать до 70 kg. (?)], рукоятки щипцов надо сдавливать на столько, чтобы щипцы удерживали головку, а не соскальзывали с нея; и если соскальзывания нечего бояться вследствие хорошего наложения ложек и плотного прижатия со стороны родового канала, то руки лучше класть на замок и только на одну ложку.

Къ этому надо прибавить, что ложки дѣйствуютъ въ качествѣ инороднаго тѣла на нервы и мышцы матки, раздражая ихъ механически, а также и термически, вслѣдствіе разницы ихъ температуры отъ температуры матки; онѣ также возбуждаютъ родовыя боли и дѣйствіе брюшнаго пресса, вызываютъ стриктуру контракціоннаго кольца а иногда могутъ вызвать вторичную слабость схватокъ, если щипцы были сняты послѣ нѣсколькихъ тщетныхъ тракцій. Но во всякомъ случаѣ при операциі надо рассчитывать на возбуждающее дѣйствіе схватокъ, только въ незначительной степени.

**Предварительныя условія для наложенія щипцовъ.** Чтобы щипцы дѣйствительно были безвреднымъ инструментомъ и производили по возможности незначительныя поврежденія мягкихъ частей матери и головки плода, для этого должны быть соблюдены слѣдующія предварительныя условія:

1. Шейка матки и влагалище должны быть достаточно раскрыты, т. е. на столько широки, чтобы не только легко можно было ввести ложки щипцовъ, но также и вывести ихъ вмѣстѣ съ захваченной головкой безъ сильнаго растяженія, могущаго навѣрное повести къ разрыву. Если края маточнаго зѣва на головкѣ толсты и плотны—какъ это бываетъ у первородящихъ—то надо подождать или разрѣзать ихъ въ крайнемъ случаѣ передъ операцией въ нѣсколькихъ мѣстахъ настолько, чтобы каналъ шейки сдѣлался цилиндрическимъ вмѣсто полушаровиднаго или коническаго. Если еще можно прощупать края отверстія, но они мягки и растяжимы, какъ у многорожавшихъ, то можно приступить къ операциі, даже не дожидаясь полнаго раскрытія влагалищной части.

Нѣкоторая узость входа влагалища у первородящихъ устраняется боковыми надрѣзами въ то время операциі, когда промежность сильнѣе всего растягивается. Только при необыкновенной ширинѣ дѣвственной плевы или при рубцовомъ суженіи входа во влагалище эти надрѣзы могутъ понадобиться до введенія ложекъ, для облегченія этого акта.

2. Головка должна при данномъ положеніи вступить

<sup>1)</sup> *Joulin* (1867) утверждалъ, на основаніи опытовъ съ щипцами, къ которымъ былъ приложенъ динамометръ, что поперечный размеръ головки можетъ быть укороченъ безъ поврежденія на 1,5 см., а съ поврежденіями почти на 5 см.



большимъ своимъ объемомъ во входъ въ тазъ, слѣдовательно большею частью находится въ полости таза такъ, чтобы при теменномъ положеніи можно было прощупать около лонной дуги или подъ нею лобный бугоръ, а при лицевомъ положеніи — теменной бугоръ.

Чтобы уяснить эти въ высшей степени важныя для практики отношенія, надо предпослать нѣсколько замѣчаній о различныхъ формахъ механической несоразмѣрности между тазомъ и головкой.

Мы различаемъ таковыхъ пять, именно:

а) Срединное вставленіе, *Epithlipsis* (ἐπί и θλίβω), (фиг. 16), причемъ головка вставляется по срединѣ въ тазовой входъ, выступаетъ далеко впередъ надъ лоннымъ соединеніемъ и въ крайнемъ случаѣ вступаетъ небольшимъ сегментомъ во входъ таза.



Фиг. 16.

Срединное вставленіе.



Фиг. 17.

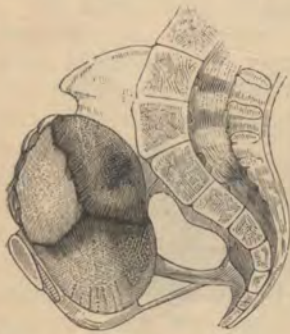
Боковое вставленіе.

б) Боковое вставленіе, внѣсрединное вставленіе по *Breisky*, *Parathlipsis* (фиг. 17), при чемъ одна половина таза остается пустой, а другая закрыта головкой, которая прилегаетъ здѣсь къ поясничнымъ позвонкамъ, къ подвздошной кости и къ поперечной вѣтви лобковой кости, и лишь небольшою частью вдается въ полость таза.

При сравнительно небольшомъ несоотвѣтствіи, это вставленіе въ слѣдствіи переходитъ въ одну изъ слѣдующихъ формъ, при болѣе высокихъ степеняхъ дѣло въ крайнемъ случаѣ доходитъ до неполнаго ущемленія.

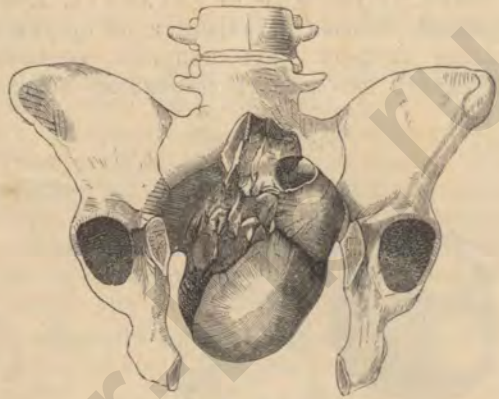
в) Ущемленіе, *Enthlipsis* (фиг. 18), причемъ головка застреваетъ между двумя противоположными пунктами, геср. выступами таза, и остается тамъ до тѣхъ поръ, пока путемъ захожденія костей и измѣненія кривизны ихъ, ущемленный поперечникъ головки не уменьшится въ достаточной степени, послѣ чего онъ нерѣдко быстро проходитъ чрезъ нижній отдѣлъ таза. Сюда относится прежде всего переднее и заднее вставленіе теменной костью при плоскихъ тазахъ съ ущемленіемъ косога поперечника головки (отъ височнаго шва къ верхней передней части противоположной теменной кости) между лоннымъ соединеніемъ и мысомъ крестцовой кости; далѣе, ущемленіе при предлежаніяхъ

переднюю часть темени, причем лобь прилежитъ къ передней, а затылокъ къ задней стѣнкѣ таза, а также ущемленіе при низкомъ поперечномъ стояніи съ прилежаніемъ затылка къ одной сѣдалищной кости, а лба вмѣстѣ съ лицомъ—къ другой,—наконецъ, ущемленіе при предлежаніи лицомъ, причемъ съ одной стороны темя, съ другой—нижняя челюсть, шея и передняя поверхность грудной кѣтки прижаты къ боковымъ стѣнкамъ таза или, при второмъ подвижѣ,—къ передней и задней тазовой стѣнкѣ.



Фиг. 18.

Ущемленіе.



Фиг. 19.

Вколачиваніе.

d) Вколачиваніе, *Gomphosis* (γόμφωσις) (фиг. 19), причемъ сильно согнутая и сжатая въ малой діагонали головка такъ сильно вдавливается въ тазъ, что повсюду плотно прилегаеъ къ тазовымъ стѣнкамъ,—форма, которая встрѣчается при сильно обще-сѣуженныхъ или воронкообразныхъ тазахъ и средней головкѣ, а также при нормальныхъ тазахъ и очень большихъ головкахъ.

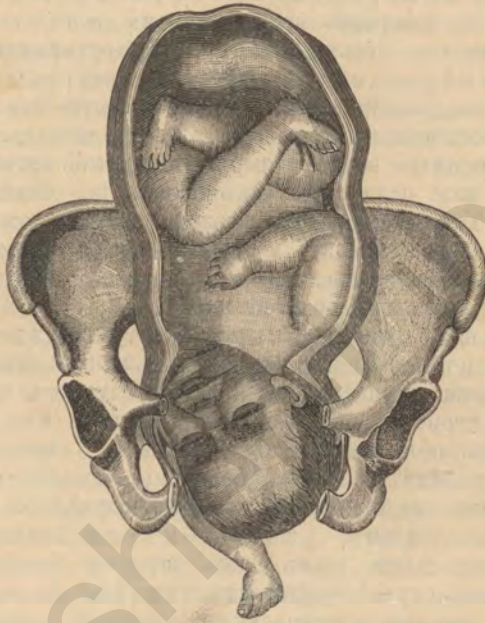
e) Запруживаніе, *Emphraxis* (ἐμφραξις) (фиг. 20), полости таза большею частью ребенка, головкой или тазовою частью и конечностью или тазовою опухолью и т. п.

Щипцы совершенно неумѣстны при среднемъ и боковомъ вставленіи, т. е. при высокомъ стояніи головки и механическомъ несоотвѣтствіи, такъ какъ при этомъ потребовалось бы такое сильное давленіе на головку до ея полного приспособленія, что неизбежными послѣдствіями было-бы разрушеніе черепа и смертельныя поврежденія мозга. Въ то же время половыя части были бы такъ сильно прижаты къ тазовымъ стѣнкамъ, что непременно должны бы произойти ущемленія, разрывы, тяжелые пуэрперальные процессы, фистулы и т. д. Уже много женщинъ погибло отъ такихъ операцій или долго болѣло въ послѣродовомъ періодѣ. Такъ назыв. высокіе щипцы допустимы лишь, какъ исключеніе, при отсутствіи или незначительности механическаго несоотвѣтствія, при



невозможности поворота, въ виду опасныхъ явленій со стороны роже-  
ницы или плода (при выпаденіи пуповины, placenta praevia и т. п.).

Наоборотъ, щипцы уместны при ущемленіи, вколачи-  
ваніи и запруживаніи, и притомъ послѣ приспособленія  
головки къ родовому каналу, послѣ надлежащаго измѣненія формы и  
захожденія черепныхъ костей.



Фиг. 20.

Запруживаніе.

3. Плодный пузырь долженъ быть разорванъ, и голов-  
ка должна вступить въ образовавшуюся вслѣдствіе разрыва пузыря  
щель, герм. пузырь долженъ быть предварительно разорванъ и растя-  
нутъ въ своей нижней части, — иначе, при захватываніи нижней части  
лѣжа ложкой, грозитъ опасность отдѣлится нижній край низколежащаго  
дѣтскаго мѣста отъ маточной стѣнки.

4. Предварительно нужно по возможности примѣ-  
нить терапію другого рода, которая только въ случаѣ  
безуспѣшности должна быть оставлена. Путемъ подхо-  
дящаго положенія (перемѣнныя боковыя положенія, спинное поло-  
женіе, сидячее положеніе), посредствомъ питательныхъ и подкрѣ-  
пляющихъ средствъ при продолжительности родовъ, съ помощью со-  
отвѣтственнаго лѣченія слабыхъ или судорожныхъ схватокъ, а так-  
же вызываніемъ гиперэміи, размягченіемъ и расширеніемъ половыхъ  
частей посредствомъ теплой воды (компрессы, спринцеванія, сидячія

ванны) — во многих случаях можно еще добиться естественного окончания родов и избѣжать операциі щипцами. Поэтому, если только позволяет состояніе роженицы и ребенка, слѣдует сначала испробовать болѣе умѣренные средства и прибѣгнуть къ щипцамъ лишь послѣ безуспѣшности этихъ средствъ.

5. Черепъ ребенка долженъ имѣть среднюю величину. Щипцы устроены такъ, что черепъ недоношеннаго (напр. до 7 мѣсяцевъ) или мацерированнаго ребенка не можетъ достаточно заполнить промежутокъ между ложками; вслѣдствіе этого инструментъ при тракціяхъ соскальзываетъ. Съ другой стороны, высокая степень головной водянки требуетъ такого раздвиганія ложекъ, что периферическія половины ихъ стоятъ почти параллельно; кромѣ того, тонкія, эластическія кости лежатъ, такъ сказать, на верхней поверхности наполненнаго водой пузыря. Вслѣдствіе этого ложки легко соскальзываютъ или, если сжать ихъ посильнѣе, отдѣляютъ кости въ мѣстахъ швовъ. Такимъ образомъ, можно сказать, что при недоношенныхъ (до 7-го мѣсяца), мацерированныхъ плодахъ и при болѣе или менѣе сильной гидроцефалии употребленіе щипцовъ противопоказано.

6. Не должно быть никакого значительнаго стѣсненія тазового пространства узостью или опухолями таза. Трудно установить пригодную для всѣхъ случаевъ границу, при которой, съ одной стороны, еще допустимы щипцы, а съ другой стороны, является вопросъ объ уменьшеніи черепа и о кесарскомъ сѣченіи. Говоря вообще, рассчитывать на полученіе живого ребенка при посредствѣ щипцовъ можно лишь въ томъ случаѣ, если пространство таза въ самомъ узкомъ мѣстѣ имѣетъ еще въ ширину около 8 см., такъ какъ ширина головки у теменныхъ бугровъ во всякомъ случаѣ достигаетъ 8 см. Для неравномѣрно-сѣуженныхъ — плоскихъ, косыхъ и поперечно сѣуженныхъ — тазовъ установленіе границы является дѣломъ легкимъ, потому что при этомъ весь вопросъ сводится лишь къ легко измѣриму сагиттальному, малому косому или поперечному діаметру; труднѣе установить границу при обще-сѣуженныхъ и остеомалятическихъ тазахъ, потому что при этомъ кости очень сближены одна съ другой въ различныхъ направленіяхъ; то же бываетъ при экзостозахъ и различныхъ опухоляхъ таза. Въ этихъ случаяхъ надо производить вдавненіе головки въ тазъ по *P. Müller*'у, изслѣдуя время отъ времени половиною руки: дойдетъ ли дѣло въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ только до вставленія (въ этомъ случаѣ щипцы противопоказуются), или до защемленія, вколачиванія, или запруживанія головки, причемъ можетъ быть допустима по меньшей мѣрѣ попытка наложить щипцы.

7. Надо стараться предварительно устранить, насколько возможно, стриктуру контракціоннаго кольца. Этому содѣйствуютъ: рвотнымъ при гастрическихъ состояніяхъ, въ другихъ случаяхъ — вырыскиваніемъ морфія и атропина (*Fränkel*) или хлороформнымъ наркозомъ. Если послѣ этого роды не подвигаются естественнымъ путемъ, то можно примѣнить щипцы.

Показанія къ наложенію щипцовъ. Щипцы представляютъ изъ се-



бя до известной степени подставную силу, средство, замѣняющее изгоняющія силы; поэтому они употребляются, когда мускулатура матки или брюшного пресса утомилась или ослабла, или если заранее уже видно, что схватки не въ состоянн изгнать плодъ настолько быстро, чтобы можно было устранить существующую или угрожающую опасность для матери и ребенка.

Примѣненіе ихъ никогда не показывается единственно при однихъ только препятствіяхъ (чрезмѣрная величина, необычное положеніе или членорасположеніе плода, узость таза или суженіе половыхъ органовъ и т. п.), потому что нерѣдко роды и при такихъ препятствіяхъ протекають произвольно, но они показываются только въ томъ случаѣ, если роды останавливаются, или наступаютъ какія-нибудь опасныя явленія.

Надо различать три рода показаній:

1. Продолжительная полная остановка родовъ (*Toko-stase*) въ періодѣ изгнанія плода. Она можетъ произойти:

а) вслѣдствіе недостаточности изгоняющихъ силъ. Здѣсь большею частью дѣло идетъ о слабости схватокъ съ самаго начала родовъ, или о чрезмѣрномъ ихъ напряженіи, за которымъ наступаетъ утомленіе матки; рѣже—о слабомъ дѣйствии брюшного пресса, какъ послѣдствіи общаго нервнаго истощенія или ослабленія брюшного пресса.

б) Вслѣдствіе препятствій со стороны изгоняемаго тѣла, т. е. плода, слѣдовательно, при чрезмѣрной величинѣ всего тѣла плода, при умѣренной головной водянкѣ, двойныхъ уродствахъ, при ненормальномъ положеніи (поперечное стояніе, передне-теменное предлежаніе) или ненормальномъ членорасположеніи (предлежаніе лба и лица, а также выпаденіе ручки или ножки вмѣстѣ съ головкой, если вправленіе уже не можетъ быть сдѣлано),—наконецъ при одновременномъ прорѣзываніи головки двухъ близнецовъ въ тазъ.

с) Вслѣдствіе препятствій со стороны родовыхъ путей, слѣдовательно, при различныхъ формахъ суженія таза, неустранимыхъ опухоляхъ таза, при неподатливости, узости и стриктурахъ половыхъ органовъ, неустранимыхъ другимъ способомъ.

Нерѣдко нѣсколько причинъ дѣйствуютъ одновременно.

Остановку родовъ узнають по тому, что головка при схваткахъ не подвигается впередъ, а стоитъ неподвижно на одномъ и томъ же мѣстѣ въ продолженіи нѣсколькихъ часовъ.

2. Опасныя состоянія роженецъ, обусловливаются ли они продолжительностью родовъ или только осложняютъ роды. Во многихъ подобныхъ случаяхъ было бы достаточно для окончанія родовъ однихъ схватокъ; но жизнь матери и ребенка подвергается серьезной опасности, если не устранить ее быстрымъ родоразрѣшеніемъ или какимъ-нибудь инымъ способомъ.

Зуда относятся:

а) Известныя общія заболѣванія, нервныя припадки, лихорадка съ температурой въ 39° Ц. и болѣе, а также *Apaeisia cerebrialis*. Къ этой группѣ принадлежатъ всякаго рода болѣзни,

кровотеченія, а также такъ называемая перниціозная анемія, или сильное нервное и психическое возбужденіе послѣ судорожныхъ схватокъ или продолжительныхъ, весьма болѣзненныхъ родовъ или большая слабость, даже коллапсъ вслѣдствіе продолжительности родовъ, упорная рвота, сильное ущемленіе или разрывъ половыхъ частей, или тяжелыя мозговыя явленія при угрожающей или наступившей *Aporplexia cerebri*, менингитъ, септическая или другая какаѣя нибудь янтоксикація. При *Eclampsia parturientis* надо оперировать, какъ скоро существуютъ предварительныя условія для операціи.

b) Разстройство дыханія и кровообращенія, причѣмъ угрожаетъ асфіксія. Симптомы ихъ слѣдующіе: орторное, ціанозъ, сердечная слабость, разлитыя хрипы въ груди и т. под.; причины ихъ: болѣзни сердца и сосудовъ (пороки клапановъ, ожирѣніе сердца, аневризма), или болѣзни дыхательныхъ органовъ (эмфизема или туберкулезъ легкихъ, пневмонія, плевритъ, гидротораксъ, струма и т. под.).

с) Агонія или только-что наступившая смерть, когда при особенно благопріятныхъ условіяхъ можно получить еще живого ребенка (случай *Pishacel'a*).

d) Заболѣванія половыхъ органовъ, начавшіяся или усилившіяся во время родовъ, каковы: выпаденіе маточной шейки или влагалища, а также ущемленіе при хроническомъ выпаденіи, причѣмъ надо опасаться разрыва или гангрены въ послѣродовомъ періодѣ; угрожающая или уже происшедшая узура, или разрывъ маточной шейки или влагалища; явленія въ половыхъ органахъ, происходящія отъ сдавленія, застоя и воспаленія, каковы: *oedema cervicis uteri* или *vulvae*, *endometritis* съ гнойнымъ или гнилостнымъ отдѣленіемъ, *metritis parenchymatosa*, происходящая отъ сдавленія частей шейки, *para-* и *perimetritis* и *peritonitis parturientis*.

e) Заболѣванія другихъ органовъ, какъ напр., сильное, болѣзненное наполненіе мочевого пузыря, который не можетъ быть опорожненъ посредствомъ катетера, невраивмыя и ущемленныя грыжи кишекъ и т. п., которыя сильно напрягаются при дѣйствіи брюшнаго пресса.

3. Опасность для ребенка, въ особенности если угрожаетъ асфіксія вслѣдствіе прижатія обвившейся или выпавшей пуповины, вслѣдствіе суженія маточныхъ сосудовъ, происшедшаго отъ продолжительнаго низкаго стоянія подлежащей части или отъ частыхъ, продолжительныхъ и сильныхъ схватокъ, вслѣдствіе частичнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, венозности маточной крови и т. под.

Чрезвычайно важно для извлеченія щипцами правильное объясненіе двухъ главныхъ явленій: замедленія пульса и выдѣленія меконія.

Замедленіе пульса можетъ произойти механически, вслѣдствіе увеличенія внутричерепнаго давленія, раздраженія ядер блуждающаго нерва и самаго нерва и угнетенія сердечныхъ ганглій. Тогда мы имѣемъ сначала замедленіе пульса во время схватокъ, которое, постепенно усиливаясь, замѣчается и во время

паузъ при продолжительномъ сильномъ захожденіи черепныхъ костей другъ за друга; именно, это и есть то замедленіе, которое описано *Frankenhäuser*'омъ, какъ физиологическое, при окончаніи родовъ. Иногда же это замедленіе происходитъ вслѣдствіе недостатка кислорода, герр. пазншекъ углекислоты въ крови ребенка дѣйствуютъ химически на блуждающіе нервы. Въ этомъ случаѣ замедленіе усиливается быстро съ каждой паузой, и число ударовъ падаетъ до 100, 80 или менѣе въ минуту вплоть до самой остановки сердца.

Часто вовсе нѣтъ никакой надобности накладывать щипцы вслѣдствіе одного только замедленія пульса. Ребенокъ въ этомъ случаѣ рождается вполне жизнеспособнымъ и безъ явленій преждевременнаго дыханія.

Выдѣленіе меконія зависитъ по большей части отъ усиленной перистальтики вслѣдствіе венозности крови. Уже не говоря объ истеченіи околоплодной жидкости, окрашенной меконіемъ, указывающей на бывшую ранѣ легкую, но уже миновавшую асфиксию, — часто получаютъ живыхъ дѣтей даже послѣ выдѣленія меконія въ продолженіе нѣсколькихъ часовъ, причемъ не всегда возможно открыть причину продолжительной легкой асфиксии. Поэтому, по моему мнѣнію, не слѣдуетъ тотчасъ браться за щипцы вслѣдствіе одного только выдѣленія меконія, потому что и въ этомъ случаѣ операція нерѣдко бываетъ лишней.

Я считаю, что наложеніе щипцовъ показуется: 1) если замедленіе пульса чередуется съ переходящей неправильностью его (перебоями) или съ чрезмернымъ біеніемъ, 2) если пульсъ съ каждой паузой становится все медленнѣе, глуше и слабѣе, 3) если существуютъ указанія на замедленіе дыханія, и 4) если къ измѣненіямъ въ пульсѣ присоединяется еще выдѣленіе меконія черезъ нѣсколько времени послѣ разрыва пузыря.

Едва ли нужно прибавлять, что при обсужденіи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ вопроса, слѣдуетъ ли еще выжидать или надо немедленно оперировать, принимаются во вниманіе также и ожидаемыя препятствія. На завѣдомо легкія операціи у многорозавшихъ рѣшаются гораздо скорѣе, чѣмъ при противоположныхъ условіяхъ.

Въ заключеніе предостерегаемъ, что щипцы надо накладывать только при строгихъ показаніяхъ; хотя этотъ инструментъ часто называютъ «безвредными головными щипцами», но очевидно это есть эвфемизмъ. На самомъ же дѣлѣ щипцы хотя и представляютъ собой весьма полезный инструментъ, но могутъ при сильномъ влеченіи и сдавливаніи производить тяжелыя, даже смертельныя поврежденія мозга и мягкихъ частей головки ребенка, а также половыхъ органовъ. У первородящихъ, а при трудныхъ операціяхъ и у многородящихъ можно съ увѣренностью ожидать ущемленій и даже глубокихъ разрывовъ.

Насколько установленіе показаній къ наложенію щипцовъ зависитъ отъ личныхъ соображеній акушера, показываютъ слѣдующія цифры:

	Число родовъ.	Щипцы.
<i>Voër</i> (Вѣна) .....	9589	35 = 0,36%
<i>Osiander</i> (Геттингенъ).....	2540	1016 = 40,00
<i>Nügelé</i> (Гейдельбергъ).....	1711	55 = 3,21
<i>Kluge</i> (Берлинъ).....	1111	68 = 6,12
<i>v. Siebold</i> (Берлинъ).....	2093	300 = 14,43
<i>Bartsch</i> (Вѣна, 1842) .....	2286	33 = 1,44
<i>Jungmann</i> (Прага, 1841) .....	1615	80 = 4,95

	Число родовъ.	Щипцы.
<i>Grenser</i> (Дрезденъ).....	15481	1020 = 6,58
<i>v. Hecker</i> (Мюнхенъ).....	17220	446 = 2,59
<i>Kězmársky</i> (1874—82).....	4491	63 = 1,40
<i>Winckel</i> (1879—83).....	5000	184 = 3,60
"    (1883—88).....	3500	87 = 2,49
<i>Ahlfeld</i> (1881—86).....	1248	43 = 3,50
<i>Schautz</i> (1881—87).....	2183	200 = 9,16
<i>Gusserow</i> (1882—86).....	6185	165 = 2,66
<i>Leopold</i> (1883—88).....	7322	206 = 2,80
<i>Ploss</i> (разныя мѣстности, 1828—55).....	2330717	46443 = 1,99
<i>Dohrn</i> (Кюрессенъ, 1852—66).....	376337	5774 = 1,53
Великое герцогство Ваденское (1870—88).....	1085018	21726 = 2,00
	3875647	77944 = 2,01 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
<i>Baudelocque</i> (Парижъ).....	17388	31 = 0,17 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
<i>Lachapelle</i> (Парижъ).....	22243	76 = 0,34
<i>Boivin</i> (Парижъ).....	20517	96 = 0,46
	60148	203 = 0,33 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
<i>Clarke</i> (Дублинъ).....	10199	14 = 0,13 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
<i>Collius</i> (Дублинъ).....	16654	27 = 0,16
<i>Churchill</i> (Дублинъ).....	1456	8 = 0,54
	28309	49 = 0,17 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Такимъ образомъ, въ Германіи въ среднемъ 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> родовъ кончались при помощи щипцовъ.

Во Франціи (*Pariser Maternité*) въ первыя десятилѣтія нашего вѣка щипцы накладывались только въ 0,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, но за 1852—80 г. *Charpentier* опредѣляетъ частоту наложенія щипцовъ 1:37 для акушерской университетской клиники въ Парижѣ.

Въ Англіи частота этой операціи въ послѣднее время значительно увеличилась: по сравнительнымъ даннымъ *Fehling'a*, *Denman* опредѣляетъ частоту наложенія щипцовъ въ 1787—93 г. какъ 1:724, *Simpson* старш. въ 1844 г. — 1:472; но у *Sinclair'a* и *Johnston'a* въ 1847—54 г. она уже значительно увеличивается: = 1:69. *Denman* считаетъ въ 1862—63 г. = 1:33. Въ Дублинскомъ *Rotunda-Hospital* (при прежнемъ отношеніи 1:700) за послѣднее время отношеніе операціи у *Johnston'a* опредѣляется какъ 1:14,7, у *L. Atthill'a* = 1:11,8, у *Macan'a* = 1:17,5.

Чтобы показать, какъ часто отдѣльныя показанія даютъ поводъ къ наложенію щипцовъ, я приведу слѣдующія цифры: *v. Hecker* накладывалъ щипцы въ 446 случаяхъ (*Beobacht. u. Unters.* 1859—79, *München* 1881):

Вслѣдствіе большой продолжительности второго періода.....	150 разъ.
"    слабости схватокъ.....	113 "
"    узости таза.....	59 "
"    низкаго поперечнаго стоянія.....	20 "
"    эклампсін.....	14 "
"    лихорадочн. сост. матери ( <i>Febricitation der Mutter</i> ).....	13 "
"    задержанія послѣдующей головки.....	5 "
"    различныхъ причинъ.....	72 "

По *Münchmeyer'u*, въ Дрезденскомъ Институтѣ *Leopold'a* щипцы накладывались:

Въ виду опасности для матери.....	47 разъ.
"    "    "    ребенка.....	188 "
"    "    "    обоихъ.....	41 "



46% оперированных имѣли узкіе тазы.

Для наложенія щипцовъ въ моей клиникѣ за 1881—90 гг. показаніями служили:

асфиксія плода.....	35	разъ.
остановка родовъ, особенно по причинѣ слабости схватокъ....	24	"
асфиксія и слабость схватокъ.....	9	"
выпаденіе пуповины.....	6	"
febris parturientis.....	5	"
преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста.....	4	"
слабость схватокъ и ригидность.....	2	"
febris parturientis и асфиксія.....	2	"
конвульсіи.....	2	"
коллапсъ роженицы.....	1	"
коллапсъ при порывѣ сердца.....	1	"
лихорадка и oedema vulvae.....	1	"
oedema vulvae и асфиксія.....	1	"
сильное натяженіе шейки.....	1	"
величина ребенка, истощеніе роженицы.....	1	"
разрывъ varix lab.....	1	"
при черепныхъ предлежаніяхъ.....	96	разъ.
при предлежаніяхъ тазовымъ концомъ вслѣдствіе задержанія послѣдующей головки.....	4	"
	100	разъ.

Эти цифры указываютъ намъ на большую разницу въ показаніяхъ: у *Hecker*'а главную роль играютъ замедленіе періода изгнанія, слабость схватокъ и узость таза, а также смѣшанныя показанія, а для *Winckel*'я, *Schauta*, *Leopold*'а и для меня большее значеніе имѣеть опасность, угрожающая плоду. У *Winckel*'я показанія со стороны плода относятся къ показаніямъ со стороны матери, какъ 108:52. *Schautu* оперировала въ 54% вслѣдствіе опасности для дѣтей.

Частота операций при отдѣльныхъ положеніяхъ плода иллюстрируется очень хорошо трудностью положеній.

Въ статистикѣ *v. Hecker*'а значится:

	Случаи.	Щипцы.
I. Теменные положенія.....	11844	248 = 2,1%
II. " ".....	4454	148 = 3,2
I. Передне-теменные.....	123	15 = 12,1
II. " ".....	135	20 = 14,8
I. Лицевыя.....	80	3 = 3,7
II. ".....	51	5 = 9,8
I. Лобныя.....	6	3 = 50,0
II. ".....	12	4 = 33,3
Предлежанія тазовымъ концомъ.....	475	5 = 1,0

Въ этой таблицѣ обращаетъ на себя вниманіе то обстоятельство, что щипцы накладывались чаще всего при родахъ въ лобныхъ положеніяхъ, потомъ при передне-теменныхъ и лицевыхъ, относительно всего рѣже при обыкновенныхъ теменныхъ и предлежаніяхъ тазовымъ концомъ.

Относительно вліянія числа родовъ и возраста двѣ таблицы, составленныя изъ наблюденій *v. Hecker*'а, даютъ интересныя объясненія:

	Первородація.	Щипцы.
Отъ 15—19 лѣтъ.	878	25 = 2,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ 20—24 „	3891	148 = 3,7
„ 25—29 „	1608	82 = 5,0
„ 30—34 „	442	46 = 10,4
„ 35—39 „	120	22 = 18,3
„ 40—44 „	14	6 = 42,8
„ 45—49 „	3	2 = 66,6
	Многорожавшія.	Щипцы.
Отъ 20—24 лѣтъ.	2325	18 = 0,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ 25—29 „	3802	29 = 0,7
„ 30—34 „	2329	33 = 1,4
„ 35—39 „	1137	28 = 2,4
„ 40—44 „	267	7 = 2,6

Эти таблицы показываютъ, что у первородящихъ частота наложенія щипцовъ рѣшительно больше, чѣмъ у многорожавшихъ, что у первородящихъ примѣненіе щипцовъ значительно увеличивается съ возрастомъ, а именно съ 30 лѣтъ, и, наконецъ, что у многорожавшихъ послѣ 30 лѣтъ замѣчается лишь небольшое увеличеніе частоты операцій.

Причинами этого явленія надо считать увеличеніе плодовъ въ вѣсѣ соответственно возрасту беременныхъ и уменьшеніе энергіи матки, а у первородящихъ ригидность половыхъ органовъ, которая значительно увеличивается съ лѣтами.

## Общія правила при наложеніи щипцовъ.

### Приготовленія.

1. Заготовленіе всѣхъ необходимыхъ принадлежностей: сумки съ инструментами, ванны съ теплой водой и ведра съ холодной, затѣмъ достаточное количество простынь и полотенець.

2. Приготовленіе тазовыхъ органовъ: опорожненіе мочевого пузыря, иногда катетеризація, клизма, тщательное антисептическое промываніе влагалища и обмываніе наружныхъ половыхъ частей.

3. Положеніе роженицы. Въ болѣе легкихъ случаяхъ можно оперировать въ положеніи на спинѣ съ приподнятымъ тазомъ. Боковое положеніе, которое въ 1852 г. рекомендовалъ *Jonas*, а позже *Winckel*, не имѣетъ за собой никакихъ важныхъ преимуществъ; — напротивъ, оно представляетъ затрудненія для проведенія ложки въ верхнюю часть таза. Косое или поперечное положеніе на постели съ слегка приподнятой верхней частью тѣла (положеніе для камнесѣченія) пригодно для всѣхъ случаевъ, даже для трудныхъ.

4. Хлороформный наркозъ можно не примѣнять въ очень критическихъ случаяхъ, когда каждая минута дорога, а также при всѣхъ завѣдомо легкихъ операціяхъ; но въ тяжелыхъ случаяхъ онъ облегчаетъ операцію и долженъ быть примѣненъ, особенно если есть помощники.

5. Приготовленія оператора—тѣ же, какъ и обыкновенно.

6. Выполненіе операціи. Надо различать слѣдующіе акты:

а) Захватываніе вѣтвей щипцовъ. Послѣ предварительной чистки и дезинфекціи инструмента, его кладутъ въ воду температуры тѣла. Каждую вѣтвь должно передъ введеніемъ вытереть до-суха, намазать съ наружной стороны вазелиновымъ или карболовымъ масломъ, также намазать и наружную поверхность той руки, которая вводится раньше ложки во влагалище. Другую руку, которою берутъ за рукоятку ложки, высушиваютъ надлежащимъ образомъ. Берутъ сначала лѣвую вѣтвь, потому что она при замкнутомъ инструментѣ находится внизу. Если бы вводили сначала правую вѣтвь, то кромѣ замыканія щипцовъ, нужно было бы еще перекрещивать черенки ложекъ, вслѣдствіе чего легко можно ложками произвести надавливаніе на половые органы.

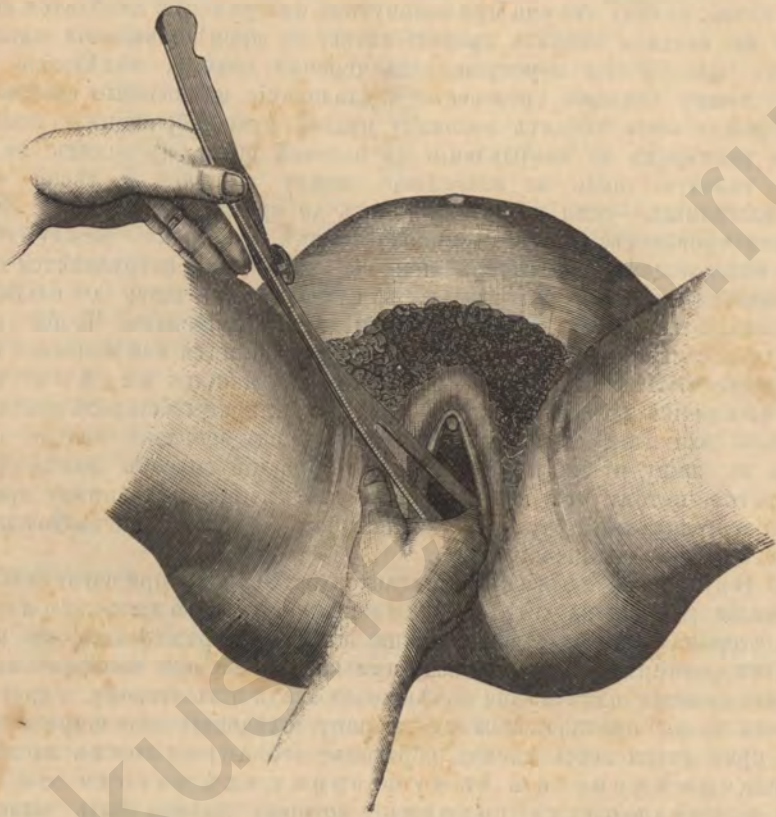
Прежде всего вводятъ половину правой руки, обращенную поперечнымъ размѣромъ въ направленіи къ половой щели, проводятъ ее черезъ половую щель во влагалище между головкой и лѣвой стѣнкой влагалища, — если возможно, вплоть до края маточнаго звѣна. Ложка должна проводиться по внутренней сторонѣ этой руки, между головкой, влагалищемъ и маточной шейкой; это введеніе затрудняется тѣмъ, что конецъ ложки соскальзываетъ за влагалищную часть до влагалищнаго свода или совсѣмъ протыкаетъ влагалищный сводъ. Чтобы предупредить соскальзываніе ложки, надо положить подъ ней наискось большой палець. Лѣвая рука беретъ рукоятку ложки въ видѣ псачаго пера, или на подобіе скальпеля, т. е. концы пальцевъ находятся у замка, или цѣлой рукой, причемъ конецъ большого пальца обращенъ къ концу ручки или къ замку. Послѣдній способъ менѣе рекомендуется, потому что онъ скорѣе ведетъ къ насильственному преодоленію препятствій, чѣмъ болѣе осторожное и нѣжное захватываніе рукоятки въ видѣ псачаго пера.

б) Введеніе ложекъ. Считается за правило при сагиттальномъ положеніи головки вводить обѣ ложки по сторонамъ головки и по сторонамъ таза, чтобы ширина щипцовъ приходилась въ поперечномъ размѣрѣ головки и таза; при косомъ же или поперечномъ положеніи головки одна ложка помѣщается къзади и въ сторону, а другая — впереди и въ противоположную сторону, слѣдовательно ширина щипцовъ приходится вкось такимъ образомъ, что вогнутость ложекъ обращена впереди и въ ту сторону, гдѣ находится идущая впередъ часть головки, которая должна быть выведена изъ-подъ лоннаго соединенія.

Для примѣра возьмемъ сагиттальное положеніе черепа.

Введя правую руку въ лѣвую сторону влагалища и захвативши лѣвую рукоятку, держать ее круто, концомъ вверхъ, надъ серединой праваго паха, причемъ плоская сторона рукоятки обращена къ оператору; выпуклый край конца ложки кладется на правый большой палець, лежащій поперекъ надъ промежностью, и вводится между головкой и правой рукой въ лѣвую сторону влагалища такъ, чтобъ вогнутая поверхность ложки плотно прилегала къ подлежащей поверхности головки (фиг. 21). Это первоначальное правильное приспособленіе ложки къ поверхности головки очень важно, и должно избѣгать всякаго неловкаго наложенія, потому что при этомъ возникаютъ только ненужныя препятствія. Пе-

реднюю часть ложки надо проводить по лѣвой сторонѣ таза по направлению къ крестцу, плотно прижимая ее къ головкѣ. Тутъ не нужно особеннаго усилія, кромѣ содѣйствія большого пальца, положеннаго на выпуклый край ложки: рукоятка ложки, въ томъ же крутомъ положеніи, отодвигается къ средней линіи и одновременно поверты-



Фиг. 21.

Введеніе лѣвой ложки щипцовъ. I положеніе.

вается такъ, что плоская ея поверхность обращается влѣво (фиг. 22). Такимъ образомъ, вѣтвь щипцовъ описываетъ сегментъ конической формы, верхушка котораго находится подъ головкой. Если конецъ ложки, описавъ четверть круга, встрѣчаетъ препятствіе у задней стѣнки влагалища, то конецъ рукоятки опускаютъ по плоской дугѣ и продвигаютъ ее къ срединѣ, причемъ ложка внутри скользитъ вверхъ по боковой части головки до лица. Препятствій со стороны плечиковъ, маточной шейки и т. п. не слѣдуетъ преодолевать насильственно, а надо обойти ихъ соотвѣствующимъ движеніемъ рукоятокъ



или, въ случаѣ нужды, продвиганіемъ ложки въ углубленіе крестцовой кости. Если во время введенія ложки наступаютъ схватки, то надо спокойно выждать ближайшей паузы. Достаточно ли глубоко введена ложка, узнаютъ изъ того, что замокъ находится у самой vulva.

Затѣмъ моютъ правую руку, намазываютъ вазелиномъ лѣвую, вводятъ ее въ правую сторону роженицы, поверхъ рукоятки вве-



Фиг. 22.

Введеніе лѣвой ложки. II положеніе.

денной уже вѣтви, если возможно, вплоть до маточнаго зѣва; берутъ въ правую руку рукоятку правой ложки и проводятъ ложку вышеописаннымъ образомъ въ правую сторону (фиг. 23). Вслѣдствіе стѣсненія мѣста лѣвою рукояткою вторая ложка вводится труднѣе, чѣмъ первая, особенно у первородящихъ.

Наши объемистые кожаные фантомы съ каучуковыми промежностями и вложенными дѣтскими трупиками не особенно удобны для упражненій въ наиболѣе цѣлесообразномъ наложеніи щипцовъ. Въ дѣйствительности, головка бываетъ охвачена внутри половыми органами, какъ полный шаръ обхватывается другимъ полнымъ шаромъ, имѣющимъ съ одной стороны отверстіе. Поэтому, я велѣлъ устроить себѣ слѣдующій небольшой фантомъ.

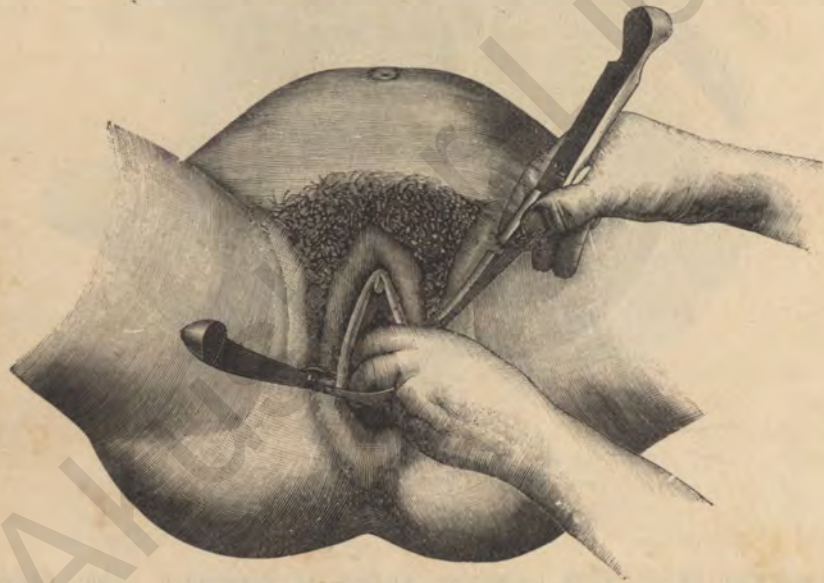
Составныя части его таковы: 1) хорошо выточенный деревянный шаръ около 11 см. въ поперечникѣ; 2) желѣзная палочка длиной въ 12 см., толщиной въ 0,8 см., заостренная на обоихъ концахъ и имѣющая здѣсь на протяженіи 3-хъ ст. винтовые ходы; 3) желѣзная пластинка съ отверстіемъ для винта; 4) чахолъ для шара изъ эластическаго каучука 15 см. длиной и 24 см. шириной, короткіе края котораго сшиты между собой такимъ образомъ, что образуется слегка коническая трубка. Сначала желѣзная пластинка, снабженная отверстіемъ для винта, приставляется къ вертикальной стѣнѣ (къ краю стола или т. п.), затѣмъ желѣзная палочка ввинчивается противъ центра шара и горизонтально къ пластинкѣ; наконецъ надѣваютъ каучуковый чахолъ на шаръ такъ, что часть шара лежитъ свободно на подобіе головки въ маточномъ зѣвѣ.

На этомъ фантомѣ легко можно видѣть, что вводимая ложка должна сдѣлать три отдѣльныхъ движенія:

1) Приспособленіе полой внутренней стороны ложки къ выпуклости шара въ то время, какъ рукоятка держится круто съ противоположной стороны;

2) горизонтальное введеніе ложки, причѣмъ круто стоящая рукоятка описываетъ  $\frac{1}{4}$  конуса;

3) продвиганіе ложки вверхъ при опусканіи рукоятки по дугѣ, къ срединѣ, къзади и внизъ.



Фигура 23.

Введеніе правой ложки щипцовъ.

Если оба черенка щипцовъ одинаково выступаютъ изъ половыхъ частей, то надо произвести:

с) Замыканіе вѣтвей. Каждую рукоятку охватываютъ полной рукой (большой палецъ при этомъ направленъ кверху и къ замку), и тогда обѣ части замка приближаютъ другъ къ другу. Если ложки, какъ говорится, разошлись, т. е. если ихъ поперечные діаметры не



параллельны другъ другу, то захватываютъ обѣ рукоятки, причемъ кладутъ большіе пальцы на поперечные отростки, повертываютъ вѣтви около ихъ продольной оси и одновременно отдаютъ обѣ рукоятки немного внизъ. Если это не помогаетъ, то кладутъ указательный палецъ, смотря по обстоятельствамъ, на передній или задній край той ложки, которая имѣетъ менѣе благопріятное положеніе, берутъ рукоятку этой ложки другой рукой и двигаютъ ложку впередъ или назадъ настолько, чтобы можно сдѣлать замыканіе. При очень сильномъ расхожденіи ложекъ, равно какъ и при захватываніи головки въ косомъ размѣрѣ, вводятъ ту же ложку, которая была продвинута впередъ или назадъ, еще разъ, но уже болѣе удобно.

d) Притяженіи или тракціи. Посредствомъ такъ назыв. пробнаго притяженія убѣждаются прежде всего, не захваченъ ли край маточнаго звѣна или складка влагалища, гесп. не ущемились ли они въ окошкѣ, плотно ли ложки прилегаютъ къ головкѣ и не имѣютъ ли онѣ наклонности соскальзывать къ крестцовой кости (вертикально) или по длинѣ влагалища (горизонтально). Вертикальное соскальзываніе происходитъ въ томъ случаѣ, если ложки при высокомъ стояніи головки, захватили послѣднюю позади ея середины; горизонтальное соскальзываніе бываетъ, если ложки были введены не достаточно глубоко.

Но пробная тракція имѣетъ еще другую, болѣе важную цѣль. Осторожно поднимая рукоятки, опуская ихъ, двигая въ ту или другую сторону и наблюдая, при какомъ направленіи тракцій головка легче всего подвигается, узнаютъ наиболѣе пригодное направленіе тракцій, котораго поэтому и слѣдуетъ придерживаться.

При выполненіи пробной тракціи, кладутъ указательный палецъ крючкообразно согнутый между черенками, или крючкообразно согнутые указательный и средній пальцы помѣщаютъ на поперечные отростки и такимъ образомъ дѣлаютъ притяженіе. Въ это время указательнымъ пальцемъ другой руки пробуютъ, плотно ли лежатъ ложки.

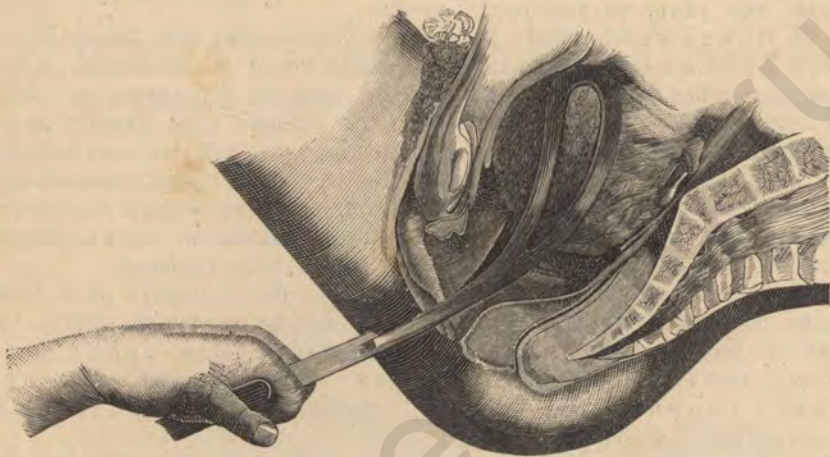
Собственно, тракціи надо производить по возможности только во время схватокъ, которые вызываются въ случаѣ надобности массажемъ, но въ крайнихъ случаяхъ—также и во время паузъ. Если замѣчается сильное стягиваніе матки и, слѣдовательно, можно ожидать, что контракціонное кольцо сильно выступитъ впередъ, то, конечно, надо извлекать только во время паузы, такъ какъ это кольцо во время схватокъ становится твердымъ и сжуживается.

Захватываніе рукоятокъ производится такимъ образомъ, что кладутъ обѣ руки рядомъ съ одной и той же стороны или съ двухъ противоположныхъ сторонъ, и такимъ образомъ обхватываютъ рукоятки; или обхватываютъ обѣ рукоятки одной рукой, а указательный палецъ другой руки кладутъ въ видѣ крючка между черенками ложекъ, гесп. указательный и средній палецъ помѣщаютъ на поперечныхъ отросткахъ. При болѣе продолжительныхъ операціяхъ обыкновенно захватываютъ рукоятки попеременно то такъ, то иначе.

Во всякомъ случаѣ чрезвычайно важно не сжимать слишкомъ сильно рукоятки; иначе весьма легко могутъ произойти поврежденія черепа и мозга вмѣстѣ съ болѣе глубокими вдавленіями

кожныхъ покрововъ головки. Надо твердо помнить, что производить подобное сильное давленіе можно только въ томъ случаѣ, если оно вполне необходимо для извлеченія.

Направленіе тракцій надо сообразовать съ положеніемъ головки; оно всегда должно соответствовать продольному направленію ложекъ;—слѣдовательно, при высокомъ положеніи головки—косо, внизъ (въ сторону ногъ и спины), при низкомъ ея положеніи—горизонтально въ сторону ногъ (фиг. 24), а при прорѣзываніи головки—наискось



Фиг. 24.

Горизонтальное влеченіе при низкомъ стояніи головки.

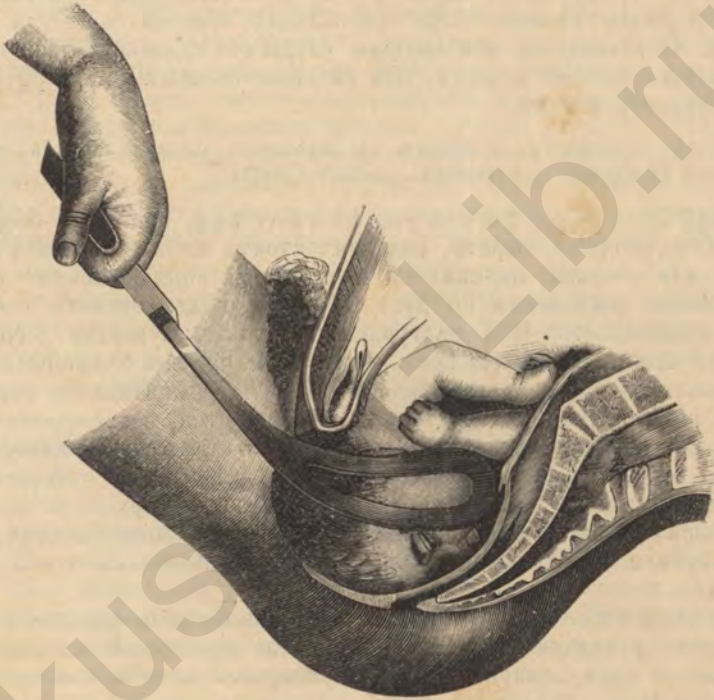
впередъ и вверхъ (въ сторону живота и ногъ) (фиг. 25). При этомъ очевидно, что ложки и центръ головки описываютъ дугу, соответствующую проводной линіи, съ вогнутостью, обращенной къ лонному соединенію.

Если изъ пробной тракціи убѣдились, что при влеченіи вкось (рукоятки направлены—впередъ и въ сторону), головка подвигается легче, то надо производить косыя тракціи. Этимъ способомъ нерѣдко быстро изводить затылокъ.

Различаютъ такъ наз. спокойныя или непрерывныя тракціи, при которыхъ рукоятки притягиваются просто по направленію проводной линіи, и маятникообразныя тракціи въ сагитальномъ и фронтальномъ направленіи. Вертикальныя движенія производятся съ осторожностью. Такъ какъ при быстромъ приподниманіи рукоятокъ рискуютъ произвести сильное ущемленіе или разрывъ мягкихъ частей, находящихся подъ лонной дугой, а въ особенности повредить *Bulbi vestibuli*,—то слѣдуетъ избѣгать рѣзкаго нажатія вогнутыхъ краевъ ложекъ на лонную дугу. Но, при неподатливыхъ половыхъ органахъ у первородящихъ, если во время схватки головка быстро



подвигается вперед, рекомендуется опускать рукоятки. Боковыя маятниковобразныя движенія можно съ надлежащей осторожностью производить при проведеніи головки чрезъ половую щель. Часто употребляютъ также коническія тракціи (концы рукоятокъ описываютъ основаніе конуса), причѣмъ головка и щипцы представляютъ рычагъ, а ложки упираются попеременно въ различныя мѣста тазовыхъ стѣнокъ и отодвигаютъ отъ нихъ головку.



Фиг. 25.

Тракціи вверхъ при низкомъ стояніи головки.

Если замѣчаютъ по ощущенію или видятъ, что при тракціяхъ головка вдругъ подается впередъ, то надо тотчасъ же приостановить извлеченіе и даже подать немного щипцы въ тазъ. Это быстрое выхожденіе головки впередъ происходитъ или отъ продолжанія препятствія со стороны костей таза (мышъ крестцовой кости, лонное соединеніе), отъ вдавленія на черепъ или перелома дѣтскаго черепа, или отъ разрыва шейки или влагалища. Если не прекратитъ тотчасъ же тракціи, головка моментально прорѣзывается, и при этомъ неизбѣжно происходятъ глубокіе надрывы промежности и влагалища.

Если при прорѣзываніи головки щипцы находятся въ такомъ положеніи, что одна ложка лежитъ впереди, а другая сзади, то можетъ

произойти сильное ущемление мягких частей къ прилежащимъ костямъ, особенно къ лобковой кости. Въ такихъ случаяхъ лучше всего сжать щипцы и освободить головку рукой или разомкнуть ложки и наложить ихъ на височныя кости.

**Число тракцій.** Если при наложеніи щипцовъ существуютъ всѣ предварительныя условія, то для полного окончанія родовъ бываетъ большею частью достаточно очень немногихъ тракцій. Въ другихъ случаяхъ требуется много тракцій, — сколько именно, это трудно опредѣлить, такъ какъ, кромѣ числа, играетъ еще роль сила тракціи и сила сдавленія. Я рѣдко дѣлалъ болѣе двѣнадцати тракцій, а когда дѣлалъ больше, то оставались или сильныя слѣды отъ сдавленія, даже глубокія поврежденія головки и мозга, или сильныя ущемленія и разрывы половыхъ органовъ матери.

*Osiander* не опасался производить въ отдѣльныхъ случаяхъ до 175 тракцій; у *v. Hecker'a* 42 тракціи представляютъ крайній предѣлъ.

Когда головка уже прорѣзывается, акушеръ отступаетъ немного въ сторону, беретъ, если онъ стоитъ слѣва, правой рукой за замокъ или у замка, поднимаетъ рукоятки легкими боковыми маятникообразными движеніями по дугѣ вверхъ и поддерживаетъ свободной рукой промежность. При наступленіи схватки, рукоятки опускаютъ, съ тѣмъ чтобы снова продолжать извлеченіе во время ближайшей паузы.

Прижимать ладонью промежность, для поддержанія ея, направляя пальцы къзади, что нерѣдко дѣлаютъ, оказывается бесполезнымъ. Если вообще поддержаніе промежности имѣетъ въ этомъ случаѣ какое-нибудь значеніе, то оно можетъ только выполнить двѣ задачи: способствовать тому, чтобы головка прорѣзалась чрезъ *vulva* дугообразно и медленно, наименьшимъ своимъ объемомъ, и, кромѣ того, надвинуть кожу отъ половыхъ губъ и промежности къ половой щели настолько, чтобы спайка ослабла.

При подниманіи головки щипцами не надо слишкомъ сильно приближать рукоятки къ животу, чтобы не произвести надрыва мягкихъ частей подъ лонной дугой и не разорвать концами ложекъ *Septum recto-vaginale*.

Послѣ выхожденія головки ложки размыкаютъ и снимаютъ ихъ прочь, затѣмъ берутъ обѣими руками сверху и снизу головку, влекутъ ее косо внизъ до прорѣзыванія передняго плечика, потомъ косо вверхъ, пока не станетъ видно заднее, затѣмъ поддерживаютъ и поднимаютъ головку подложенною подъ нее рукой, а другой рукой поддерживаютъ промежность при прорѣзываніи грудной клятки. Такъ поступаютъ у многорожавшихъ.

Напротивъ, у первородящихъ, если только ихъ половые органы не очень широки и растяжимы, я рекомендую поступать такъ, какъ рекомендовали ранѣе *Lachapelle*, *Osiander*, *Jörg*, *Ahlfeld*: именно, выводить головку щипцами въ половую щель до большаго родничка, дѣлать односторонніе или лучше двусторонніе надрѣзы, чрезъ *Constrictor sinii* прямымъ, луговчатымъ бистури или ножницами, затѣмъ снять щипцы и остальную часть головки освободить рукой. Вслѣдствіе введенія ло-

жекъ объемъ головки увеличивается на 2—3 ст., что при узости и неподатливости половых частей всегда имѣетъ значеніе: поэтому необходимо своевременно снимать ложки. Самый благоприятный моментъ для этого будетъ, когда головка настолько уже вышла, что нельзя болѣе опасаться полного отхожденія ея обратно, а съ другой стороны, когда наибольшій объемъ ея при обычныхъ теменныхъ положеніяхъ—отъ затылка къ лобнымъ бугоркамъ—не прорѣзался еще чрезъ половую щель. Говоря вообще, ложки слѣдуетъ снимать тогда, когда большой родничекъ стоитъ у уздечки большихъ губъ.

При снятіи ложекъ кладутъ большой палецъ лѣвой руки сзади напередъ на видимую часть головки, остальные пальцы размѣщаютъ другъ около друга по направленію къ спинѣ на промежности, такъ что лѣвая рука охватываетъ головку и промежность, какъ тисками, причѣмъ лѣвый локоть удерживается около грудной клѣтки и такимъ образомъ препятствуетъ быстрому прорѣзыванію головки при внезапномъ дѣйствіи брюшнаго пресса роженницы. Затѣмъ проводятъ большой палецъ правой руки сзади между рукоятками, разъединяютъ имъ вѣтви щипцовъ въ замкѣ и затѣмъ извлекаютъ изъ половыхъ частей сначала верхнюю, потомъ нижнюю вѣтвь правой рукой, т. е. обратно тому, какъ эти вѣтви вводились. При этомъ надо обращать вниманіе, чтобы въ окошкѣ ложки не застряло ухо или малая губа. Наконецъ освобождаютъ головку рукой и, въ случаѣ надобности, помогаютъ прорѣзыванію ея надавленіемъ на заднюю часть промежности.

### Терапія кровотеченій изъ половыхъ органовъ послѣ щипцовъ.

Часто послѣ щипцовъ, особенно у первородящихъ, появляются кровотеченія изъ многочисленныхъ поврежденій половыхъ органовъ. Въ этомъ случаѣ можно тотчасъ же перевязать отдѣльные сосуды или обколотъ гесп. зашить поврежденія, или можно останавливать кровотеченіе постепенно посредствомъ прижатія, гесп. посредствомъ тампонажъ ватой и только потомъ наложить швы.

При немедленномъ наложеніи каждаго шва въ отдѣльности или шиваніи каждой раны, женщина все-таки теритъ много крови. Часто кровь течетъ изъ очень многихъ разрывовъ, такъ что несмотря на тщательное вытираніе, особенно при искусственномъ освѣщеніи и недостаткѣ въ помощникахъ, нельзя ясно увидать главныхъ источниковъ кровотеченія; при многочисленности пораненій трудно рѣшить, гдѣ прежде всего нужно обколотъ или зашить. Во время самаго наложенія швовъ въ короткое время потеря крови бываетъ также очень значительна, и не успѣютъ еще окончить зашиванія, какъ уже наступаютъ явленія сильнаго малокровія.

При сильномъ кровотеченіи изъ наружныхъ половыхъ частей, влагалища или при многочисленности разрывовъ, особенно у первородящихъ, цѣлесообразнѣе остановить предварительно кровотеченіе съ помощью тампонажъ и затѣмъ уже приступить къ зашиванію. Для этой цѣли проводятъ руку съ сухой ватой глубоко во влагалище, такъ чтобы конецъ ваты свѣшивался, связываютъ бедра и

колѣна полотенцемъ плотно другъ съ другомъ, затѣмъ охватываютъ всей рукой матку, растираютъ и низдавливаютъ ее сильно въ тазъ. При этомъ кровь течетъ по родовому каналу и не можетъ выйти наружу, потому что ватный тампонъ и половыя губы, плотно прижатые одна къ другой бедрами, задерживаютъ это истечение; точно также кровь не можетъ растянуть влагалища и скопиться въ изобиліи въ полости матки: этому мѣшаетъ рука, положенная на матку. Получается такое давленіе кровяного сгустка (находящагося въ половыхъ частяхъ) на кровотокащія сосуды и стѣнки половыхъ органовъ, что кровотеченіе останавливается, артеріи сжимаются и кровотокащія сосуды отчасти закупориваются кровяными сгустками. Выждавъ около  $\frac{1}{2}$  часа или больше, кладутъ женщину косо на постель, вынимаютъ тампонъ, обмываютъ растворомъ карболовой кислоты и накладываютъ необходимыя лигатуры. Кровотеченіе уменьшается, и можно хорошо осмотрѣть слизистую оболочку и поверхность раненій, а также то мѣсто, откуда всего сильнѣе выходитъ кровь и т. д., — словомъ, этимъ предварительнымъ способомъ очень существенно облегчаютъ себѣ наложеніе швовъ и, что всего важнѣе, сохраняютъ у родильницы много крови.

Послѣ описанія операціи щипцами при низко стоящей и нормально установленной головкѣ разсмотримъ:

### Модификаціи въ наложеніи щипцовъ.

1. При высокомъ стояніи головки, такъ наз. высокіе щипцы.

О высокіхъ щипцахъ впервые учили *Solayrès de Renhac* (1769) и *Baudelocque*, а затѣмъ эту операцію особенно широко примѣнялъ *Osiander*. Употребленіе ихъ, какъ уже сказано выше, слѣдуетъ ограничить до крайней степени.

**Производство операціи.** При введеніи ложекъ держатъ обѣ вѣтви круто по средней линіи, кладутъ концы ложекъ на руку, введенную въ видѣ желоба по задней стѣнкѣ влагалища, такъ что вогнутая сторона ложекъ обращена кзади, продвигаютъ кверху ложки въ углубленіе крестца и затѣмъ проводятъ концы ихъ вправо или влѣво отъ мыса по крестцовоподвздошнымъ сочлененіямъ.

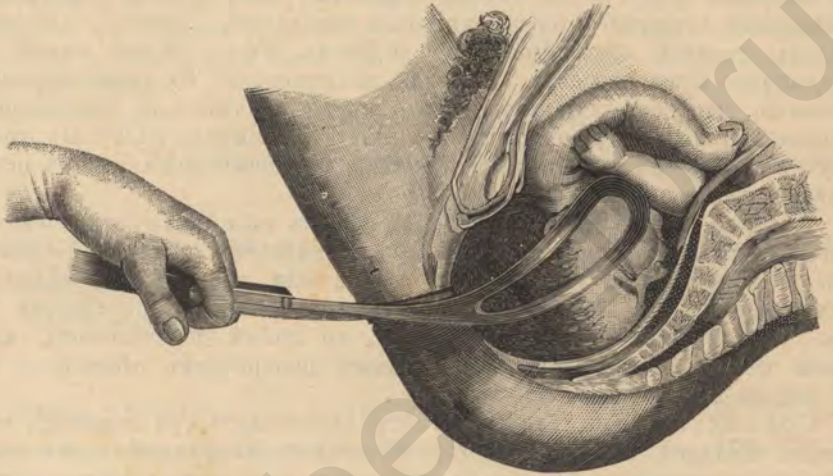
*Saxtorph* и др. рекомендуютъ вводить ложки въ обѣ стороны таза и такимъ образомъ охватывать головку въ ея сагиттальномъ размѣрѣ (фиг. 26).

При выполненіи этого совѣта головка только въ исключительныхъ случаяхъ будетъ захвачена вполнѣ сагиттально (лобъ и затылокъ между ложками); большею частью одна ложка ложится на лобную кость, причѣмъ край ея приходится на лобномъ швѣ, а другая ложка лежитъ на противоположной половинѣ затылка. Это происходитъ оттого, что высоко стоящая головка не установилась вполнѣ поперечно, или оттого, что она при замыканіи ложекъ повернулась нѣсколько въось. Поэтому, если позволяетъ мѣсто, лучше съ самаго начала наложить щипцы наискось, такъ, чтобы вогнутость ихъ была обращена къ передней сторонѣ таза и къ затылку ребенка, т. е. одну вѣтвь вводятъ



къ крестцовоподздошному соединенію, а другую—сзади противоположной поперечной вѣтви лобковой кости.

Замыканіе ложекъ въ этомъ случаѣ по большей части затруднительно, такъ какъ вслѣдствіе указаннаго положенія головки боковой поверхности ея не совсѣмъ параллельны другъ другу; замыканіе удастся только посредствомъ сильного опусканія рукоятокъ или отодвиганія очень уклонившейся ложки. Но дѣлать это надо осторожно, иначе происходятъ глубокіе надрывы въ натянутой маточной шейкѣ.



Фиг. 26.

Щипцы при высокомъ стояніи головки.

При тракціяхъ не слѣдуетъ сжимать рукоятки слишкомъ сильно; иначе лобныя и затылочные кости заходятъ слишкомъ глубоко подъ болѣе крупныя уплощенныя теменныя кости, и такимъ образомъ значительно сдавливается головной мозгъ. Цѣлесообразно извлекать только за нижнюю часть рукоятокъ одной рукой, тогда какъ другая рука охватываетъ замокъ. Можно также между рукоятками вложить палецъ или свернутое полотенце.

Наиболѣе подходящее направленіе тракцій при высокомъ стояніи головки будетъ внизъ къзади (такъ наз. 1 позиція прежнихъ акушеровъ). Но это направленіе имѣетъ свои границы. Чѣмъ сильнѣе опускаютъ рукоятки, тѣмъ сильнѣе черенки ложекъ давятъ на промежность, а концы ложекъ на лобовыя кости resp. переднюю стѣнку шейки и влагалища, производя ущемленія и разрывы. По этой причинѣ, а также потому, что при сильно направленной книзу тракціи головка черезчуръ прижимается къ лонному соединенію, не слѣдуетъ извлекать слишкомъ сильно книзу. Чѣмъ совершеннѣе пользуются силой тракцій для движенія головки, тѣмъ болѣе уменьшается непроезводительное давленіе на лонное соединеніе, т. е. потеря силы.

Рекомендованныя нѣкоторыми вертикальныя маятникообразныя дви

женія, посредствомъ перемежнаго подниманія и опусканія рукоятокъ, очень опасны для мягкихъ частей и потому должны быть оставлены. Лучше всего постоянно производимыя тракціи, т. е. рычагообразныя тракціи по *Osiander'у*. Одна рука давить на замокъ книзу и этимъ дѣлаетъ изъ него для себя точку опоры или точку вращенія; другая рука притягиваетъ концы рукоятокъ слегка вверхъ. По мѣрѣ того какъ послѣднія поднимаются, головка входитъ въ тазъ. Такимъ образомъ можно обойтись безъ щипцовъ съ осевыми тракціями.

Какъ долго и съ какой силой можно извлекать, не нанося существеннаго вреда для матери и ребенка, еще нельзя опредѣлить цифровыми данными. Я бы посоветовалъ прекратить операцію, если двѣнадцать тракцій, произведенныхъ, впрочемъ, не съ полной силой, не подвинули книзу головку, или если выслушивание во время операціи показало, что сердечные тоны за это время значительно замедлились и ослабли или совершенно уже не слышны на прежнемъ мѣстѣ. Въ этомъ случаѣ перфорация представляеть болѣе осторожный приемъ, чѣмъ дальнѣйшее извлеченіе щипцами.

Большую частію при низведеніи въ полость таза головка повертывается внутри ложекъ, какъ при нормальномъ механизмѣ—такъ, что она доходитъ до дна таза въ косомъ или прямомъ направленіи. Если иногда этого поворота не происходитъ, и головка спускается до дна таза въ поперечномъ положеніи, то ложки перемицаютъ или снова накладываютъ, какъ при низкомъ поперечномъ стояніи, т. е. въ косомъ поперечномъ размѣрѣ.

Соскальзываніе ложекъ легко происходитъ при наложеніи высокихъ щипцовъ, и именно въ горизонтальномъ направленіи, такъ какъ головка охватывается ото лба къ затылку, т. е. въ наибольшемъ своемъ размѣрѣ; чѣмъ шире раскрывается инструментъ, тѣмъ болѣе периферическія половины ложекъ принимаютъ параллельное положеніе, причеиъ концы ихъ уже ничего болѣе не могутъ удерживать. Вертикальнаго соскальзыванія кзади надо опасаться въ томъ случаѣ, если щипцы имѣютъ слабую тазовую кривизну или если ложки ихъ находятся слишкомъ близко къ крестцовой кости, т. е. кзади центра головки.

Иногда случается также, что препятствіе, представляемое мысомъ крестцовой кости и лоннымъ соединеніемъ, внезапно преодолевается: при этомъ головка порывисто или съ трескомъ (можетъ быть съ переломомъ кости) быстро проходитъ черезъ нижній отдѣлъ таза, прорѣзывается изъ половой щели и производитъ сильный разрывъ промежности. При быстромъ выходѣ головки, надо задержать ее щипцами. Если щипцы при высокомъ положеніи головки требовали большаго и продолжительнаго примѣненія силы, то описанныя ниже поврежденія у матерей и дѣтей почти неизбежны. Слѣдуетъ по возможности ограничивать наложеніе щипцовъ при высокомъ стояніи головки!

## 2. При передне-теменныхъ положеніяхъ.

Предварительныя замѣчанія. При такъ наз. передне-теменныхъ положеніяхъ затылокъ сначала обращенъ кзади вправо, что бываетъ болѣе часто, или кзади влѣво, а въ дальнѣйшемъ теченіи онъ вмѣсто

того, чтобы совершить поворотъ впереди, поворачивается къ крестцовой кости. Въ такомъ положеніи головка опускается до дна таза. Нерѣдко удается, даже при низкомъ стояніи головки, произвести нормальный поворотъ впереди посредствомъ положенія женщины на томъ боку, гдѣ находится затылокъ ребенка. Если же это не удастся, то передняя часть темени становится предлежащею частью (отсюда и названіе) и выходитъ сзади лоннаго сращенія изъ половой щели. Затѣмъ лобъ упирается въ заднюю стѣнку лоннаго соединенія, по промежности выкатывается сначала темя, а потомъ затылокъ и, наконецъ, лицо выходитъ сзади лоннаго сращенія. При небольшомъ плодѣ и широкомъ тазѣ этотъ неправильный механизмъ не имѣетъ особеннаго значенія, но при узости таза или большомъ черепѣ легко происходитъ остановка родовъ, защемленіе головки, часто бываютъ необходимы операциі, и около 90% дѣтей получаютъ мертвыми.

Относительная частота такихъ операцій видна изъ слѣдующихъ данныхъ:

	III и IV. положенія.	Щипцы.	Перфорация и кефалотрипси.	Поворотъ.
<i>Busch</i> ..... считалъ на	277	60	4	—
<i>Credé</i> ..... " "	34	15	3	—
<i>Kehrer (Giessen)</i> " "	60	10	—	2
<i>Hecker</i> ..... " "	259	35	5	4
	630	120	12	6

Такимъ образомъ,  $\frac{630}{120} = 20,0\%$  наложеній щипцовъ или 1: 5,2 передне-теменныхъ положеній; въ Берлинской и Гиссенской клиникахъ при правильномъ поворотѣ головки 25% родовъ окончились съ помощью щипцовъ, а въ клиникѣ *Hecker*'а—39.

Кромѣ того, разрывы промежности при передне-теменныхъ положеніяхъ происходятъ гораздо чаще, чѣмъ при нормальномъ поворотѣ головки. *Fritsch* увѣряетъ даже, что онъ не видалъ ни однихъ родовъ у первородящихъ съ передне-теменнымъ положеніемъ головки, протекшихъ безъ разрыва промежности. Причина частыхъ разрывовъ промежности зависитъ оттого, что кольцо *vulvae* растягивается не малымъ діагональнымъ размѣромъ головки, а горизонтальнымъ, который на 2 ст. больше; и еще оттого, что промежность, вслѣдствіе задерживанія лба за лоннымъ сращеніемъ, сильнѣе оттѣсняется затылкомъ назадъ, больше выпячивается и растягивается въ ширину, чѣмъ при обыкновенномъ прорѣзываніи.

**Производство операціи.** Вѣтви щипцовъ помѣщаются на виски и щеки по направленію большого діагональнаго размѣра, причемъ концы ложекъ придатся у лица (фиг. 27). Направленіе тракцій различно, смотря по положенію головки. Последнее можетъ быть двоякимъ:

1. Согнутое, причемъ лобъ прилежитъ къ лонному сращенію, а затылокъ и верхняя часть шеи—къ задней стѣнкѣ таза. Получается саггитальное ущемленіе головки. При этомъ большой родничекъ находится за лоннымъ сращеніемъ, лобъ плотно прилежитъ къ верхнему краю поперечной вѣтви лобковой кости или къ лонному сращенію и выступаетъ надъ тазовымъ входомъ, между тѣмъ какъ



затылокъ стоитъ уже низко въ тазу. Послѣ родовъ головка оказывается удлиненой въ большомъ діагональномъ размѣрѣ, укороченной въ маломъ діагональномъ, причемъ находимъ захожденіе затылочной кости, а также уплощеніе и захожденіе лобныхъ костей; на сводѣ черепа, или на передней сторонѣ лба видны нерѣдко поперечные или косые слѣды отъ давленія лобковой кости; на темени—опухоль.

При этомъ положеніи головки обычныя тракціи щипцами, направленныя сильно книзу, надо признать нецѣлесообразными, такъ какъ онѣ сильно прижимаютъ сдвигаемую массу къ данному препятствію, чего, по ученію механики, надо избѣгать. Какъ показалъ опытъ, при такомъ направленіи тракцій удается извлечь ребенка только послѣ сильнаго сжатія, т. е. ущемленія половыхъ частей и мочевого пузыря къ передней стѣнкѣ таза, послѣ захожденія и уплощенія лобныхъ костей, — вообще, послѣ продолжительнаго и форсированнаго оперировація. При этомъ довольно часто дѣти рождаются мертвыми или неспособными къ жизни вслѣдствіе переломовъ черепа и поврежденій мозга; а матери отъ тяжелыхъ поврежденій заболѣваютъ родильной горячкой, воспаленіемъ пузыря, и иногда даже происходитъ омертвѣніе отъ сдавленія мягкихъ частей.



Фиг. 27.

Щипцы при передне-теменныхъ положеніяхъ.

Вмѣсто тракцій, направленныхъ внизъ, я рекомендовалъ бы другой методъ, который примыкаетъ къ методу *Baudelocque'a* и по большей части приводитъ къ дѣлу быстро и безъ употребленія особой силы. Онъ представляетъ собой полезное приложение того основнаго правила, по которому существующія препятствія слѣдуетъ устранять, а не пре-



одолѣвать насильственно. Этотъ приемъ состоитъ въ наложеніи ложекъ на обѣ височныя кости, повертываніи головки вокругъ ея большаго діагональнаго размѣра до тѣхъ поръ, пока лобъ перейдетъ къ той сторонѣ, гдѣ онъ стоялъ сначала,—затѣмъ, въ опусканіи лба по этой сторонѣ таза и, наконецъ, въ поворотѣ лба кпереди.

Повертыванія лба въ означенную сторону можно достигъ двоякимъ образомъ:

а) посредствомъ притяженія рукоятокъ наискось, а именно книзу впередъ (въ сторону ногъ и живота) и въ ту сторону, гдѣ находится лицо. При этомъ направленіи тракцій, въ указанную сторону направляется такая сила, при помощи которой лобъ сдвигается вдоль поперечной вѣтви лобковой кости. Сдвинувъ лобъ въ болѣе просторную часть тазоваго входа, извлекаютъ его книзу, чтобы вывести въ полость таза. Наконецъ, повертываютъ щипцы вокругъ ихъ продольной оси такъ, чтобы лицо было обращено кпереди, и затѣмъ извлекаютъ внизъ до тѣхъ поръ, пока лобъ не выступитъ изъ-подъ лонной дуги. Вставившаяся часть лба описываетъ такимъ образомъ  $\nabla$  при I, и  $\nabla$  при II положеніи.

Если при продолжительной остановкѣ родовъ развивается сильный отекъ передней губы маточнаго зѣва или если при указанной попыткѣ поворота являются затрудненія, то можно достигъ цѣли другимъ способомъ, именно:

б) посредствомъ отодвиганія назадъ схваченной щипцами головки (рукоятки направлены внизъ или впередъ, а не наискось), затѣмъ посредствомъ повертыванія инструмента вокругъ его продольной оси, причемъ вогнутость обращена въ ту сторону, гдѣ находится лицо, посредствомъ низведенія лба по этой сторонѣ и, наконецъ, повертыванія вогнутости щипцовъ, а вмѣстѣ съ нею и лба, кпереди. Вставившаяся часть лба описываетъ при этомъ  $\nabla$  при I,  $\nabla$  при II положеніи.

Этотъ способъ я уже описалъ въ своей диссертациі (Die Geburten in Schädellagen mit rückwärts gekehrtem Hinterhaupte. Giessen 1860, p. 76).

2. Полуразгибаніе головки съ защемленіемъ ея между лоннымъ соединеніемъ и концомъ крестцовой кости и также копчикомъ, т. е. въ сагитальномъ размѣрѣ служенія таза и выхода. При этомъ лобъ находится сзади лоннаго соединенія и подъ нимъ, причемъ нерѣдко доходить до половой щели, по большей части съ опухолью на немъ, затылокъ помѣщается у конца крестцовой кости и около копчика; такъ же, какъ и лобъ, онъ плотно прижатъ къ костямъ, между тѣмъ какъ по сторонамъ, между головкой и тазомъ, остается свободный промежутокъ. Въ такомъ случаѣ форма головки бываетъ весьма своеобразна. Лобъ стоитъ необыкновенно высоко съ опухолью на верхней части его. Позади этой опухоли идетъ косая плоскость, покатая къ затылку. Головка представляетъ сжатой въ болшомъ діагональномъ размѣрѣ.

Въ подобныхъ случаяхъ, какъ и обыкновенно, щипцы слѣдуетъ накладывать на оба виска и затѣмъ извлекать по оси тазоваго входа, чтобы провести лобъ въ половую щель. При очень плотномъ защемленіи посредствомъ легкихъ вращаній щипцовъ около продольной оси можно сдѣлать головку подвижной.

При этомъ, по обыкновенію, лобъ подводится подъ лонную дугу; при проведеніи головки черезъ половую щель надо сильно, но осторожно, приподнимать рукоятки. Ложки, конечно, надо снимать всегда, если можно опасаться разрыва промежности, — но только при томъ условіи, чтобы головка опять не ушла назадъ; дальнѣйшее освобожденіе головки нужно производить руками. У большинства первородящихъ бываютъ необходимы боковыя насѣчки для сохраненія промежности.

При переднетеменныхъ положеніяхъ употреблялись еще слѣдующіе методы наложенія щипцовъ:

1. Наложеніе вѣтвей щипцовъ на обѣ стороны головки, извлеченіе каади внизъ, слѣдовательно, рукоятки держать круто вплоть до прорѣзыванія лба въ половую щель, затѣмъ быстро приподнимаютъ рукоятки, чтобы провести затылокъ по промежности, наконецъ дѣлать горизонтальныя тракціи для освобожденія лица. Этотъ методъ рекомендовали *Credé, E. C. J. v. Siebold, Kilian, Scanzoni, Späth* и другіе.

Но такъ какъ промежность, которой и безъ того грозитъ опасность, при выведеніи головки щипцами разрывается еще легче, то *Osiander* и др. совѣтовали послѣ прорѣзыванія лба прохожденіе остальной части головки предоставить природѣ.

2. Извлеченіе каади внизъ сильно изогнутыми щипцами, которые накладываются на головку далеко назадъ, тогда какъ лобъ задерживается положенными на него пальцами; затѣмъ, послѣ того какъ затылокъ будетъ напирать на промежность, ложки снимаются, головку освобождаютъ руками, продолжая задерживать лобъ (*Wigand*). Очевидно, *Wigand* хотѣлъ такимъ образомъ сильно согнуть головку.

3. Извлеченіе по направленію къ переди до выхожденія затылка, затѣмъ опусканіе рукоятокъ до прорѣзыванія лица (*Moreau*). Цѣль, очевидно, та-же, къ какой стремился *Wigand*: произвести возможно большее сгибаніе головки.

4. Тракціи, направленные горизонтально, потомъ вверхъ, съ вертикальнымъ надавливаніемъ на замокъ производятся посредствомъ тесмы, продѣтой сквозь задніе концы ошейка, за которую извлекаютъ внизу (*Saxtorph*), или посредствомъ надавливанія рукою (*Busch*).

5. Поворачиваніе лба въ сторону. *Baudelocque* старался достигъ этого посредствомъ рычагообразныхъ движеній, дигалъ концы рукоятокъ попеременно то въ одну, то въ другую сторону, затѣмъ онъ направлялъ лицо въ одну сторону, преимущественно въ лѣвую, выводилъ его въ тазъ и подводилъ наконецъ подъ лонную дугу. Почти то же совѣтовали *Hatin* и *M-me Boivin*.

6. Поворачиваніе лба къ переди по *Baudelocque*'у и *M-me Lachapelle*.

7. Поворачиваніе лба назадъ, т.-е. установленіе нормальнаго поворота при черепномъ положеніи (первый видъ). Пользуясь своими короткими щипцами, *Smellie* продвигалъ головку сначала немного вверхъ, затѣмъ поворачивалъ ее, не снимая ложекъ, такимъ образомъ, чтобы лобъ былъ обращенъ въ сторону, и наконецъ, къ крестцовой кости, и еще на  $\frac{1}{4}$  круга въ другую сторону; послѣдній поворотъ совершается съ той цѣлью, чтобы воспрепятствовать задержанію плечиковъ со стороны лоннаго соединенія и крестцовой кости; потомъ онъ освобождалъ головку затылкомъ впередъ. Почти такъ же поступали *Easton, Clarke, Ramsbotham*.

v. *Ritgen, Scanzoni* и др., употреблявшіе щипцы съ тазовою кривизною, бывали принуждены накладывать ихъ по два раза. Сначала щипцы накладывались по сторонамъ головки въ косомъ размѣрѣ таза, и головка поворачивалась въ поперечное положеніе. Затѣмъ снимали вѣтви щипцовъ и накладывали ихъ, какъ при вязкомъ поперечномъ положеніи головки, въ другомъ косомъ размѣрѣ таза и въ косомъ размѣрѣ головки; наконецъ, повертывали затылокъ къ переди.

Неоспоримо, что при этомъ методѣ извѣстное число дѣтей извлекаются живыми и безъ поврежденій; но съ другой стороны, нельзя забывать объ опасности скручиванія шейной части позвоночника, на что указывали *Baudelocque, Weidmann, Casseau, Hohl, Moser* и др. Именно, если плечо задерживается возлѣ искривленной

въ видѣ лордоза поясничной части позвоночника, что нерѣдко препятствуетъ затылку повернуться впереди, то туловище не слѣдуетъ за головкой. Когда-же въ этомъ случаѣ головку будутъ насильственно поворачивать, то неизбѣжнымъ слѣдствіемъ будетъ скручиваніе шейной части позвоночника, такъ какъ головка не можетъ вернуться въ шейныхъ позвонкахъ къ грудной кѣткѣ даже на  $\frac{1}{4}$  круга, а тѣмъ болѣе на  $\frac{3}{8}$ — $\frac{1}{8}$  круга.

### 3. При низкомъ поперечномъ положеніи головки.

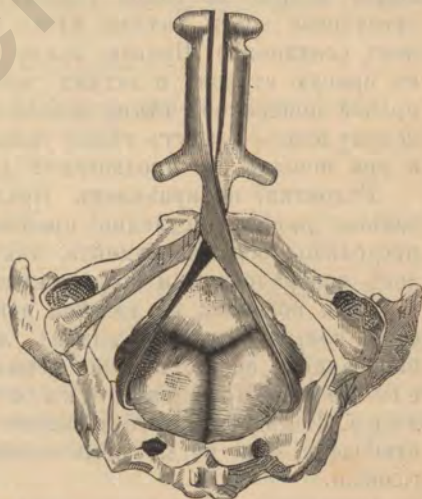
**Предварительныя замѣчанія.** Своевременный поворотъ затылка впереди иногда не совершается, такъ что головка спускается до дна таза въ поперечномъ положеніи. Такъ бываетъ при плоскихъ тазахъ, отвисломъ животѣ, нерѣдко безъ видимыхъ причинъ. Въ этомъ случаѣ головка или прорѣзывается въ поперечномъ положеніи, или повертывается уже впоследствии по промежути, или ущемляется между обѣими сѣдалищными костями. Въ послѣднемъ, именно, случаѣ, въ виду остановки родовъ, часто бываетъ нужно наложеніе щипцовъ. Относительно частоты наложенія щипцовъ я приведу слѣдующія данныя: изъ 7639 черепныхъ положеній въ Вѣнскихъ клиникахъ (*Braun, Späth, Chiari 1852*) щипцы были наложены 35 разъ вслѣдствіе продолжительности родовъ при низкомъ поперечномъ положеніи головки.

**Производство операціи.** Накладывая ложки по сторонамъ таза, т. е. на затылокъ и лобъ, можно повредить мозгъ вслѣдствіе захожденія лобныхъ и затылочной костей подъ теменныя кости. Кромѣ того,



Фиг. 28.

Щипцы при низкомъ поперечномъ положеніи головки. I положеніе.



Фиг. 29.

Щипцы при низкомъ поперечномъ положеніи головки. II положеніе.

одна ложка производила бы при этомъ давленіе на шейную часть позвоночника, другая—на лицо. Отъ накладыванія ложекъ по сторонамъ головки можно опасаться поврежденій, такъ какъ при поперечномъ положеніи головки одна ложка должна лежать сзади лоннаго соединенія,



слѣдовательно, легко можетъ повредить мочеиспускательный каналъ и пузырь, а другая должна помѣститься у мыса крестцовой кости, гдѣ можетъ сдавить заднюю стѣнку маточной шейки и влагалища. Вслѣдствіе этого, по *Kiwisch*у и *Lange*, ложки накладываютъ по концамъ косога размѣра таза и головки такимъ образомъ, чтобы одна ложка легла на лежащую впереди лобную кость, а другая—у противоположнаго крестцово-подвздошнаго соединенія и позади задняго уха; вогнутые края щипцовъ должны быть обращены къ передней стѣнкѣ таза и въ ту сторону, гдѣ лежитъ затылокъ (фиг. 28). Если-же, наоборотъ, при I теменномъ положеніи будутъ накладывать лѣвую ложку влѣво впередъ, правую—вправо назадъ—слѣдовательно, ширина ложекъ будетъ въ правомъ косомъ размѣрѣ таза—и потомъ затылокъ стануть поворачивать впереди, то лѣвая ложка, находящаяся за лоннымъ соединеніемъ, а правая—въ крестцовой впадинѣ, при дальнѣйшемъ поворотѣ повернутся такимъ образомъ, что лѣвая ложка придется на правой сторонѣ таза, а правая—на лѣвой. Такимъ образомъ, вогнутые края и концы ложекъ повернутся подконецъ къ крестцовой кости, вслѣдствіе чего происходятъ многочисленные поврежденія задней стѣнки маточной шейки и влагалища. Такого неестественнаго положенія щипцовъ не будетъ, если накладывать щипцы вышеуказаннымъ способомъ.

При I черепномъ положеніи надо лѣвую ложку поставить круто на ладонь правой руки, введенной по задней стѣнкѣ таза, и проводить ложку вверхъ по самой головкѣ, сначала по срединѣ, въ углубленіи крестцовой кости, затѣмъ влѣво кзади, къ лѣвому крестцово-подвздошному соединенію. Правую ложку проводить сначала обычнымъ образомъ въ правую сторону и затѣмъ продвигаютъ ее вправо впереди, позади правой поперечной вѣтви лобковой кости; при этомъ нажимаютъ на рукоятку внизъ, кладутъ лѣвый указательный палецъ сзади черенка ложки и при помощи его продвигаютъ ложку дальше впереди.

Рукоятки, по правиламъ Пражской школы, притягиваютъ горизонтально; затѣмъ медленно производится поворотъ на  $\frac{1}{4}$  круга около продольной оси инструмента, такъ что вогнутые края ложекъ и затылокъ поворачиваются подъ конецъ къ лонному соединенію (см. фиг. 29).

Если поворотъ не удастся легко вслѣдствіе значительныхъ препятствій или, что и часто видѣлъ, ложки очень сжимаются на головкѣ, не поворачивая ея, то полезно держать рукоятки наискось, т. е. задніе концы ихъ надо двигать въ ту сторону, гдѣ лежитъ лицо. Вслѣдствіе этого затылокъ пойдетъ впередъ, вступить въ половую щель,—и тогда обыкновенно происходитъ спиральный поворотъ головки.

Описанное выше исправленіе положенія головки при низкомъ поперечномъ положеніи ея, производимое по Пражскому методу, въ большинствѣ случаевъ безспорно удается, особенно если не представляется никакихъ особыхъ затрудненій. Однако надо признаться, что при всякихъ наложеніяхъ щипцовъ, когда головка схватывается въ ея косомъ поперечникѣ, приспособленіе щипцовъ къ черепу не бываетъ совершенно полнымъ. При косомъ наложеніи щипцовъ на черепъ любого



новорожденного, легко можно убедиться, что концы обѣихъ ложекъ отстоятъ далеко отъ головки. Что дѣйствительно прилегаеть къ головкѣ, такъ это—заднее ребро передней ложки, которая производитъ давленіе на щеку и глазъ, а также заднее ребро задней ложки, которое помѣщается на затылкѣ и довольно часто оставляетъ слѣды отъ давленія на шеѣ. Остальныя же части обѣихъ ложекъ лежатъ, не прилегая къ головкѣ. Недостаточное приспособленіе легко узнается также и изъ наблюденія при оперированіи. Вѣтви щипцовъ расходятся, и постоянно нужно усиліе, чтобы ихъ соединить, такъ какъ захватываемыя поверхности головки не лежатъ параллельно. Это неудобство побудило многихъ акушеровъ сдѣлать щипцы съ очень подвижнымъ замкомъ, или устроить такимъ образомъ ложки, чтобы онѣ поворачивались около своей продольной оси, или вообще совсѣмъ не соединять обѣихъ ручекъ посредствомъ замка. Но до сихъ поръ еще ни одна конструкція щипцовъ не могла устранить указанныхъ затрудненій, какъ бы этого хотѣлось. Ложки щипцовъ хорошо накладываются только на боковыя поверхности головки.

#### 4. При лицевыхъ положеніяхъ.

##### а. Подбородокъ обращенъ въ сторону или вперед.

Послѣ того, что было сказано выше на стр. 88 о большихъ механическихъ затрудненіяхъ при родахъ съ лицевымъ положеніемъ, нѣтъ ничего удивительнаго, что въ этихъ случаяхъ щипцы примѣняются часто, именно въ 9—12%.

Такимъ образомъ, по статистикѣ оказалось:

Въ Берлинѣ до 1840...	на 38	лицев. полож.	12	щипцовъ.
» » послѣ 1840 ..	» 63	» »	4	»
» » ( <i>Fasbender</i> )	» 104	» »	12	»
» Прагѣ ( <i>Helly</i> ).....	» 58	» »	2	»
» Мюнхенѣ ( <i>Hecker</i> ) ..	» 131	» »	9	»
По статистикѣ <i>Winckel</i> 'я.	» 400	» »	57	»

на 793 лицев. полож. 96 щипцовъ.

Итакъ, щипцы понадобились въ  $\frac{793}{96} = 12,1\%$  лицевыхъ положеній.

Для Вѣнской клиники можно считать 9% наложеній щипцовъ при лицевыхъ положеніяхъ. При этомъ, на 104 случая у *Fasbender*'а приходится еще 4 поворота и 2 кефалотрипси, а на 131 случай у *Hecker*'а 2 поворота.

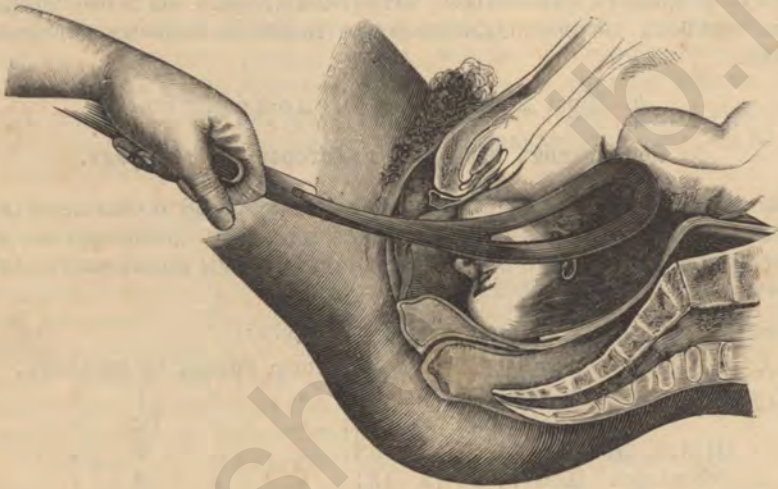
**Показанія.** Показанія для щипцовъ при лицевыхъ положеніяхъ — тѣ-же общія, но вовсе не зависящія отъ самаго положенія.

Относительно вопроса, при какомъ положеніи лица допустимы щипцы, мнѣнія мало различаются другъ отъ друга. Все отвергаютъ высокое наложеніе щипцовъ, потому что одна ложка приходится на нижнюю челюсть и шею, и, такимъ образомъ, мягкія части послѣдней сильно сдавливаются. Если при высокомъ лицевомъ положеніи плоду угрожаетъ асфиксія, или другія какія либо причины

требуютъ быстрого окончанія родовъ, то является вопросъ, при существованіи надлежащихъ условій, о поворотѣ или, при мертвомъ плодѣ и опасномъ состояніи роженицы, о перфорациі.

При низкомъ положеніи лица, т.-е. если лицо находится во влагалищѣ и только затылокъ стоитъ надъ входомъ въ тазъ, надо выждать, сколько можно, пока подбородокъ нѣсколько повернется кпереди; однако щипцы допустимы также и при низкомъ поперечномъ положеніи лица.

**Производство операціи.** Во всѣхъ случаяхъ ложки накладываются на боковыя поверхности головки, притомъ такимъ образомъ, что длина ихъ соответствуетъ сагитальному размѣру головки (фиг. 30 и 31), ихъ вогнутая сторона должна быть обращена къ подбородку, и концы ложекъ должны быть направлены назадъ, геср. лежать свободно на затылкѣ для разгибанія головки; такимъ образомъ, попере-



Фиг. 30.

Щипцы при лицевомъ положеніи.

ное разстояніе между ложками обыкновенно приходится въ косомъ размѣрѣ таза. Поэтому, также какъ и при низкомъ поперечномъ положеніи, одна ложка вводится кзади и въ сторону (направо при I лицевомъ положеніи), а другая ложка—впередъ и въ другую сторону (налѣво при I лицевомъ положеніи). Это введеніе должно, понятно, совершаться очень осторожно, чтобы не повредить нѣжныхъ частей лица, особенно глазъ. Во время притяженія лицо постепенно поворачиваютъ такъ, чтобы подбородокъ подошелъ подъ лонное соединеніе. Еще прежде, чѣмъ задняя часть темени выступитъ по промежности, конечно, ложки снимаются для сохраненія промежности, подвергающейся при этомъ опасности; а головка освобождается руками въ то время, какъ нижняя челюсть упирается подъ лоннымъ соединеніемъ, причемъ промежность тщательно поддерживается; у первородящихъ же дѣлаются предварительно боковыя насѣчки.



### в. Подбородокъ обращенъ къзади.

**Показанія.** Такое поворачиваніе подбородка по справедливости считается очень тяжелымъ осложненіемъ, и, согласно наблюденіямъ, здѣсь часто бываютъ нужны щипцы или перфорация, если роды долгое время вполне остановились, и наступили явленія ущемленія или другіе опасные симптомы. Нѣкоторые авторы, какъ напр. *Fehling*, считаютъ въ этихъ случаяхъ щипцы противопоказанными, но по моему мнѣнію несправедливо. Я самъ не разъ извлекалъ живыхъ дѣтей щипцами при этомъ положеніи.

**Производство операціи.** Накладываютъ ложки по обѣимъ сторонамъ головки, причемъ вогнутость ихъ обращена къ лонному соединенію, а концы лежатъ позади затылка; затѣмъ производятъ легкій поворотъ въ сторону вокругъ сагиттальнаго размѣра головки, не превышающій  $\frac{1}{8}$  круга, и такимъ образомъ, притягивая рукоятки вкось книзу, освобождаютъ лицо съ подбородкомъ, обращеннымъ къзади. Такъ называемое



Фиг. 31.

Щипцы при лицевомъ положеніи.

исправленіе положенія, рекомендованное Пражской школой, *Scanzoni*, *Hohl*емъ и *Winckel*емъ, т.-е. поворачиваніе подбородка къпереди, при двукратномъ наложеніи щипцовъ, оказывается непригоднымъ вслѣдствіе тѣхъ-же основаній, которыя были приведены по поводу «исправленія положенія при переднетеменномъ предлежаніи».

## 5. При послѣдующей головкѣ.

Относительно этой операціи все необходимое сказано выше, на стр. 117.

6. При выпаденіи ручки и пуповины рядомъ съ головкой надо старательно смотрѣть за тѣмъ, чтобы ручка, resp. пуповина при введеніи ложки не была придавлена, захвачена или разорвана.

## 7. При Placenta praevia.

Во время введенія ложки необходима осторожность, чтобы не захватить дѣтскаго мѣста.

8. При опущеніи влагалища съ маточной шейкой.

Въ этихъ случаяхъ необходимо заправлять рукой края маточнаго зѣва назадъ въ сторону таза и производить извлеченіе съ умѣренной силой и при помощи конусообразныхъ вращаній. Если утолщенные края маточнаго зѣва будутъ представлять очень большое сопротивленіе, то надо ихъ радіально разрѣзать до или во время операціи.

## Результаты примѣненія щипцовъ.

Смертность матерей послѣ примѣненія щипцовъ по *Dohrn'у* для Нассау равняется (1821—66) 3%, для Кюргессена—(1850—70) 4,5%, для Марбургской клиники—1,7%, по *Hegar'у* для Баденскаго верхнерейнскаго округа (1864—66) 2,2%, по *Johnston'у* (1873)  $\frac{131}{9} = 6,8\%$ , по *Winckel'ю* (1875)  $\frac{26}{1} = 3,8\%$ , по *Hecker'у*  $\frac{446}{42} = 9,4\%$ , для Бадена (1870—88)  $\frac{2176}{515} = 3,4\%$ , по *Leopold'у* (Дрезденъ) 3,4%. Эта смертность колеблется между 2,2 — 9,4%; слѣдовательно, по сравненію съ смертностью послѣ другихъ болѣе серьезныхъ акушерскихъ операцій, она довольно незначительна.

Однѣ женщины послѣ щипцовъ страдаютъ отъ бывшихъ ранѣе болѣзней, которыя часто служатъ и показаніемъ для наложенія щипцовъ; другія же страдаютъ отъ поврежденій, къ которымъ присоединилась инфекция. По *Leopold'у* въ 68% послѣ операцій, проведенныхъ при строгой антисептикѣ, лихорадка въ родильномъ періодѣ совершенно отсутствовала, у остальныхъ же вслѣдъ за щипцами наблюдались легкія и тяжелыя лихорадочныя заболѣванія, часто осложненныя пупреральными язвами, parametrit'омъ, pelveoperitonit'омъ, даже тяжелой формы, какъ напр., піемія, септицемія и сепремія.

Поврежденія, наблюдаемыя послѣ щипцовъ, слѣдующія:

1) Глубокіе разрывы шейки, иногда проникающіе въ пара-



метральную клѣтчатку, происходятъ отъ рѣзущихъ краевъ щипцовъ или отъ быстрого растяженія еще не совсѣмъ раскрытой влагалищной части.

2) Прободеніе влагалищнаго свода и маточной шейки, если ложка, вмѣсто того, чтобы пройти въ каналъ шейки, проводится между утонченной влагалищной частью и влагалищнымъ сводомъ, причѣмъ она только прорываетъ послѣдній и проходитъ далѣе въ параметральную клѣтчатку, или же конецъ ложки со стороны свода проникаетъ въ шейку матки и далѣе въ каналъ маточной шейки.

3) Размозженіе, даже протираніе шейки матки или стѣнокъ влагалища, между головкой, гесп. щипцами и костями таза, преимущественно у лоннаго соединенія, мыса крестцовой кости, у ости сѣдалищной кости, у лонной дуги, даже у крыла крестцовой кости; при этомъ наступаетъ послѣдовательное кровотеченіе, потомъ воспаленіе или некрозъ, и образуются даже фистулы.

4) Продольные разрывы различной глубины во влагалищѣ, происходящіе отъ краевъ ложекъ щипцовъ или отъ ихъ черенковъ.

5) Протираніе половыхъ губъ и входа во влагалище, происходящее отъ черенковъ ложекъ, надавливающихъ на сѣдалищныя кости; разрывъ *levatora ani* (*Schatz*), и какъ дальнѣйшее слѣдствіе этого разрыва—глубоко втянутые рубцы на сѣдалищныхъ костяхъ, обуславливающие зіяніе наружныхъ половыхъ частей и вынаденіе влагалища.

6) Разрывы промежности и глубокіе, особенно односторонніе, по справедливому замѣчанію *Freund'a*, разрывы въ *sertum rectovaginale*, происходящіе вслѣдствіе быстрого проведенія головки щипцами и недостаточнаго поддерживанія промежности.

*Hecker* насчитываетъ послѣ щипцовъ  $\frac{446}{99} = 22\%$  разрывовъ промежности, а вообще при родахъ  $\frac{17220}{847} = 4,9\%$ . *Leopold*, тщательно отмѣчавшій всѣ поврежденія, насчитываетъ 85% поврежденій и 70% большихъ разрывовъ промежности, влагалища и маточной шейки.

7) Параличъ нервовъ мочеиспускательнаго канала и мочевого пузыря вслѣдствіе прижатія передними краями щипцовъ двигательныхъ нервовъ мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала, залегающихъ въ боковыхъ стѣнкахъ таза.

8) *Ischias* вслѣдствіе надавливанія выпуклаго края ложекъ на *Plexus ischiadicus*, въ особенности на корешки этого сплетенія, спускающіеся по крылу крестцовой кости, преимущественно при плоскихъ тазахъ; послѣдствіями *ischias* будутъ боли въ бедрахъ, судороги въ икрахъ, даже продолжительный параличъ *p. peronei*.

9) Разрывъ лоннаго соединенія, переломъ поперечной вѣтви лонной кости, въ случаѣ *Gerhardt'a* (1884) даже переломъ обѣихъ вѣтвей лѣвой лонной кости, наблюдавшійся у одной женщины, страдавшей прогрессивной мускульной атрофіей и, вѣроятно, даже атрофіей костей.

Наконецъ нужно отмѣтить, что, по *Hecker*'у, въ  $\frac{446}{32} = 7,2\%$  родовъ, оконченныхъ щипцами, послѣдъ отдѣлялся искусственно

(вмѣсто 1,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), что, по мнѣнію этого автора, зависѣло отъ продолжительной атоніи матки въ послѣродовомъ періодѣ, бывшей еще до наложенія щипцовъ.

Отсюда становится понятнымъ, что послѣ щипцовъ наблюдаются многочисленныя пуэрперальныя и иногда тяжелыя послѣдующія заболѣванія, продолжающіяся мѣсяцы и годы, между прочимъ также послѣдовательное безплодіе. Большой процентъ гинекологическихъ заболѣваній начинается послѣ родовъ, оконченныхъ при помощи щипцовъ.

**Смертность дѣтей.** *Dohrn* насчитываетъ послѣ щипцовъ для Нассау 17<sup>0</sup>/<sub>0</sub> мертвыхъ дѣтей, для Кюргессена 20,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, *Pffankuch* для городовъ 14,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, для округа — 22,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, *Hartmann* для Вюртемберга у первородящихъ 11,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, у многородящихъ 17,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, *Johnston*  $\frac{131}{22} = 16\frac{0}{0}$ ,

*Winckel* 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. *Hildebrandt* считалъ 4,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> мертворожденныхъ дѣтей и 4,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> дѣтей, умершихъ въ первые дни. По *v. Hecker*'у (1881) изъ 446 дѣтей, извлеченныхъ щипцами, 12 умерли до родовъ, 94 во время родовъ, 85 родились въ асфиксіи и были оживлены, 14 вскорѣ опять умерли, а 336 остались здоровыми. Въ общемъ, смертность дѣтей равнялась 120 = 26,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Въ Баденѣ въ 1870 — 88 г.  $\frac{21726}{2929} = 13,4\frac{0}{0}$

дѣтей послѣ щипцовъ были извлечены мертвыми. Въ моей клиникѣ число мертворожденныхъ дѣтей (1881—90)  $\frac{100}{15} = 15\frac{0}{0}$ , между ними

1 мацерированный плодъ, сверхъ того 2 умерли въ первые дни. *Leopold* насчитываетъ для Дрездена 17<sup>0</sup>/<sub>0</sub> мертворожденныхъ дѣтей. Въ случаяхъ *Leopold*'а 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub> дѣтей, извлеченныхъ щипцами, погибли или независимо отъ операций или вслѣдствіе происшедшихъ при этомъ поврежденій, исключая дѣтей, умершихъ въ теченіе первыхъ 10 дней отъ какихъ-либо другихъ причинъ.

У дѣтей наблюдались слѣдующія поврежденія:

1. Слѣды отъ давленія, то въ видѣ красныхъ полосъ, то въ видѣ некротическихъ пятенъ на темени, лбу, лицѣ, вискахъ, шеѣ, ведущихъ къ образованію струповъ, даже къ нагноенію, рожѣ и флегмонѣ.

2. Кровоизліянія подъ кожу головы, гематома, часто осложняющаяся трещиной теменной кости.

3. Параличъ n. facialis (10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) вслѣдствіе прижатія нерва на мѣстѣ его выхода изъ For. stylomastoideum или изъ Plexus anserinus, рѣже вслѣдствіе перелома скалистой кости. Парезъ обыкновенно исчезаетъ черезъ нѣсколько дней, но параличъ, по *Duchenne*'у, продолжается очень долго, даже цѣлыя годы.

4. Поврежденія глазъ: кровоподтеки на глазныхъ вѣкахъ и соединительной ткани, разрывъ commissurae вѣкъ, кровоизліяніе въ полость глаза съ выпячиваніемъ глаза и иногда съ переломомъ лобной кости, что, по *Dugés* и *Parvin*, не всегда оканчивается смертію.

5. Поврежденія черепа, какъ-то: радіальныя трещины теменной кости или отламыванія края или угла теменной кости, прямая

треугольныя или непрямыя ложкообразныя вдавленія на лобной или теменной костяхъ отъ мыса крестцовой кости, отслаиваніе сочленовой и чешуйчатой части затылочной кости, переломъ скалистой кости.

6. Кровоизліянія въ мозгъ и оболочки мозга вслѣдствіе сильнаго захожденія костей другъ за друга, вслѣдствіе надавливанія смѣщенной теменной кости на *Vv. cerebri superiores*, проходящія въ *Falx cerebri*, вслѣдствіе прониканія осколковъ костей въ *Dura mater* и въ мозгъ. Послѣдствіемъ этого кровоизліянія будетъ неустраняемая асфиксія; если же дыханіе и появляется, то существуетъ полный параличъ конечностей, и смерть наступаетъ послѣ сопорознаго состоянія, длящагося нѣсколько часовъ или даже нѣсколько дней; или-же появляется параличъ глазныхъ нервовъ (*strabismus*), нервовъ конечностей, идіотизмъ и другія душевныя расстройства (*Brannwell, Koch*).

7. Поврежденія на шеѣ: слѣды отъ давленія, гѣматома кивательной мышцы головы, поврежденія позвоночника и шейной части мозга, поврежденія ключицы и проч. вслѣдствіе надавливанія концовъ ложекъ.

8. Давленіе на пуповину, обвившуюся около шеи (*Hecker*).

Всѣ эти поврежденія, иногда смертельныя, иногда ведущія къ нарушеніямъ функций, въ самомъ дѣлѣ наблюдаются гораздо чаще, чѣмъ думаютъ, послѣ трудныхъ щипцовъ,—особенно при высокомъ или поперечномъ стояніи головки, при узкомъ тазѣ и большомъ плодѣ; но случайнымъ образомъ они бывають послѣ очевидно легкихъ операций. Итакъ, щипцы не должны примѣняться безъ строгихъ показаній, и при операциіи не должно прикладывать грубой силы!

## II. Уменьшеніе объема плода и его извлеченіе.

**Опредѣленіе и цѣль операциіи.** Уменьшеніе плода можетъ относиться къ слѣдующимъ его частямъ: 1 къ черепу—прободеніе его (*Perforation*) и удаленіе мозга, 2 къ туловищу—разсѣченіе шеи плода (*Decapitation*) или вскрытіе грудной и брюшной полостей (*Embryotomie*) и удаленіе внутренностей (*Exenteration*), 3 къ верхнимъ конечностямъ—отнятіе ручекъ (*Brachiotomie*).

Уменьшеніе объема плода почти всегда бываетъ предварительной операцией, т. е. служить приготовленіемъ къ извлеченію плода; только въ исключительныхъ случаяхъ изгнаніе уменьшеннаго плода предоставляется силамъ природы.

Вышеназванныя кровавыя операциіи при мертвомъ плодѣ предпринимаются только въ интересахъ матери, а при невозможности спасти плодъ ихъ производить, какъ наиболѣе осторожное пособіе, послѣ того какъ всѣ другія операциіи были испытаны безъ всякаго успѣха. Акушеръ прибѣгаетъ къ нимъ, какъ къ послѣднему средству для того, чтобы предотвратить трагическую кончину роженицы, неразрѣшившейся отъ бремени. По большей части показаніями къ этимъ операциямъ служатъ: несоразмѣрность, обусловленная сильнымъ суженіемъ таза, рѣже—чрезвычайной величиной всего ребенка или какой-либо его части тѣла—

особенно головки или живота—и аномалии в положении, позиции и членорасположении плода при нормальном или суженном тазѣ. Всего-же рѣже предпринимается уменьшение плода послѣ его смерти вслѣдствие того, что при этой операциі наносится меньшая травма, чѣмъ при другихъ операцияхъ.

Теперь рассмотрим отдѣльно методы, употребляющіеся для уменьшения объема плода.

Они будутъ слѣдующіе:

### 1. Прободеніе черепа, *Perforatio capitis, Craniotomia*.

Эта операциа, невѣрно названная *Perforatio*, состоитъ изъ трехъ актовъ:

1. *Perforatio* въ тѣсномъ смыслѣ.
2. Удаленіе мозга.
3. Извлеченіе ребенка.

Мы рассмотримъ каждый изъ этихъ актовъ отдѣльно:

#### 1 Актъ. Перфорациа въ тѣсномъ смыслѣ.

**Предварительныя условія.** Производить перфорациу не имѣетъ никакого смысла, когда родовая каналь настолько узокъ, что заранѣе можно предвидѣть, что прободеніе и извлеченіе уменьшенной головки могутъ быть произведены только съ громадными затрудненіями. Въ этихъ случаяхъ дѣлается кесарское сѣченіе. Для перфорации необходимы слѣдующія условія:

1. Самый малый размѣръ таза долженъ равняться, по крайней мѣрѣ, 6 см. и самый большой, наиболѣе нужный въ акушерской практикѣ, по меньшей мѣрѣ 7,5 см. потому, что этимъ размѣрамъ бызаетъ равна ширина и длина основанія черепа вмѣстѣ съ толщиной шеи плода послѣ удаленія черепного свода. Слѣдовательно, 6 сантиметрамъ должна равняться *conjugata vera* при плоскихъ тазахъ, такой-же размѣръ (6 см.) — *Distantia sacro-cotyleoidea*—долженъ быть при остеомалятическихъ и кососуженныхъ тазахъ; при поперечно-суженныхъ — такой-же размѣръ между сѣдалищными костями; при общесуженныхъ тазахъ поперечный діаметръ долженъ быть по меньшей мѣрѣ въ 7,5 см. (*conjugata* здѣсь имѣетъ меньшее значеніе). При тазахъ съ экзостозами и неподвижными тазовыми и брюшными опухолями промежутокъ между стѣнкой таза и поверхностью опухоли долженъ быть *minimum* 6 см. въ самомъ меньшемъ діаметрѣ и 7,5 въ діаметрѣ, пересекающемъ первый подъ прямымъ угломъ.

2. Родовые пути, въ особенности маточная шейка, должны быть раскрыты около 7,5 см. въ діаметрѣ, иначе дѣлають насѣчки; или же эти части должны быть настолько размягчены, чтобы ихъ можно было растянуть безъ глубокихъ надрывовъ до 7,5 см.

3. Околоплодный пузырь долженъ быть разорванъ.

**Показанія.** Перфорациа предпринимается при слѣдующихъ положеніяхъ головки: при среднемъ и боковомъ вставленіи, защемленіи, вколачиваніи предлежащей или послѣдующей головки или при запруживаніи родового канала. Эти положенія чаще всего зависятъ отъ суженія таза (особенно при конь-



югатъ отъ 6—8 см.), рѣже отъ тазовыхъ опухолей, суженія полового канала, чрезмерной величины ребенка, отъ головной водянки и другихъ уродствъ, отъ ненормальныхъ вставленій головки.

Но и въ такихъ случаяхъ, при существованіи предварительныхъ условій, перфорация показывается только тогда, когда состояніе роженицы настоятельно требуетъ окончанія родовъ, и когда болѣе умѣренные приемы для извлеченія ребенка были испробованы безъ всякаго успѣха. Тогда перфорация показывается, какъ операція, наносящая меньшую травму, чѣмъ всѣ другіе способы родоразрѣшенія.

Главнымъ образомъ, перфорация бываетъ нужна при слѣдующихъ показаніяхъ:

1) Когда мертвый плодъ или уродъ находится въ головномъ положеніи; причемъ черепъ его настолько плотно прижать къ костямъ таза, что извлечение щипцами или поворотъ невозможенъ, или могутъ быть произведены только при тяжелыхъ поврежденіяхъ матери.

Ожидать же, чтобы наступило гнилостное разложеніе и вмѣстѣ съ тѣмъ размягченіе частей плода, которое облегчило бы самую операцію (*Kilian, Hohl*),—въ высокой степени опасно для роженицы. Если разложеніе уже наступило, то, конечно, не слѣдуетъ медлить, а должно соблюдать строжайшую антисептику до операціи, во время и послѣ нея.

2) При предлежаніи плода тазовымъ концомъ, когда тѣло плода вышло, а головка задержалась, сердцебіенія плода не слышно; освобожденіе головки руками и наложеніе щипцовъ осталось безъ результата. Тогда при опасномъ состояніи матери показывается немедленная перфорация; при хорошемъ же состояніи роженицы можно подождать нѣкоторое время дѣйствія схватокъ, и при безуспѣшности ихъ слѣдуетъ приступить къ перфорациі.

3) При мертвомъ плодѣ, при отсутствіи значительнаго пространственнаго несоотвѣтствія, но еще при мало раскрытомъ маточномъ зѣвѣ. *Fritsch (Volkmann's Samml. klin. Vorträge № 231)* дѣлалъ перфорацию и краниоклазію при предлежаніи послѣда, выпаденіи пуповины, при эклампсіи, разрывѣ и ракъ матки, такъ какъ эти операціи наносятъ меньшую травму въ сравненіи съ щипцами и поворотомъ.

При этихъ показаніяхъ слѣдуетъ только помнить, что нельзя оперировать при еще длинной маточной шейкѣ съ толстыми краями, такъ какъ при этомъ легко можетъ произойти разрывъ ея; операція возможна только при растяжимой и истонченной шейкѣ, уплотненные края которой должны быть предварительно радіально разсѣчены.

4) При живомъ плодѣ перфорация предпринимается:

а) когда существуетъ неправильное вставленіе, защемленіе или вколачиваніе черепа, причемъ головка нисколько не измѣняется въ своемъ положеніи, несмотря на соотвѣтствующее положеніе роженицы и на общую терапію, а также несмотря на существующія схватки въ продолженіи долгаго времени.

б) Когда маточный зѣвъ раскрытъ, или предварительно сдѣланы глубокія насѣчки, а у роженицы существуютъ опасныя симптомы, какъ напр.: значительная слабость, даже коллапсъ, лихорадка (иногда выше 39° Ц.), пульсъ чаще 100, endo-или шюметритис, въ особенности

чувствительность матки надъ тазовымъ входомъ, отекъ половыхъ губъ, dyspnoë, цианозъ, эклампсія, сопровождающаяся слабостью сердца и неправильнымъ дыханіемъ (*Fehling*) и т. под.

с) Когда другія болѣе умѣренныя операціи, какъ-то: поворотъ, извлечение, безцѣльны или опасны; щипцы-же, по принятому обычаю, были уже испробованы, но послѣ 6—8 тщетныхъ тракцій сняты, или же они вовсе не показаны, потому что головка только вставилась въ тазовой входъ; а кесарское сѣченіе—опасно для роженицы, resp. окружающіе не соглашаются на него.

При такомъ положеніи дѣла разумный акушеръ, несмотря на внутреннюю борьбу съ собою и нравственныя волненія, долженъ приступить къ прободенію даже живого ребенка. Ожидать смерти ребенка значило бы подвергать жизнь роженицы крайней опасности; а кесарское сѣченіе—которое въ началѣ родовъ, можетъ быть, и имѣло бы благопріятный исходъ—теперь послѣ долго продолжавшихся родовъ даетъ очень мало надежды на спасеніе матери.

При головной водянкѣ и другихъ уродствахъ плода рѣшеніе вопроса, дѣлать или нѣтъ прободеніе, значительно облегчается вслѣдствіе ничтожной жизнеспособности такого ребенка.

5. При живомъ плодѣ, когда головка вставилась въ тазовой входъ, при суженіи таза второй степени (слѣдов., при *conjugata vera* въ 6—8 см.), или же когда существуетъ опухоль въ тазу, головная водянка плода, короче, при такомъ пространственномъ несоотвѣтствіи, что нельзя разсчитывать на рожденіе живого ребенка, а между тѣмъ состояніе матери еще удовлетворительно, и роды дошли до конца періода раскрытія.

Въ случаяхъ такого рода нѣкоторые акушеры рано приступаютъ къ операціи, т.-е. перфорируютъ, какъ только раскрытіе маточнаго зѣва сдѣлается вполне достаточнымъ для прободенія и, главнымъ образомъ, для извлеченія плода. Такъ какъ при этомъ половыя части матери только еще немного защемлены, и зараженіе не могло еще произойти при осторожномъ изслѣдованіи роженицы, а главное роженица еще находится въ хорошемъ состояніи, то можно надѣяться, что послѣродовой періодъ пройдетъ благополучно.

Если при такихъ обстоятельствахъ производить перфорацию опытный акушеръ, то важенъ только принципъ умерщвленія живого плода и вмѣстѣ съ тѣмъ возникаетъ вопросъ, не долженъ ли такой акушеръ предпочесть кесарское сѣченіе. Если же на основаніи тѣхъ же показаній производить операцію мало опытный акушеръ, то ему слѣдуетъ опасаться, чтобы не сдѣлать перфорацию въ такомъ случаѣ, когда роды, можетъ быть, окончились бы самопроизвольно или плодъ былъ бы извлеченъ живымъ при помощи другой болѣе осторожной операціи. На самомъ дѣлѣ, окончательное рѣшеніе вопроса, могутъ-ли при данномъ несоотвѣтствіи произойти роды живымъ ребенкомъ, обусловливается опытностью въ тазоизмѣреніи, слѣдовательно степенью той умѣренности, какою каждый акушеръ обладаетъ въ дѣлѣ распознаванія тазовъ. И едва ли можно спорить, что эта умѣренность далеко не составляетъ общаго достоянія всѣхъ врачей.

Поэтому, врачъ, считающій себя не совсѣмъ опытнымъ въ діагностику тазовъ, хорошо сдѣлаетъ, если сначала немного подождетъ, что въ данномъ случаѣ сдѣлаетъ природа; къ перфорации же онъ долженъ приступить послѣ того, какъ роды вошли и въ продолженіи многихъ часовъ остановились, и были уже съ осторожностью, но безъ успѣха, испробованы щипцы, (если наложеніе ихъ было возможно при извѣстномъ положеніи головки).

Насколько различна постановка показаній у разныхъ акушеровъ и въ разныхъ странахъ, показываетъ слѣдующая таблица:

		Роды.	Перфорации.
Boër (1789—92)	считаетъ на .....	2926	8 = 0,27%
" (1820—22)	" " .....	5150	9 = 0,17 "
Osiander (1792—1822)	" " .....	2540	0 = 0,00 "
Nägelé.....	" " .....	1711	1 = 0,05 "
Kluge.....	" " .....	1111	6 = 0,54 "
Carus....	" " .....	2549	9 = 0,35 "
v. Siebold (Berlin)...	" " .....	2093	1 = 0,04 "
Bartsch.....	" " .....	2286	2 = 0,08 "
Jungmann.....	" " .....	1466	1 = 0,06 "
Lever.....	" " .....	4666	24 = 0,51 "
Götz.....	" " .....	1441	1 = 0,06 "
Grenser.....	" " .....	15481	63 = 0,40 "
Wyder-Gusserow (1879—86)	" " .....	9020	43 = 0,47 "
v. Braun (1881—85)	" " .....	15050	49 = 0,32 "
v. Hecker (1866—79)	" " .....	17200	25 = 0,14 "
Fehling (1877—86) ..	" " .....	4014	4 = 0,09 "
Leopold (1883—87) ..	" " .....	5510	71 = 1,28 "
Dohrn (Kurhessen)...	" " .....	376337	106 = 0,02 "
Battlehner (Baden)...	" " .....	1085018	696 = 0,06 "
		1555569	1119 = 0,07%
Baudelocque.....	" " .....	17388	6 = 0,43%
Lachapelle.....	" " .....	22243	12 = 0,05 "
Boivin.....	" " .....	20517	16 = 0,07 "
		60148	34 = 0,05%
Collins (1826—33)...	" " .....	16654	118 = 0,70%
Clarke.....	" " .....	10199	49 = 0,48 "
Churchill (1841)...	" " .....	1456	8 = 0,54 "
M'Clintock-Hardy (1842—45)	считаетъ на....	6702	63 = 0,94 "
		35011	238 = 0,67%
Churchill (1856) считалъ:			
Въ Германіи на.....		352495	243 = 0,07%
Во Франціи и Италіи.....		38908	69 = 0,17 "
Въ Англии.....		129331	378 = 0,29 "
		510734	690 = 0,13%

Во то время, какъ въ Германіи на 10000 родовъ приходится 6—7 перфораций, во Франціи и Италіи 17, въ Англии получается очень большой процентъ — 29: 10000; поэтому, надо думать, что въ Англии часто употребляютъ перфораторъ въ тѣхъ случаяхъ, когда у насъ—щипцы.

Относительно положенія плода при перфوراціяхъ я приведу слѣдующія данныя:

*Wyder* (клиника и поликлиника *Gusserow*'а) считаетъ при перфوراціяхъ:

Черепныхъ положеній.....	123 = 73,20/100
Заднетеменныхъ „ .....	14 = 8,3 „
Переднетеменныхъ положеній.....	11 = 6,5 „
Лобныхъ положеній.....	7 = 4,1 „
Лицевыхъ „ .....	8 = 4,7 „
Поперечныхъ „ .....	3 = 1,7 „
Ножныхъ „ .....	2 = 1,1 „

Отсюда видно, что въ случаяхъ перфорацій абсолютно преобладаютъ обыкновенныя черепныя положенія; насколько это преобладаніе относительно, нельзя сказать вслѣдствіе недостатка въ цифровыхъ данныхъ.

Въ Берлинѣ 154 перфораціи были сдѣланы при подлежащей головкѣ, 14 — при послѣдующей. Въ клиникѣ *C. Braun*'а изъ 82 случаевъ (1871—78 г.) было 63 перфораціи подлежащей головке и 19 послѣдующей. Такимъ образомъ 86,8% перфорацій приходятся на подлежаніе головкой.

**Историческія данныя.** Древніе не знали никакого другого способа извлекать плодъ, не считая поворота и извлеченія за ножки, кромѣ прободенія или разсѣченія. Они часто производили эту операцію. Сначала съ развитіемъ операціи поворота на ножки, главнымъ образомъ *A. Paré*, и съ введеніемъ щипцовъ перфорація ограничилась строго опредѣленными случаями, — особенно въ Германіи и Франціи, тогда какъ въ Англіи почти до послѣдняго времени сохранилось внесенное *Hunter*'омъ отвращеніе къ щипцамъ, и перфорація производится еще относительно часто.

Вопросъ, позволительна-ли перфорація живого плода и при какихъ обстоятельствахъ, естественно занимала акушеровъ съ самыхъ древнихъ временъ.

Хотя въ произведеніяхъ Гипократа, Цельза и др. говорится только о перфораціи мертваго плода, однако изъ многихъ сочиненій греческихъ и латинскихъ писателей ясно, что тогда господствовало ученіе стоиковъ: будто ребенокъ въ утробѣ матери еще не одушевленъ; „*pars ventris, non animal*“. *Avicenna* высказывался по крайней мѣрѣ вполне ясно за раздробленіе живого ребенка. Напротивъ *Gallen*, *Tertullian*, *Lactantius* были противъ перфораціи живыхъ дѣтей.

Между акушерами среднихъ вѣковъ и новѣйшаго времени господствовали слѣдующія воззрѣнія:

*A. Paré* перфорировалъ мертваго ребенка и только въ случаѣ величайшей опасности для жизни матери производилъ прободеніе даже и живого плода. Хотя *Guillemeau* и соглашался, что акушеръ можетъ быть поставленъ въ необходимость въ интересахъ матери пожертвовать жизнью плода, однако онъ хотѣлъ знать рѣшительное мнѣніе богослововъ относительно этого вопроса въ принципѣ. *Van Hoorn* перфорировалъ вколотившуюся головку, не обращая вниманія на то, живъ ли еще ребенокъ. *Rodericus a Castro* говоритъ: „*non licet unum interficere, alterius vitae gratia*“. *Mauriceau* объясняетъ, что при живомъ ребенкѣ онъ чаще употребляетъ крючекъ; *Levet* производилъ перфорацію только при мертвомъ ребенкѣ, если щипцы нельзя было наложить или замкнуть. *Röderer* при вторыхъ степеняхъ *Rachiotrophosis* при упадкѣ силъ и начинающемся воспаленіи матки перфорировалъ даже и живого ребенка. *Crantz* высказывался, главнымъ образомъ, противъ всякихъ сверлящихъ и рѣжущихъ инструментовъ; *Plenk* совѣтовалъ перфорировать только завѣдомо мертваго ребенкѣ, *Friedl*-же послѣ тщетнаго наложенія щипцовъ даже и живаго. *Hamilton* и *Denman* нисколько не колебались жертвовать жизнью ребенка для спасенія жизни матери; также *Johnson* считаетъ жизнь матери „*comparatively more*



valuable\*. *Osborn* совѣтовалъ иногда своевременно перфорировать даже живого ребенка при conjugata vera въ 7,6 или меньше и спустя 30—36 часовъ извлекать уже разложившейся плодъ; *Steidle* и *Saxtorph* допускали перфорацию только при завѣдомо мертвомъ ребенкѣ. *Wigand*'у, человѣку гуманному, много разъ ставили въ упрекъ, что онъ иногда перфорировалъ даже живого ребенка при сильномъ суженіи таза. *Weidmann* считаетъ перфорацию при живомъ ребенкѣ позволительной только тогда, когда мать отказывается отъ кесарскаго сѣченія. Хотя *Busch* въ принципѣ стоитъ за перфорацию только при мертвомъ ребенкѣ, но соглашается, что послѣ тщетной попытки наложения щипцовъ можетъ понадобиться перфорация даже живого ребенка при вколотившейся головкѣ. Подобнаго же мнѣнія придерживаются *Jörg*, *Carus*, *Froriep*, *Klein* и др.

Въ 1826 году кюршь *Mittermaier* установилъ опредѣленныя границы и условія, при которыхъ безнаказанно можно перфорировать живого ребенка.

Большая часть акушеровъ новѣйшаго времени согласны, что необходимо дѣлать проболеніе головки даже живого ребенка при существующей или угрожающей опасности для жизни матери.

Разсмотримъ теперь инструменты, предназначенные для перфорации въ тѣсномъ смыслѣ.

### Перфораторы.

Они чрезвычайно разнообразны по устройству; различаютъ слѣдующіе ихъ виды:

#### 1) Ножи или копы.

*Hippokrates* употреблялъ μαχαιρίον καυπόλερον, изогнутый ножъ, который *Tertullian* называлъ „aspenum spiculum“, *Апей* Амидійскій употреблялъ σκολοπομαχαιρίον, *Paul* изъ Aegina—этотъ послѣдній инструментъ, также πολυπίκον σπατίον (spatulum polytis dicatum) и κατίς (scalprum), *Abulcasis* употреблялъ широкій скальпель, *Euch. Rösslin*—острый ножъ или ланцетъ, *Mauriceau*—короткій серповидный ножъ, копейвидный прободникъ съ деревянной ручкой, *van Hoorn*—ножъ, *Solingen*—серпообразный ножъ, *Ould*—Terebra osculta, т.-е. копы, заключенное въ трубку съ спиральной пружиной, *Fried*—копы въ четырехъугольномъ футлярѣ, *Didot*—копы, скрытое въ полукруглой трубкѣ съ кольцомъ; *Wigand* употреблялъ согнутое копы съ покрывкой, наконецъ *Melzer*—широкое копы со спиральной пружиной и винтомъ.

#### 2) Стiletы и буравы.

*Fried* пользовался троакаромъ, *Johnson*—голымъ зондомъ извѣстнаго образца (Director), на который надвигается имѣющая поперечную перекладину Eductor или Embryolucis; *Dugès*—короткимъ и толстымъ буравомъ съ стержнемъ и рукояткой.

И въ новѣйшее время были изобрѣтены еще буравы: *Lucas-Championnière* изобрѣлъ Perforateur и *J. Simpson*—такъ называемый Basilst (1880), инструментъ, состоящій изъ двухъ частей; его буравъ долженъ раскрываться при сжиманіи рукоятокъ.

#### 3) Ножницы и ножницеобразные перфораторы.

Ножницеобразные перфораторы представляютъ изъ себя инструментъ, похожій на ножницы, съ двумя вѣтвями, соединенными въ замкѣ посредствомъ штифта; ихъ короткія треугольныя вѣтви заострены съ наружной стороны; широкіе же внутренніе края ихъ прилегаютъ другъ къ другу, и такимъ образомъ образуется копы, удобное для разрѣзыванія черепа. Клинки прикрѣплены къ короткимъ и широ-

кимъ черенкамъ, позади которыхъ находятся замокъ и рукоятки съ кольцами или деревянныя какъ у щипцовъ.

Острия ножицы вмѣсто ножа впервые рекомендовалъ *van Hoorn*. Также *Walbaum* употреблялъ ножицы изогнутыя по краю, у которыхъ верхняя пластинка имѣла на концѣ пуговицеобразное утолщеніе, а нижняя—закругленіе.

Различаютъ три вида ножицеобразныхъ перфораторовъ:

а) Ножицеобразные перфораторы съ перекрещивающимися вѣтвями.

Инструментъ *Levret'a*—*Perce crane à deux lames*,—можетъ служить типомъ. Онъ больше всего похожъ на ножицы. Вѣтви его перекрещиваются (*à jonction passé*), наружные края ихъ—рѣзущіе; рукоятки плотно прилегаютъ другъ къ другу и оканчиваются въ видѣ колець, въ которыя вкладывается по одному пальцу. Чтобы развести клинки, вставленные въ шовъ или родничекъ, и, такимъ образомъ, продолжить разрѣзъ, надо раздвинуть рукоятки.

Изъ ножицеобразныхъ перфораторовъ этого рода нужно еще упомянуть о перфораторѣ *Smellie* съ боковыми отростками (*Tests*), инструментѣ *Denman'a*, *El. v. Siebold'a*, *Chailly-Honoré* и др. У вѣкоторыхъ инструментовъ есть мѣдный футляръ, какъ напр. въ инструментахъ *Brünninghausen'a*, *Klaes* и др.

б) Ножицеобразные перфораторы съ неперекрещивающимися вѣтвями.

Каждая вѣтвь ихъ согнута подъ тупымъ угломъ, и при раздвинутыхъ клинкахъ они представляютъ фигуру)

Типомъ ихъ является инструментъ *Fried'a*. Его вѣтви соединяются позади клинковъ посредствомъ *medianes Charnier*, безъ перекреста. Рукоятки согнуты, обращены вогнутостью внутрь, по срединѣ отстоятъ далеко другъ отъ друга и въ покойномъ положеніи удерживаются вставленною между ними внутри пружиною. Для того, чтобы раскрыть клинки, слѣдуетъ сжать рукоятки.

Инструментъ *Nägélé* (фиг. 32) представляетъ модификацію предыдущаго инструмента. Концы рукоятокъ соединены пластинкой, которая придѣлана на шарнирѣ къ одной рукояткѣ, а къ другой можетъ быть прицѣплена.

Подобные-же перфораторы изобрѣли *Rigby*, *Simpson*, *Blot*, *Vite* и др.

в) Ножицеобразные перфораторы съ дважды перекрещивающимися рукоятками.

Вѣтви этихъ инструментовъ перекрещиваются въ замкѣ такъ же, какъ и въ инструментѣ *Levret'a*; рукоятки кромѣ того согнуты такъ, что онѣ перекрещиваются еще разъ и ихъ концы приходятся на сторонѣ соответствующаго клинка; при сжиманіи рукоятокъ клинки расходятся.

Сюда принадлежатъ инструменты *Holmes*, *Oldham*, *Greenhalgh* и др.

4) Трепаны или трепанообразные перфораторы.

Они состоятъ изъ прямого стержня, составленнаго исключительно изъ отдѣльныхъ члениковъ; передній конецъ его переходитъ въ буравъ или

короткое коше для закрѣпленія его на черепѣ. Этотъ буравъ окруженъ коронкой трепана, трубкой съ зубцами или ножами, которая служитъ для образованія круглаго отверстія въ черепѣ. Коронка и часть стержня для защиты отъ поврежденій заключены въ металлической трубкѣ. На заднемъ концѣ стержня находится рукоятка, винтъ или ручка для продвиганія коронки взадъ и впередъ. *Jörg* изобрѣлъ трепанъ въ 1807 году. Окруженный металлической трубкой стержень

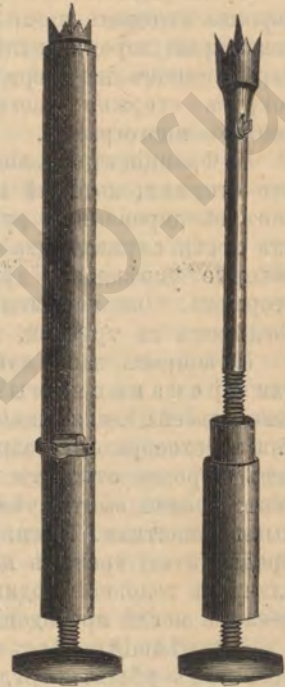


Фиг. 32.

Ножницеобразный перфораторъ *S. Braun'a*.  
перфораторъ *Nägeli*.



Фиг. 33.



Фиг. 34

Перфораторъ *Kiwisch'a*.

этого трепана имѣеть на своемъ переднемъ концѣ коронку съ тонкими зубцами, далѣе взади находится поперечный кружокъ; оканчивается-же онъ деревянной рукояткой съ пуговкой.

Кромѣ того трепанъ устроили *Assalini* (1810), *Kilian*, *Ritgen*, *Cederschjöld* и др. Перфораторъ *Wilde* — изогнутъ, и стержень его состоитъ изъ трехъ частей, соединенныхъ другъ съ другомъ шарообразными члениками. Этотъ принципъ былъ разработанъ лучше *S. Braun'омъ*.

Стержень въ перфораторѣ *S. Braun'a* (фиг. 33) состоитъ изъ многихъ члениковъ, на подобіе часовыхъ цѣпочекъ. Коронка состоитъ изъ большихъ зубцовъ и для чистки должна быть выдвинута и отвинчена отъ стержня, такъ что послѣдній можно вытащить черезъ задній конецъ футляра. Футляръ состоитъ изъ 2-хъ частей. Рукоятка служитъ для поворачиванія стержня.

Кромѣ того, слѣдуетъ упомянуть еще о прямомъ, часто употребляемомъ трепанѣ *Leissnig - Kivisch'a* (фиг. 34). Зубцы коронки велики и косо заострены; задняя часть стержня имѣетъ узкіе винтовые ходы и заключена въ футлярѣ, служащемъ въ то же время и гайкой. Коронка и гладкая часть стержня покрыты длиннымъ переднимъ футляромъ, и оба футляра соединены замкомъ въ видѣ штыка. На заднемъ концѣ стержня придѣлана поперечная рукоятка.

Также *Ed. Martin* устроилъ очень удобный прямой перфораторъ, коронка котораго легко снимается со стержня, а три выступа на нижнемъ краю коронки зацѣпляютъ за соотвѣтствующія вырѣзки на кольцѣ, укрѣпленномъ на стержнѣ. Футляръ широкъ около коронки и сужень въокругъ стержня; согнутая подъ прямымъ угломъ деревянная рукоятка — многогранна.

Во Франціи въ большомъ употребленіи трепанъ *Pajot*. Онъ состоитъ изъ стержня, который продолжается въ длинный буравъ и косо вставленъ въ деревянную рукоятку. вмѣсто трепана для вырѣзыванія кружка изъ кости служатъ два параллельные, продольно поставленные клинка, которые укрѣплены другъ противъ друга на кольцѣ, окружающемъ стержень. Они покрыты колоколообразнымъ футляромъ, который сзади соединенъ съ трубкой, плотно обхватывающей стержень.

На вопросъ, какой изъ перфораторовъ удобнѣе, и о ж и щ е о б р а з н ы й или т р е п а н о в и д н ы й, слѣдуетъ сказать, что оба инструмента достигаютъ своей цѣли; ножницеобразнымъ перфораторомъ легче сдѣлать простой или крестообразный разрѣзъ, чѣмъ произвести отверстіе трепаномъ; но черезъ широкое отверстіе въ кожныхъ покровахъ головы и въ черепѣ мозгъ легче можетъ выйти, чѣмъ черезъ разрѣзъ, окруженный четырьмя подвижными лопастями. Именно вслѣдствіе этого преимуществва я рѣшительно предпочитаю трепанъ ножницеобразному перфоратору, за исключеніемъ случаевъ головной водянки, когда жидкость изъ желудочковъ легко вытекаетъ послѣ прободенія покрововъ черепа и размягченной коры мозга.

Дальнѣйшій вопросъ относительно в ы б о р а между различными видами трепановъ рѣшить трудно, такъ какъ большая часть ихъ одинаково хорошо удовлетворяетъ своей цѣли.

Въ наибольшемъ употребленіи — трепанъ *Leissnig-Kivisch'a*, но также можно рекомендовать и трепанъ *Martin'a* вслѣдствіе простоты его устройства и легкости чистки.

При плотно стоящей или даже вколотившейся головкѣ совершенно достаточно п р я м о г о перфоратора; однако при высокомъ и подвижномъ положеніи головки отверстіе, сдѣланное такимъ перфораторомъ, вслѣдствіе неизбежнаго косога направленія инструмента легко можетъ быть недостаточнымъ, что значительно затрудняетъ удаление мозга. Поэтому, я предпочитаю изогнутый перфораторъ *C. Braun'a*. Но его должно тотчасъ послѣ употребленія развинтить, очистить и высушить.

### Производство перфорациі.

Для перфорациі прежде всего надо пригласить на помощь себѣ другого врача.

Р о ж е н и ц у помѣщаютъ поперекъ постели въ положеніи, какъ для



камнесъченія; въ случаѣ надобности, мочу спускаютъ катетеромъ и ставятъ клизму; непременно надо произвести весьма тщательную дезинфекцію и захлороформировать роженицу, какъ это дѣлается при другихъ операціяхъ. Если маточный зѣвъ еще недостаточно открытъ, то передъ операціей производятъ ножницами или пуговчатымъ ножомъ съ обѣихъ сторонъ надрѣзы шириной въ 1—2 см. Въ тѣхъ случаяхъ, когда головка стоитъ еще подвижно надъ входомъ въ тазъ, помощникъ долженъ снаружи обѣими руками надавить ее въ тазъ по направленію оси тазового входа и крѣпко удерживать ее въ продолженіе операціи. Не слѣдуетъ надавливать въ вертикальномъ направленіи на поясничный конецъ позвоночника плода, такъ какъ при этомъ головка часто оттѣсняется кзади.

Затѣмъ вводятъ лѣвую руку во влагалище до головки, обхватываютъ нѣсколькими пальцами мѣсто, назначенное для перфорации, и по ладонной поверхности этой руки, по желобку, образованному пальцами, проводятъ инструментъ, смазанный масломъ, вплоть до головки.

Если операцію производятъ ножницеобразнымъ перфораторомъ, то для прокола выбираютъ родничекъ или шовъ, находящійся въ срединѣ маточнаго зѣва, затѣмъ клинки помѣщаютъ такъ, чтобы ширина ихъ совпала съ длиной шва, и вкалываютъ ихъ въ мозгъ вплоть до боковыхъ ихъ отростковъ: такимъ образомъ, разрѣзаютъ кожные покровы головки, шовъ и *dura mater*. Послѣ того раздвигаютъ клинки, подаютъ ихъ немного назадъ, опять сдвигаютъ; затѣмъ поворачиваютъ инструментъ на четверть круга, еще разъ продвигаютъ его впередъ, снова раздвигаютъ клинки и наконецъ вынимаютъ инструментъ. Такимъ образомъ, производится крестообразный разрѣзъ; длина обонхъ разрѣзовъ, соотвѣтственно самому большому разстоянію между раздвинутыми клинками, равняется 5 см. и болѣе, смотря по инструменту.

Если же нельзя прощунать въ маточномъ зѣвѣ какого-либо шва, то прокалываютъ инструментомъ черепныя кости, что, конечно, требуетъ болѣе сильной силы; при этомъ необходимо крѣпко удерживать головку снаружи.

При употребленіи трепана, отверстіе дѣлается гораздо надежнѣе, если перфорируютъ не на мѣстѣ шва. При теменныхъ положеніяхъ выбираютъ лежащую теменную кость, при лобныхъ и лицевыхъ — лобную кость, при послѣдующей головкѣ — затылочную или височную кость; въ послѣднемъ случаѣ иногда разрѣзаютъ мягкія ткани въ верхнемъ отдѣлѣ шеи и проникаютъ черезъ гортань къ основной части затылочной кости. Прежде, чѣмъ вводить трубчатый перфораторъ, надо убѣдиться, не выступаетъ ли очень далеко за коронку буравъ, и крѣпко ли придѣланъ винтъ; если онъ не крѣпко придѣланъ, то коронка не имѣетъ твердой точки опоры при повертываніи и разрываетъ покровы головки, а иногда и маточный зѣвъ; во всякомъ случаѣ нельзя при помощи ея произвести надежнаго отверстія. Затѣмъ вывинчиваютъ коронку назадъ настолько, чтобы за край футлара ни буравъ, ни зубцы не выступали.

Послѣ этого продвигаютъ инструментъ по ладонной поверхности лѣвой руки вплоть до головки и ставятъ его подъ прямымъ угломъ къ поверхности головки; если же перфораторъ поставить подъ острымъ

угломъ, то кожа головки разорвется на большомъ пространствѣ, и отверстіе выйдетъ неправильнымъ. Чѣмъ выше стоитъ голова, тѣмъ больше надо опускать внизъ инструментъ. Въ томъ случаѣ, когда коронку надо поставить гдѣ-нибудь очень близко къ краю маточнаго зѣва, послѣдній оттягиваютъ пальцами въ сторону: вообще, лѣвой рукой закрываютъ коронку, чтобы избѣжать излишнихъ поврежденій. Если головная опухоль очень велика, можно ее надрѣзать и черезъ образованное отверстіе продвинуть коронку ближе къ кости. Въ то время, какъ лѣвая рука обхватываетъ передній конецъ футляра, полной правой рукой захватываютъ задній его конецъ, однако настолько, чтобы у самаго конца его оставалось достаточно мѣста для руки помощника. Главной задачей будетъ удерживать трубку обѣими руками настолько крѣпко, чтобы боковыя движенія коронки были невозможны во время вращенія. Помощникъ захватываетъ и удерживаетъ крѣпко лѣвой рукой задній конецъ трубки; а правой медленно и осторожно поворачиваетъ рукоятку до тѣхъ поръ, пока не будетъ слышно шума тренія, зависящаго отъ прободенія костей, и когда сопротивленіе во время вращенія инструмента вдругъ исчезнетъ, что укажетъ на прониканіе коронки въ мозгъ. Тогда дѣлаютъ еще 2—3 поворота, чтобы навѣрное просверлить *dura mater*, и затѣмъ вынимаютъ инструментъ. Коронка должна заключать въ себѣ кружокъ, состоящій изъ *dura mater*, кости и мягкихъ покрововъ головки: все это тотчасъ-же вынимается при помощи пинцета или корнцанга.

Многokrаtно предлагалось дѣлать прободеніе свода черепа, а затѣмъ и основанія его, которое легко разламывается. Это предлагали *Lollini*, *Guyon*, *Hubert*.

Для удаленія содержимаго полости черепа при послѣдующей головкѣ *Cohnstein*'омъ въ 1874 г. былъ предложенъ особый методъ: вскрываютъ позвоночный каналъ въ шейной его части, для того, чтобы оттуда черезъ затылочную дыру проникнуть въ полость черепа. Этотъ методъ, по наблюденіямъ *Ahlfeld*'а и *Личкуса* оказался удобнымъ при головной водянкѣ; для другихъ же случаевъ онъ очень сложенъ.

*Cohnstein* предлагалъ отпилить дуги у нижнихъ шейныхъ позвонковъ, извлечь *dura mater spinalis*, затѣмъ посредствомъ катетера, введеннаго черезъ позвоночный каналъ въ полость черепа, разрушить мозгъ и удалить его промываніемъ водой.

## 2 Актъ. Удаленіе мозга. *Excerebratio*.

**Показаніе.** Послѣ разрушенія и удаленія частей мозга черепъ превращается въ небольшую, легко сжимаемую полую капсулу, вслѣдствіе чего облегчается его извлеченіе; потому-то, послѣ прободенія никогда не слѣдуетъ забывать объ удаленіи мозга.

**Производство.** Въ отверстіе, сдѣланное въ черепѣ, проводится палочка или трубка (металлическій катетеръ, маточный зондъ и т. п.), посредствомъ которой мозгъ прокалывается и разрушается въ различныхъ направленіяхъ, особенно въ окружности затылочной дыры, для того, чтобы разрушить продолговатый мозгъ вмѣстѣ съ залегающими здѣсь дыхательными центрами; черезъ это избѣгаемъ отвратительнаго

зрѣлица дышащаго еще ребенка <sup>1)</sup>). Затѣмъ впрыскиваютъ нѣсколько большихъ клистирныхъ спринцовокъ воды въ полость черепа, откуда по кускамъ вымывается часть мозга. Остальная же часть вытекаетъ при извлеченіи черепа.

### 3 Антъ. Извлеченіе черепа послѣ удаленія мозга.

**Показанія.** Если производятъ своевременно перфорацию живого плода при хорошемъ общемъ состояніи матери только вслѣдствіе того, что роды не могутъ окончиться самопроизвольно и нѣтъ надежды на успѣхъ при другомъ болѣе умѣренномъ пособіи, то можно подождать, не выйдетъ-ли уменьшенный черепъ при помощи схватокъ.

*Osborn* совѣтовала дожидаться даже 30—36 часовъ для того, чтобы произошло гнилое разложенье плода и вслѣдствіе этого облегчилось извлеченіе его; — совѣтъ весьма непригодный при нашихъ настоящихъ воззрѣніяхъ.

Если-же производятъ перфорацию на умершемъ ребенкѣ или предпринимаютъ ее вслѣдствіе коллапса, лихорадки и другихъ опасныхъ состояній роженицы, то вслѣдъ за перфорацией, послѣ нѣсколькихъ схватокъ, аккомодирующихъ головку, надо дѣлать извлеченіе плода (*Foster*). Это въ особенности необходимо, когда вытекающій мозгъ уже началъ разлагаться, такъ какъ при этомъ тотчасъ будутъ инфицированы неизбежныя пораненія половыхъ частей.

**Способы.** Практикуются слѣдующіе способы извлеченія:

1. Зацѣпляютъ пальцемъ за отверстіе и такимъ образомъ извлекаютъ черепъ послѣ удаленія мозга; этотъ способъ въ видѣ пробы пригоденъ при легкихъ степеняхъ пространственнаго несоотвѣтствія, гесп. послѣ вступленія большей части головки въ тазъ, также послѣ пункции при головной водянкѣ, причемъ кости черепа захватываютъ другъ за друга, какъ клепаны трехсторонятаго зеркала.

2. Измѣняютъ теменное положеніе въ лицевое при помощи пальцевъ, проводимыхъ мимо лба и личика до рта; зацѣпляютъ указательнымъ пальцемъ изнутри за нижнюю челюсть и такимъ образомъ производятъ извлеченіе. При не очень значительномъ несоотвѣтствіи этотъ методъ вполне пригоденъ; если-же пальца недостаточно, то можно окончить операцію, наложивъ краниокласть на нижнюю челюсть.

*Braxton Hicks* совѣтуетъ вкладывать небольшой тупой крючекъ въ глазную впадину или изводить личико при помощи окончатой ложки краниокласта *Simpson's*, второе-же отверстіе надо производить въ glabella и потомъ накладывать краниокласть. По наблюденіямъ *Narich'a* (1882) послѣднимъ способомъ можно произвести извлеченіе даже при conjugat'ѣ около 4 см. По *Braxton Hicks'у*, при conjugat'ѣ около 1,5 дюйма послѣ полнаго разрушенія черепного свода возможно провести головку въ лицевомъ положеніи.

<sup>1)</sup> *Leake* рассказываетъ объ ужасныхъ случаяхъ въ такомъ родѣ. Въ клиникѣ *Dubois* одинъ разъ ребенокъ жилъ длѣйшій часъ (*Tommasi* 1859), въ случаѣ *Bylicki* (1877) ребенокъ дышалъ и стоналъ также въ продолженіи часа. Въ случаѣ *Lagae* (1849), послѣ того какъ черепъ былъ вскрытъ ножницами *Smellie* и часть мозга вытекла, а затѣмъ было сдѣлано кесарское сѣченіе, ребенокъ оставался живымъ.

### 3. Извлечение посредствомъ головного тѣжа.

Головные тѣжи, теперь уже вышедшіе изъ употребленія, представляютъ изъ себя инструменты въ видѣ палочекъ, передніе концы которыхъ могутъ расширяться или утолщаться настолько, что, будучи введены въ отверстіе черепа, они прилегаютъ къ его внутренней поверхности и представляютъ опору при извлеченіи.

**Историческія замѣчанія.** Инструментъ *Mauriceau*; на черепъ и кожу, свнутри и снаружи, накладываются два металлическихъ кружка; изъ нихъ передній вводится въ разрывъ шва въ продольномъ положеніи, затѣмъ поворачивается поперечно и прижимается къ неподвижно укрѣпленному въ поперечномъ положеніи заднему кружку. Гораздо проще—*Tige-tête à bascule Levet*'a; это—палочка, имѣющая на концѣ подвижную перекладину, которая сначала вводится, а потомъ поворачивается поперечно. *Basquie* прибивалъ къ палочкѣ металлическую наставку на подобіе зонтика, которая вводится въ сложенномъ видѣ, затѣмъ раскрывается и вълѣдствіе этого веретенообразно утолщается. Головной тѣжъ *Gregoire*'a состоитъ изъ двухъ палочекъ, соединенныхъ продольнымъ шарниромъ, съ отгибающимися подъ угломъ концами. Послѣдніе вводятся, будучи сложены другъ съ другомъ, а затѣмъ раздвигаются вълѣдствіе поворота палочки. Наконецъ *Kivisch* прибивалъ къ концу заключеннаго въ трубку стержня три сегмента шара, которые вводятся сложенными, и потомъ раздвигаются посредствомъ винта.

Головной тѣжъ простѣйшей формы предложенъ *Seaton*'и. На деревянномъ стержнѣ длиной въ 6 см. сдѣлана круговая зарубка, на которой укрѣпляется петля для поворота; затѣмъ стержень вводится въ полость черепа, гдѣ онъ при притяженіи за петлю ложится поперечно.

### 4. Извлечение острымъ крючкомъ.

Этотъ инструментъ состоитъ изъ металлическаго стержня, который спереди оканчивается изогнутымъ подъ острымъ угломъ, плоскимъ заостреннымъ крючкомъ, сзади-же—рукояткой или тупымъ крючкомъ.

Наиболѣе извѣстенъ крючекъ *Smellie*, прямой по срединѣ; передній конецъ его переходитъ въ острый крючекъ, задній-же—въ тупой. Тупой и острый крючекъ *Busch*'а по срединѣ слегка изогнуты.

**Производство операціи.** При тщательномъ прикрытіи крючка введенной внутрь рукой онъ зацѣпляется за основаніе черепа, за стѣнку глазной впадины, за верхнюю челюсть и небо, за нижнюю челюсть и т. п. и затѣмъ притягивается.

Къ сожалѣнію, крючекъ часто срывается прежде, чѣмъ подается головка, причемъ отъ поврежденій страдаютъ половныя части матери и руки акушера. Въ Англии онъ еще часто употребляется, въ Германіи же рѣдко.

**Историческія замѣчанія.** Тупые и острые крючки съ круглыми или поперечно-эллиптическимъ поперечнымъ сѣченіемъ употреблялись съ древнѣйшихъ временъ.

Крючекъ *Hippokrat*'a назывался *ἐλικτήρ*, крючекъ *Galen*'а и *Aetius*'а—*ἰμβροσυλικός*. *Celsus* совѣтовалъ накладывать крючекъ съ короткимъ остриемъ на глазъ, ухо, ротъ и даже на лобъ и медленно извлекать подъ прикрытіемъ руки. *Ali Ben Abbas* далъ точныя правила для употребленія своего „*Sennaras*“. *Abulcasem* примѣнялъ простой и двойной крючекъ; въ послѣднемъ инструментѣ крючки находятся другъ противъ друга. *Euch. Rösslin* совѣтовалъ зацѣплять крючекъ за глазъ, ротъ, шею, въ подмышечную впадину, а при предлежаніи ножками—за половныя части. *A. Paré* подробно описалъ употребленіе крючка и совѣтовалъ накладывать его не только на головку, но и на животъ при водянкѣ и тимпанитѣ. *Solingen* пользовался простыми и двойными острыми крючками. *Levet* употреблялъ простой крючекъ и крючекъ съ футляромъ (*crochet à gaine*). *Peu* устроилъ двойной крючекъ, съ направлениемъ въ одну сторону; *Smellie* и *Saxtorph* изо-



бръля двойной крѣчекъ, на подобіе акушерскихъ щипцовъ, концы которыхъ расположены другъ противъ друга.

### 5. Извлечение костными щипцами.

Костные щипцы, *Craniotomy Forceps*, назначены для извлечения послѣ краниотоміи отдѣльныхъ костей черепа, а въ рѣдкихъ случаяхъ цѣлаго черепа; они состоятъ изъ двухъ перекрещивающихся вѣтвей, которыя соединены между собой посредствомъ штифта или снабжены англійскимъ, *gerp. Luër'*овскимъ замкомъ. Рукоятки ихъ—въ видѣ колець, какъ у ножницъ, или-же какъ у щипцовъ, и обложены деревомъ. Ложки—продолговатой формы, окончатая или неокончатая, и на внутренней ихъ поверхности находятся зубцы или поперечныя нарѣзки.

Наибольше извѣстны—массивные костные щипцы *Mesnard-Stein'a*; ложки ихъ согнуты въ одну сторону и внутри имѣютъ нарѣзки, снабжены винтовымъ замкомъ, рукоятки-же, какъ у ножницъ. Далѣе, *Excerebrationspincette Voër'a*. Онъ прямой и похожъ на ножницы; ложки его продолговато-овальной формы, снаружи—выпуклы и гладки, свнутри вогнуты и снабжены шипами по три на каждой. Этотъ инструментъ употребляется у насъ для раздробленія черепныхъ костей и для извлечения костныхъ обломковъ.

Кромѣ вышеупомянутыхъ инструментовъ, преимущественно, англійскими акушерами было изобрѣтено множество щипцовъ для краниотоміи.

Всѣ эти костные щипцы пригодны для захватыванія, разламыванія, отрыванія и удаленія отдѣльныхъ обломковъ костей; для извлечения-же цѣлой головки ихъ можно употреблять только при незначительномъ сопротивленіи.

**Историческія замѣчанія.** Костные щипцы были въ употребленіи съ древнихъ временъ. *Hippocrates* употреблялъ *πίστρον*—зубчатые щипцы, *Galen*—*ἐμβροελάστης*, *Aëtius* и *Philumenos*—*forceps dentarius* aut *ossarius*, Павелъ изъ Эгвинъ—*δσάγρη*, *Avicenna*—зубчатые щипцы, *Alulcaset* раздроблялъ вскрытый черепъ зубчатыми щипцами (*Almishdach*) и извлекалъ отдѣльныя кости. Для извлечения раздробленныхъ костей *Euch. Rösslin* пользовался зубными щипцами, *Rueff* употреблялъ щипцы, похожие на утиный носъ, у которыхъ передняя часть зубчатая, а также онъ пользовался длинными гладкими щипцами. *Fabricius Hildanus* употреблялъ зубчатые щипцы. *Solingen* изобрѣлъ „*Crokodille Beks Tang*“. *Heister* пользовался щипцами для камнещеченія *Rueff'*а. Позднѣйшіе инструменты уже описаны выше.

### 6. Извлечение при помощи краниокласта, *Craniotractio*.

Инструментъ, изобрѣтенный *J. Simpson'*омъ и названный *краниокластомъ*, *раздробителемъ черепа*, имѣетъ въ длину 33 см.; онъ состоитъ изъ двухъ перекрещивающихся вѣтвей, соединенныхъ между собой замкомъ въ родѣ замка *Brüninghausen'a*. Обѣ ложки согнуты по плоскости въ одну сторону, т.-е. выпуклостью обращены влѣво. Та ложка, которая накладывается на наружную поверхность черепа,—окончатая (длина окна 7,5 см., ширина рамы—1 см.), поставлена круто, снаружи гладкая, внутри имѣетъ нарѣзки. Другая, меньшая по своимъ размѣрамъ, ложка вкладывается въ углубленіе первой и вводится въ черепную полость черезъ отверстіе, произведенное трепаномъ; она не имѣетъ окошка; на выпуклой ея сторонѣ, обращенной къ первой ложкѣ, находятся выемки и зубчики, другая-же сторона, слегка вогнутая внаружи, имѣетъ гладкую поверхность. Рукоятки длинныя, и наружная ихъ сторона обложена волнообразно деревомъ.

Первоначальный инструмент *Simpson'a* был плохо приспособлен для плотного захватывания черепных костей. Он стал, действительно, пригодным только тогда, когда *C. Braun* придумал к нему сжимающий аппарат *Luër'a*. Последний состоит из длинного винта, приделанъ къ заднему концу лѣвой (если придерживаться обычнаго обозначенія, какъ у головныхъ щипцовъ) рукоятки и проводится поперечно черезъ виллообразный конецъ правой рукоятки. Посредствомъ гайки съ отростками концы обѣихъ рукоятокъ приближаются другъ къ другу, и вслѣдствіе этого ложки настолько крѣпко обхватываютъ кость, что скорѣе послѣдняя оторвется, чѣмъ соскользнетъ инструментъ.

Однако широкая рама у окошка лѣвой ложки затрудняетъ проведение этой ложки между головкой плода и маточной шейкой, плотно прилегающей къ головкѣ, а острые края окошка легко разрѣзываютъ мягкія части или придавливаютъ ихъ къ стѣнкамъ таза.

Поэтому въ 1885 году я устроилъ краніокласть<sup>1)</sup> по образцу утиного клюва; наружная ея ложка, прилегающая къ маточной шейкѣ, не имѣетъ окошка, длина ея—9,5 см, ширина—2,7 см., толщина—0,3; наружная ея сторона—значительно выпукла по всѣмъ направленіямъ, внутренняя же—соотвѣтственно вогнута и искривлена по радіусу въ 60 см. На внутренней сторонѣ ея, по средней линіи находится рядъ крѣпкихъ направленныхъ къзади зубцовъ, острія которыхъ не выступаютъ изъ-за края ложки. Внутренняя ложка—окончатая, въ длину имѣетъ 8 см., въ ширину—2, въ толщину 0,8 см. и плотно прилегаетъ къ вогнутости наружной рамки. На наружномъ краю окошка имѣются косо стоящіе зубы, внутренней же край гладкій. Длина окошка, въ которое входятъ зубы наружной ложки, 5 см., ширина 0,8 см. Вѣтви и замокъ—такіе же, какъ въ инструментѣ *Simpson'a*; а рукоятки всѣ металлическія, по краямъ закруглены, снаружи имѣютъ крючкообразные поперечные отростки, позади которыхъ сдѣланы четыре плоскія выемки. Сжимающій аппаратъ на концахъ рукоятокъ—проще, чѣмъ въ инструментѣ *C. Braun'a*. Конецъ рукоятки на лѣвой ложкѣ образуетъ ушко съ вертикальнымъ штифтикомъ. Этотъ послѣдній обхватывается крючкомъ, который приделанъ къ концу винта, имѣющаго въ длину 13 см. Гайка съ двумя отростками служитъ для сжиманія. Послѣ того, какъ винтъ закрѣпленъ на лѣвой рукояткѣ, его вкладываютъ въ виллообразный конецъ правой вѣтви. Размѣры вѣтвей больше, чѣмъ въ краніокластѣ *Simpson'a*: длина ихъ—48 см., разстояніе отъ передняго конца до замка—21 см. Новый краніокласть былъ испробованъ на дѣтскихъ трупикахъ и успѣшно примѣнялся у роженицъ; онъ крѣпко захватываетъ и хорошо держитъ; во всякомъ случаѣ онъ меньше наноситъ поврежденій мягкимъ тканямъ и можетъ быть легко дезинфицированъ. (См. фиг. 35).

*Schwarz* также предложилъ дѣлать наружную ложку безъ окошка. Еще можно упомянуть о краніокластѣ *Veit'a* (лѣвая ложка его оканчивается остриемъ, которое служитъ для прободенія), а также о краніокластахъ *Thomas'a*, *Ittgen'a*, *Acconci* и др.

<sup>1)</sup> Получать можно у инструментальнаго мастера *W. Wall*, Heidelberg. Hauptstrasse, № 5.

**Производство операціи.** При высокомъ стояніи головки должно направлять концы ложекъ къ выше всего стоящей части черепа; при низкомъ же положеніи головки—надо направлять ихъ къ позвоночнику, и по возможности всегда слѣдуетъ захватывать двѣ кости. Для избѣжанія ошибокъ инструментъ сначала держать передъ половыми частями въ такомъ положеніи, какъ онъ долженъ быть помѣщенъ внутри; причемъ, смотря по тому, куда обращена выпуклость ложекъ, пуговку замка обращаютъ кверху (какъ это бываетъ при помѣщеніи ложекъ въ правой сторонѣ таза) или книзу. Затѣмъ вводятъ пальцы лѣвой руки—въ томъ случаѣ, если ложки должны лежать въ правой половинѣ таза—вплоть до отверстія въ черепѣ и продвигаютъ по ладонной поверхности этой руки внутреннюю ложку краниокласта черезъ отверстіе въ сводѣ черепа; другой-же рукой захватываютъ рукоятку такъ же, какъ рукоятку щипцовъ, и продвигаютъ ее впередъ, пока конецъ ложки не упрется внутри черепа. Рукоятка теперь отдается помощнику, который долженъ ее держать крѣпко и неподвижно. Послѣ того, старательно защищая половыя части, поверхъ первой вѣтви вводятъ наружную ложку по наружной сторонѣ головки и продвигаютъ ее настолько впередъ, чтобы замочная часть одной ложки приходилась на той-же высотѣ, какъ и замочная часть другой. Замыканіе производятъ такъ же, какъ въ щипцахъ, и при томъ сверху, если краниокластъ находится въ правой половинѣ таза, и снизу, послѣ предварительнаго перекрещиванія ручекъ, когда онъ помѣщенъ въ лѣвой половинѣ. Послѣ замыканія ложекъ пробною тракціей убѣждаются, хорошо-ли наложены ложки. Затѣмъ вставляютъ винтъ въ конецъ рукоятки, и гайка медленно и крѣпко завинчивается. Вслѣдствіе этого ложки настолько прочно сжимаютъ захваченную часть черепа вмѣстѣ съ наружными покровами, что скорѣе они оторвутся, чѣмъ соскользнутъ ложки. Это отрываніе происходитъ, если кости мягки, а также, если *dura mater* не захвачена внутренней ложкой; въ этихъ случаяхъ необходимо снова наложить ложки на другое мѣсто черепа.

При лицевыхъ положеніяхъ, послѣ перфорации лобной кости одну ложку вводятъ глубоко въ ротъ и глотку, а другую помѣщаютъ на шею и подчелюстной области, такимъ образомъ въ ложки захватывается нижняя челюсть. Недавно мнѣ удалось такимъ способомъ легко извлечь головку при лицевомъ положеніи, послѣ того какъ извлеченіе посредствомъ сдѣланнаго во лбу отверстія не удавалось.

*Simpson* предлагалъ повторнымъ наложеніемъ инструмента въ различныхъ мѣстахъ отламывать кости черепа, затѣмъ изганіе плода предоставлять схваткамъ и только въ крайнемъ случаѣ помогать ручными приѣмами или инструментами. При не очень значительномъ пространственномъ несоотвѣтствіи лучше дѣлать извлеченіе, не отламывая костей.



Фиг. 35.

Краниокластъ Керера.



Тракціи производятся такъ же, какъ и щипцами. При употребленіи краниокласта *Simpson-Braun's* слѣдуетъ остерегаться, чтобы толстый край наружной ложки не прижимался къ тазовымъ костямъ, но помещался въ просторной части таза, иначе этимъ краемъ можно разрѣзать маточную шейку или влагалище. Для этой цѣли при помощи пальцевъ защищаютъ названныя части отъ поврежденій. Если головка прорѣзывается, то инструментъ снимаютъ и ребенка освобождаютъ руками.

Краниокласть предназначенъ для захватыванія и извлеченія; удаление мозга и конфигурація производятся стѣнками таза и полового канала. Голова, вытянутая въ формѣ длиннаго конуса, проходитъ легко. Инструментъ этотъ требуетъ мало мѣста, особенно по сравненію съ кефалотрибомъ. При употребленіи его, надо только оберегать пальцами мягкія ткани матери отъ врѣзыванія осколковъ захваченныхъ костей. Небольшой объемъ, также простота устройства и примѣненіе его доставили ему въ Германіи перевѣсъ надъ кефалотрибомъ. Однако нельзя сказать, что краниокласть представляетъ изъ себя идеальный инструментъ для извлеченія, такъ какъ во время извлеченія вся сила сосредоточивается экцентрически на одной изъ костей, которая конечно легко отламывается. Если же кость отламывается—что происходитъ довольно часто—то нужно захватывать новое мѣсто на черепѣ, пока наконецъ въ трудныхъ случаяхъ не будетъ разрушенъ весь черепной сводъ; и послѣ удаленія всѣхъ обломковъ и установки лицевого положенія только въ нижней челюсти остается точка опоры для извлеченія.

Кромѣ того, встрѣчаются случаи,—и я самъ видѣлъ таковыя въ другихъ клиникахъ—когда послѣ тщетной попытки произвести извлеченіе при помощи краниокласта, были вынуждены прибѣгнуть къ кефалотрибу.

7. Извлеченіе при помощи инструмента, раздавливающего головку. (кефалотриптора), кефалотрипсія.

*Baudelocque* называетъ изобрѣтенный имъ инструментъ, похожій на щипцы, *Cephalotribe* (τριβεύς), v. *Siebold*—*Cephalothryptor* (θρύπτω—разламываю). *Hüter*—*Embryothlaster* (θλάω—разрушаю).

Кефалотрибъ состоитъ изъ двухъ вѣтвей, соединенныхъ замкомъ. Головная кривизна неокончатыхъ ложекъ меньше, чѣмъ кривизна черепныхъ костей, и слѣдовательно удобна для сплющиванія и раздробленія ихъ; тазовая кривизна большею частью незначительна. Длиныя металлическія рукоятки сближаются другъ съ другомъ при помощи сжимающаго аппарата различной конструкции; такимъ образомъ, головка, захваченная между ложками, сжимается до сильнѣйшаго изгибанія, даже до разламыванія костей.

Изобрѣателемъ кефалотриба былъ *A. Baudelocque* племянникъ. Этотъ инструментъ долженъ былъ замѣнить собою буравъ для головки и крючекъ; кромѣ того онъ долженъ быть пригоднымъ для раздавливанія костей черепа, выжиманія мозга черезъ ротъ, носъ и глазныя впадины при неповрежденныхъ головныхъ покровахъ, для сжатія головки и ея извлеченія; наконецъ при конъюгатахъ въ 4,8 сант. онъ долженъ быть въ состояніи низвести высоко-стоящую головку.

Кефалотрибъ *Baudelocque's* вѣситъ 7¼ фунтовъ. Ложки длинны, въ ширину имѣютъ 3,6 сант., безъ окошекъ, съ небольшою голов-



ной и тазовой кривизной. Замок состоит из винта и вырѣзки. Отверстіе, повернутое наискось на концѣ рукоятки лѣвой вѣтви, служит гайбой; конецъ правой рукоятки длиннѣе и имѣетъ широкое окошко. Винтъ съ длиннымъ тройнымъ винтовымъ ходомъ проходитъ поперечно черезъ гайку и окно и движается посредствомъ рукоятки, придѣланной на свободномъ правомъ концѣ. Посредствомъ сближенія рукоятокъ ложки придвигаются одна къ другой и раздавливаютъ головку.

Изъ нѣмецкихъ краниокластовъ можно особенно рекомендовать инструментъ *Scanzoni* (фиг. 36). Онъ вѣситъ 1 клгр., длина всего инструмента 48 см., отъ конца рукоятокъ—до замка 22 см.; ложки шириной въ 2,5 см., на внутренней ихъ поверхности по срединѣ и краю нарѣзки; тазовая кривизна=7,8 см., головная кривизна=5,3 см. Концы ложекъ соприкасаются. Замокъ—системы *Brümminghausen'a*. Рукоятки, обложенныя деревомъ, имѣютъ въ передней своей части поперечные отростки и къзади расходятся. Они сближаются другъ съ другомъ скобкой, надѣтой въ видѣ крючка сверху, такимъ образомъ: скобка движается по рукояткамъ къзади посредствомъ длиннаго винта съ штифтомъ, укрѣпленнаго на заднемъ концѣ лѣвой ложки и проходящаго сначала между рукоятками, а затѣмъ черезъ скобку.

**Историческія замѣчанія.** Предшественниками кефалотрибы—кромѣ вышеупомянутыхъ костныхъ щипцовъ—должны считаться еще щипцы *Coutouly* (ложки ихъ сдавливаютъ головку при помощи винта), а также *Valsella Assalini* или *Forcipe compressore* (1810), которые состояли изъ ложекъ и винта для раздробленія вколоченной и предварительно перфорированной головки.

Изобрѣтеніе *Baudelocque'a* было принято во Франціи съ восторгомъ послѣ того какъ изобрѣтатель обнаружилъ (1836) 10 собственныхъ случаевъ кефалотрипсиса и 5 *Dubois*. Къ этому потомъ присоединилось еще 10 случаевъ *Dubois*. Изъ 25 оперированныхъ умерло 9. Въ 1843 году *Baudelocque* сообщалъ еще 16 случаевъ, преимущественно съ благоприятнымъ исходомъ. *Velpeau, Chailly, Dubois, Cazeaux, Jacquemier* высказались въ благоприятномъ смыслѣ для новаго метода, *Duges* и *Moreau*—противъ него. *Finizio, Dubois, Chailly, Cazeaux, Tarnier, Bailly* сдѣлали различныя улучшенія въ инструментѣ.

Въ Германіи выдающіеся акушеры пытались устранить дѣйствительно слабыя стороны инструмента *Baudelocque'a*, и сообразно съ этимъ дѣлали въ немъ измѣненія, иногда очень сложныя, хотя по большей части остроумныя. Изъ нѣмецкихъ кефалотрибовъ слѣдуетъ упомянуть объ инструментахъ *Busch'a, Schöller'a, Kilian'a, Trefurt'a, Hüter'a, Langheinrich'a, Kivisch'a, Breit'a, Braun'a, Scanzoni, Breisky, Ed. Martin'a*; изъ англійскихъ—объ инструментѣ *Barnes'a*.

Противъ кефалотрипсиса впервые выступили въ Германіи: *Papius, Oslander d. j., Stein d. j., Jörn, Schwarzer*, а также въ частностяхъ *v. Froriep, Grenser, v. Siebold, Ross-hirt*. Въ послѣднее время противниками ея были особенно *Spiegelberg* и *Fritsch*.



Фиг. 36.  
Кефалотрибъ Scanzoni.

**Дѣйствіе кефалотриба.** *Hersens* на основаніи 30 опытовъ, произведенныхъ на трупахъ, пришелъ къ заключенію, что безъ предварительной перфорации всѣ діаметры головки, за исключеніемъ захваченнаго поперечника, удлиняются на 0,2—0,4 см.; послѣ перфорации захваченный поперечный діаметръ уменьшается до 7,3 см.

На основаніи опытовъ на трупахъ *F. Weber*'а инструментъ этотъ оказался удобнымъ для изгибанія головныхъ костей, — но не для разламыванія ихъ; — а также для укороченія захваченнаго діаметра головки и удлинненія діаметра, стоящаго къ первому перпендикулярно. При этомъ полного удаленія мозга не бываетъ. Фрактуры происходятъ только при существующемъ пренятствіи въ тазу. По опытамъ *Weber*'а, кефалотрибъ оказался инструментомъ пригоднымъ для извлеченія, особенно послѣ предварительной перфорации. По *Raabe* этотъ инструментъ производитъ захожденіе черепныхъ костей и трещины въ нихъ. Дальнѣйшіе опыты показали, что кефалотрибъ отдѣляетъ лобную кость отъ лицевыхъ, а также чешуйчатую часть затылочной кости отъ суставной ея части. Только подѣ конецъ разрушается отчасти и основаніе черепа.

**Производство операціи.** Сначала посредствомъ этого инструмента раздробляли и извлекали черепъ; но вскорѣ замѣтили, что цѣлесообразно предварительно дѣлать перфорацию, а потомъ впоследствии такъ и поступали.

Послѣ соотвѣствующихъ приготовленій, послѣ перфорации и разрушенія мозга, накладываютъ ложки кефалотриба такъ же, какъ ложки щипцовъ. Онѣ должны захватить головку по срединѣ. Помощникъ при этомъ во все время надавливаетъ снаружи головку въ тазъ. Затѣмъ пристраивается и приводится въ дѣйствіе аппаратъ для сжиманія: медленно, съ паузами завинчиваютъ или вертятъ рукоятку такъ, чтобы при этомъ не употреблялось особаго насилія. Послѣ того при помощи постоянныхъ тракцій, безъ рычагообразныхъ движеній, извлекаютъ головку, наблюдая за головкой, за инструментомъ и за мягкими частями матери и приспособляясь къ свободному пространству таза; извлеченіе производится осторожно и безъ большого насилія, причѣмъ соблюдаютъ тѣ же правила, какъ и при щипцахъ. Если не удастся произвести извлеченія безъ примѣненія большой силы, или если ложки своей широкой стороною установились продольно (сагиттально), тогда инструментъ накладываютъ въ другомъ размѣрѣ, — по возможности дальше отъ перваго, чтобы такимъ образомъ расщепить черепъ на нѣсколько частей. Но такъ какъ эти обломки не всегда безопасны для мягкихъ частей матери, такъ какъ инструментъ легко соскальзываетъ, и кромѣ того конфигурация головки при этомъ также производится родовымъ каналомъ, — слѣдовательно, связана съ поврежденіемъ половыхъ органовъ, — то въ общемъ кефалотрибъ не имѣетъ никакого преимущества передъ краниокластомъ, кромѣ исключительныхъ только случаевъ. Къ недостаткамъ кефалотриба относится его значительная тяжесть и величина. Въ особенности, вслѣдствіе величины кефалотриба, имѣющей весьма большое значеніе при узкомъ тазѣ, краниокластъ имѣетъ перевѣсъ по своимъ небольшимъ размѣрамъ. Однако нельзя отрицать, что кефалотрибомъ можно съ успѣхомъ пользоваться при значительномъ суженіи таза для

извлечения иногда даже послѣдующей головки, въ крайнихъ случаяхъ послѣ того, какъ извлечение краниокластомъ было испробовано безъ успѣха.

**Результаты кефалотрипсии.** Изъ 138 случаевъ, собранныхъ *Hennig*омъ, инструментъ этотъ соскальзывалъ 23 раза, въ 14 случаяхъ роды окончились при помощи другихъ приемовъ, особенно при помощи поворота; изъ матерей умерло 23, въ 7 случаяхъ были нанесены поврежденія половымъ частямъ роженницъ.

## 8. Извлечение послѣ предварительнаго поворота на ножки.

Если послѣ удаленія мозга головка не поддается извлеченію инструментами, то часто производятъ поворотъ на ножки. Эта операція не безопасна, и во всякомъ случаѣ необходимо прежде всего удаленіе костныхъ обломковъ, а потомъ нужна осторожность во время самаго поворота въ тѣхъ случаяхъ, когда маточная шейка сильно натянута или сдѣлалась дряблой отъ продолжительнаго давленія во время родовъ; наконецъ при гнилостномъ разложеніи мозга и содержимаго влагалища необходимо также произвести основательную дезинфекцію, для того, чтобы гнилостное вещество не попало въ матку. Все таки въ тяжелыхъ случаяхъ поворотъ надо разсматривать, какъ весьма благоприятное средство для окончанія родовъ, а примѣнять его слѣдуетъ, какъ *ultimum refugium*. Я самъ производилъ его съ благоприятнымъ исходомъ для матери во многихъ очень трудныхъ случаяхъ, въ которыхъ теперь, конечно, я сдѣлалъ бы кесарское сѣченіе, если бы былъ своевременно приглашенъ.

Кромѣ того слѣдуетъ еще упомянуть о нѣкоторыхъ способахъ, при которыхъ одними и тѣми-же инструментами раздѣляютъ на части головку, гесп. перфорируютъ и извлекаютъ ее. Сюда относятся:

### 1. Кефалотрипсия съ одновременной перфوراціей.

*Cohen* изобрѣлъ перфорирующій кефалотрибъ съ ножами на внутренней поверхности ложекъ; *v. Ritgen*—*Labiton* съ ножами на неокончатыхъ ножкахъ своихъ щипцовъ; *A Finizio*—свой *Sego-cefalotoma* (1856).

*Hüter* употреблялъ свой *Embryothlaster* снабженный трепаномъ. *Basiotribe Tarnier* представляетъ изъ себя кефалотрибъ съ сжимающимъ аппаратомъ *Lüer*'а и съ перфораторомъ, состоящимъ изъ конусообразныхъ лучей.

### 2. Разрѣзываніе головки рѣзущими щипцами.

*Van Huevel* устроилъ *Forceps-scie*—щипцы, въ которыхъ цѣпочная пила продвигается отъ замка къ концамъ ложекъ посредствомъ подвижнаго кольца и такимъ образомъ распиливаетъ головку на двѣ части. Послѣ раздѣленія, обѣ половины извлекаются.

Всѣ эти инструменты нашли только ограниченное примѣненіе.

## Терапія въ послѣродовомъ періодѣ.

Послѣ своевременно произведенной перфوراціи терапія въ послѣродовомъ періодѣ ведется обыкновеннымъ образомъ. Но если операція сдѣлана послѣ долго продолжавшихся тяжелыхъ родовъ, когда плодъ уже



умеръ, а можетъ быть и разложился, то слѣдуетъ по выхожденіи послѣда произвести основательное внутри-маточное спринцеваніе карболовымъ растворомъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи настоятельно совѣтуютъ дѣлать спринцеванія влагаллица съ карболовой кислотой или сулемой 3 раза въ день, прикладывать къ vulva сырую карболовую вату, а на животъ класть Приссницевскіе компрессы. А когда появляются дурной запахъ въ очищеніяхъ, некрозъ и воспаленіе въ разможенныхъ половыхъ частяхъ и тяжелые симптомы инфекціи, то постоянное влагаллищное орошеніе (три раза въ день по одному *Leiter*'овскому ирригатору съ карболовой кислотой и прокипяченной водой въ 25°P) при скудныхъ и гнилостныхъ отдѣленіяхъ является незамѣнимымъ средствомъ, если только позволяютъ обстоятельства.

## Результаты перфорациі.

### Смертность матерей.

По *Dohrn*'у смертность послѣ перфорациі и эмбриотоміи въ Кюрессенѣ съ 1852—66 г. равнялась  $\frac{106}{36} = 33,9\%$ , въ Нассау 1860—66 =  $24\%$ , и у первородящихъ =  $31,8\%$ , у много-родящихъ =  $20,5\%$ . Въ Баденѣ съ 1870—88 послѣ 696 перфорациі умерло 152 женщины =  $21,8\%$ . *Simpson* на 303 краниотоміи насчитываетъ 60 смертныхъ случаевъ =  $19,8\%$ .

Смертность въ клиникахъ:

по <i>Wiener</i> 'у (Клиника и поликлиника въ Бреславлѣ).....	1865—76 г.	= $\frac{101}{26} = 25,7\%$	0
„ <i>Merkel</i> 'ю (Лейпцигъ) .....	1877—82 „	= $\frac{100}{8} = 8,0$	„
„ <i>Thorn</i> 'у (Галле).....	1858—77 „	= $\frac{45}{8} = 17,7$	„
„ „ „ .....	1877 „	= $\frac{35}{2} = 5,7$	„
„ <i>Wyder</i> 'у (Charité въ Берлинѣ).....	1879—87 „	= $\frac{167}{24} = 14,3$	„
„ „ (Frauenklinik въ Берлинѣ).....	1876—87 „	= $\frac{239}{26} = 10,8$	„
„ <i>Hecker</i> 'у (Мюнхенъ).....	1859—79 „	= $\frac{23}{13} = 56,5$	„
„ <i>C. Braun</i> 'у (Вѣна).....	1871—78 „	= $\frac{82}{23} = 28,0$	„
„ „ „ .....	1881—85 „	= $\frac{49}{5} = 16,3$	„
„ <i>Leopold</i> 'у (Дрезденъ).....	1883—87 „	= $\frac{71}{2} = 2,8$	„
„ <i>Fehling</i> 'у (Лейпцигъ и Штуттгартъ).....	до 1889 „	= $\frac{23}{1} = 4,3$	„
„ <i>Floystrup</i> 'у (Копенгагенъ).....		= $\frac{15}{2} = 13,3$	„
		$\frac{950}{140} = 14,6\%$	



Итакъ, смертность матерей послѣ перфорациі во всѣхъ странахъ равнялась отъ одной четвертой до одной пятой, а въ клиникахъ и поликлиникахъ 16,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, тогда какъ при строгой антисептикѣ она можетъ быть доведена до небольшого процента (*Леопольдъ*—2,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Перфорациі послѣ видущей головки даетъ худшій прогнозъ, чѣмъ предлагающей. Послѣ перфорациі предлагающей головки умерло въ Лейпцигѣ 4,7, въ Галлѣ—11,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; а послѣ перфорациі послѣвидущей головки въ Лейпцигѣ умерло 25, въ Галлѣ 18,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Сравнивая цифровыя данныя, полученныя въ клиникахъ и въ частной практикѣ, можно было бы прійти къ ошибочному заключенію, что инфекция представляется почти единственной опасностью. Дѣйствительно, опасность зараженія велика, но въ частной практикѣ, кромѣ того, присоединяются еще и другіе моменты. Главнымъ образомъ, запущенность случаевъ. Врача часто приглашаютъ, когда роды тянулись чрезвычайно долго, когда уже существуетъ сильное разможеніе половыхъ частей, кровонзліаніе въ нихъ, воспаленіе и даже разрывы; а иногда ребенокъ и послѣдъ уже подверглись гнилостному разложенію, и изъ половыхъ частей вытекаетъ гнойная жидкость, даже существуетъ ринометра, и роженица сильно лихорадитъ. Часто предварительно дѣлались продолжительныя попытки произвести извлеченіе щипцами, и только послѣ неудачнаго ихъ примѣненія приступали къ перфорациі. Иногда раньше другими врачами производились тщетныя попытки перфорациі и извлеченія. Кромѣ того, въ смыслѣ прогностики дурное вліяніе оказываютъ различныя техническія погрѣшности, которыя, конечно, заслуживаютъ нѣкотораго извиненія, особенно при трудности случаевъ, такъ какъ врачу неспециалисту очень рѣдко приходится производить эту операцию. Поэтому, достаточно часто случаются поврежденія маточной шейки, какъ-то: — разминанія ея, глубокіе надрывы, язвы и разрывы — вслѣдствіе того, что край маточной шейки какъ-нибудь попадаетъ между коронкой перфоратора и головкой, или коронка соскальзываетъ, или ножницеобразнымъ перфораторомъ вмѣсто головной опухли прободаютъ край маточнаго зѣва или разрѣзаютъ послѣдній при сильномъ раздвиганіи инструмента. Кромѣ того, поврежденія половыхъ органовъ причиняются костными обломками, краями извлекающаго инструмента, сильнымъ прижатіемъ половыхъ частей головкой или инструментомъ къ выдающимся частямъ таза; наконецъ разрывы влагалища и промежности происходятъ вслѣдствіе быстро и сильнаго извлеченія. Препаратъ акушерской коллекціи одной изъ нѣмецкихъ клиникъ показываетъ, что даже между прочимъ и крестцовая кость (!) можетъ быть пробурована трепаномъ.

Понятно, что вслѣдствіе такихъ многочисленныхъ инсультовъ чаще всего—особенно при несоблюденіи достаточной чистоты—вслѣдъ за перфорацией развивается тяжелое пурперальное воспаленіе, некрозъ тканей съ послѣдующими фистулами, иногда стенозами шейки или влагалища, а также руйміа, sepsis, sepsaemia.

Кромѣ того, надо замѣтить, что главная опасность заключается не столько въ самой операциі, сколько въ патологическихъ состояніяхъ, существующихъ еще до операциі; вотъ, почему статистическія данныя вообще не измѣнились. Лучшихъ результатовъ можно

ожидать только тогда, когда всѣ врачи и повивальныя бабки будутъ примѣнять строгую антисептику, когда акушерки своевременно будутъ распознавать трудные случаи и тотчасъ-же станутъ прибѣгатьъ къ врачебной помощи, и когда операція не будетъ производиться слишкомъ поздно.

Число перфорированныхъ живыхъ дѣтей въ Лейпцигѣ равнялось 64<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, въ Галле—33<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

## 2. Уменьшеніе туловища и отнятіе ручки.

**Цѣль.** Эта операція, главнымъ образомъ, необходима при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ, рѣже — послѣ выхожденія головки, вслѣдствіе задержанія туловища, или при уродствахъ, въ особенности при двойныхъ.

**Предварительныя замѣчанія.** Мы рассмотримъ сначала случаи такъ называемаго запущеннаго поперечнаго положенія, при которыхъ показуются крушанія операціи.

Въ этихъ случаяхъ послѣ разрыва околоплоднаго пузыря тѣло плода сколіотически изгибается отъ головы къ ягодицамъ. Мѣсто самаго сильнаго сколіоза находится въ верхней части груди, — причѣмъ головка и ягодицы плотно прилегаютъ другъ къ другу, — или въ нижней части груди, причѣмъ головка выступаетъ изъ-за ягодицъ. Состояніе матки бываетъ различно. Маточная шейка или вмѣстѣ съ нею и контракціонное кольцо еще недостаточно раскрыты, и въ каналъ шейки вдается только небольшая часть плеча. Вся матка можетъ быть сокращена тетанически, или же существуетъ продолжительная стриктура контракціоннаго кольца. Иногда шейка матки сильнѣйшимъ образомъ натянута, контракціонное кольцо находится высоко на уровнѣ пупка, плечо и большая часть туловища втиснуты въ каналъ шейки и по большей части вколочены сильно въ тазъ: верхняя часть матки опоражнивается свое содержимое въ нижній отрѣзокъ, и послѣдній растягивается до того, что ему грозитъ разрывъ. Часто наблюдается рнeиsmetra. Околоплодныя воды вытекаютъ совершенно, такъ какъ излітію ихъ нисколько не препятствуетъ небольшой размѣръ и не вполне круглая форма плеча. Плодь умираетъ вслѣдствіе плотнаго обхватыванія его тѣла стѣнками матки, вслѣдствіе сдавливанія пуповины и послѣда или вслѣдствіе продолжительнаго служенія сосудовъ въ utero-placentar'ной области, зависящаго отъ тетануса матки.

Роженица по большей части лихорадитъ — особенно послѣ трудныхъ попытокъ произвести поворотъ безъ надлежащей антисептики — или находится въ состояніи коллапса; въ послѣднемъ случаѣ можно предполагать разрывъ матки. Производить поворотъ не показывается вслѣдствіе опасности разрыва шейки; иногда-же поворотъ совершенно невыполнимъ вслѣдствіе тетаническаго сокращенія, которое не удается устранить при помощи опія или нарвеза.

Въ такихъ, конечно рѣдкихъ, случаяхъ должно производить уменьшеніе туловища: эта послѣдняя операція болѣе безвредна для роженицы, чѣмъ форсированный поворотъ. И несмотря на всѣ возраженія, эта операція еще и въ настоящее время бываетъ неизбѣжно необходима, — особенно въ

мало-населенныхъ или гористыхъ мѣстностяхъ, гдѣ безпечность населенія, недостатокъ повивальныхъ бабокъ или ихъ невѣжество, также трудность достать врача, иногда-же все это вмѣстѣ взятое даетъ материалъ для такихъ операций. Въ клиникахъ эта операция бываетъ нужна очень рѣдко и производится исключительно на случаяхъ, доставленныхъ извнѣ. Такимъ образомъ *Herzfeld* съ 1862—90 г. произвелъ въ Вѣнской клиникѣ на 100531 родовъ—50 декапитаций. Въ Баденѣ на 1085018 родовъ (1870—88) произошло 155 эмбриотомій.

#### Предварительныя условія:

1. Поворотъ при поперечномъ положеніи плода долженъ быть призванъ невыполнимымъ, не смотря на соотвѣтствующее положеніе роженицы, примѣненіе ванны, опія и хлороформа; или-же поворотъ противопоказанъ вслѣдствіе сильнаго натяженія шейки и опасности ея разрыва;

2. когда при продольномъ положеніи плода задержанное туловище не можетъ быть освобождено никакимъ другимъ способомъ;

3. ребенокъ долженъ быть мертвымъ;

4. тазъ долженъ быть настолько широкъ, чтобы черезъ него могъ пройти плодъ, раздѣленный на части; слѣдов., наименьшій діаметръ его долженъ равняться, по крайней мѣрѣ, 6 см.;

5. шейка должна быть раскрыта настолько, чтобы можно было ввести руку.

Если этихъ условій нѣтъ, то является вопросъ о кесарскомъ сѣченіи, хотя прогностика въ подобныхъ случаяхъ—неблагопріятна.

Если же вышеупомянутыя условія существуютъ, то выбираютъ одну изъ трехъ слѣдующихъ операций:

а) *Разсѣченіе шеи, Decapitatio, Decollatio, Detruncatio, Derotomia.*

**Показанія.** Обезглавливаніе показуется, когда при поперечномъ положеніи плода вколотилось въ тазъ предлежащее плечико и грудная кѣтка, и шейка плода легко достижима, гестр. послѣднюю можно сдѣлать доступною при притяженіи за предлежащую ручку.

Здѣсь уместно рассмотреть вопросъ относительно одного, до сихъ поръ еще не твердо установленнаго показанія: вѣлесообразно ли производить обезглавливаніе въ извѣстныхъ случаяхъ также при черепномъ предлежаніи. Это—не тѣ случаи, когда туловище плода не выходитъ вслѣдъ за вышедшей уже головкой, и когда нѣкоторые акушеры совѣтуютъ разрѣзать шейку плода для того, чтобы легче достигнуть туловища. Я подразумеваю тѣ случаи, когда головка, несмотря на перфорацию, удаленіе мозга и краниоклазію, остается надъ входомъ въ тазъ. Такъ бываетъ при сильномъ суженіи таза, при выпаденіи ручекъ рядомъ съ головкой, при чрезвычайно большомъ и твердомъ черепѣ, и въ тѣхъ случаяхъ, когда плечики, кромѣ другихъ препятствій, задерживаются контракціоннымъ кольцомъ, выдающимся въ видѣ широкой плотной поперечной складки. При такихъ условіяхъ поворотъ совсѣмъ невозможенъ или возможенъ только съ громадными затрудненіями, такъ какъ головка не легко отходитъ назадъ въ полость матки черезъ контракціонное кольцо, а съ другой стороны сведеніе туловища рядомъ съ лежащей въ одной сторонѣ головкой опасно для шейки матки. Не будетъ-ли безопаснѣе—произвести обезглавливаніе при



помощи длинныхъ сильно изогнутыхъ по плоскости ножицъ или другимъ какимъ-либо способомъ? Такой приемъ, по моему мнѣнью, заслуживаетъ примѣненія въ подходящихъ случаяхъ.

### Производство операціи.

#### 1. Разсѣченіе шеи плода при помощи шнура.

Толстый шнурокъ заводится за шейку плода, затѣмъ оба конца его двигаются взадъ и впередъ въ противоположномъ направленіи. По опытамъ, произведеннымъ на свѣжихъ дѣтскихъ трупикахъ, такимъ образомъ легко можно разсѣчь шейку плода. Но шнурокъ также легко разрѣзаетъ мягкія части матери; поэтому, всякій разъ надо защищать ихъ круглымъ зеркаломъ.

*Münster* въ 1825 г. впервые съ успѣхомъ произвелъ опыты такого рода на трупаль; позднѣе *Hoffmann-Breig*, за нимъ *Heyerdahl* (1856) примѣняли фортепианную струну. *Pajot* (1862) употреблялъ тупой крючекъ, который заводилъ за шею; *Berger*—*Rebschnur* съ кольцомъ, который проводился за шею при помощи трубки, *Tarnier* пользовался плетенымъ шнуркомъ и Беллоковской трубкой.

#### 2. Разсѣченіе шеи при помощи стальной проволоки.

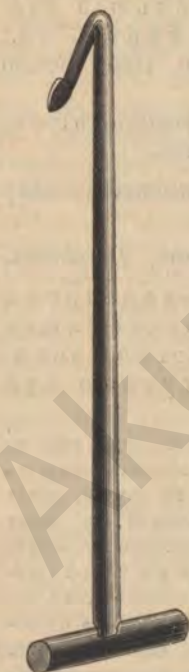
Концы этой проволоки загнуты въ видѣ колець и вложены въ крючки обыкновеннаго экразера *Mayer-Meltzer'a*; этотъ способъ рекомендовали *Mann*, *Depierris*, *Meadow*, *Kezmarsky*

#### 3. Разсѣченіе цѣпью экразера.

Цѣпь заводится за шею при помощи крючка или палочки. *Stibel*, *Heyerdahl*, *Kierulf*, *Hohl*, *Tarnier*, *Pajot*, *Kilian*, *Faye*, *Ribemont*, *Zweifel* и др. считали этотъ способъ весьма пригоднымъ для декапитации. Сюда-же принадлежитъ крючкообразный эмбриотомъ *Jacquemier*, состоящій изъ члениковъ.

#### 4. Обезглавливаніе при помощи декапитационнаго крючка.

Изобрѣтенный *C. Braun'омъ* (изъ Вѣны) въ 1850 г. декапитационный крючекъ (фиг. 37) состоитъ изъ стального стержня длиной въ 25 см., толщиной— въ 0,5; верхній конецъ его изогнутъ въ видѣ крючка подъ острымъ угломъ, на нижнемъ-же концѣ находится поперечная рукоятка изъ твердаго каучука, длиной въ 11 см. (По нашимъ наблюденіямъ, лучше дѣлать послѣднюю изъ стали и припаивать, а не привинчивать). Крючекъ изогнутъ въ видѣ параболы, длиной въ 3 см., край его— тупые, на концѣ имѣетъ пуговку, находящуюся отъ стержня на разстояніи 3 см. Въ этомъ промежуткѣ и защемляется шейка плода.



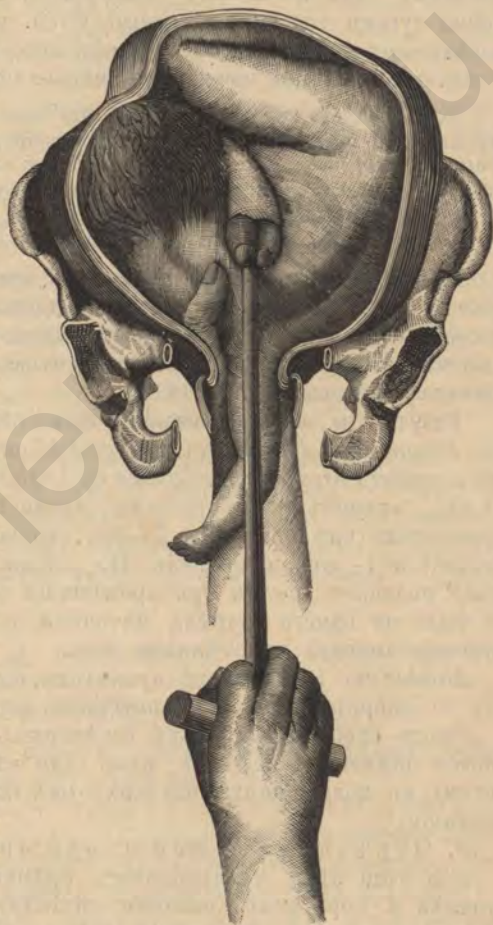
Фиг. 37.

Крючекъ *Braun'a*.

**Способъ примѣненія.** Послѣ приготовления поперечной кровати и надлежащей дезинфекціи изводится ниже-лежащая ручка въ томъ случаѣ, если она не выпала. Но если существуетъ выпаденіе ручки (какъ это большею частью бываетъ), то притягиваютъ послѣднюю внизъ и въ сторону ягодицъ плода, причемъ въ случаѣ I поперечнаго положенія притяженіе дѣлается лѣвой рукой, а въ случаѣ II положенія— правой рукой. Такимъ образомъ, шейка плода дѣлается



болѣе доступной и сильнѣе натягивается, чѣмъ облегчается вывихъ позвонковъ; кромѣ того, натянутая маточная шейка еще болѣе раскрывается. Если ручка затрудняетъ доступъ къ шейкѣ, то можно отдѣлить ее, помѣстивъ крючекъ на надключичную область и разъединяя плечевое сочлененіе. Такъ поступалъ *Zweifel*, а также это легко удалось и мнѣ — въ одномъ случаѣ, при гнилостномъ разложеніи плода. Въ то время какъ одной рукой притягиваютъ вышавшую ручку, другую руку (правую — при I поперечномъ положеніи, лѣвую — при II) проводятъ въ половыя части такъ, чтобы ладонная поверхность смотрѣла къ грудной клеткѣ, обхватываютъ кольцеобразно шею плода — причемъ большой палецъ обращенъ къ лонному соединенію, а остальные пальцы — къ крестцовой кости — и стягиваютъ ее по возможности сильнѣе книзу. Затѣмъ рукой, которая раньше притягивала книзу ручку плода, захватываютъ рукоятку декапитационнаго крючка такъ, чтобы стержень приходился между указательнымъ и среднимъ пальцемъ, и проводятъ инструментъ, обращенный крючкомъ къ крестцовой кости, по ладонной поверхности введенной внутрь руки вплоть до плеча. Теперь крючекъ проводятъ плавно сзади лоннаго соединенія по большому пальцу за плечо до шеи. Пуговка, переданная концомъ большого пальца остальнымъ четыремъ пальцамъ, поворачивается къзади, тщательно прикрывается и закладывается за шею посредствомъ притяженія и опусканія рукоятки (фиг. 38). Послѣ этого инструментъ притягиваютъ косо книзу, сначала слабо, потомъ сильнѣе и поворачиваютъ его около продольной оси такъ, чтобы пуговка повернулась къ черепу, а не къ горлу.



Фиг. 38.

Обезглавливаніе декапитационнымъ крючкомъ  
*Vrain'a.*

Половыя части защищаются отъ поврежденій тѣмъ, что при всѣхъ поворотахъ крючка его прикрываютъ рукой, обхватывающей шею плода; кромѣ того фиксируютъ шею, чтобы воспрепятствовать совмѣстному

движенію головки и этимъ охранить маточную шейку отъ разрывовъ; наконецъ стержень инструмента помѣщаютъ на ладонной поверхности руки и предплечія, слѣдовательно, онъ лежитъ между грудной кльткой (но не головкой!) и рукой. Посредствомъ многократнаго поворачиванія крючка, причемъ имъ захватываютъ все новыя мѣста на шеѣ плода, позвонки раздѣляются безъ особыхъ осколковъ. Въ то время, какъ стержень оттѣсняетъ нижележащій позвонокъ назадъ, вышележащій позвонокъ посредствомъ крючка придвигается впередъ; тѣло позвонка отдѣляется отъ межпозвоночнаго кружка, и связи между двумя дугами позвонковъ разрываются, мягкія части также отдѣляются достаточно легко и аккуратно; наконецъ мостикъ изъ кожи, извлеченный и надорванный при повторномъ поворачиваніи, разрѣзается ножницами.

Здѣсь слѣдуетъ еще указать на то, что обезглавливаніе на дѣтскихъ трункахъ, полевашинъ продолжительное время въ спирту, удается только при употребленіи большой силы, иногда же совсѣмъ не удается; наоборотъ на свѣжихъ трункахъ, — согласно произведеннымъ мною многочисленнымъ опытамъ — декапитация удается очень легко. Это обстоятельство содѣйствовало тому, что нѣкоторые акушеры относились отрицательно къ разсматриваемому методу.

Наконецъ туловище — въ случаѣ надобности, послѣ произведенной *exenteratio* — извлекается за подлежащую ручку; головка выводится посредствомъ введеннаго въ ротъ указательнаго пальца, а если это не удается, то при помощи инструментовъ такъ же, какъ «оторванная головка» (см. выше стр. 127).

**Результаты обезглавливанія.** Изъ 58 случаевъ, опубликованныхъ *G. Braun*омъ, *Pawlik*омъ и *Herzfeld*омъ изъ Вѣнской клиники (гдѣ инструментъ этотъ употреблялся съ 1855 г.) умерло 16 оперированныхъ = 27,6%, причемъ 8 отъ разрыва матки (который во всѣхъ случаяхъ произошелъ внѣ клинки), 7 — отъ сепсиса, (съ 1880 — 90 г. только 1 случай) и 1 — отъ малокровія. По увѣренію вѣнскихъ врачей, поврежденій половыхъ частей отъ примѣненія крючка не было, и въ частности не было ни одного разрыва маточной шейки отъ прижатія во время операціи головки къ стѣнкамъ таза.

*Bidder* на 10 случаевъ приводитъ одинъ смертный случай, *Schantz* изъ 11 оперированныхъ не потерялъ ни одной.

Этотъ способъ изъ всѣхъ извѣстныхъ до сего времени представляется наименѣе вреднымъ какъ для матери, такъ и для акушера, и потому въ подходящихъ случаяхъ онъ болѣе всего заслуживаетъ рекомендаціи.

##### 5. Отрѣзываніе шеи плода ножницами.

Для этой цѣли употребляютъ крѣпкія ножницы съ длинными ручками и короткими лезвіями; захвативши шею плода большимъ и указательнымъ пальцемъ лѣвой руки, короткими движеніями разрѣзаютъ, начиная снизу вверхъ, мягкія части, а потомъ и позвоночный столбъ (*Dubois, Fritsch*). Этотъ способъ во всякомъ случаѣ не безопасенъ для пальцевъ оператора.

##### 6. Разрѣзываніе ножемъ.

Уже Гиппократъ и Цельзъ, а позже *van Hoorn, D. Davis* (при помощи „*carded embryotomy knife*“) употребляли этотъ методъ, а также *Reinsfeldt* (1837) — въ двухъ случаяхъ.

Этотъ методъ оставленъ вслѣдствіе сопряженной съ нимъ опасности.

### 7. Разрѣзываніе серпообразнымъ ножемъ.

Серпообразный ножъ состоитъ изъ стержня, продольной деревянной рукоятки и дугообразнаго крючка, заостреннаго на вогнутой сторонѣ; при помощи него шея плода захватывается и разрѣзается.

*Mauriceau, Levet, Ramsbotham, Jacquemier*, въ последнее время *B. Schultze* и *Tibone-Suzzi* описали и употребляли такіе серповидные ножи.

**Производство операціи.** Лѣвой рукой, какъ и при способѣ *Braun'a*, обхватываютъ шею плода; по ладонной поверхности предплечья и кисти руки, позади грудной вѣтви проводятъ вверхъ крючекъ такъ, чтобы шея плода помѣстилась въ искривленія его, затѣмъ притягиваютъ рукоятку косо книзу и разъ 10 двигаютъ ея то вверхъ, то внизъ, старательно закрывая крючекъ при помощи находящейся внутри руки. Посредствомъ вертикально рѣзущихъ движеній шейка разрѣзается легко и ровно. Но также легко можно повредить собственные пальцы и половыя части роженицы, особенно при концѣ операціи, если разрѣзываніе оканчивается сразу; въ этомъ насъ убѣждаютъ упражненія на фантомахъ.

Поэтому, серповидный ножъ *Schultze* не могъ приобрести правъ гражданства, хотя и былъ усердно рекомендованъ *Küstner'*омъ.

### 8. Гильотинированіе.

Акушерская гильотина представляетъ изъ себя тупой крючокъ, закладывающійся сверху, вокругъ шейки; къ нему пристроенъ ножъ, двигающійся помощью винта, который и разрѣзаетъ шейку. Это — сложные и опасные инструменты, которые теперь пора уже оставить.

Изобрѣтателями подобныхъ гильотинъ были: *Baudelocque* племянникъ (*Somatom*), *Concato*, и *Scanzoni* (*Auchenister*), *Tarnier* (*Embryotome rachidien*).

**Заключительныя замѣчанія.** Изъ всего вышесказаннаго слѣдуетъ, что самыми разнообразными способами удается разрѣзать находящуюся въ маткѣ шейку плода. Самый-же удобный для этой цѣли инструментъ, по крайней мѣрѣ до сихъ поръ, — декапитационный крючекъ *Braun'a*. Во всякомъ случаѣ, этотъ инструментъ наиболѣе употребителенъ и даетъ наилучшіе результаты.

### в) Удаленіе грудныхъ и брюшныхъ внутренностей, *Embryotomia, Embryulcia, Thoracotomia, Rachiotomia, Evisceratio, Ecenteratio.*

**Показанія.** Если существуютъ всѣ условія, необходимыя для уменьшенія туловища, то эмбриотомія показуется:

1. При неисправимомъ поперечномъ положеніи и недоступности шейки плода, слѣдовательно при такихъ положеніяхъ, которыя имѣютъ наклонность къ самоизвороту, причѣмъ уголъ изгиба сколіоза находится въ нижней грудной части позвоночника;

2. при невозможности извлечь руками туловище плода, послѣ выхожденія головки или тазоваго конца, а также при уродствахъ, когда пункція, отодвиганіе назадъ какой-либо части плода и другое болѣе осторожное пособіе не имѣли успѣха.

#### 1. Производство операціи при поперечномъ положеніи плода.

Разнообразные методы, употребляемые при поперечномъ положеніи, въ сущности, имѣютъ въ виду одну изъ двухъ цѣлей:



1) или уменьшить размеры туловища и этимъ проложить путь для захватыванія тазового конца плода, *resp.* для захватыванія и низведенія ягодицъ и ягодицъ, такимъ образомъ — подражать самоизвороту;

2) или согнуть туловище еще сильнѣе, слѣдовательно подражать *partus duplicatus*, а въ случаѣ неудачи, раздѣлить туловище пополамъ и постараться извлечь каждую половину отдѣльно.

Вслѣдствіе чрезвычайной рѣдкости этой операціи, каждому врачу въ отдѣльности до сихъ поръ не часто приходилось дѣлать эту операцію, даже не удалось собрать порядочнаго числа наблюдений; отсюда становится понятнымъ такое большое разногласіе въ совѣтахъ. Я самъ долженъ сознаться, что не сдѣлалъ ни одной такой операціи на живой женщинѣ, а дѣлалъ только опыты на трупахъ и фантомахъ. Однако, сообразуясь съ этими опытами, мнѣ кажется, будетъ умѣстнымъ слѣдующій образъ дѣйствій.

Изъ инструментовъ — необходимы: остроконечный ножъ или ножницеобразный перфораторъ, длинныя ножницы, декапитационный крючекъ, полипные щипцы, кривокласть и зеркала *Simon'a*.

Прежде всего вскрывается та часть плода, которая лежитъ ниже всего, грудь или животъ; для этого въ межреберный промежутокъ или въ брюшную стѣнку вкалываютъ остроконечный бистури или ножницеобразный перфораторъ, причемъ цѣлесообразно пользоваться желобоватымъ зеркаломъ и боковымъ подъемникомъ *Simon'a*. Когда сдѣлано прободеніе, разрѣзаютъ стѣнки туловища длинными ножницами спереди и сзади, по возможности больше, чтобы легче было дойти до внутреннихъ. Ребра лучше не разрѣзывать, потому что при этомъ образуются осколки. Затѣмъ пальцами и декапитационнымъ крючкомъ проникаютъ въ верхнюю часть грудной кѣтки, захватываютъ пищеодъ и трахею, поворачиваютъ ихъ и разрываютъ и тогда выводятъ книзу грудные органы. Послѣ этого ножницами отдѣляютъ діафрагму отъ реберъ и полипными щипцами извлекаютъ вмѣстѣ грудныя и брюшныя внутренности.

Теперь слѣдуетъ сдѣлать небольшую паузу и попытаться, нельзя ли снаружи немного надавить ягодицы въ тазъ. Когда это удалось, можно ввести руку въ матку и въ томъ случаѣ, если позволеть мѣсто, отыскать ножку или ягодицы и извлекать за нихъ. *Heister*, имѣвшій случай произвести много такихъ операцій, совѣтуетъ извлекать ягодицы рукой и крючкомъ.

Если-же не удастся втѣснить ягодицы въ тазъ, то при сильномъ притяженіи за ручку ребенка можно, по *G. Veit'u* рукой, по *R. Lee* (1828), *Kilian'u*, *Nägeli*, *Scanzoni*, *Spiegelberg'u* крючкомъ проникнуть изъ брюшной полости плода въ тазъ, зацѣпить за него и извлечь книзу ягодицы, нажимая на нихъ снаружи.

Но если ягодицы остаются неподвижно въ тетанически сокращенной маткѣ, а позвоночный столбъ сильно согнутъ, то умѣстно расстѣченіе позвоночнаго столба. По *Michaëlis'u* это достигается наложеніемъ тупого крючка съ наружной стороны угла искривленія, разломомъ позвоночника и извлеченіемъ раздѣленнаго пополамъ туловища; или-же *Spondylotomia* производится при помощи ножа, ножницъ



(*J. Simpson*. 1860, *Pajan* и др.), декапитационнаго крючка, серповиднаго ножа и т. п., послѣ чего обѣ половины извлекаются руками или костными щипцами.

Изъ позднѣйшихъ софтовъ слѣдуетъ упомянуть, что *Betschler*, resp. его ученикъ *J. Gerpe* (1842) рекомендовали сдавливать вколоченную грудную клятку при помощи вефалотриба. *Scanzoni* также высказался за этотъ способъ. *Chailly* описалъ (*Ann. d'obst.* 1843) одинъ случай, окончившійся благопріятно при этомъ способѣ.

*R. Barnes* рекомендовалъ накладывать свои *Craniotomy Forceps* сначала на брюшную стѣнку и поясничные позвонки для того, чтобы такимъ образомъ стащить тазовой конецъ, а потомъ, наложивши инструментъ на грудныя стѣнки, извлечь и верхнюю половину тѣла. *Fritsch* софтуетъ производить *spondylotomiam* безъ удаленія внутренностей. *Pawlik* удаляетъ внутренности, низводитъ ручку книзу и потомъ производитъ обезглавливаніе.

## 2. Производство операціи при замедленномъ выхожденіи туловища.

Послѣ выхожденія головки можетъ наступить задержаніе туловища вслѣдствіе громаднхъ его размѣровъ, уродствъ (*ascites*, растяженіе мочевого пузыря при закрытіи мочеиспускательнаго канала опухоли почекъ, разнаго рода уродства). Тогда надо сначала попытаться низвести плечики, вложивъ крючкообразно одинъ или два пальца, а въ случаѣ надобности — тупой крючекъ въ подмышечную впадину. Въ большинствѣ случаевъ послѣ этого туловище извлекается. Если же оно все еще задерживается, то умѣстно извлечь грудныя и брюшныя внутренности черезъ верхнюю часть грудной клятки.

Если выхожденіе туловища задерживается при тазовомъ положеніи плода вслѣдствіе опухолей живота, то при жидкомъ содержимомъ умѣстна пункция троакаромъ или ножницеобразнымъ перфораторомъ, а въ другихъ случаяхъ разрѣзаютъ брюшныя покровы ножомъ; при уродствахъ умѣстно разрѣзать соединительныя тяжи или удалять опухолевидныя массы.

**Историческія замѣчанія.** Въ древности эмбриотомія часто предпринималась, когда невозможно было сдѣлать поворотъ. *Гиппократъ* софтовалъ вскрывать серповиднымъ ножомъ грудную и брюшную полости, отрѣзать въ суставахъ выпавшія конечности и затѣмъ дѣлать поворотъ плода на головку или извлекать его крючкомъ. Кромѣ *μαχρίδιον* (по *Tertullian'у*— „*aspeum spiculum*“) онъ употреблялъ *ῥοξ*—вожъ, придѣланный къ кольцу на пальцѣ, а также *ἄκροτῆρ*—острый крючекъ. *Celsus* (VII, 29) софтовалъ „при поперечномъ положеніи зацѣплять крючкомъ за лопатку и медленно извлекать, причѣмъ маточный зѣвъ раскрывается, и головка выходитъ вслѣдъ за остальнымъ туловищемъ (она прилежитъ къ лодыжкамъ)“. Также можно отрѣзать шейку и удалить крючкомъ каждую часть въ отдѣльности. Этотъ крючекъ заостренъ только на внутренней сторонѣ. Такимъ образомъ, сначала удаляется головка, а затѣмъ уже туловище, потому что послѣ извлеченія большей части плода, головка обыкновенно выпадаетъ въ опорожненную члвчан и не можетъ быть извлечена безъ большой опасности“. Задержавшуюся головку должно низдавливать со стороны живота.

Въ древности, кажется, поступали согласно этимъ софтамъ.

Арабскіе ученые софтовали при поперечномъ положеніи дѣлать поворотъ на головку или послѣ его неудачи производить разсѣченіе посредствомъ *phlebotomi* или *cultelli* (*Abulcaser*).

Также древніе талмудисты (Oheleth, cap. 7, Mischna 6) рекомендовали „если женщины придется очень трудно во время родов, разрѣзать ребенка на части и извлекать эти части отдѣльно“.

Съ введеніемъ *A. Paré* поворота на ножки, операціи разсѣченія плода естественно были значительно ограничены. При производствѣ же разсѣченія, слѣдовали вообще совѣтамъ *Hippokrat'a* и *Celsus'a*, зацѣпляли крючкомъ за спину при неисправимомъ поперечномъ положеніи, какъ напр., *Benivieni*, *Rueff* и *Slevogt* предлагали вынимать внутренности и извлекать туловище длиннымъ инструментомъ, похожимъ на костные щипцы.

Изъ совѣтовъ прошлаго столѣтія надо упомянуть о наставленіи хирурга *Heister'a* вскрывать грудную и брюшную полости, далѣе объ изобрѣтеніи *Röderer'омъ* *Fingerbistouri* (на средней палецѣ надѣвается кольцо съ серпообразнымъ клинкомъ, который при помощи шарнира прикрѣпленъ къ нему подъ прямымъ угломъ), и также объ изобрѣтеніи *Stark'омъ* *Fingerscalpel'a*.

Въ началѣ 19 столѣтія возбудился споръ о позволительности разсѣченія вообще. Тогда какъ *Boër*, *Wigand*, *Oehler*, *Carus*, *Michaëlis*, *Busch*, *Kilian* (а также большинство позднѣйшихъ акушеровъ) въ некоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ считали себя въ правѣ дѣлать разсѣченіе, *Osiander*—тотъ самый горячій защитникъ щипцовъ, который не боялся иногда дѣлать 150 трещинъ—считалъ амбріотомію „позоромъ для акушера“. Также *Stein* младшій высказался противъ этой операціи, и *E. v. Siebold* увѣряетъ, что ту операцію, при которой прежде обыкновенно женщины умирали, можно замѣнить поворотомъ.

### с) Отсѣченіе ручки. *Brachiotomia, Exarticulatio seu Amputatio humeri.*

Показанія. На вопросъ, слѣдуетъ ли при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ для облегченія проведенія руки прежде всего вылуцать въ плечевомъ суставѣ выпавшую и обыкновенно сильно отѣкшую ручку, гср. ампутировать ее въ плечѣ, большинство новѣйшихъ авторовъ отвѣчаютъ отрицательно. Утверждаютъ, что всегда можно вытянуть ручку плода подъ лоннымъ соединеніемъ настолько, чтобы подъ ней акушеръ могъ ввести свою руку. Тогда какъ одни признаютъ вылученіе выпавшей ручки просто за погрѣшность противъ правилъ искусства, другіе считаютъ эту операцію позволительною въ томъ случаѣ, когда ребенокъ несомнѣнно умеръ и выпавшая ручка загораживаетъ доступъ къ ножкамъ.

Мнѣ кажется, что при такихъ запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ надо принимать въ расчетъ часто чрезвычайно серьезныя затрудненія; и я думаю, что экзартикуляція отекшей ручки при воспалительномъ отека или неподатливости половыхъ частей, а также при плотномъ обхватываніи маткой несомнѣнно мертваго плода должна считаться позволительною, когда отъ этого можно ожидать положительной пользы для облегченія родовъ.

*Blot* въ 1857 г. при невозможности сдѣлать поворотъ произвелъ вылученіе плеча. Тотчасъ послѣ этого поворотъ удался.

Хотя при выпаденіи ручки акушеръ имѣетъ возможность узнать, — живъ ли ребенокъ, обращая вниманіе на возбудимость рефлексовъ, и на пульсацію *art. axillaris et radialis*, однако не разъ случалось, что акушеръ, сдѣлавъ ампутацію ручки и произведя поворотъ и извлеченіе, къ

своему ужасу замѣчалъ, что ребенокъ еще живъ. Подобные случаи напоминаютъ о чрезвычайной осторожности,—именно: никогда не слѣдуетъ дѣлать этой операціи, если еще сколько-нибудь сомнѣваются въ смерти плода.

**Производство операціи.** Ручка притягивается сильно книзу и выдвигается въ плечевомъ суставѣ ножомъ или полидными ножницами *Siebold's*: сначала разрѣзаютъ мягкія части, прилежащія къ передней сторонѣ таза, затѣмъ капсулу и наконецъ остальные мягкія части. Такимъ же образомъ ручка можетъ быть ампутирована гдѣ-нибудь на своемъ протяженіи.

**Историческія замѣчанія.** Что совѣтъ, предложенный въ псевдо-гиппократовскихъ писмахъ „de exsectione foetus“,—вылущать въ плечѣ выившую ручку,—относится къ паденію ручки при поперечномъ положеніи, видно изъ послѣдующаго совѣта: удалить вслѣдъ за этимъ внутренности. Въ древности и въ средніе вѣка, кажется, главнымъ образомъ и слѣдовали этому совѣту. *A. Paré* совѣтовалъ ограничивать *brachiotomi*'ю случаями очень сильнаго опуханія и гангрены ручки; *van Noort* предлагалъ въ отчаянныхъ случаяхъ отвернуть ручку и сдѣлать поворотъ; *Denman*, поздѣе *Busch* высказались противъ *brachiotomi*'и.

Особенно энергично возставалъ противъ этой операціи *Capuron* послѣ того, какъ *Helie* въ 1828 г. сдѣлалъ ампутацію ручки, а ребенокъ вслѣдъ за тѣмъ ожилъ; *Leroux*-же защищадъ ее.

Большинство новѣйшихъ авторовъ считаютъ *brachiotomi*'ю бесполезною или ненужною операціею.

### III. Извлеченіе плода послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ или стѣнокъ таза.

**Цѣль.** Всѣ вышеописанныя операціи имѣютъ цѣлью при механическомъ задержаніи родового акта уменьшить или преодолѣть препятствія; это достигается посредствомъ растяженія или разрѣзыванія половыхъ частей, находящихся въ тазу, или посредствомъ разрыва плоднаго пузыря, или при помощи извлеченія ребенка, а въ случаѣ надобности и при помощи уменьшенія плода.

Посредствомъ-же нижеописанныхъ операцій, имѣютъ въ виду произвести родоразрѣшеніе при недостаточно раскрытыхъ половыхъ частяхъ, при сильно суженномъ тазѣ или закрытомъ родовомъ каналѣ: именно, разрѣзаютъ вверху, resp. за препятствіемъ, брюшную стѣнку и плодный мѣшокъ, resp. стѣнку беременной матки, и черезъ сдѣланное отверстіе извлекаютъ плодъ (чревосѣченіе); или-же для того, чтобы приобрѣсти больше мѣста для извлеченія естественнымъ путемъ, разрѣзаютъ суженное кольцо таза спереди, въ самомъ доступномъ мѣстѣ и для расширенія кольца отодвигаютъ концы разрѣза другъ отъ друга (разрѣзъ лоннаго соединенія), или вырѣзаютъ спереди изъ кольца кусокъ кости (разрѣзъ лонной кости).

Сначала рассмотримъ:

#### 1. Чревосѣченіе. *Laparotomia*.

**Опредѣленіе и цѣль операціи.** Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ для вскрытія брюшной полости во всѣхъ случаяхъ представляетъ изъ

себя только приготовительный актъ для главной операціи. Последняя имѣетъ цѣлью удаленіе патологической жидкости, исправленіе положенія кишекъ, наложеніе шва, удаленіе болѣзненныхъ продуктовъ, особенно—новообразованія, или удаленіе яйца.

По справедливости, во время беременности слѣдуетъ различать гинекологическое и акушерское чревосѣченіе. Гинекологическое чревосѣченіе имѣетъ цѣлью удаленіе новообразованій половыхъ органовъ, особенно опухолей яичника и связокъ беременной матки; эта операція, согласно нашему воззрѣнію на акушерскія операціи, не должна здѣсь разсматриваться. Акушерское чревосѣченіе имѣетъ цѣлью удаленіе яйца или частей яйца.

Если яйцо развилось первично внѣ матки (внѣматочная беременность), или-же оно вторично получило положеніе внѣ матки вслѣдствіе разрыва маточной стѣнки, то для удаленія его можетъ понадобиться чревосѣченіе, которое обыкновенно называется просто чревосѣченіемъ; но мы для болѣе точнаго обозначенія цѣли этой операціи предлагаемъ называть ее *Laparotomia extrauterina*.

Если яйцо находится въ маткѣ, то для удаленія его можетъ потребоваться разрѣзъ беременной матки, resp. стѣнки влагалища: *Larago-Hystero*, или *Elytrotomia*, или кесарское сѣченіе.

#### Общія правила при всѣхъ чревосѣченіяхъ.

Предварительныя приготовленія для всѣхъ чревосѣченій состоятъ въ приглашеніи необходимыхъ помощниковъ: одного врача для хлороформированія, другого для удерживанія руками брюшныхъ стѣнокъ и двухъ акушерокъ или сидѣлокъ; послѣднія подаютъ инструменты, компрессы и т. п., держать матку, принимаютъ ребенка и т. д.

Операціонная комната прежде всего должна быть хорошо дезинфицирована, стѣны ея должны быть вытерты полотенцами, затѣмъ полъ моется мокрой чистой тряпкой, и наконецъ комната провѣтривается и въ холодное время года нагрѣвается до 18° R. Длинный прочный столъ съ матрадомъ или чистой подстилкой и простыней съ подушками надо предпочесть кровати. Ночью слѣдуетъ озаботиться о надлежащемъ освѣщеніи лампой, повѣшенной надъ столомъ, и нѣсколькими фонарями (съ рефлекторами). Четыре чистыхъ умывальныхъ таза съ водой и мыломъ должны быть размѣщены вблизи операціоннаго стола, для того чтобы ихъ легко можно было достать: одинъ тазъ—для мытья рукъ, другой—для дезинфекціи рукъ и предплечій съ  $\frac{1}{1000}$  растворомъ сулемы, третій—съ 5% растворомъ карболовой кислоты для инструментовъ и въ четвертый кладутъ 15 прокипяченныхъ марлевыхъ компрессовъ, величиной въ ладонь и обшитыхъ по краямъ: они помѣщаются въ 0,6% растворъ поваренной соли; кромѣ того, вблизи-же ставятъ плоское блюдо съ 5% карболовымъ растворомъ для иглъ съ вдѣтыми нитками, для иглодержателя и для запасныхъ нитокъ; недалеко ставится кружка съ холодной и теплой водой и ведро для грязной воды. Также готовится много чистыхъ полотенецъ и четыре полотенца, предварительно прокипяченныхъ (послѣднія—для помѣщенія на поле операціи).

Всѣ лица, участвующія при операціи, прежде всего должны надѣть чистыя платья, также чистое бѣлье и подвязать полотняный фартукъ



или простыню, потомъ высоко завернуть рукава рубашки, обстричь ногти и самымъ тщательнымъ образомъ вымыть и дезинфицировать руки и предплечія. Если время и обстоятельства позволяютъ, то слѣдуетъ также предварительно взять полную ванну или же вымыть мыломъ волосы на головѣ и лицѣ.

Изъ инструментовъ необходимы: брюшистый скальпель и скальпель съ пуговкой на концѣ, нѣсколько крючковатыхъ и задвижныхъ щипцовъ, прямая и куперовскія ножницы, нѣсколько длинныхъ и симоновскихъ иглъ съ асептическимъ шелкомъ и катгутомъ, а также нѣсколько иглодержателей.

Послѣ того какъ все это приготовлено и покрыто чистымъ полотенцемъ, тѣло роженицы обмываютъ чистой водой и мыломъ, волосы на лобѣ сбриваютъ, потомъ тщательно спринцуютъ влагалище  $\frac{1}{4000}$  растворомъ сулемы и осторожно вытираютъ стѣнки влагалища и канал шейки ватными шариками, намоченными въ томъ-же растворѣ и захваченными помощію полипныхъ щипцовъ, наконецъ все влагалище выполываютъ іодоформной марлей. Послѣ того на роженицу надѣваютъ чистую рубашку, чистые панталоны и чулки, обмываютъ животъ и надлобковую область спиртомъ и наконецъ  $\frac{1}{1000}$  растворомъ сулемы и кладутъ четыре дезинфицированныхъ полотенца на бедра, грудную клѣтку и по бокамъ такъ, что середина живота остается свободной. Послѣ осторожнаго наркоза и точнаго распредѣленія ролей приступаютъ къ операціи.

**Операція.** Разрѣзъ по средней линіи живота начинается отъ пупка и доходить до лоннаго соединенія. Если вслѣдствіе большихъ размѣровъ опухоли живота надо продолжить разрѣзъ, то проводятъ его слѣва отъ пупка подъ угломъ или дугообразно для того, чтобы не повредить lig. teres печени, а затѣмъ дальше разрѣзаютъ по средней линіи. Брюшные покровы разсѣкаются быстро до бѣлой линіи, сильно кровоточащіе сосуды скручиваются или перевязываются тонкимъ катгутомъ, затѣмъ разрѣзаютъ бѣлую линію, которая часто представляетъ только сагиттальную перегородку. Если сомнѣваются относительно положенія ея, то дѣлаютъ небольшіе продольные разрѣзы, проводятъ съ двухъ сторонъ напротивъ другъ друга желобоватый зондъ подъ влагалище прямой мышцы и разрѣзаютъ до того мѣста, гдѣ упирается конецъ зонда. Потомъ fascia transversalis и subperitoneal'ная жировая клѣтчатка разрѣзаются, а сосуды эпигастрія предварительно перевязываютъ двойной лигатурой, и наконецъ дѣлаютъ небольшое отверстіе въ приподнятой брюшинѣ. По желобоватому зонду или пальцу разсѣкаютъ брюшину по срединѣ, осторожно, чтобы не повредить внизу мочевого пузыря, вверху большой сальникъ. Послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ, рассматриваютъ и ощупываютъ опухоль, которая должна быть вскрыта или удалена. Цѣлесообразно пришивать края раны брюшины къ ближайшимъ мѣстамъ кожи 2—4-мя швами съ каждой стороны.

Смотря по цѣли операціи, дальнѣйшій образъ дѣйствія будетъ различенъ и будетъ описанъ ниже.

Послѣ удаленія лица вытираютъ кровь марлевыми компрессами, приводятъ въ порядокъ перевернутыя петли кишекъ, расправляютъ, но не сильно растягиваютъ сальникъ надъ кишками и зашиваютъ

брюшную рану. Многие накладывают теперь три этажных шва: непрерывный шов из катгута на брюшину, узловатые швы по *linea alba*, resp. на *mm. recti* и наконец швы через всю толщу кожи и подкожной клетчатки. Я на мѣстѣ каждого шва приподнимаю брюшину двумя задвижными пинцетами, прокалываю ее снаружи на разстояніи 2—3 см. отъ краевъ раны и затѣмъ на томъ-же разстояніи прокалываю мускулатуру, подкожный слой и кожу отдѣльными швами и завязываю ихъ на брюшной ранѣ въ узелъ вмѣстѣ съ брюшиной.

Операция заканчивается наложеніемъ умѣренно давящей повязки, состоящей изъ полосы іодоформной марли, нѣсколькихъ слоевъ марли, закрывающихъ весь животъ, ваты и полотенца, послѣ чего родильница переносится на постель и хорошо согрѣвается. Вслѣдствіе возбужденія рвоты прежде всего надо давать ледъ, кромѣ того вино и кофе; при сильной рвотѣ вино или мясной экстрактъ ставить въ небольшихъ клизмахъ, чтобы вызвать реакцію.

При дальнѣйшемъ лѣченіи надо, какъ и при другихъ чревосѣченіяхъ, на слѣдующій день, послѣ прекращенія тошноты вызвать послабленіе посредствомъ клистира съ касторовымъ масломъ, или посредствомъ *infus. sennae* и т. п., а въ послѣдующее время надо заботиться объ ежедневномъ опороженіи кишечника; мочу надо спускать катетеромъ 2—3 раза ежедневно. Если оперированная не можетъ мочиться въ лежачемъ положеніи. Въ первые дни даютъ содовую воду, кофе, чай, вино, мясной бульонъ. Послѣ прекращенія всякаго позыва на рвоту я, на основаніи своихъ наблюденій при другихъ чревосѣченіяхъ, особенно рекомендовалъ-бы давать небольшими порціями процеженную сыворотку получаемую при сбиваніи масла. Большинство больныхъ принимаютъ ее охотно и переносятъ ее обыкновенно хорошо. Кромѣ того, эта сыворотка имѣетъ значеніе какъ питательное средство и дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на перистальтику кишечника.

Въ концѣ первой недѣли, кромѣ означенной жидкости даютъ сырыя яйца или яйца въ смятку, телячьи мозги, или телячье рагу, сухарь съ кофе или чаемъ, а на второй недѣлѣ переходятъ къ мелко изрубленному мясу, къ кашѣ, къ легкимъ овощамъ, компоту.

Швы удаляются по мѣрѣ того, какъ они прорѣзываются. Вставать позволяютъ послѣ полного заживленія брюшной раны, во всякомъ случаѣ—не раньше 3-хъ недѣль.

Теперь мы рассмотримъ двѣ главныя формы акушерскаго чревосѣченія, *Laparotomia extrauterina* и *sectio caesarea*.

## а) Чревосѣченіе для удаленія яйца, развившагося внѣ матки или лежащаго внѣ матки, *Laparotomia extrauterina*.

### 1. Чревосѣченіе при внѣматочной беремености.

Для избѣжанія односторонности, кромѣ чревосѣченія надо рассмотреть еще и другіе методы лѣченія, приложимые при этой формѣ беременности.

**Предварительныя замѣчанія.** При внѣматочной беремености излѣченіе наступаетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ посредствомъ образованія *hæma-*

тоселе или вслѣдствіе смерти плода и сморщиванія мѣшка. Въ другихъ случаяхъ раньше или позднѣе наступаетъ разрывъ плоднаго мѣшка съ смертельнымъ кровоизліаніемъ; иногда послѣ смерти плода, а часто еще спустя нѣкоторое время происходитъ нагноеніе или гнилостный распадъ въ плодномъ мѣшкѣ. Въ виду такихъ опасностей выжидать послѣ точнаго діагноза значитъ во многихъ случаяхъ рисковать жизнью женщины; выжиданіе только тогда показано, когда оно представляетъ меньше опасности, чѣмъ врачебная помощь.

**Показанія и методы лѣченія.** Врачебная помощь можетъ состоять или въ умерщвленіи плода, върѣзываніи плоднаго мѣшка, или въ ускореніи произвольнаго опорожненія нагноившагося содержимаго мѣшка; и потому она должна сообразоваться съ видомъ и временемъ беременности и особыми обстоятельствами.

#### А. ВЪ ПЕРВЫЕ МѢСЯЦЫ.

Въ это время примѣняются слѣдующіе способы:

##### 1. Умерщвленіе плода.

##### а) Посредствомъ пункции.

*Kiwisch* (1846) совѣтовалъ при нахожденіи яйца въ Дугласовомъ пространствѣ умерщвлять плодъ посредствомъ пункции задняго свода влагалища. *J. Simpson* (1864) произвелъ пункцию на 6 мѣсяцѣ и выпустилъ 1 pintу околоплодной жидкости, послѣ чего на 3-й день наступилъ коллапсъ.

Вослѣдствіи пункции съ послѣдующимъ сморщиваніемъ плоднаго мѣшка производили *Greenhalgh, E. Martin, A. Simpson, Stoltz, Tanner, Duncan*. Напротивъ въ случаяхъ *Braxton Hicks, G. Thomas* (2 случ.), *Conrad, Netzel, Hutchinson, Scott, Gallard, Depaul* и др. беременныя умерли послѣ того, какъ имъ была сдѣлана пункция. Въ другихъ-же случаяхъ (*Routh, Fränkel*) плодъ продолжалъ расти.

**Показанія.** Асептическая пункция со стороны брюшныхъ покрововъ въ первые 3 мѣсяца позволительна и даже прямо рекомендуется, если плодный мѣшокъ прилежитъ плотно сзади передней брюшной стѣнки или если онъ безъ насилія можетъ быть прижатъ къ ней настолько, что исключается опасность поврежденія кишечной петли. Напротивъ надо остерегаться производить пункцию черезъ влагалище, потому что при этомъ неизбѣжны поврежденія большого веннаго сплетенія влагалища и матки, и сильныя кровоизліанія въ тазовую клѣтчатку или въ полость живота, а также при этомъ очень легко могутъ произойти поврежденія кишекъ.

##### б) Посредствомъ вырѣзыванія морфія въ плодный мѣшокъ.

*Joulin* (1863) совѣтовалъ заблаговременно вырѣкивать черезъ брюшныя стѣнки матери въ плодный мѣшокъ атропинъ или стрихнинъ и такимъ образомъ умерщвлять плодъ. *Friedreich* (1864) впервые произвелъ инъекцію морфія въ мѣшокъ  $\frac{1}{10}$  —  $\frac{1}{6}$  гр.), послѣ чего мѣшокъ сморщился. Его примѣру послѣдовалъ *Köberlé*, который посредствомъ пункции въ области паха выпустилъ околоплодную жидкость, затѣмъ вприснулъ морфій, послѣ чего наступило кровотеченіе и кровоизліаніе въ брюшныя стѣнки, а позднѣе мѣшокъ сморщился. Затѣмъ *Cohnstein* сообщилъ случай *Fried-*

*reich'a*, въ которомъ отпадающая оболочка выдѣлилась до пункціи и послѣ того мѣшокъ сморщился. *Remmert* 1 разъ, а *Winckel* 9 разъ съ успѣхомъ произвели пункцію плоднаго мѣшка и потомъ вприснули морфій.

Этотъ методъ основывается на томъ соображеніи, что доза морфія, безвредная для женщины, можетъ умертвить зародышъ.

Но не вполне понятно, какимъ образомъ морфій проникаетъ въ зародышъ. Понасть канюлей въ зародышъ, слѣдовательно вприснуть средство подѣ кожу или въ какую-нибудь полость тѣла его—было бы счастливой случайностью, но нельзя съ увѣренностью произвести это. Можно бы предположить также, что морфій диффундируетъ изъ околоплодной жидкости въ зародышъ, такъ какъ прониканіе его черезъ ротъ невозможно вслѣдствіе отсутствія глотательныхъ движеній въ это время. Но еще вопросъ, можетъ-ли это средство въ смертельной дозѣ диффундировать черезъ кожу и доступныя слизистыя оболочки. Этотъ методъ вѣроятнѣ всего оказываетъ свое дѣйствіе вслѣдствіе наступающаго при немъ кровотечения или вслѣдствіе прокола важныхъ для жизни органовъ зародыша, а не вслѣдствіе вприскиванія морфія.

**Показанія.** Все вышесказанное о пункціи относится также къ выбору случаевъ для этого метода.

**Производство.** Для этой цѣли употребляютъ шприцъ *Pravas'a* съ длинной канюлей, и тщательной асептикой предотвращаютъ инфекцію.

**Результаты.** Здѣсь слѣдуетъ привести особенно блестящіе результаты *Winckel'a*, у котораго въ 9 случаяхъ послѣ этого метода наступило сморщиваніе мѣшка.

### с) Посредствомъ электричества.

*Bacchetti* (*Gaz. med. ital. Toscan.* 1853. 137) вкалывалъ акупунктурныя иглы длиной въ 2—8 см. въ опухоль, считавшуюся за вѣматочный мѣшокъ, и соединялъ ихъ съ полюсами аппарата *Bunsen'a*. Послѣ этого мѣшокъ сморщивался. Но уже тогда *Balacchi* сомнѣвался въ вѣрности діагноза. *Carlo Busci* (*Ann. univ. di med.* 1855. 221) рекомендовалъ убивать плодъ, находящійся внѣ матки, электрическимъ токомъ и доводить мѣшокъ до сморщиванія. *Bruci* (1857) употреблялъ электромагнитизмъ для убиванія плода. *Braxton Hicks* производилъ фарадизацію (1866) 2 раза, но потомъ сдѣлалъ пункцію кисти черезъ влагалище, послѣ чего наступило кровотеченіе, и больная спустя нѣсколько дней умерла. *Allen* (1869) съ успѣхомъ вылѣчилъ одинъ случай брюшной беременности посредствомъ электричества. Позднѣ преимущественно американскіе гинекологи употребляли гальваническій или фарадическій токъ для умерщвленія плода въ первые 4 мѣсяца.

**Показанія.** По моему мнѣнію гальваническій или фарадическій токъ для умерщвленія плода въ первые мѣсяцы можно пробовать только въ тѣхъ случаяхъ, если діагнозъ сомнителенъ, или беременная отказывается отъ чревосѣченія, геср. чревосѣченіе опасно вслѣдствіе сращеній, интралигаментознаго положенія и т. п., или если для чревосѣченія нельзя пригласить опытнаго спеціалиста.

**Производство.** По *Rockwell'u* необходимо 30—40 элементовъ. Одинъ электродъ вводится во влагалище (менѣе цѣлесообразно въ прямую кишку), другой помѣщается снаружы на опухоли.

**Результаты.** Въ 43 случаяхъ, собранныхъ *A. Brothers* (Терапія внѣматочной беременности посредствомъ электричества. Переводъ *Stiile* 1889),



21 разъ примѣнялся фарадическій и 16 разъ гальваническій токъ. Послѣ этого въ 2 случаяхъ наступилъ смертельный исходъ, въ 3 случаяхъ развились опасные симптомы, 2 раза произошло нагноеніе. Изъ 43 случаевъ въ 41 зародышъ, resp. 4 мѣсячный плодъ, былъ умерщвленъ; больше чѣмъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ опухоль исчезла или сморщилась; 3 раза яйцо, развившееся интерстиціально, перешло въ матку.

## 2. Вскрытіе плоднаго мѣшка и удаленіе яйца изъ влагалища, Elytrotomia.

*Thomas* совѣтовалъ при нахожденіи яйца въ Дугласовомъ пространствѣ вскрывать при помощи термокаутера заднюю стѣнку влагалища и удалить яйцо. Однако этотъ методъ не имѣлъ послѣдователей.

*J. King* (изъ Южной Каролины, 1817), вскрывъ ножомъ Дугласово пространство, извлекъ плодъ, находившійся внѣ матки (*Med. Repos. of orig. essays and intell.* 1817. III, 388). *E. v. Siebold* въ 1821 г. оперировалъ такимъ же образомъ при 11 мѣсячной беременности, послѣ чего женщина умерла (см. его *Journal*. IV. 320). Наконецъ *Mathieson* (1885) извлекъ такимъ путемъ 8-фунтового живого ребенка. Оперированная выздоровѣла. *Valliet*, разрѣзавъ влагалище, наткнулся на послѣдъ и потому долженъ былъ прервать операцію. Кромѣ того элиотромию производили *Köberlé*, *Sabin*, *Litzmann*, *Hegar*, *Lawson Tait* и др.

**Показанія.** Вскрытіе ножомъ Дугласова пространства со стороны влагалища удобно производить въ такихъ случаяхъ внѣматочной беременности, когда задняя стѣнка влагалища сильно выпячивается яйцомъ, находящимся сзади матки.

**Производство операціи.** Подобно тому, какъ при разрѣзываніи *haematocoele retrouterina*, дѣлаютъ продольный или поперечный разрѣзъ черезъ всю толщу задней стѣнки влагалища, обкалываютъ стѣнки влагалища радіальными швами до полной остановки кровотока, разрѣзаютъ плодный мѣшокъ, удаляютъ безъ кровотока содержимое его, дезинфицируютъ полость шариками карболовой ваты и вкладываютъ іодоформную марлю.

**Результаты.** Изъ 9 случаевъ, собранныхъ *Campbell* емъ, 5 матерей выздоровѣли и трое дѣтей остались живыми. *Thomas* 3 раза произвелъ эту операцію съ счастливымъ исходомъ, *Schröder*—1 разъ, больныя *Kaltenbach*'а и *Bandl*'я умерли.

## 3. Чревостѣченіе и вырѣзываніе плоднаго мѣшка.

**Показанія.** Несмотря на извѣстный успѣхъ и допустимость въ извѣстныхъ случаяхъ перечисленныхъ сейчасъ методовъ, между нѣмецкими гинекологами установилось убѣжденіе, что чревостѣченіе, выполняемое строго антисептически и асептически, вполне показано при внѣматочной беременности первыхъ мѣсяцевъ, когда ребенокъ очевидно живъ (до отхожденія отпадающей оболочки) и когда не произошло разрыва плоднаго мѣшка (коллагель),—что даже по своимъ результатамъ это есть лучший способъ лѣченія. Судя по письменному сообщенію *J. Veit*'а (Берлинъ), онъ производилъ лапаротомию всего 20 разъ, и только три случая окончились летально во время операціи. *A. Martin* оперировалъ 23 раза въ первые 4 мѣсяца и имѣлъ 6 смертныхъ случаевъ.

Но если существует въ некоторое согласіе относительно необходимости лапаротоміи въ несложненныхъ случаяхъ, то взгляды совершенно расходятся относительно вопроса, слѣдуетъ ли послѣ разрыва мѣшка выжидать, или надо заблаговременно дѣлать лапаротомію для спасенія женщины отъ смертельнаго кровотеченія.

Приверженцы выжиданія (*Schröder*) указываютъ на то, что выздоровленіе наступаетъ во многихъ такихъ случаяхъ при абсолютно спокойномъ положеніи на спинѣ, о с т о р о ж н о м ъ употребленіи возбуждающихъ, пузыря со льдомъ на животъ и опіи; и они считаютъ выгоднымъ, чтобы кровь, излившаяся въ брюшную полость, всасывалась лимфатическими сосудами и этимъ послужила въ пользу малокровной женщинѣ, какъ-бы при самопереливаніи. При чревосѣченіи, конечно, этого преимущества не бываетъ, такъ какъ при немъ необходимо удалить излившуюся кровь, которая представляетъ изъ себя хорошую питательную среду для микробовъ. Далѣе, сторонники выжиданія указываютъ на то, что, несмотря на сдѣланное во время коллапса чревосѣченіе, смерть все-таки можетъ наступить, какъ это и было въ 2 случаяхъ *Veit'a* и въ 1-мъ *Zucker'a*. Но за послѣднее время накаплиются и счастливые случаи лапаротоміи, произведенной послѣ разрыва мѣшка. Такимъ образомъ, лапаротомію съ успѣхомъ произвели: *Lawsen Tait* (1885) въ 9 случаяхъ, *Frommel, Sinclair, Wiborgh, Gordon, Duchamp, L. Meyer* (Копенгагенъ), *Schwarz*—каждый по 1 случаю, *Freund*—въ 2 случаяхъ, *E. Hermann* въ 3 съ 1-мъ смертельнымъ. Впрочемъ *Freund* и *Schwarz* ставятъ на видъ, что отысканіе кровоточащихъ сосудовъ можетъ быть очень затруднительнымъ.

По моему мнѣнію, при внѣматочной беремености первыхъ 4 мѣсяцевъ послѣ разрыва мѣшка надо дѣлать лапаротомію въ слѣдующихъ случаяхъ:

1. если врачъ приглашенъ въ первые часы послѣ начала коллапса и если онъ въ состояніи достаточно быстро приготовить все необходимое для чревосѣченія;

2. если продолжительность коллапса указываетъ на продолженіе внутреннего кровотеченія и

3. если (какъ совѣтуетъ *Veit*) внѣматочный мѣшокъ уже не можетъ быть ясно прощупанъ въ окружающей крови; если же его легко можно найти, то лучше было бы выждать, пока больная не оправится.

Если врачъ приглашенъ во время реакціонной стадіи анеміи, или если успѣла уже развиться *hæmatocele*, то надо сначала лѣчить эту послѣднюю, а потомъ, если-бы въ теченіе нѣсколькихъ недѣль опухоль не уменьшилась, лучше всего удалить содержимое посредствомъ широкаго разрѣза влагалища (*Zweifel*) и затампонировать мѣшокъ марлей.

**Производство операци.** Послѣ лапаротоміи надо произвести сальпингитомію или экстирпацію мѣшка съ тщательной перевязкой сосудовъ и очистить брюшную полость отъ крови, такъ какъ оставшаяся кровь представляетъ хорошую питательную жидкость для проникшихъ сапрогенныхъ организмовъ. Затѣмъ надо бороться съ анеміей посредствомъ обильнаго введенія жидкости, а въ случаѣ надобности—посредствомъ инъекціи физиологическаго раствора поваренной соли подъ кожу или въ вены.

## в. на 5—8 мѣсяць.

**Показанія.** Въ это время чревосѣченіе умѣстно:

1. если мѣшокъ имѣетъ ножку, или, очевидно, можетъ образоваться родъ ножки, и если ребенокъ еще живъ, или

2. если явленія коллапса указываютъ на разрывъ мѣшка.

При полномъ вырѣзываніи непнѣющаго ножки, брюшнаго или межсвязочнаго, плоднаго мѣшка представляются большія, а иногда даже непреодолимые затрудненія. Оставлять же часть стѣнки мѣшка вмѣстѣ съ послѣдомъ весьма опасно. При отдѣленіи послѣда часто бываетъ крайне трудно остановить кровотеченіе изъ мѣста неспособнаго сокращаться; а если оставить послѣдъ и посыпать его, по *Freund*'у, порошкомъ салициловой кислоты съ таниномъ, или выполнить мѣшокъ іодоформной марлей, конецъ которой выводится черезъ брюшную рану наружу, то является опасность продолжительнаго нагноенія, даже гнилостнаго разложенія.

При мертвомъ плодѣ надо выжидать нѣсколько мѣсяцевъ, несмотря даже на существованіе ножки у мѣшка.

Если плодный мѣшокъ не имѣетъ ножки, то по большей части между 16—34 недѣлей рекомендуется выжидательный методъ. Беременной предписываютъ покойное положеніе, запрещаютъ всякое сильное напряженіе брюшнаго пресса, даютъ легкую и питательную пищу, регулируютъ стулъ.

Если же плодъ за это время умираетъ, то спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ смерти его можно удалить посредствомъ чревосѣченія: къ этому времени сосуды послѣда запусѣваютъ, и главная опасность операціи—кровотеченіе изъ мало доступныхъ и большихъ сосудовъ—уменьшается.

## с. послѣ 33 недѣли.

**Показанія.** Если беременность безъ всякой опасности заходитъ за 33 недѣлю и приближается къ обычному сроку или даже переходитъ его, а ребенокъ навѣрное живъ, то наша задача будетъ заключаться въ спасеніи матери и ребенка, если это возможно; при выжиданіи же послѣдній несомнѣнно погибаетъ, а матери угрожаютъ различныя опасности вслѣдствіе кровотеченія, отдѣленія послѣда,—особенно при нормальномъ концѣ беременности—и вслѣдствіе перитонита. Оставить совершенно безъ вниманія жизнь плода и разсматривать въфаточное яйцо, какъ злобачественное новообразованіе, что дѣлаетъ *Werth*,—на мой взглядъ, значитъ зайти слишкомъ далеко. Исходя изъ такой точки зрѣнія, рационально было бы, въ интересахъ матери, умертвить плодъ, напр. посредствомъ укола въ продолговатый мозгъ, чтобы вызвать скорѣе сморщиваніе плода и мѣшка, а также запусѣніе сосудовъ послѣда и этимъ облегчить чревосѣченіе, которое надо будетъ впоследствии произвести. Конечно, слѣдуетъ сознаться, что шансы на полученіе жизнеспособныхъ дѣтей не особенно велики, что дѣти нерѣдко оказываются недоразвитыми или съ дефектами, и что опасности, зависящія отъ послѣда, даже увеличиваются вмѣстѣ съ его ростомъ; кромѣ того, надо принять во вниманіе общее состояніе беременной, что-

бы знать, перенесетъ-ли она операцію, сильное кровотеченіе или даже нагноеніе послѣда; наконецъ надо взять въ расчетъ и семейныя условія: именно, будетъ ли преждевременно родившійся ребенокъ окруженъ уходомъ, необходимымъ для поддержанія его жизни. Если условія благоприятны, или если можетъ быть женщина рѣшается лечь въ клинику, то можно сдѣлать лапаротомію; въ противномъ случаѣ надо выждать смерти плода, наблюдая за полнымъ спокойствіемъ женщины во время беременности.

Къ сожалѣнію, мы еще до сихъ поръ вынуждены въ подобныхъ случаяхъ рѣшаться на чревосѣченіе не сразу и условно, имѣя въ виду нижеуказанныя послѣдствія.

**Заключительные выводы относительно показаній къ чревосѣченію.**

По моему мнѣнію, чревосѣченіе показуется при внѣматочной беременности въ слѣдующихъ случаяхъ:

1. въ первые 4 мѣсяца, во всѣхъ неосложненныхъ случаяхъ, какъ скоро поставленъ діагнозъ; въ случаяхъ, осложненныхъ разрывомъ мѣшка, только тогда, когда врачъ приглашенъ своевременно, и кровотеченіе, повидимому, продолжается;

2. отъ 16—34 недѣли только при живомъ плодѣ, и когда плодный мѣшокъ имѣетъ ножку, а также по наступленіи разрыва;

3. послѣ 8 мѣсяца при живомъ плодѣ, если въ данномъ случаѣ есть шансы на спасеніе матери и ребенка;

4. если послѣ смерти плода прошло приблизительно полгода и можно ожидать, что произойдетъ полный тромбозъ плацентарныхъ сосудовъ и мумификація послѣда; раньше—только въ исключительныхъ случаяхъ: вслѣдствіе кровотеченія, нагноенія, гнилостнаго разложенія и особенныхъ тяжелыхъ осложнений; вообще-же чѣмъ позже, тѣмъ лучше.

5. При нагноеніи или гнилостномъ разложеніи плоднаго мѣшка чревосѣченіе представляется опаснымъ въ виду возможности инфекціи брюшной полости; поэтому, производить его не слѣдуетъ, и нужно выждать, пока не произойдетъ вскрытія наружу или въ какой-нибудь полый органъ.

6. Иногда бываетъ необходимо сдѣлать чревосѣченіе для удаленія мумифицированнаго яйца, resp. литопедіона, вслѣдствіе явлений воспаленія, ущемленія и т. п.; въ другихъ случаяхъ его можно отложить и даже совсѣмъ не дѣлать.

12 лѣтъ тому назадъ я случайно нашелъ у одной женщины вмѣстѣ съ profarus vaginae литопедіонъ, который находился у нея уже въ продолженія 21 года; онъ такъ мало беспокоилъ женщину, что она не согласилась на предложенное ей чревосѣченіе.

**Производство операціи.** Если, сдѣлавъ сѣченіе по бѣлой линіи, можно надѣяться достигъ полости безъ грубаго насилія на стѣнки плоднаго мѣшка, то дѣлають разрѣзъ по средней линіи, въ другихъ случаяхъ—надъ верхушкой опухоли, причемъ до вскрытія брюшной полости тщательно перевязываютъ всѣ сосуды, залегающіе въ мускулахъ. Въ томъ



случаѣ, когда опухоль имѣетъ ножку, извлекаютъ ее изъ брюшной раны, разрѣзаютъ ее, извлекаютъ плодъ, обкалываютъ ножку и удаляютъ опухоль. — Если же опухоль не имѣетъ ножки и прикрѣплена къ сосѣднимъ частямъ многочисленными трудно отдѣлимыми сращеніями, то дѣлаютъ въ мѣшкѣ разрѣзъ, извлекаютъ плодъ, и тотчасъ пришиваютъ края плоднаго мѣшка къ брюшной ранѣ. По удаленіи плода перевязываютъ пуповину. Если дѣтское мѣсто лежитъ такъ, что возможно перевязать его сосуды, то ихъ захватываютъ по частямъ и перевязываютъ, затѣмъ отдѣляютъ послѣдъ, очищаютъ полость мѣшка и выполняютъ ее іодоформной марлей, конецъ которой вкладывается въ брюшную повязку. Въ случаѣ же, когда послѣдъ по своему положенію не легко доступенъ и имѣетъ еще свѣжіе сосуды, то, по совѣту *Ramsbotham, Meadows, Barnes, Lawson Tait* и др., его оставляютъ на мѣстѣ, присыпаютъ порошкомъ *Freund'a* (изъ танина и салициловой кислоты) и плотно выполняютъ мѣшокъ іодоформной марлей. Въ дальнѣйшемъ теченіи марлю часто перемѣняютъ, мѣшокъ по возможности не прополаскиваютъ, но вытираютъ шариками ваты, намоченными въ карболовомъ растворѣ, и поступаютъ по извѣстнымъ хирургическимъ правиламъ до полного закрытія полости.

*A. Martin* совѣтовалъ дренировать мѣшокъ одновременно черезъ открытую брюшную рану и влагалищный сводъ.

*Bardenheuer* въ одномъ благопріятно протекшемъ случаѣ, сдѣлавъ поперечный разрѣзъ надъ лоннымъ соединеніемъ, вскрылъ мѣшокъ внѣбрюшиннымъ способомъ, пришилъ его къ брюшной ранѣ, опорожнилъ его содержимое и дренировалъ его іодоформной марлей.

При строжайшей антисептикѣ и асептикѣ будетъ достаточно послѣ извлеченія ребенка перевязать коротко асептическимъ шнуркомъ пупочный канатикъ, оставить всякую дальнѣйшую заботу о мѣшкѣ и пришить его къ брюшной ранѣ. *Meadows* предложилъ это, *Negri* и *Braithwaite* выполнили. Я самъ поступилъ такимъ образомъ въ одномъ недавно оперированномъ мною случаѣ, (см. ниже на стр. 216), когда послѣдъ былъ прикрѣпленъ въ широкой связкѣ. *Olshausen* рекомендуетъ этотъ пріемъ въ томъ случаѣ, когда послѣдъ лежитъ далеко отъ кишки и когда при *intraligamentos'номъ* его положеніи задняя часть его не можетъ быть отдѣлена отъ дна таза. Дальнѣйшія наблюденія должны показать, позволительно ли при указанныхъ обстоятельствахъ послѣ асептической терапіи мѣшка и послѣда предоставлять ихъ простому некрозу и частичному разсасыванію.

При производствѣ операціи спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ смерти плода, когда надо думать—произошелъ уже полный тромбозъ и облитерация сосудовъ послѣда, стараются отдѣлить мѣшокъ во всей его цѣлости вмѣстѣ съ послѣдомъ, если только позволяютъ сращенія. Изъ хода операціи должно выясниться, будетъ ли нуженъ дренажъ. При многочисленныхъ и плотныхъ сращеніяхъ мѣшка, особенно съ кишками, пришиваютъ стѣнку мѣшка къ брюшнымъ покровамъ, разрѣзаютъ ее, опорожняютъ содержимое, отдѣляютъ по возможности послѣдъ и выполняютъ мѣшокъ марлей. Если при отдѣленіи послѣда появляется сильное кровотеченіе, то прежде всего надо испробо-

вать обкалываніе или наложить эластическую лигатуру на отдѣльныя части; иногда-же слѣдуетъ плотно затампонировать марлей.

При нагноеніи содержимаго мѣшка лучше не дѣлать разрѣза брюшной полости, а скорѣе нужно расширить мѣсто, гдѣ произошло вскрытіе, будетъ-ли оно находиться въ брюшныхъ покровахъ, влажлищѣ, или маточной шейкѣ (*Gath*). Затѣмъ каждая кость въ отдѣльности, предварительно раздѣленная на части, осторожно извлекается, и мѣшокъ выполняется марлей, причемъ не слѣдуетъ передъ этимъ дѣлать промыванія, которое не вполне безопасно.

Недавно *Flothmann* (изъ Эмса) сообщилъ въ Бременскомъ обществѣ естествоиспытателей объ одномъ счастливомъ случаѣ операціи, когда фистула находилась между кишкой и мѣшкомъ: путемъ соответствующаго вложенія компрессовъ удалось устранить поступленіе разожившихся массъ въ брюшную полость.

**Результаты.** Сутугинъ (1884) въ тѣхъ случаяхъ, когда чревосѣченіе при вѣматочной беремености производилось при жизни плода, насчитываетъ 81,8% материнской смертности, а при чревосѣченіяхъ, сдѣланныхъ послѣ смерти плода, — 30%. По статистикѣ *Fehling's*, изъ 50 случаевъ, окончившихся выздоровленіемъ, только 4 раза операція была сдѣлана въ первыя 4 недѣли послѣ смерти плода, въ остальныхъ же случаяхъ — отъ 2-хъ мѣсяцевъ до 1 года и болѣе; наоборотъ, изъ 30 смертныхъ случаевъ 17 разъ лапаротомія была произведена въ первыя 4 недѣли. По статистикѣ случаевъ, описанныхъ въ *Centralb. für Gynäk.* съ 1877—90., на 71 чревосѣченіе, сдѣланное въ первую половину беремености, приходится 57 выздоровленій = 80,28% и 14 смертныхъ случаевъ; а на 127 операцій, произведенныхъ во вторую половину беремености, 89 выздоровленій = 70,08% и 38 смертныхъ случаевъ.

*Litzmann* и *Werth* сообщаютъ, что послѣ 17 лапаротомій, (до 1886 г.) произведенныхъ при жизни плода во вторую половину беремености, были спасены только 2 женщины и 4 ребенка. *Gusserow* на 31 лапаротомію, сдѣланную при жизни плода, считаетъ, что выздоровѣло 12 = 38,7% матерей и получило 16 = 51% живыхъ дѣтей. Изъ 65 болѣею частью прежнихъ случаевъ, собранныхъ Змигродскимъ, спасены 4 матери и 2 ребенка, а въ 15 позднѣйшихъ случаяхъ того-же автора умерло 11 матерей и 13 дѣтей. *R. Harris* на 9 операцій считаетъ 1 живую мать и 1 живого ребенка. Но были опубликованы и болѣе счастливые случаи. Такъ напр., *Matthieson*, *Treub*, *Breisky* оперировали съ сохраненіемъ жизни матери, *Лазаревичъ* (1885) однажды съ сохраненіемъ матери и ребенка; *Th. Rowan* (изъ Мельборна) спасъ жизнь матери, плодъ-же уже 2½ мѣсяца какъ умеръ и былъ мацерированный. *Williams* сохранилъ жизнь матери и ребенка, *Olshausen* — 2 матерей и 1 ребенка, *Wiedow* — жизнь матери. Послѣ 1887 года были сообщены 6 случаевъ лапаротоміи съ 2 смертными исходами (они были осложнены срощеніями и прежде бывшимъ перитонитомъ). Сюда относится одинъ случай, недавно оперированный мною на 34 недѣлѣ, съ сохраненіемъ жизни ребенка и смертью матери.

Въ клинику поступила беременная въ 3-й разъ съ общими перитонитомъ и абсцессами въ почкахъ; вѣсъ ея раньше равнялся 2 стг (центнер.), но въ три мѣсяца она сильно исхудала. На 34 недѣлѣ вскорѣ послѣ прекращенія лихорадки отъ перитонита (который, очевидно, надо приписать наслѣдованію, произведенному въ паркозѣ), ей бы-

ло сдѣлано чревосѣченіе. Плодный мѣшокъ, свободно развившійся въ брюшной полости, а также послѣдъ, сидящій intraligamentos'но (труба была нерасширена), были оставлены, и брюшная рана зашита. Ребенокъ съ поразительно узкой головкой былъ вынутъ живымъ, хотя вѣсилъ только 1850 гр., былъ очень слабъ и имѣлъ волюю пасть. Послѣ операциі съ женщиной произошелъ коллапсъ; температура ея тѣла постепенно падала ниже нормы, и она умерла черезъ 21 часъ. Послѣдующаго кровоточенія не было. При вскрытіи нашли распространенныя плотныя утолщенія брюшины и много небольшихъ абсцессовъ въ почкахъ.

Кромѣ того, надо прибавить, что, по *Harris'у*, изъ 27 живыхъ дѣтей, полученныхъ послѣ лапаротоміи, 2 были нежизнеспособны, а 13 умерло въ первые 50 часовъ.

Если чревосѣченіе производится спустя болѣе продолжительное время послѣ смерти плода, то прогнозъ значительно благоприятнѣе. По *Litzmann-Werth'у* изъ 17 женщинъ, которымъ была сдѣлана лапаротомія при прогрессирующей беремености, и при живомъ плодѣ, только 2 выздоровѣли, между тѣмъ какъ изъ 48 женщинъ, которымъ чревосѣченіе было сдѣлано спустя 6 недѣль и до 1 года послѣ смерти плода, смертныхъ случаевъ было только 13—27%. *Olshausen* въ тѣхъ 8 случаяхъ, гдѣ чревосѣченіе было сдѣлано имъ черезъ 8—11 мѣсяцевъ послѣ смерти плода, спасъ всѣхъ матерей.

**Историческія замѣчанія.** По *Heusinger'у*, первое чревосѣченіе на живой женщинѣ при вѣматочной беремености было сдѣлано *Paulus'омъ*, епископомъ и заслуженнымъ врачомъ около 670 г. по Р. X. (*Henschel's Janus* 1847. I. 764).

*Abulkasem* (въ началѣ 12 вѣка) описалъ первый случай, когда послѣ нагноенія при вѣматочной беремености произошелъ прорывъ около пупка, причемъ были извлечены дѣтскія косточки. *Nicolus* описалъ (1491) другой случай, причемъ нѣсколько мѣсяцевъ спустя послѣ срока родовъ истекли околоплодные воды, затѣмъ черезъ брюшную рану были удалены дѣтскія кости, и мать выздоровѣла.

Изъ чревосѣченій, произведенныхъ въ средніе вѣка, повидимому при вѣматочной беремености, надо отмѣтить случаи *Jac. Nufer'a* (1500), *Neisse*, а также случаи, сообщенные *Döring'омъ* (1531), *Donat'омъ* (1540) и *Cornac'омъ*. *Paul Dirlewang* (1549), послѣ того какъ наступило нагноеніе, произвелъ чревосѣченіе въ вѣбѣ при брюшной беремености, продолжавшейся 4 года, и извлекъ на половину гнилой плодъ. Женщина выздоровѣла. Въ случаѣ *Vauhin* (1586) женщина шиломъ вскрыла нарывъ, послѣ чего хирургами былъ извлеченъ на половину гнилой плодъ. Женщина умерла послѣ двухлѣтнихъ страданій. Одинъ случай былъ оперированъ *Primrose'омъ* въ 1595 г., другой—*Abr. Cyprian'омъ* въ 1700 г.

Эти чревосѣченія, безспорно, дали мысль произвести кесарское сѣченіе.

Въ настоящемъ и прошломъ столѣтіи за чревосѣченіе высказались: *Heim, Osiander*, далѣе *Wilson, Netzel, Brown, Routh, Playfair, Meadows, Greenhalgh, Darby, Parry*. Операцию эту дѣлали: *Köberlé, Salin, Litzmann, Hegar, Lawson Tait, Veit, Olshausen, Freund, A. Martin* и др.

## 2. Чревосѣченіе при разрывахъ матки.

Послѣ разрыва матки беременной угрожаютъ двѣ главныя опасности: кровоточеніе и гнилостный перитонитъ, гезр. сапрэмія. Посмотримъ, какъ лучше всего въ каждомъ случаѣ можно избѣгать этихъ опасностей.

**Показанія съ отдѣльныхъ случаяхъ.** На практикѣ разрывы матки встрѣчаются при слѣдующихъ обстоятельствахъ:

1. Разрывъ беременной матки съ разрывомъ брюшной стѣнки

или безъ него происходитъ отъ паденія, толчка, удара рога животнаго и т. п., или оттого, что растягивается еще свѣжій рубецъ послѣ кесарскаго сѣченія, или оттого, что разрывается рудиментарный придаточный рогъ, въ которомъ произошла беременность и, такимъ образомъ, плодъ, геср. все яйцо переходитъ въ брюшную полость. Здѣсь во всякомъ случаѣ будетъ умѣстно чревосѣченіе съ удаленіемъ всѣхъ вышедшихъ частей и съ тщательнымъ зашиваніемъ маточной раны, освѣженной соотвѣствующимъ образомъ.

2. Разрывъ происходитъ самопроизвольно или вслѣдствіе поворота, вправленія конечностей, наложенія щипцовъ или другихъ оперативныхъ приѣмовъ; живой или только что умершій ребенокъ лежитъ въ маткѣ такъ, что его можно достать или даже легко извлечь; подлежащая часть можетъ находиться во влагалищѣ, причѣмъ инфекция брюшной полости мало вѣроятна. Въ этомъ случаѣ мы точася же извлекаемъ ребенка при помощи щипцовъ, геср. перфораци и краниоклазів, или рукой за ножки, и вслѣдъ затѣмъ выжимаемъ или вынимаемъ послѣдъ, послѣ чего стараемся вызвать сокращенія матки и остановить кровотеченіе помощью массажа, спорыни — (только не слѣдуетъ дѣлать влагалищныхъ спринцеваній, такъ какъ вода можетъ попасть въ брюшную полость), помощью прижатія аорты и т. д.; голову родильницы помяцаемъ низко, даемъ возбуждающія и ждемъ нѣкоторое время, чтобы женщина пришла въ себя послѣ бывшаго коллапса. Если она скоро оправляется, то отыскиваютъ разрывъ. Если разрывъ находится внѣ брюшины, сзади, и если не произошло отрыва большей части матки, то полинными щипцами проводятъ черезъ разрывъ сложенные въ нѣсколько разъ полосы іодоформной марли, остаткомъ марли выполняютъ влагалище и конецъ выводятъ въ половую щель и обертываютъ его сухой марлей и ватой. Затѣмъ, чтобы увеличить брюшное давленіе и придать кишкамъ неподвижное положеніе, кладутъ на животъ надъ маткой и полуругъ изъ ваты или другого мягкаго матеріала, а сверху туго затягиваютъ полотенцемъ, причѣмъ оба конца его перекрещиваются подъ тупымъ угломъ. Чтобы полотенце не поднималось вверхъ, къ срединѣ его пришиваютъ полотняный платокъ, другой конецъ котораго проводятъ черезъ крестецъ и половыя части и прикалываютъ его спереди безопасными булавками къ полотенцу. При такомъ способѣ кровь изъ полости брюшины всасывается, и кровотеченіе стихаетъ. Если брюшной бавдажъ будемъ плотно затягивать, по нѣсколько разъ въ день, то вслѣдствіе этого сосуда затромбозируются, марля проштывается насквозь, а также смачивается и марля, положенная на наружныя половыя части. Для возбужденія сокращеній матки въ первые дни даютъ спорыню или эрготинъ, а при начинающемся перитонитѣ кладутъ пузырь со льдомъ. Пища должна быть жидкая и питательная; въ случаѣ надобности даютъ вино въ небольшихъ, но часто повторяемыхъ дозахъ.

3. Условія такіа-же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, инфекция не вѣроятна, а родильница, несмотря на умѣренное наружное кровотеченіе и на примѣненіе возбуждающихъ средствъ, въ продолженіе долгаго времени находится въ коллапсѣ и представляется малокровной. Здѣсь мы должны предположить внутреннее кровоизліяніе въ полость живота



и матки; и послѣ того какъ разрывъ будетъ констатированъ помощью ощупыванія, слѣдуетъ подѣ осторожнымъ наркозомъ произвести чревосѣченіе.

4. Ребенокъ родился, но послѣдъ выпалъ въ брюшную полость. Здѣсь, если возможно, нужно извлечь послѣдъ, притягивая его за пуповину, и дренировать брюшную полость іодоформной марлей въ томъ случаѣ, когда нѣтъ оснований предполагать зараженія.

5. Одинъ только послѣдъ выпалъ въ брюшную полость и достать его черезъ влагалище нѣтъ возможности, такъ какъ пуповина оторвалась и мѣсто разрыва сильно сократилось. Въ этомъ случаѣ умѣстно сдѣлать чревосѣченіе съ тщательнымъ зашиваніемъ матки, а при несомнѣнной инфекціи—даже операцію *Porro*.

6. Послѣ выхожденія плода и послѣда мы опредѣляемъ, что разрывъ находится спереди и что произошелъ кругообразный отрывъ половины или даже бѣльшей части маточной шейки.

7. Ребенокъ давно уже умеръ, околоплодные воды издаютъ дурной запахъ, истеченіе—гнилостное, животъ болѣзненъ и вздутъ; ребенокъ и послѣдъ были извлечены послѣ трудныхъ попытокъ окончить роды.

8. Ребенокъ бѣльшую свою часть выпалъ въ брюшную полость и во всякомъ случаѣ не можетъ быть извлеченъ естественнымъ путемъ безъ большого усилія.

Въ 6, 7 и 8 случаяхъ надо производить ампутацію по *Porro*.

9. Врачъ является спустя долгое время, когда уже наступила реакція, яйцо вышло, перитонитъ почти развился. Здѣсь умѣстно: оній, дренажъ влагалища помощью іодоформной марли съ введеніемъ конца ея въ отверстіе разрыва и пузырь со льдомъ. Дальнѣйшія наблюденія покажутъ, слѣдуетъ ли въ свѣжихъ случаяхъ такого рода дѣлать операцію *Porro*.

Показанія къ отдѣльнымъ методамъ. На основаніи сказаннаго я рекомендовалъ бы производить дренажъ брюшной полости іодоформной марлей черезъ влагалище въ слѣдующихъ случаяхъ:

1. при несквозныхъ разрывахъ шейки или влагалищнаго свода, т. е. при разрывахъ, отграниченныхъ отъ брюшной полости приподнятой брюшиной;

2. также при разрывахъ въ Дугласовомъ пространствѣ, послѣ того какъ плодъ и послѣдъ удалены, и нельзя предполагать присутствія какихъ-либо гнѣющихъ или гнилостныхъ веществъ.

Въ обоихъ случаяхъ способствуютъ истеченію жидкости изъ брюшной полости посредствомъ высокаго положенія верхней части тѣла и туго стянутой брюшной повязки.

Наоборотъ, чревосѣченіе съ зашиваніемъ матки, слѣдовательно съ сохраненіемъ матки, мнѣ кажется, показуется тогда:

1. если неинфицированыя вещества (околоплодные воды, кровь, плодъ или послѣдъ) въ изобиліи проникли въ брюшную полость и если ихъ нельзя удалить черезъ влагалище;

2. если при переднихъ или боковыхъ разрывахъ шейки, равно какъ при разрывахъ тѣла матки, смотря по состоянію краевъ ранъ, плоднаго яйца, а также судя по анамнезу, нельзя предположить зара-

женія, и поэтому можно ожидать первичнаго заживленія зашитых раненныхъ поверхностей.

Операция *Porro* показуется:

1. въ ниже упомянутыхъ случаяхъ (стр. 235) при сильномъ суженіи таза, тазовыхъ опухоляхъ и большомъ зараженіи влагалища или маточной шейки; въ этихъ случаяхъ даже и безъ разрыва потребовалась-бы операция;

2. при большомъ разрывѣ маточной шейки, при отрывѣ ея въ видѣ полукруга, при разрывѣ шейки, продолжающемся на влагалищный сводъ;

3. въ томъ случаѣ, если можно предполагать инфекцію ранъ и брюшной полости или если она навѣрно существуетъ, какъ, напр., это бываетъ при гнилостномъ разложеніи яйца, при гнилостномъ содержимомъ матки, при начавшемся септическомъ перитонитѣ и септической или гнилостной лихорадкѣ.

Во 2-мъ и 3-мъ случаяхъ надо ожидать тяжелаго перитонита и расхожденія зашитой раны матки; поэтому, надо скорѣе предупредить дальнѣйшую инфекцію, устранивъ главный источникъ послѣродоваго очищенія, верхнюю часть матки, а также улучшивъ дренажъ брюшной и маточной полостей.

**Производство операции при чревостѣченіи съ сохраненіемъ матки.** Чревостѣченіе производится по извѣстнымъ правиламъ. Прежде всего изъ брюшной полости удаляютъ выпавшій плодъ или послѣдъ, тщательно вытираютъ эту полость марлевыми компрессами, вытягиваютъ рукой матку настолько, чтобы можно было хорошо осмотрѣть разрывъ и затѣмъ освѣжаютъ ножницами края ранъ тамъ, гдѣ произошли кровоподтеки или лоскутные разрывы. Послѣ этого края ранъ сшиваютъ узловатыми швами, которые захватываютъ стѣнку матки во всей ея толщѣ; для швовъ употребляютъ стерилизованный шелкъ или катгутъ, который тоже хорошо стерилизуется и сохраняется въ сублимагъ-алкоголѣ, иногда же на короткое время кладется въ можжевеловое масло. Разрывы брюшины зашиваются особыми швами. Затѣмъ матку растираютъ и вырыскиваютъ эрготинъ, чтобы предупредить сильное кровотеченіе изъ того мѣста, гдѣ былъ прикрѣпленъ послѣдъ, опускаютъ матку и зашиваютъ разрѣзъ живота по извѣстнымъ правиламъ. Опредѣливъ проходимость маточнаго зѣва и, въ случаѣ надобности, удаливъ сидящій тамъ сгустокъ крови, накладываютъ на животъ тугую повязку.

**Производство операции Porro.** Этотъ способъ будетъ описанъ ниже вмѣстѣ съ различными методами терапіи маточной культуры. Для даннаго случая надо только прибавить, что, подрѣзавъ края ранъ тамъ, гдѣ они ущемлены или гдѣ произошли кровоподтеки, зашиваютъ шелкомъ или катгутомъ разрывъ маточной шейки.

Въ одномъ случаѣ, доложенномъ мною на Фрейбургскомъ конгрессѣ гинекологовъ (см. Verh. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. 1889), когда съ женщиной, имѣвшей восо овальный тазъ и uterus bicornis subseptus, случился сильный коллапсъ, я поступилъ слѣдующимъ образомъ: начиная съ продольнаго разрыва шейки, я наложилъ на нижнюю часть тѣла матки нѣсколько поперечныхъ матрасныхъ шелковыхъ швовъ, близко одинъ къ другому, затѣмъ на 1—2 см. выше сдѣлалъ поперечный разрѣзъ; послѣ чего снова

было наложено несколько швовъ, затѣмъ выше этихъ швовъ разрѣзъ былъ продолженъ и такъ далѣе вплоть до конца. Такимъ образомъ, производя поперебѣнное зашиваніе, слѣдовательно, пренятствуя доступу крови къ отдѣляемой части и производя круговой разрѣзъ не сразу, сохраняютъ много крови у женщинъ и безъ того весьма анемичныхъ. Послѣ тщательнаго удаленія крови помощью дезинфицированныхъ марлевыхъ компрессовъ изъ всѣхъ углубленій брюшной полости, изъ Дугласова пространства, области почекъ, брижеейки и т. д., культи матки была шита въ нижній уголъ раны въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ верхушки пузыря для того, чтобы не стѣснить слишкомъ пузырь. Послѣ того серозная брюшинная оболочка была извлечена и пришита къ соответствующимъ мѣстамъ маточной культи восемью поперечными швами изъ кэтгута, которые были три раза завязаны въ узелъ и затѣмъ обрѣзаны; потомъ тщательно промыта культи изъ брюшнаго отверстія, а также и влагалище, большимъ количествомъ карболоваго раствора, и вложенъ дренажъ изъ марли. Для этой цѣли прежде всего были введены три широкаго полосу іодоформной марли въ брюшную полость (двѣ изъ нихъ вложены взади вверху и въ сторону и одна—по направленію къ Дугласову пространству), а конецъ марли былъ выведенъ черезъ шейный каналъ до влагалищнаго свода. Послѣ зашиванія брюшной раны и наложенія брюшной повязки введена во влагалище, промытое растворомъ сулемы, широкая полоса марли до свода и тамъ заложена. Случай протегъ благополучно; женщина до сихъ поръ пользуется прекраснымъ здоровьемъ.

**Результаты.** *Trask* собралъ въ 1848 г. 25 случаевъ разрыва матки, въ которыхъ было сдѣлано чревосѣченіе съ 18 выздоровленіями = 72<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

По *Oskar Schöffler*'у (*Münchener med. W.* 1889. 718) до 1875 г. было 48 случаевъ чревосѣченія, изъ которыхъ въ 31 случаѣ = 65,1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> наступило выздоровленіе; послѣ 1875 г. при примѣненіи Листеровскаго метода было сдѣлано 52 чревосѣченія съ 19 выздоровленіями = 36,1<sup>0</sup>/<sub>100</sub>; въ общемъ смертность равнялась 50<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. *Harris* для Сѣверной Америки за 1827—81 гг. считаетъ также 50<sup>0</sup>/<sub>100</sub> выздоровленій.

*Schöffler* находитъ (конечно, на основаніи небольшого числа случаевъ), что излѣченіе послѣ чревосѣченій при разрывахъ дна матки наступило въ 60<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, при переднихъ разрывахъ шейки въ 50, при заднихъ въ 34, при боковыхъ въ 27,3<sup>0</sup>/<sub>100</sub>; далѣе излѣченіе наблюдалось послѣ выпаденія мацерированнаго плода въ  $\frac{8}{3}$  = 37,5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, при хорошемъ сокращеніи матки въ  $\frac{15}{11}$  = 72,6<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, послѣ излітія большого количества крови или околоплодныхъ водъ въ брюшную полость въ 70,2<sup>0</sup>/<sub>100</sub> случаевъ. Чрезвычайно благоприятно протекають тѣ случаи, въ которыхъ неповрежденное яйцо во время беременности выпадало въ брюшную полость черезъ рубецъ, оставшійся послѣ кесарскаго сѣченія, или черезъ разрывъ, бывшій при прежнихъ родахъ.

60—77<sup>0</sup>/<sub>100</sub> выздоровленій наблюдалось при выпаденіи яйца черезъ рубецъ, оставшійся отъ кесарскаго сѣченія, послѣ разрыва околоплоднаго пузыря или выходенія мацерированнаго плода во время родовъ, и 50<sup>0</sup>/<sub>100</sub> выздоровѣло послѣ излітія околоплодныхъ водъ, изъ разрыва въ брюшную полость, когда не производилось никакихъ операций. Послѣ какихъ-либо другихъ операций или послѣ передняго разрыва шейки съ излітіемъ околоплодныхъ водъ въ брюшную полость при чревосѣченіи наблюдалось только 25<sup>0</sup>/<sub>100</sub> выздоровленій. Если присоединяется отрывъ влагалищнаго свода, то прогнозъ ухудшается.

Изъ *Centralblatt für Gynäkologie* съ 1877—90 собраны слѣдующіе случаи:

Съ одной лапаротоміей . . . . .	29	случаевъ	изъ	нихъ	19	смертныхъ	=	65,5 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
Съ лапаротоміей и каучуковымъ дренажемъ . . . . .	3	"	"	"	1	"	=	33,3 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
Съ лапаротоміей и марлевымъ дренажемъ . . . . .	4	"	"	"	1	"	=	25,0 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
Съ однимъ каучуковымъ дренажемъ . . . . .	12	"	"	"	1	"	=	8,3 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
" марлевымъ дренажемъ . . . . .	6	"	"	"	3	"	=	50,0 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>

Въ виду небольшого числа и разнообразія случаевъ изъ этой статистики нельзя сдѣлать никакихъ выводовъ.

Въ 6 случаяхъ операціи *Porro* (*Prevo, Säzinger, Pasquali, Fornari, Marchand, Grigg*), собранныхъ *Godson*омъ (1884) всѣ женщины умерли не позже, какъ черезъ 51 часъ. Но между тѣмъ *Wiedow, Kehler, Mermann* опубликовали случаи разрыва съ выздоровленіемъ послѣ операціи *Porro*.

Нужно еще замѣтить, что *Kroner* (1884) выразилъ сомнѣніе относительно пользы дренажа брюшины, указавъ при этомъ на перѣдкіе случаи выздоровленія при выжидательной терапіи произвольныхъ разрывовъ. *Kroner* за 1873—84 гг. собралъ 47 случаевъ произвольныхъ разрывовъ, изъ которыхъ было 19 осложненныхъ съ 8 выздоровленіями, 10 неосложненныхъ съ 5 выздоровленіями, въ 18 случаяхъ было неизвѣстно, разорвана ли также была и брюшина; изъ этихъ 18 случаевъ выздоровленіе наступило въ 9: такимъ образомъ, изъ 47 случаевъ выздоровленій было  $22 = 44,5\%$ .

**Историческія замѣчанія.** Самый древній случай чревосѣченія, произведеннаго послѣ разрыва матки на умершей роженицѣ, рассказываетъ *Berengar von Carpi* (*Isagogae* 1522, „de anatomia matricis“ ССХХV). Ребенокъ, выпавшій въ брюшную полость, былъ извлеченъ едва живымъ.

*Leuret* былъ однимъ изъ первыхъ, рекомендовавшихъ чревосѣченіе при вѣматочной беременности и также при разрывѣ матки. Естественно, что вмѣстѣ съ могущественнымъ развитіемъ техники лапаротоміи при разрывахъ матки стала чаще практиковаться въ послѣдніа десятилѣтія.

## в. Разрѣзъ живота и беременной матки или кесарское сѣченіе, Laparo-Hysterotomia, Sectio caesarea. \*)

**Опредѣленіе.** Подъ кесарскимъ сѣченіемъ разумѣютъ операцію, при которой брюшные покровы и беременная матка геср. стѣнка влагалища разрѣзаются настолько, чтобъ черезъ образовавшееся отверстіе можно было извлечь ребенка и послѣдъ.

Что касается выполнения операціи, то при ней различаютъ: 1) классическое или консервативное кесарское сѣченіе, при которомъ разрѣзаютъ беременную матку и сохраняютъ въ цѣлости половые органы; 2) операцію *Porro*, при которой послѣ удаленія плода отрѣзаютъ тѣло и дно матки, яичники, яйцеводы, а также и прилежащія связки, и 3) разрѣзъ живота и влагалища, когда нижняя часть живота и влагалищный сводъ вскрывается вѣбрюшиннымъ способомъ.

Что касается времени, то операція можетъ быть сдѣлана на живой или на мертвой, геср. умирающей.

**Цѣль.** При кесарскомъ сѣченіи на живой женщинѣ имѣется ввиду произвести родоразрѣшеніе съ сохраненіемъ жизни матери и ребенка, вскрывши стѣнку живота и половые органы, въ томъ случаѣ, если родовая каналъ закрытъ или такъ узокъ, что черезъ тазъ и половыя

\*) По Плинію, (*Hist. nat.* 7. 9) выраженіе „sectio caesarea“ происходитъ отъ „caedere ex matris utero“. Дѣтей, извлеченныхъ такимъ способомъ, называли „Caesones“; однако извѣстный К. Ю. Цезарь не принадлежитъ сюда, какъ прежде думали.



части нельзя совсѣмъ вывести ребенка или можно вывести, только сильно уменьшивъ его. При кесарскомъ сѣченіи на мертвой или умирающей имѣютъ въ виду только сохраненіе ребенка, и оно бываетъ необходимо лишь въ томъ случаѣ, если родовой каналъ еще недостаточно расширенъ или вообще слишкомъ узокъ, такъ что естественнымъ путемъ нельзя быстро извлечь ребенка живымъ.

**Предварительныя условія.** Во всѣхъ случаяхъ, когда является вопросъ о кесарскомъ сѣченіи, хорошо пригласить еще одного—двухъ врачей. Во всякомъ случаѣ надо заявить роженицѣ и ея роднымъ о необходимости операціи и предварительно получить ихъ согласіе.

## I. Кесарское сѣченіе на живой.

Здѣсь надо разсмотрѣть три вида операціи:

### 1. Консервативное кесарское сѣченіе.

**Предварительныя условія.** Необходимо, чтобы схватки не только начались, но и достигли уже извѣстной силы, потому что послѣ искусственнаго опорожненія матки нужны сильныя сокращенія для быстрой остановки кровотеченія изъ мѣста прикрѣпленія послѣда; а въ началѣ родовъ такихъ сильныхъ сокращеній не можетъ быть. Не нужно ждать полного раскрытія маточнаго зѣва въ виду потери силъ, зависящей отъ продолжительности родовъ; разрыва пузыря также не выжидаютъ, потому что инфекция полости матки и яйца, въ особенности имѣющая роковое значеніе при этой операціи, во всякомъ случаѣ не такъ легко наступаетъ при цѣлости пузыря, какъ послѣ его разрыва.

#### Показанія:

1. Такъ называемымъ абсолютнымъ показаніемъ къ кесарскому сѣченію служатъ такіа сѣуженія геср запруживанія таза и родового канала, которыя исключаютъ всякій другой способъ родоразрѣшенія. Такъ какъ черепъ ребенка по снятіи черепного свода имѣетъ еще въ ширину около 5,5 см, а въ длину—6,5—7 см., кромѣ того даже сильно растянута стѣнка маточной шейки въ общемъ имѣетъ въ толщину около 0,5—1 см., то въ тазу должно быть свободное пространство, наименьшій діаметръ котораго былъ-бы по крайней мѣрѣ 6 см.

Поэтому, независимо отъ того, живъ или нѣтъ ребенокъ, кесарское сѣченіе показано:

а) если 6 сантиметрамъ или менѣ равняются слѣдующіе размѣры таза: въ плоскихъ и общесѣуженныхъ тазахъ—*conjugata vera*, въ спондилолистетическихъ—*conjugata obstetricia*, въ остеомалатическихъ\*) и козовальныхъ—наименьшее растояніе *sacro-cotyloidea*, въ поперечно-сѣуженныхъ—*distantia spinarum* или *tuberum ischii*, въ тазахъ съ экзосто-

\*) При остеомалатическихъ тазахъ надо, кромѣ того, принять еще во вниманіе растяжимость костей (*Halisteresis cerea*), которая встрѣчается часто и иногда впервые обнаруживается только при родахъ. Ее опредѣляютъ посредствомъ бокового растаженія за сѣдалищныя кости, зацѣпленія указательными пальцами, а также посредствомъ концентрическаго давленія на тазъ.

зами или съ фибромой поясничной части позвоночника, гесп. межпозвоночныхъ кружковъ (*Dohrn*)—наименьшее разстояніе между противоположными стѣнками таза.

б) Если опухоли, стѣсняющія тазовой входъ, полость таза или родовой каналъ, не могутъ быть ни вправлены, ни уменьшены, ни удалены изъ влагалища помощью пункціи или вырѣзыванія, и если просвѣтъ родового канала вообще или разстояніе отъ наиболѣе выдающагося пункта опухоли до стѣнки таза равняется только 6 см. или меньше. Сюда принадлежатъ слѣдующія опухоли: cervical'ныя, retrouterin'ныя, intraligamentos'ныя міомы, иногда даже полипозныя міомы матки, плотныя или многокамерныя опухоли яичниковъ, ущемленныя между головкой ребенка и тазомъ, коллоидная или какая-нибудь другая форма рака прямой кишки (*Kürsteiner, Kaltenbach*) неврома сѣдалищнаго нерва (*Madurowicz*) и неподатливая рубцовая ткань въ тазу.

2. Такъ называемое относительное показаніе представляется въ тѣхъ случаяхъ, если ограниченіе пространства узостью таза, опухолями или стенозомъ родового канала таково, что хотя помощью болѣе умѣреннаго способа и нельзя окончить роды и спасти вмѣстѣ съ тѣмъ жизнь плода, однако можно произвести извлеченіе уменьшеннаго ребенка. Это бываетъ, когда наименьшій размѣръ свободнаго тазового или родового канала равенъ отъ 6 до 8 см. Здѣсь представляется на выборъ кесарское сѣченіе, перфорация и возбужденіе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ; въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ выборъ между этими операціями зависитъ отъ второстепенныхъ условій.

Кесарское сѣченіе слѣдуетъ предпочесть:

а) если ребенокъ навѣрное живъ;

б) если роженица и близкіе ей, ознакомленные надлежащимъ образомъ съ результатами кесарскаго сѣченія и перфорациі, высказываются за кесарское сѣченіе или, можетъ быть, даже желаютъ его, чтобы получить живого ребенка;

с) если роды уже продолжались нѣкоторое время, однако не цѣлый день, а тѣмъ болѣе нѣсколько дней;

д) если роженица не лихорадитъ, если у нея нѣтъ симптомовъ прижатія мягкихъ частей, а также нѣтъ гнойнаго или гнилостнаго выдѣленія, воспаленія половыхъ частей и какихъ-нибудь другихъ болѣзненныхъ симптомовъ;

е) если предварительно не дѣлалось другихъ попытокъ для родоразрѣшенія;

ф) если акушеръ опытенъ не только въ антисептикѣ, но и въ чревосѣченіи;

г) если можно своевременно имѣть необходимый персоналъ помощниковъ и если есть удобное мѣсто для операціи.

Словомъ, случай долженъ быть оставленъ такъ, чтобы по всей вѣроятности можно было ожидать благополучнаго исхода.

Съ развитіемъ техники, число случаевъ кесарскихъ сѣченій, производимыхъ при относительномъ показаніи, значительно увеличилось. *Leopold* достигъ даже блестящаго результата: только 8% смертныхъ слу-

чаевъ. Но и самъ *Leopold*, несмотря на такой успѣхъ, и за нимъ *Wyder* настойчиво утверждаютъ, что все-таки не слѣдуетъ увлекаться результатами, полученными при благоприятныхъ условіяхъ, и стоять за распространеніе этой операціи при относительномъ показаніи. Опытный специалистъ можетъ оперировать въ подходящихъ случаяхъ и при благоприятныхъ внѣшнихъ условіяхъ; но практикъ, которому неожиданно представится такой случай, долженъ скорѣе предпочесть перфорацию, при которой мать подвергается меньшей опасности, а при послѣдующей беременности долженъ вызвать преждевременные роды.

3. Третье показаніе можно назвать вынужденнымъ. Оно представляется тогда, когда жизнь беременной или роженицы, имѣющей нормальный и не стѣсненный опухолями тазъ, при нераскрытой еще маточной шейкѣ подвергается крайней опасности въ началѣ періода раскрытія, и когда никакой другой способъ родоразрѣшенія неприменимъ даже послѣ глубокихъ надрѣзовъ маточнаго зѣва.

Такого рода опасность можетъ зависѣть отъ тяжелой эклампсіи съ частыми, усиливающимися припадками судорогъ, глубокимъ коматознымъ состояніемъ, разлитыми хрипами, т.-е. съ начинающимся отекомъ легкихъ. Въ этомъ случаѣ отъ растяженія или разсѣченія маточнаго зѣва нельзя ожидать никакихъ результатовъ въ виду того, что верхняя часть шейки не раскрывается; а поэтому, болѣе умѣренный способъ родоразрѣшенія оказывается здѣсь неприменимымъ.

*Halbertsma* сообщилъ о шести такихъ кесарскихъ сѣченіяхъ, произведенныхъ въ Голландіи, при чемъ погибла только одна женщина и одинъ ребенокъ. *Herff* недавно сообщилъ одинъ свой случай, оперированный въ клиникѣ въ Галле, при чемъ мать и ребенокъ были спасены. Такія наблюденія побуждаютъ къ дальнѣйшимъ попыткамъ; однако рѣшить вопросъ, когда показуется кесарское сѣченіе въ такихъ случаяхъ, все-таки не легко.

Далѣе сюда же можно отнести кесарское сѣченіе, которое часто производилось при поперечныхъ положеніяхъ, *tetanus uteri* и при упорно нераскрывающемся маточномъ зѣвѣ. Эти чревосѣченія практикуются, какъ *ultimum refugium*, для спасенія матери въ тѣхъ случаяхъ, когда поворотъ и крушанція операціи не могутъ быть выполнены. Тѣмъ не менѣе еще вопросъ, нельзя ли въ такихъ отчаянныхъ случаяхъ дѣлать эмбриотомію послѣ примѣненія теплыхъ ваннъ, большихъ дозъ опія, хлороформа и т. п.

Теперь надо перечислить опасности операціи и вытекающія послѣдствія этого задачи, отъ выполненія которыхъ зависятъ успѣхъ:

Главная опасность кесарскаго сѣченія заключается въ инфекціи и брюшныхъ ранъ, брюшины и матки черезъ посредство рукъ оператора ипомощниковъ и черезъ посредство тѣхъ предметовъ, которые употребляются при операціи, или точнѣе сказать: въ септическомъ перитонитѣ или септицеміи, происходящихъ отъ несоблюденія чистоты при операціи. Прониканіе бактерий изъ воздуха въ брюшную полость или матку не имѣетъ особеннаго значенія.

Дальнѣйшая опасность состоитъ въ кровотеченіи изъ разсѣзанныхъ поверхностей вскрытой матки и изъ мѣста прикрѣпленія послѣда

послѣ его удаленія. Опасность эта особенно велика, когда дѣтское мѣсто находится на передней поверхности матки, вслѣдствіе чего приходится его разрѣзать.

Третья опасность состоитъ въ прониканіи послѣ родового очищенія черезъ рану матки въ полость живота, отчего и происходитъ септический перитонитъ. Въ прежнее время, когда рану матки оставляли открытой и проводили наружу корпію только черезъ нижній уголокъ матки и брюшной раны, слѣдовательно не вполне дренировали матку, счастливый исходъ кесарскаго сѣченія зависѣлъ отъ быстрого развитія фибриновыхъ склеиваній и затѣмъ—сращеній, такъ какъ вслѣдствіе этого предупреждалось прониканіе послѣ родового очищенія въ полость живота.

Всѣ увѣчившіяся превосходнымъ успѣхомъ стремленія послѣдняго столѣтія—улучшить классическое кесарское сѣченіе—имѣли въ виду эти опасности и старались устранить ихъ. Сначала въ этихъ стремленіяхъ къ улучшенію зашли слишкомъ далеко, и поэтому операція осложнилась безъ всякой надобности. Теперь техника крайне упрощена, такъ что операція съ хорошимъ исходомъ можно произвести даже въ частной практикѣ. Однако прежде всего необходимо, чтобы операторъ былъ хорошо знакомъ съ требованіями техники, а въ особенности антисептики.

Приготовленія—тѣ же, которыя были указаны выше (стр. 206), для чревосѣченія; только нуженъ еще каучуковый жгутъ толщиной въ мизинецъ, который кладутъ въ 5% карболовый растворъ.

**Операція.** Помощникъ растягиваетъ дровы живота въ длину и ширину и прижимаетъ ихъ плотно къ маткѣ; въ это время операторъ ведетъ разрѣзъ по бѣлой линіи отъ пупка до лоннаго соединенія, тотчасъ-же пришиваетъ брюшину къ кожной ранѣ съ обѣихъ сторонъ тремя шелковыми швами, и затѣмъ, въ случаѣ нужды, проводитъ разрѣзъ влѣво отъ пупка и сверху по бѣлой линіи настолько, насколько это нужно для выведенія кнаружи матки. При послѣднемъ актѣ нажимаютъ съ боковъ на брюшныя стѣнки, вслѣдствіе чего матка продвигается впередъ; но по выхожденіи ея тотчасъ-же плотно сдвигаютъ брюшныя раны другъ съ другомъ, чтобы предупредить выпаденіе кишекъ. *Leopold* совѣтовалъ тотчасъ послѣ выхожденія матки въ то время, когда она удерживается и поднимается помощникомъ, быстро наложить нѣсколько предварительныхъ швовъ на верхнюю часть брюшной раны, чтобы этимъ предупредить выхожденіе кишекъ. Во всякомъ случаѣ это надо дѣлать быстро, чтобы не произошло застоя и асфиксии плода отъ продолжительнаго сжатія сосудовъ матки со стороны краевъ брюшной раны. Затѣмъ накладываютъ каучуковый жгутъ довольно плотно вокругъ болѣе узкаго нижняго отрѣзка матки, конечно ниже подлежащей части плода и выше мочевого пузыря, перекрещиваютъ концы его и мѣсто перекреста зажимаютъ толстымъ задвижнымъ пинцетомъ; помощнику поручается, въ случаѣ усиленія кровотеченія, снять пинцетъ и затянуть сильнѣе жгутъ. Разрѣзъ матки длиной въ 15 см., по старому методу, ведутъ по срединѣ передней поверхности, начиная отъ дна матки и не доходя нѣсколькихъ сантиметровъ до *excavatio vesico-uterina*, причемъ искривленную матку, въ случаѣ надобности, исправляютъ и устанавливаютъ прямо. Углубляютъ разрѣзъ брюшнымъ скальпелемъ прежде



всего по срединѣ до плодныхъ оболочекъ, вытирають кровь, чтобы можно было ясно видѣть то мѣсто, гдѣ дѣлають разрѣзь, и затѣмъ расширяють его пуговчатымъ ножомъ кверху и книзу, пока не получится достаточно мѣста для извлеченія плода. Если разрѣзь попадаетъ на послѣдъ (что нерѣдко случается), то проникають въ полость яйца, отдѣливъ послѣдъ съ того края, который лежитъ ближе; въ противномъ же случаѣ, разрываютъ оболочки въ срединѣ раны, захватываютъ за ножки или за ближайшую часть плода и извлекають ребенка; а помощникъ въ то время, когда матка опорожняется, старательно прижимаетъ къ ней брюшныя покровы. Иногда при этомъ происходятъ затрудненія: матка стягивается вокругъ шейки ребенка такъ, что нерѣдко приходится накладывать щипцы на послѣдующую головку. При достаточной длинѣ разрѣза и выждавъ, въ случаѣ надобности, съ извлеченіемъ до слѣдующей паузы между схватками, можно избѣгать и наложенія щипцовъ. Тотчасъ послѣ удаленія ребенка, не перерѣзая еще пуповины, стягиваютъ ту же каучуковый жгутъ и закрѣпляютъ его задвижнымъ пинцетомъ.

Обыкновенно послѣ извлеченія ребенка тщательно отдѣляютъ послѣдъ и оболочки, вмѣстѣ съ отпадающей оболочкой, вытирають внутреннюю поверхность матки компрессами, смоченными 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> карболовымъ растворомъ, и выполняютъ полость матки іодоформной марлей до окончанія наложенія швовъ.

Для зашиванія ранъ матки были рекомендованы самые разнообразные матеріалы и методы. Для сшиванія мышцъ удобнѣе всего хорошо скрученный и вываренный шелкъ; для сшиванія брюшины — рассасывающійся кѣгутъ. Серебряныя и, вообще, металлическія проволоки вкалываются своими концами въ окружающія ткани и потому въ послѣдствіи становятся обременительными. Крімъ того, изъ статистики *Torggler*'а слѣдуетъ, что изъ 127 операций, при которыхъ матку зашивали кѣгуткомъ или шелкомъ, смертныхъ случаевъ было 24 = 18,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а изъ 43 случаевъ, въ которыхъ зашиваніе дѣлалось серебряной проволокой, смертныхъ было 12 = 27,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; такая разница не можетъ быть уравновѣшена тѣмъ, что — по исчисленіямъ того же автора — слѣдующая плодовитость у женщинъ второй группы оказалась большей. Придавали особое значеніе тому обстоятельству, чтобы не прокалывать отпадающей оболочки, такъ какъ будто въ слѣдствіе этого мѣста уколовъ подвергаются зараженію со стороны содержимаго матки. Поэтому, иголки и выколъ дѣлали въ мышечномъ слое надъ отпадающей оболочкой, и сшивали только мускулатуру и брюшину. Я не придаю большого значенія тому обстоятельству, захватывается ли нѣтъ отпадающая оболочка, потому что, если содержимое матки — септически зараженное, то оно проникнетъ между разрѣзанными краями отпадающей оболочки и такимъ образомъ будетъ инфицировать раны; если же оно асептично, то проникновеніе послѣдующаго очищенія въ мѣста уколовъ не слѣдуетъ никакого вреда. Прежде всего накладываютъ мышечный шовъ, причемъ употребляютъ нитку съ двумя иглами и непременно прокалываютъ всю толщину стѣнки изнутри кнаружи, приблизительно на 1—1,5 см. отъ краевъ раны. Отдѣльные швы находятся на разстояніи 0,5—1 см. другъ отъ друга. При необычной толщинѣ стѣнки можно наложить два ряда мы-

шечных швовъ, одинъ надъ другимъ: такъ называемый этажный шовъ. Наложивъ всѣ швы, тщательно промываютъ поверхность раны прокипяченнымъ 0,6% растворомъ поваренной соли или при сомнительной чистотѣ содержимаго матки 5% растворомъ карболовой кислоты или  $\frac{1}{4000}$  сулемы; затѣмъ завязываютъ швы въ узелъ. При завязываніи узла надо избѣгать очень сильнаго затягиванія нитей съ образованіемъ глубокихъ бороздъ, — иначе нить быстро прорѣжется. Края, не плотно прилегающіе другъ къ другу, послѣ зашиванія ранъ, дѣлаютъ параллельными, сближая поверхности ранъ или срѣзывая выдающіяся мѣста, и наконецъ накладываютъ на нихъ особые швы. При зашиваніи матки самой главной задачей будетъ, — по возможности, лучше приложить одну раненую поверхность къ соответствующей другой, наложить достаточное количество швовъ, соблюдать строжайшую асептику, а если нужно, производить также и антисептику ранъ. Наконецъ, края брюшины сшиваются въ промежуткѣ между мышечными швами особыми и притомъ многочисленными брюшинными швами изъ кэтгута. Они захватываютъ только нѣсколько миллиметровъ брюшины и прилегающей къ ней мускулатуры. Вводить брюшину въ раны, какъ я раньше дѣлалъ (см. описаніе и изображеніе въ *A. f. G.* 1882), и чему потомъ *Sänger* придавалъ большое значеніе въ дѣлахъ скорѣйшаго слипанія, не имѣетъ особой важности: достаточно одного линейнаго приложенія другъ къ другу рѣзанныхъ краевъ брюшины, которое, впрочемъ, должно быть по возможности полнымъ.

Послѣ наложенія швовъ медленно снимаютъ каучуковый жгутъ, наложенный вокругъ нижней части матки, и при этомъ плотно сжимаютъ матку обѣими руками. При кровотеченіи изъ уколовъ — если одного прижатія будетъ недостаточно — проводятъ иглу съ кэтгутомъ подъ прямымъ угломъ къ наложенному шву черезъ верхнюю часть стѣнки. При кровотеченіи изъ глубины раны надо наложить на соответствующемъ мѣстѣ новые глубокіе мышечные швы.

На всякій случай слѣдуетъ еще нѣкоторое время наблюдать за маткой, обхватить ее руками, смоченнымъ теплымъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли и въ продолженіи нѣкотораго времени умѣренно сжимать ее; а при атоніи слѣдуетъ массировать ее и возбуждать сильныя сокращенія впрыскиваніемъ эрготина.

Опускать матку въ полость живота нужно только по наступленіи послѣ-родовыхъ схватокъ и послѣ того какъ она хорошо сократится; предварительно надо обмыть ее теплымъ растворомъ поваренной соли. Зашиваніе брюшной раны и послѣдующая терапия совершаются вышеуказаннымъ способомъ.

**Результаты.** Смертность матерей послѣ кесарскаго сѣченія видна изъ таблицы, помѣщенной на стр. 229.

Изъ нея мы видимъ, что въ доантисептическое время смертность послѣ консервативнаго кесарскаго сѣченія достигала приблизительно  $\frac{2}{3}$ — $\frac{1}{2}$ . По *Kayser*'у, впрочемъ, она и въ доантисептическое время постепенно уменьшалась, причѣмъ въ Германіи съ 1750 до 1800 г. она равнялась 68, съ 1801—32 = 63, съ 1833—39 = 49%, во Франціи съ 1750—1800 г. = 64,6, съ 1801—39 = 60%. Цифры эти, по извѣстнымъ причинамъ, не выражаютъ, конечно, истиннаго числа небла-

гололучныхъ исходовъ. Съ 1882 г., т. е. съ тѣхъ поръ, какъ съ разныхъ сторонъ, особенно *Sänger*'омъ и *Leopold*'омъ были сдѣланы улучшения, смертность понизилась до 22,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а въ случаяхъ *Leopold'a* даже до 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; все-таки до сихъ поръ кесарское сѣченіе принадлежитъ еще къ тяжелымъ формамъ чревосѣченія, вродѣ напр. операций міомы съ supracervical'ной ампутаціей.

А в т о р ы.	Время.	Операцин.	Смертные случаи.	Процентъ смертности.
Kayser . . . . .	1750—1839	388	162	62,00
Hasse . . . . .	1750—1856	478	288	60,28
Kieter . . . . .	1835—1850	74	20	27,0
Pihan-Dufeilleу . . . . .	1845—1861	88	38	43,1
Chereau . . . . .	до 1852	47	40	82,7
Dohrn (Кюргессенъ) . . . . .	1852—1866	10	8	80,0
Fried (Вюртембергъ) . . . . .	1798—1867	13	12	92,3
West . . . . .	до 1857	409	233	57,2
Murphy . . . . .	1737—1858	57	46	80,6
Америк. случаи . . . . .	до 1822	12	8	66,6
Harris . . . . .	» 1881	112	64	57,0
Michaëlis . . . . .	» 1800	148	78	52,2
» . . . . .	1800—1833	110	62	56,3
Meyer . . . . .	до 1867	1605	867	54,0
Статистика Бадена . . . . .	1870—1888	42	30	71,4
Sänger . . . . .	1882—1889	171	39	22,8
Credé . . . . .				
Caruso . . . . .				
Credé . . . . .				
Torggler . . . . .				
Leopold . . . . .	1882—1889	25	2	8,0

Что касается дальнѣйшихъ послѣдствій этой операцин, то къ нимъ принадлежатъ: растяженіе брюшныхъ рубцовъ (*Hernia lineae albae*), фистулы матки и брюшныхъ покрововъ, спаянія матки съ брюшной стѣнкой и высокое стояніе матки, сращенія между внутренними половыми органами и сосѣдними органами вообще, а влѣдствіе этого нерѣдко бываетъ безплодіе, склонность къ выкидышу, а при послѣдующей беременноти является возможность образованія дивертикула и разрыва; кромѣ того производство повторнаго кесарскаго сѣченія затрудняется. Разрывъ рубцовъ, оставшихся отъ кесарскаго сѣченія, гораздо чаще происходилъ прежде, когда еще не имѣли обыкновенія зашивать стѣнки матерн.

Разрывъ рубца во время беременноти. Въ случаѣ *Thuessink'a* (*Yolik's Handboek*) во время II-ой беременноти черезъ рубецъ отъ кесарскаго сѣченія, произведеннаго при I-хъ родахъ, самопроизвольно вышелъ живой ребенокъ. Въ случаѣ *Mascart'a* (1844) изъ рубца, спаявшагося съ брюшными покровами, въ послѣднія недѣли повторной беременноти вытекали околплодная вода, кровь и гной. Фистула шла въ полость матки.

Выхождение мертвого плода чрезъ разорвавшійся рубецъ матки и брюшныхъ покрововъ, а также постепенное сжиганіе и закрытіе раны наблюдали *Bergmann* (Neue Vers. u. Bem. a. d. Arzneikunst u. übrigen Gelehrsamk. einer Ges. zu Edinb. A. d. E. Altenburg 1757. 382), *N. Mayer* (Siebold's J. III. 227), *Prael* (Hannov. Ann. 1843 Nov.—Dec.), *v. Caumenberge* (Ann. et Bull. de la soc. de Gand 1844. Oct.) и *L. Winckel* (M. f. G. 22.243). Всѣ женщины выздоровѣли. *Schnakenberg* (1840) и *Behm* (1841) также сообщаютъ о разрывѣ рубцовъ, оставшихся послѣ кесарскаго сѣченія. *Caiffassi* наблюдалъ вторичный разрывъ рубца отъ кесарскаго сѣченія со смертью женщины и ребенка (M. f. G. 1854, 4. 228). *Winckel* (1855) видѣлъ дважды разрывъ брюшныхъ рубцовъ, послѣ чего съ успѣхомъ было произведено чрезосѣченіе. *Krukenberg*. (A. f. G. 28. 421) привелъ 13 случаевъ разрыва рубцовъ, изъ которыхъ 4 произошло во вторую половину беременности.

Разрывъ рубцовъ при родахъ. *Merrem* (Gem. d. Zeitschr. f. Geburtsh. III. 343) указала множество случаевъ такого рода. *Michaëlis* приводитъ (Neue Zeitschr. f. Geburtsh. 5. 188) 12 случаевъ повторной беременности, наступившей послѣ кесарскаго сѣченія, причѣмъ 6 разрывовъ произошло во время родовъ. *Krukenberg* считаетъ, что разрывы рубцовъ бывають въ 50%. Со введеніемъ шиванія матки, прочность рубцовъ, безспорно, значительно увеличилась. Только въ одномъ случаѣ *Leopolda* было найдено „весьма сильное утонченіе мускулатуры матки съ прорѣзываніемъ шва и грыжевымъ выплываніемъ“; въ случаѣ *Korn'a* показаніемъ къ повторенію операціи послужилъ угрожающій разрывъ матки.

Относительно дальнѣйшей способности къ зачатію можно до нѣкоторой степени судить по повторнымъ кесарскимъ сѣченіямъ у однихъ и тѣхъ же женщинъ.

Случаи двукратнаго кесарскаго сѣченія у однихъ и тѣхъ же женщинъ сообщили: *Mayer*, *Hubertin*, *Engeltrum*, *Daristé* старш., *Messenhauer*, *Mascart* (1844), *Estep*, *Kilian*, *Gibson*, *Galowski* (1883), *Bowen*, *Barjavel*, *Winckel* старш. (1854), *Leblen*, *Stoltz*, (1895) *Billi*, *Parravicino* (1856), *Bouchancourt* (1860); случаи трехкратнаго кесарскаго сѣченія приводятъ: *Kilian* (1849), *Mantz*, *le Maistre*. *Winckel* старш. (1855), *Merinar* (1856); о случаяхъ кесарскаго сѣченія, сдѣланнаго въ четвертый разъ, рассказываютъ *Oettler* и *Michaëlis*.

Далѣе относительно способности зачатія женщинъ послѣ кесарскаго сѣченія *Torggler* (1890) нашелъ, что изъ 124 оперированныхъ по новымъ методамъ съ зашиваніемъ матки, за исключеніемъ умершихъ вскорѣ послѣ операцій или неспособныхъ къ зачатію вслѣдствіе другихъ болѣзней, зачатіе наступило въ продолженіи 7 лѣтъ въ 13 случаяхъ=10,4%, а у замужнихъ даже  $\frac{43}{8} = 21\%$ ; тогда какъ по *Wappäus'u*, имѣя въ виду возрастъ женщинъ и промежутокъ времени, надо было ожидать 150 зачатій.

*Torggler*, кромѣ того, сообщаетъ, что изъ 94 случаевъ, когда зашиваніе производилось шелкомъ или катгутомъ, зачатіе наступило въ 5=5,3%, а изъ 25 замужнихъ женщинъ этой группы—въ 2=12%. Изъ 30 женщинъ, у которыхъ зашиваніе производилось серебряной проволокой, беременность наступила въ 8=26,6%, а изъ 13 замужнихъ—въ 4=46%. Наконецъ, изъ 98 оперированныхъ при относительномъ показаніи забеременѣли послѣ шиванія серебряной проволокой  $\frac{23}{6} = 26\%$ , а изъ 12 замужнихъ—41,6%; изъ 75, у которыхъ зашиваніе дѣлалось катгутомъ или шелкомъ,—4=5,3%, а изъ 21 замужнихъ при зашиваніи шелкомъ



или катгутомъ — 14,2%. *Torggler* старался доказать этимъ превосходство серебряной проволоки. Но такія заключенія преждевременны, въ виду незначительнаго числа случаевъ и небольшого періода времени для наблюдений; съ другой стороны, не слѣдуетъ забывать, что послѣ зашиванія серебрянымъ швомъ смертность больше, чѣмъ послѣ зашиванія катгутомъ или шелкомъ (см. выше).

Число дѣтей, извлеченныхъ посредствомъ кесарскаго сѣченія мертвыми или умирающими достигаетъ, по *Kayser*'у, —  $\frac{281}{86} = 30,6\%$ , по *Kieter*'у —  $\frac{65}{17} = 26,1\%$ , по *Dohrn*'у въ Кюрессевѣ —  $\frac{10}{5} = 50\%$ , по *Cherchau*  $\frac{47}{27} = 57,4\%$ , въ Баденѣ  $\frac{42}{23} = 54,8\%$ , по *Credé*  $\frac{50}{4} = 8\%$ , по *Caruso*  $\frac{133}{11} = 8,2\%$ , въ общемъ  $\frac{628}{173} = 27,5\%$ . Также и число мертворожденныхъ дѣтей, колебалось между 8,0 — 50%, а въ среднемъ равное 27,5%, за послѣдніе годы значительно уменьшилось, очевидно оттого, что приступали къ операціи раньше и въ общемъ операцію дѣлали быстрее, чѣмъ прежде; число мертворожденныхъ увеличивается вмѣстѣ съ продолжительностью родовъ: по *Kayser*'у, при продолжительности до 24 часовъ = 28%, 24—72 часовъ = 33%, отъ 70 и болѣе часовъ = 60%. Точно также оно тѣмъ больше, чѣмъ больше времени прошло послѣ разрыва пузыря. По тому же автору, если послѣ разрыва пузыря прошло не болѣе 6 часовъ, оно = 48%, отъ 7—24 часовъ = 60%, послѣ 24 часовъ = 66%.

**Историческія замѣчанія.** Кесарское сѣченіе на живой, въ частности консервативное кесарское сѣченіе, развивалось чрезвычайно медленно и съ препатствами.

Примѣненіе этой операціи основано прежде всего на наблюденіяхъ надъ животными приносимыми въ жертву и убиваемыми: разрывалъ имъ животъ и беремную матку, вынимали живыхъ дѣтенышей. Эти наблюденія побудили вырѣзывать плодъ у только что умершихъ беременныхъ женщинъ, въ надеждѣ получить живого ребенка. Но у врачей не доставало рѣшимости произвести такую тяжелую и кровавую операцію, въ случаѣ надобности и на живой женщинѣ. Величина пораненій и чрезвычайная потеря крови при операціи устрасали даже опытныхъ хирурговъ, какъ напр. *A. Paré*; по ихъ мнѣнію, эта операція неизбежно должна была вести къ смерти.

По *Casp. Bauhin*'у, мясникъ *Jacob Nuser* въ 1500 г. въ Швейцаріи впервые произвелъ чрезосѣченіе на своей женѣ, послѣ того какъ роды длились нѣсколько дней, а врачи и повивальныя бабки отказались спасти роженцу; онъ извлекъ живого ребенка и спасъ свою жену. Если, можетъ быть, ребенокъ лежалъ и вѣдъ матки, все таки врачамъ былъ указанъ путь, которымъ въ такихъ затруднительныхъ случаяхъ можно достигнуть цѣли.

Кромѣ того, сюда относится еще одно наблюденіе: при нагноеніи и выхожденіи плода чрезъ брюшныя стѣнки, отверстіе расширилось и части плода удалялись (*Abul-casem, Nicolus, Dirlevang*).

Наконецъ, послѣ такихъ ясныхъ указаній, *François Rousset* имѣлъ смѣлость серьезно предложить кесарское сѣченіе на живой въ своемъ сочиненіи „*Traité nouveau de l'hysterotomotokie ou enfantement caesarien*“ Paris 1581. *Rousset* надо считать настоящимъ отцомъ этой операціи.

*Rousset* считалъ, что эта операція, предназначенная для спасенія матери и ребенка, показана при чрезвычайно большомъ плодѣ, при двойняхъ, пузырномъ заносѣ, при уродствахъ и неправильномъ положеніи плода; далѣе при узкихъ родовыхъ путяхъ, при неуступчивости соединеній таза, при узости матки и вообще болѣзняхъ матки, мочевыхъ камняхъ, у очень пожилыхъ или очень молодыхъ роженницъ. Основываясь на разсказахъ о такъ назыв. кесарскомъ сѣченіи и не имѣя представленія объ опасности

разрѣзъ беременной матки и брюшныхъ покрововъ у женщинъ и животныхъ, онъ полагалъ, что эта операція имѣетъ право на существованіе. Онъ рекомендовалъ производить боковое сѣченіе съ правой или лѣвой стороны брюшныхъ покрововъ, разрѣзать матку по срединѣ и оставлять ее открытой, такъ какъ она сама стягивается; кромѣ того, нужно производить *gastrographia* (накладывать швы на брюшныя покровы), вкладывать во влагалище и матку восковыя трубочки и спринцевать травами, вскипяченными въ *aq. chalybeata* и винѣ.

Если самъ *Roussel* не сдѣлалъ ни одного кесарскаго сѣченія, то онъ собралъ въ его пользу такъ много матеріала и такъ подробно разобралъ показанія и производство операціи, что становится понятнымъ, почему новая операція нашла восторженныхъ послѣдователей и почему врачи рѣшились наконецъ произвести ее. Сначала *Caspar Bauhin* старался поддержать ее дальнѣйшими наблюденіями и доводами; затѣмъ за нее высказались: нидерландецъ *Bald. Rousseus*, жившій въ Гамбургѣ *Rodericus a Castro*, италіанецъ *Scipio Mercurio*.

Первое точно удостовѣренное кесарское сѣченіе на живой было произведено,—спустя много времени послѣ предложенія *Roussel*—именно 21 апрѣля 1610 г. хирургомъ *Jeremias Trautmann*омъ въ *Wittenberg*ѣ. Оно было сдѣлано у жены бочара, которая во время беременности получила поврежденіе въ нижней части живота, вслѣдствіе чего произошелъ разрывъ беременной матки. Ребенокъ получился живымъ, женщина умерла черезъ 25 дней.

Примѣромъ того, что въ послѣдующее за тѣмъ время не было недостатка въ противникахъ этой операціи, служить *Mauriceau*: онъ предпочиталъ жизнь матери жизни плода и называлъ приверженцевъ кесарскаго сѣченія „*Imposteurs, dont Roussel est l'approbateur*“.

Затѣмъ эту операцію рекомендовалъ *J. Ruleau*; онъ въ одномъ случаѣ оперировалъ съ счастливымъ исходомъ для матери и ребенка, произведя кровавое зашиваніе брюшныхъ стѣнокъ (*Gastrographia*). Также *H. van Roonhuysen* (1663) рекомендовалъ эту операцію. *Solingen* произвелъ 5 (неудачныхъ) операцій (1683). *Mesnard* (1743) совѣтовалъ дѣлать кесарское сѣченіе только при очень значительномъ суженіи таза и чрезвычайно большомъ ребенкѣ. *Manningham* (1739) считалъ кесарское сѣченіе абсолютно смертельнымъ и поэтому рекомендовалъ примѣнять его только послѣ смерти беременной женщины. Также *Ould* былъ противникомъ операціи, которую онъ считаетъ „*detestable, barbarous, illegal Piece of Inhumanity*“. Наоборотъ *Levet* высказался за кесарское сѣченіе при неодолимыхъ препятствіяхъ для родовъ, особенно вслѣдствіе узости таза, когда нельзя провести руку въ матку черезъ полость таза (также при вѣматочной беременности). Но онъ отвергалъ шиваніе матки. *Smellie* производилъ кесарское сѣченіе только при чрезвычайномъ суженіи таза и опухоляхъ; *Johnson*—только при смерти беременной женщины и при вѣматочной беременности. *Osborn* считалъ эту операцію „непростительной и большею частью смертельной“. *Hamilton* рекомендовалъ оперировать только при абсолютно-узкомъ тазѣ, онъ (вмѣстѣ съ *Monro*) боялся подвергать внутренности дѣйствию воздуха. *Stein* старшій старался поставить опредѣленные показанія. Онъ оперировалъ три раза, 1 разъ—при остеомалаци.

*Heister* (1719) высказался за кесарское сѣченіе, *Thebesius* считалъ его весьма опаснымъ, *Röderer*, хотя и думалъ, что оно опасно, но полагалъ, что оно показано при такихъ тазахъ, при которыхъ нельзя провести руку или извлечь плодъ (2 операціи съ смертельнымъ исходомъ). *Steideler* совѣтовалъ дѣлать чрезосѣченіе, геср. кесарское сѣченіе при сильно суженныхъ тазахъ, вѣматочной беременности и разрывѣ матки съ выходомъ плода въ брюшную полость; *Deleurye* рекомендовалъ кесарское сѣченіе при сросшихся близнецахъ и вполнѣ заросшемъ влагалищѣ; онъ дѣлалъ сѣченіе по бѣлой линіи и употреблялъ сухіе перевязочные матеріалы (2 случая, изъ которыхъ одинъ удачный). *Baudelocque* также рекомендовалъ срединное сѣченіе, причемъ изъ 10 оперированныхъ ни одна не осталась въ живыхъ. Уже *Duncker* (1771) предлагалъ проводить поперечный разрѣзъ черезъ *m. recti* и *linea alba* до *linea Spigelii* и дѣлать его длиной въ 8 дюймовъ. Затѣмъ *Lawverjat* (1788) совѣтовалъ дѣлать поперечный разрѣзъ отъ прямой мышцы живота той стороны, куда наклонена матка, до позвоночнаго столба

ниже третьего ребра съ конца (I счастливый случай). *Jacobs* изъ Гента ставитъ 6 показаній, между прочимъ—скиррь полоныхъ частей, но кесарское сѣченіе считаетъ „la plus horrible et effrayante opération“. *Osiander* выжималъ изъ влагалища головку плода по направлению къ брюшнымъ стѣнкамъ, затѣмъ разрѣзалъ матку въ нижней части въ косомъ направленіи на 4 дюйма и послѣ этого черезъ рану вынималъ плодъ вмѣстѣ съ головкой. Но онъ потерялъ обѣихъ женщинъ, оперированныхъ по этому методу.

Выраженіемъ безумія, наступившаго во время французской революціи, можетъ служить основанная въ 1798 г. парижаниномъ *Sacombe* оумъ „Ecole anti-césarienne“; она дѣлала публичные доклады, устраивала ежегодные „fêtes de la nature“ и печатала періодическое изданіе, въ первомъ номерѣ котораго былъ изображенъ позорный столбъ съ именами „*Baudeloque*’a, *Dubois*, *Coutouly*, *Pelletan*’a“.

Изъ предложеній, сдѣланныхъ въ нынѣшнемъ столѣтіи для улучшенія кесарскаго сѣченія, надо упомянуть слѣдующія:

*Wigand* пытался (1812) сильнымъ растряпаніемъ матки и издавливаніемъ ея въ полость таза воспрепятствовать зіянію раны матки. Кромя того онъ удалялъ послѣдъ черезъ влагалище.

*Stein* младшій предложилъ дѣлать такъ называемый діагональнй разрѣзъ отъ поперечной вѣтви лонной кости вкось черезъ бѣлую линію къ послѣднему ложному ребру другой стороны, длиной въ 6—7 дюймовъ.

*Jörg* въ 1806 г. предложилъ разрѣзать влагалище и, въ случаѣ надобности, маточный зѣвъ и отсюда извлекать плодъ.

*Baudeloque* племянникъ въ 1824 г. сдѣлалъ странное предложеніе—разрѣзать сверху внизъ посреднѣи заднюю стѣнку влагалища, длиной въ 2 дюйма, затѣмъ отдѣлить маточную шейку, предоставить схваткамъ вытѣснить плодъ въ брюшную полость и наконецъ удалить его посредствомъ чревосѣченія.

Предложенія затѣмъ улучшенія относятся, главнымъ образомъ, къ терапіи разрыва матки.

*Lebay* въ *Moïlleron* (1769) впервые произвелъ сшиваніе раны матки. Матка, вскрытая поперечнымъ разрѣзомъ, была сшита „швомъ въ три узла“, и женщина выздоровѣла. Можетъ быть, вслѣдствіе возраженій *Levet*’a этотъ примѣръ не нашелъ подражателей. Въ 1836 снова сшиваніе матки было произведено *Wiesel*’emъ и потомъ *Büren*’омъ, узловатымъ швомъ и двойными петлями. Затѣмъ *Schacht*, гезр. *Arnoldi* и *Godefroy* (1840) шили военными нитками, *Malgaigne* (1844) при фибромѣ наложилъ шелковый шовъ, *Lestocquoy d’Arras* (1845) производилъ сшиваніе нитками. *Frank Polin* въ Контукки (1852) употреблялъ серебряную проволоку, также *Stoltz* и *Simon Thomas* (1869), *John Parks* (1875), *N. J. Davey* и др. *James Simpson* (1865) употреблялъ желѣзную проволоку, *Lungren* (1880)—ковскіе волосы, *Grandesso-Silvestri* (1873)—эластическую каучуковую нить, *Breslau* (1864)—шелкъ. Послѣ того какъ *Rob. Estep* (1834) употребилъ „animal ligature“ (кишечную струну?), впервые примѣнили катгутъ *Hegar* и *Veit*, (1872), а за ними *Birnbaum*, *A. Martin*, *Breisky* и *Streng* и др. Кромя матеріала пыталась улучшить и самый методъ сшиванія.

Между тѣмъ какъ прежде въ общемъ употребленіи былъ узловатый шовъ, *Spencer Wells* (1863) впервые при случайномъ поврежденіи беременной матки во время овариотоміи наложилъ непрерывный шовъ.

*Spiegelberg*, изъ боязни оставить нитки, выводилъ концы непрерывнаго шва во влагалище, чтобы отсюда впоследствии удалить ихъ. По предложенію *Tarnier*, *Fourrier* выводилъ концы скрученной серебряной проволоки въ трубку, обвивалъ ихъ около палочки и вынималъ трубку. Посредствомъ поворачиванія въ противоположную сторону проволока удалалась. *Schlemmer*, изобрѣтатель сложнаго шва, выводилъ концы нитей, проведенныхъ черезъ рану матки, во влагалище и наружу.

*Gürtler*, кажется, первый (1873) коротко обрѣзалъ нитки и совершенно погрузилъ ихъ.

*Pillore* (1854), затѣмъ *Olshausen* и *A. Martin* прищипали матку къ передней брюшной стѣнкѣ, чтобы воспрепятствовать поступленію содержимаго матки въ брюшную полость. *Barnes* (1874) проводилъ черезъ верхній и нижній уголокъ раны матки двѣ

перекрещивающихся серебряных нитки и таким образом притягивать матку къ брюшной стѣнкѣ.

*Frank* (изъ Кельна) шилъ рану матки, образовалъ изъ придатковъ, пришитыхъ къ брюшной стѣнкѣ, шатерь, отдѣленный отъ остальной брюшной полости; затѣмъ онъ дренировалъ его со стороны влагалища, проведя черезъ влагалищный сводъ тонкую гуттаперчевую трубку; кромѣ того, онъ провелъ дренажную трубку наружу черезъ нижнюю брюшную рану, и третью трубку вывелъ изъ матки во влагалище тоже наружу. Сверхъ того *Frank* предлагалъ опорожнять мочевой пузырь, держа постоянно катетеръ, и накладывать вполне закрытую повязку около влагалища и заднепроходнаго отверстия.

Въ 1881 г. я сдѣлалъ два кесарскихъ сѣченія, причемъ старался возможности произвести полное соединеніе ранъ матки. Для этой цѣли я провелъ глубокой поперечный разрѣзъ на 1 см. надъ основаніемъ *excavatio vesico-uterina* черезъ нижній сегментъ матки для того, чтобы плотно соединить раненныя поверхности одну съ другой, соответственно физиологической антефлексіи послѣродовой матки, и кромѣ того чтобы не попасть на послѣдъ, чрезвычайно рѣдко прикрѣпляющійся въ этомъ мѣстѣ и такимъ образомъ избѣжать опаснаго кровотеченія. Далѣе я накладывалъ глубокіе мышечные швы, захватывающіе и отпадающую оболочку, а потомъ, отдѣливъ брюшину отъ мышечнаго слоя вдоль краевъ раны, наложилъ много поверхностныхъ швовъ на брюшину, причемъ края брюшины завертывались внутрь. Кромѣ того, во время всей операціи я настаивалъ на соблюденіи строжайшей антисептики; а также въ принципѣ высказался за дренажъ, хотя въ практикѣ и не употребилъ его. Такое производство операціи было примѣнено въ 5 случаяхъ съ 3 смертными исходами. Главное неудобство этого способа состоятъ въ томъ, что нельзя хорошо видѣть оба конца разрѣза, оканчивающіеся въ *parametrium*'ѣ, и потому гораздо труднѣе, чѣмъ при срединномъ разрѣзѣ, хорошо произвести сшиваніе.

Въ 1882 г. *Sänger* предложилъ улучшить кесарское сѣченіе. Эти улучшенія первоначально состояли въ слѣдующемъ: 1) въ большинствѣ случаевъ слѣдуетъ дѣлать разрѣзъ спереди посрединѣ; въ другихъ случаяхъ — глубокой поперечный разрѣзъ въ нижней части тѣла матки; 2) нужно резецировать задній край маточнаго разрѣза, сдѣланнаго посрединѣ, настолько, чтобы раненныя поверхности были параллельными; иначе онѣ будутъ снаружи расходиться вслѣдствіе сокращенія мускуловъ; раненныя поверхности во всю ширину должны быть сшиты глубокими мышечными швами, не захватывающими отпадающей оболочки; потомъ брюшина вкладывается въ края ранъ, и дѣлается временное зашиваніе раны большимъ количествомъ *sego-segosh'nykh* или *superitoneal'nykh* швовъ, которые приподнимаютъ брюшину; такимъ образомъ вѣрнѣе обезпечивается невозможность расхожденія ранъ. *Sänger* также полагаетъ, что необходимымъ условіемъ для хорошаго заживленія раны, кромѣ антисептики, будетъ еще вкладываніе дренажа въ матку. Наконецъ, для затягиванія нижней части матки онъ употреблялъ каучуковый жгутъ *Esmarch'a*, предложенный для ампутаціи матки при міомахъ и при операціи *Porro*. Вотъ въ чемъ состоятъ особенности, предложенныя *Sänger'*омъ; нѣкоторыя изъ нихъ сходятся съ предложенными мною видоизмѣненіями, какъ-то: сшиваніе и терапія раны, а также дезинфекція полости матки. *Leopold* сдѣлалъ первое кесарское сѣченіе согласно этимъ видоизмѣненіямъ, затѣмъ много операцій было сдѣлано различными акушерками съ нѣкоторыми измѣненіями метода *Sänger'a*, причемъ все лишнее постепенно было отброшено и осталось только: старое срединное сѣченіе матки, глубокіе, хорошо наложенные мышечные швы и поверхностные швы брюшины, строгая антисептика и асептика и стягиваніе матки жгутомъ.

Хотя, согласно только что сказанному, описанный методъ *Sänger'a*, который такъ восхвалялся съ разныхъ сторонъ, не получилъ вполне права гражданства, однако заслуга *Sänger'a* состоятъ въ преобразованіи кесарскаго сѣченія, въ томъ, что онъ взвѣсилъ всѣ отдѣльные пункты, необходимыя для удачной операціи, во всемъ ихъ значеніи.

Здѣсь также снова оправдалась старая истина: первыя видоизмѣненія не соответ-



ствовази цѣли, потому что были вымышлены; они также были очень сложны или не исполнимы, и только на практикѣ были улучшены, существенно упрощены, а множество излишнихъ прибавокъ было отброшено.

## 2. Операція Porro, Hysterectomy Amputatio uteri supravaginalis.

**Опредѣленіе и цѣль.** Эта операція состоитъ въ чревосѣченіи, вскрытіи беременной матки, извлеченіи плода,—далѣе въ удаленіи тѣла и дна беременной матки съ цѣлью уменьшить кровотеченіе и устранить главный источникъ послѣродоваго очищенія, наконецъ въ удаленіи яичниковъ, трубъ и маточныхъ связокъ для того, чтобы сдѣлать женщину безплодной. Слѣдовательно, при этой операціи въ двухъ существенныхъ пунктахъ уменьшается опасность стараго кесарскаго сѣченія, но съ другой стороны получается такое тяжелое изуродованіе женщины, при которомъ она уже не можетъ быть производительницей рода. Въ виду послѣдняго важнаго недостатка операціи она допустима только въ извѣстныхъ случаяхъ, которые будутъ подробнѣе разсмотрѣны въ показаніяхъ.

Изъ **предварительныхъ условій** не требуется никакихъ другихъ, кромѣ вышеприведенныхъ: консилиума врачей и согласія женщины на операцію. Не нужно дожидаться родовыхъ болей; операція можетъ быть произведена даже и во время беременности. Жизнь плода также не служитъ условіемъ для операціи, такъ какъ здѣсь дѣло идетъ не о выборѣ между различными операціями, но или о родоразрѣшеніи при помощи кесарскаго сѣченія, или о смерти роженицы отъ сепсиса или разрыва матки, а вмѣстѣ и о смерти плода.

**Показанія.** Операція Porro показуется при узости, гесп. закрытіи родового канала, вслѣдствіе чего всякій другой способъ родоразрѣшенія, кромѣ кесарскаго сѣченія, невозможенъ, и при осложненіяхъ со стороны роженицы, вслѣдствіе которыхъ въ данномъ случаѣ прогнозъ консервативнаго кесарскаго сѣченія становится неблагоприятнымъ или является необходимость въ экстирпаціи внутреннихъ половыхъ органовъ.

Сюда относятся слѣдующія **осложненія**:

1. Прогрессирующая остеомаляція, т. е. уже существующая втеченіе беременности; по Fehling'у, P. Müller'у, Schauta, Hofmeister'у и др. послѣ кастраціи надо ожидать быстраго прекращенія болѣзненнаго процесса въ костяхъ, а съ другой стороны женщины, страдающія остеомаляціей, часто до того истощаются, что плохо переносятъ консервативное кесарское сѣченіе.

2. Лихорадочное состояніе, явленія сдавленія частей и воспаленія ихъ, особенно симптомы септического зараженія половыхъ частей (Endometritis septica и septikämia, гесп. sарgämia) послѣ долго продолжавшихся родовъ, а можетъ быть, послѣ какихъ-либо безуспѣшныхъ попытокъ окончить роды.

3. Разрывъ беременной матки или влагалищнаго свода въ вышеприведенныхъ случаяхъ, когда по свойству раны матки и содержимаго матки и брюшной полости нельзя ожидать, чтобы послѣ сшиванія матки наступило первичное натяженіе ранъ.

4. Если при міомахъ матки послѣ чревосѣченія и удаленія

опухоли вскрывается полость беременной матки, или если между полостью и основанием раненой поверхности остается очень тонкий слой ткани, следовательно въ такихъ случаяхъ, при которыхъ и не въ беременномъ состояніи также понадобилась бы надвлагалищная ампутація.

Субсерозныя, интралигамеентозныя и нѣкоторыя интерстиціальныя міомы удаляются посредствомъ myotomy'i, причемъ присоединяется кесарское сѣченіе; или же, не разрѣвая матки, удаляютъ потомъ плодъ черезъ влагалище.

5. Carcinoma cervicis uteri, превращающій всю маточную шейку въ узкую неподатливую трубку.

Въ такомъ случаѣ тотчасъ-же или по окончаніи родильнаго періода производится черезъ влагалище экстирпація раковой культи, геср. маточной шейки.

6. Рубцовое стягиваніе на большомъ протяженіи или атрезія влагалища или маточной шейки, которыя не могутъ быть устранены оперативнымъ путемъ настолько, чтобы сдѣлать возможнымъ безпрепятственное истеченіе лохій (*Litzmann*).

7. При беременноти въ рудиментарномъ боковомъ рогѣ надо удалить его ножку, следовательно произвести частичную операцію *Porro*.

У женщинъ, которымъ приходится дѣлать кесарское сѣченіе во второй разъ или болѣе, *Sänger* совѣтовалъ для безплодія дѣлать операцію *Porro* вмѣсто того, чтобы въ будущемъ производить кесарское сѣченіе. Но если придерживаться той точки зрѣнія, чтобы женщина (по выраженію *Wilde*'а), не имѣющая силы родить сама, не могла болѣе и быть беременной, то, говоря вообще, консервативное кесарское сѣченіе будетъ лишнимъ и должно быть замѣнено операціей *Porro*; но вмѣстѣ съ этимъ акушерская помощь лишается своего самаго лучшаго героическаго метода.

**Производство операціи.** Операція *Porro* до момента удаленія плода производится точно такъ же, какъ консервативное кесарское сѣченіе. До операціи плотно выполняють влагалище іодоформной марлей; послѣ выдвиганія матки нижняя ея часть обкладывается компрессами такъ, чтобы содержимое матки не переходило въ брюшную полость, и затѣмъ накладывается каучуковый жгутъ. Проволока *Cintrat*'а, *constricteur Maisonneuve*'а или экзразёръ *Billroth*'а не имѣютъ никакихъ преимуществъ передъ каучуковымъ жгутомъ. Послѣ этихъ первыхъ актовъ обѣ операціи производятся различнымъ способомъ, такъ какъ при операціи *Porro* ампутируютъ матку приблизительно на 3 см. выше каучуковаго жгута и вмѣстѣ съ маткой круговымъ разрѣзомъ удаляютъ яичники, трубы, круглыя и отчасти широкія связки.

Терапія культи можетъ производиться по нѣсколькимъ способамъ: или она укрѣпляется *extraperitoneal*'но, или погружается *intraperitoneal*'но, или-же выворачивается и выводится во влагалище.

а) Въ брюшинное укрѣпленіе культи можетъ совершаться различнымъ способомъ:

1. Пришиваніе культи, отдѣленной каучуковымъ жгутомъ, къ нижней части брюшной раны. Этотъ *Hegar*'овскій способъ терапіи культи заимствованъ отъ операціи при міомахъ. Оставляютъ первоначально положенный стягивающій жгутъ или выше него

накладываютъ новый болѣе тонкій жгутъ, завязываютъ его въ узелъ, укрѣпляютъ этотъ узелъ нѣсколькими шелковыми швами, которые плотно затягиваются и завязываются три раза; затѣмъ коротко обрѣзаютъ жгутъ у узла. Послѣ этого пристѣнную брюшину пришиваютъ нѣсколькими швами къ серозной оболочкѣ культи ниже трубки, прокалываютъ еще ланцетовидную иглу поперечно черезъ верхнюю часть культи и оба конца ея обкладываютъ марлевымъ компрессомъ; потомъ зашиваютъ брюшную рану до того мѣста, гдѣ вшита въ нее культя, и по *Hegar-Kaltenbach*'у прижигаютъ 50% хлористымъ цинкомъ конецъ культи, свободно лежащей надъ трубкой, до тѣхъ поръ, пока онъ не сдѣлается плотнымъ и сухимъ, или присыпаютъ его йодоформомъ или *salicyl-tannin*'омъ и накладываютъ марлю. Затѣмъ кладутъ повязку и смѣняютъ ее, смотря по надобности. Отшнурованная часть вмѣстѣ съ самимъ жгутомъ отпадаетъ бѣльшей частью спустя 2—4 недѣли. Затѣмъ эта воронка нѣсколько разъ прижигается лигисомъ, пока не закроется при помощи грануляцій.

Этотъ способъ—безспорно самый простой. Но часто случалось, что образовавшееся вслѣдствіе некроза или—лучше сказать—гангрены культи гнилостное вещество проникало въ промежутокъ между култей и брюшной стѣнкой и вызывало смертельный перитонитъ. Кромѣ того, при этомъ методѣ не происходитъ дренированія культи черезъ влагалище.

2. Методъ тераіи культи, называемый *intra vaginal* нымъ по видимому, даетъ больше шансовъ на хорошій исходъ. На основаніи моихъ наблюденій при операціяхъ мѣжду я думаю, что и при операціи *Porro* надо рекомендовать этотъ методъ. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ: въ то время, когда эластическій жгутъ еще не снятъ, вырѣзаютъ культю въ видѣ клина или въ видѣ воронки такъ, что образуются два боковыхъ лоскута, которые посрединѣ складываются вмѣстѣ. Затѣмъ помощью зонда, обернутаго ватой, смазываютъ концентрированнымъ растворомъ карболовой кислоты всю слизистую оболочку матки вплоть до влагалища, которое до операціи плотно выполняется йодоформной марлей. Если сомнѣваются въ чистотѣ содержимаго матки, то раненную поверхность культи, а также и наружную ея поверхность обмываютъ 5% растворомъ карболовой кислоты. Потомъ складываютъ другъ съ другомъ сначала передній, затѣмъ задній конецъ культи, подравниваютъ рваныя поверхности и сшиваютъ ихъ глубокими швами изъ кѣтгута, проходящими подъ основаніемъ раны; на расходившіяся же мѣста раненой поверхности накладываютъ поверхностные швы изъ кѣтгута. Послѣ этого перевязываютъ resp. обкалываютъ съ обѣихъ сторонъ большіе сосуды. Средняя часть культи остается свободной и образуетъ воронку, на боковые края которой накладываются нѣсколько матрасныхъ швовъ, проходящихъ черезъ толщу стѣнки. Теперь снимаютъ жгутъ, сшиваютъ глубокими швами кровоточащія зияющія раны; при кровотеченіи же изъ мѣстъ уколовъ кладутъ поверхностные швы въ поперечномъ направленіи къ швамъ и, удаливъ компрессы, очистивъ культю, расправивъ сальникъ надъ кишками, сшиваютъ верхнюю часть брюшной раны. Наконецъ укрѣпляютъ культю въ нижнемъ углу брюшной раны, но не слишкомъ близко къ верхушкѣ пузыря. Для этой цѣли, послѣ выведе-

нія парієтальной брюшины проводятъ нѣсколько швовъ черезъ (широкозахваченные) края брюшной раны и наискось черезъ переднюю и заднюю часть культи. Затѣмъ пришиваютъ, также послѣ выведенія брюшины, висящую часть культи къ близко лежащимъ краямъ брюшной раны, и притягиваютъ всѣ верхнія и нижнія нити настолько плотно, чтобы края брюшной раны прикасались къ средней части культи. Послѣ вторичной дезинфекціи воронки, черезъ каналъ шейки до влагалища проводятъ при помощи корнцанга полоску іодоформной марли, и расправленные наружные концы ея помѣщаютъ между слоями марли брюшной повязки, какъ между листами книги. Устроенный такимъ образомъ капиллярный дренажъ воронки настолько дѣйствителенъ, что уже послѣ  $\frac{1}{2}$ —1 дня бываетъ необходимо перемѣнить пропитанную кровью повязку. Дальнѣйшая терапія производится, какъ обыкновенно. Нитки катгута рассасываются; шелковыя нитки поддерживаютъ продолжительное нагноеніе и свищи, и выходятъ иногда черезъ нѣсколько мѣсяцевъ.

b) Intra peritoneal'nyyuyu терапію культи, впервые предложенную *Klotz*'емъ (изъ Вѣны) на основаніи опытовъ надъ животными, а затѣмъ *Taylor Isaak*'омъ (изъ Нью-Йорка), нельзя рекомендовать вслѣдствіе ея большой опасности, хотя надо сказать, что полное закрытіе брюшной раны послѣ операціи, возможное при этомъ способѣ, слѣдуетъ считать за идеаль. При этомъ способѣ должно вырѣзать раненную поверхность культи вмѣстѣ съ слизистой оболочкой матки на подобіе клина или воронки, вытереть ихъ крѣпкимъ растворомъ карболовой кислоты вхолотъ до влагалища, затѣмъ плотно сшить раненную поверхность этажнымъ швомъ, брюшину сшить отдѣльно и дезинфицированную культю погрузить въ полость живота.

c) Intra vaginal'noe погруженіе культи. Послѣ обкалыванія краевъ культи и остановки кровотеченія, нужно верхній конецъ культи при помощи лигатуры свести черезъ каналъ шейки во влагалище, слѣдовательно надо вывернуть культю и потомъ пришить плотно брюшину ко входу вывернутой воронки. Посредствомъ этого метода отдѣляемое оставшейся еще слизистой оболочки матки и ампутированной поверхности выдѣляется безвреднымъ образомъ во влагалище.

Способъ этотъ хорошъ, но онъ можетъ быть примѣненъ только тогда, когда операція *Porro* дѣлается въ дальнѣйшемъ періодѣ раскрытія, слѣдовательно при широко раскрытомъ маточномъ зѣвѣ. Конечно, этотъ методъ нельзя примѣнять при всѣхъ рано начатыхъ операціяхъ. Впрочемъ необходимо дѣлать дальнѣйшія попытки въ подходящихъ случаяхъ для того, чтобы опредѣлить пригодность такого совѣта.

*Frank* (изъ Кельна) въ 1881 г. предложилъ при міомахъ тѣла матки производить ампутацію, обкалывать края раны крѣпкою серебряною проволокой, концы ея оставлять длинными, снимать жгутъ, выводить проволоку во влагалище, выворачивать всю культю, завязывать швы во влагалищѣ, закладывать асептической тампонажъ и зашивать вывернутую воронку катгutomъ. *Heuser* (1883) прошивалъ радіально стѣнки культи нитками, которыя завязываются снаружи и потомъ выводятся черезъ маточный зѣвъ, послѣ чего при ихъ помощи культя выворачивается, и брюшина у вывернутой воронки зашивается катгutomъ. *Chalot* (1883) предлагалъ проводить двѣ эластическія лигатуры черезъ обѣ боковыя половины культи, завязывать въ шейномъ каналѣ, выворачивать культю и затѣмъ зашивать брюшину. *Barlett* (1887) совѣтовалъ надавить рукой дно



беременной матки и захвативъ корциангомъ, низвести черезъ маточный зѣвъ во влагалище, здѣсь отнять при помощи экразера вывернутую часть и зашить вывернутую воронку.

**Результаты.** Смертность матерей. По *Clement Godson'y* (1884) изъ 138 оперированныхъ по методу *Porro* умерло 77 = 55,8%. По *Сутугину* изъ 13 оперированныхъ въ Россіи (до 1889) умерло 5 = 38,4. Каждый операторъ въ отдѣльности имѣлъ болѣе благоприятные результаты. *C. Braun-Fernwald* потерялъ изъ 12 женщинъ 4, *Breisky* въ 7 случаяхъ при узости таза не потерялъ ни одной родительницы, и *Leopold* въ 3 случаяхъ тоже ни одной.

Вообще, по *Godson'y*, смертность уменьшалась съ 1877—83, но неравномѣрно: съ 85,7% въ 1877 г. она спустилась въ 1883 г. до 42,8%.

Изъ 125 случаевъ съ внѣбрюшнымъ лѣченіемъ ножи умерло 67 = 53,6%; изъ 13 случаевъ съ внутрибрюшнымъ лѣченіемъ умерло 10 = 76,9%.

По статистикѣ *Klotz'a* (С. f. G. 1877. 22) изъ 54 роженницъ, оперированныхъ по *Porro* вслѣдствіе міомъ матки, умерло 42 = 77,8%.

**Смертность дѣтей.** По статистикѣ *Godson'a* изъ 138 дѣтей родилось мертвыми 26 = 18,8%; слѣдовательно, въ общемъ на 8,7% меньше, чѣмъ послѣ консервативнаго кесарскаго сѣченія стараго и новаго времени, но значительно больше, чѣмъ при улучшенномъ кесарскомъ сѣченіи, такъ какъ *Caruso* насчитывалъ при немъ только 8,2% мертвыхъ дѣтей. Эта разница объясняется, главнымъ образомъ, различными вредными для плода осложнениями, при которыхъ или вслѣдствіе которыхъ дѣлали операцію *Porro* resp. предпочитали ее консервативному кесарскому сѣченію.

**Историческія замѣчанія.** *Cavallini*, (1768), *Geser* (1862) и *Fogliata* (1874) высказались, что ампутація беременной матки можетъ быть выполнена; *Michaëlis* (1809), вообще, совѣтовалъ присоединять экстирпацію матки къ кесарскому сѣченію. *Stoever* (1868) впервые предпринялъ при міомѣ, послѣ кесарскаго сѣченія, ампутацію матки, окончившуюся смертью оперированной.

*Porro* (Павія) произвелъ въ 1876 г. suprascervic'альную ампутацію матки и ея придатковъ при псевдо-остеомалатическомъ тазѣ, потому что онъ считалъ невозможнымъ шить рану матки и остановить кровотеченіе. Оперированная выздоровѣла.

Въ 1877 г. *Inzani* (изъ Парми) оперировалъ при остео-саркомѣ таза и *Hegur* (изъ Фрейбурга) при фибромѣ матки, эклампсіи, и кифотическомъ, поперечно-суженномъ тазѣ. Оба случая окончились смертельно. Затѣмъ эту операцію дѣлалъ *Previtali* (изъ Бергамо) и *Späth* (изъ Вѣны); у послѣдняго одинъ случай окончился счастливо, а другой несчастливо. Случай *Späth'a*, окончившійся выздоровленіемъ, — первый счастливо протекшій случай кесарскаго сѣченія въ Вѣнѣ—много способствовалъ распространенію этой операціи. Въ 1878 году уже было сдѣлано 15 операцій *Porro*, въ 1879—17, въ 1880 и 1881 г. по 31 операціи, и *Godson* въ 1884 г. опубликовалъ 138 операцій *Porro*. Операція эта быстро распространилась между акушерами всего цивилизованнаго міра и въ которое время считалась за единственно правильный методъ кесарскаго сѣченія. Съ улучшениями консервативнаго кесарскаго сѣченія, сдѣланными *Schlemmer'омъ*, *Frank'омъ*, *Kehrer'омъ*, *Sänger'омъ*, *Leopold'омъ* и друг., операція *Porro* все болѣе оттѣснялась на второй планъ и теперь предпринимается только въ опредѣленныхъ случаяхъ.

### Э. Разрѣзь живота и влагалища, *Laparocelytrotomia*.

**Опредѣленіе и цѣль.** Эта операція, при которой разрѣзаютъ нижнюю часть живота и потомъ сводъ влагалища, должна была замѣнить старое кесарское сѣченіе; вмѣстѣ съ тѣмъ она безопаснѣе, потому что производится вѣбрюшиннымъ способомъ.

**Производство операціи.** По *Garrigues'у* проводятъ косою разрѣзь, лучше всего по правой сторонѣ, по длинѣ *lig Pouparti*, начиная выше *Spina ilei ant. sup.*, на 4 см. кнаружи и кончая надъ *tuberculum pubis*. Этотъ разрѣзь проходитъ черезъ кожу и мышечный слой до брюшины. Послѣднюю оттягиваютъ кзади, отыскиваютъ сводъ влагалища, выпячиваютъ его посредствомъ введеннаго снизу obtуратора и разрѣзаютъ спереди ножомъ на 2 см. ниже наружнаго маточнаго зѣва (для того, чтобы не повредить мочеточниковъ). Затѣмъ извлекаютъ ребенка изъ расширеннаго маточнаго зѣва черезъ отверстіе во влагалищѣ и брюшную рану и проводятъ дренажъ черезъ брюшную рану, зашитую надъ дренажемъ, а также черезъ влагалище. Мочевой пузырь ранится только въ исключительныхъ случаяхъ, и тогда пораненіе тотчасъ-же зашивается катгутумъ, мочеточники до настоящаго времени никогда не повреждались.

Неоспоримо, что эта операція во всѣхъ отношеніяхъ стоитъ ниже улучшеннаго консервативнаго кесарскаго сѣченія. Изъ 14 случаевъ, собранныхъ *Gaillard Thomas'омъ*, умерло 7 женщинъ = 50%, и 6 дѣтей = 42,8% родились мертвыми. Если принять во вниманіе, кромѣ непосредственной опасности для жизни, сложности и трудности этой операціи, еще и остающіяся послѣ нея грыжи живота, рубцы и пр., то только немногіе могутъ пожелать возрожденія этой операціи.

**Историческія замѣчанія.** Эта операція предложена *Jörg'омъ* (1800), *Physick'омъ* (1824) и *Bell'емъ* (1837); впервые была произведена съ дурнымъ исходомъ *Ritgen'омъ* (1825). Рекомендовали и производили эту операцію: *Horner*, *Baudelocque* младш., *Cianflone* (1858), далѣе *Gaillard Thomas* (1870), *Skene* (2 раза), *Duncan*, *Mac Kim*, *Garrigues* (1878), *Hime-Sheffield* (1878).

## II. Кесарское сѣченіе на мертвыхъ и умирающихъ.

Прежде всего мы обратимъ вниманіе на исторію развитія

### 1. Кесарскаго сѣченія на мертвыхъ.

**Предварительныя замѣчанія.** Кесарское сѣченіе на мертвыхъ основано на томъ наблюдении, что плодъ можетъ жить нѣкоторое время послѣ смерти беременной женщины или послѣ прекращенія дыханія и пульса ея. Оно имѣетъ задачей спасти ребенка помощью разрѣза брюшныхъ покрововъ и беременной матки, если нельзя произвести родоразрѣшенія другимъ путемъ.

Изъ многочисленныхъ опытовъ на беременныхъ животныхъ, которыя были задушены, отравлены, обезкровлены или умерщвлены посредствомъ разрушенія ихъ мозга, выяснилось, что плодъ на самомъ дѣлѣ можетъ еще продолжать жить послѣ смерти матери. Такіе опыты производили *Haller*, *Berger*, *Albert*, *Grünfeldt*, *Ridge*, *Breslau*, *Runge*. *Breslau* нашель, что плодъ животнаго большею частью бываетъ еще

живымъ 6 минутъ спустя послѣ внезапной смерти матери, послѣ 6—10 минутъ онъ находится въ слабой степени асфиксiи и послѣ 10—26 минутъ—въ глубокой асфиксiи и не можетъ уже быть оживленъ; однако онъ нашелъ также, что иногда смерть плода наступала уже спустя одну минуту, и что во всякомъ случаѣ она находится въ большой зависимости отъ рода смерти матери.

Далѣе извѣстно много примѣровъ, когда дѣти послѣ кесарскаго сѣченiя, сдѣланнаго по прекращенiи всѣхъ признаковъ жизни у беременныхъ, родились съ сердцебиенiемъ и умирали, не сдѣлавъ ни одного дыханiя или послѣ нѣсколькихъ дыхательныхъ движенiй. Наоборотъ, другiя дѣти оставались живыми, но только въ рѣдкихъ случаяхъ. Изъ 144 случаевъ, собранныхъ *Lange*, 6 дѣтей жили нѣкоторое время, 3 остались живыми даже болѣе продолжительное время. Кромѣ случая, упомянутаго *C. Stephanus*'омъ (1545), о такихъ случаяхъ сообщили *Huguier* (Manry), *Loweg*, *Schneider*, *Heyfelder*, *Bail*, *Teallier*, *de Pelay*s (1847), *Arneht* (1851 г. — 4 случая въ Вѣнѣ), *Laforge* (1853), *Walter* (1855), *Commucci* (1 случай изъ 18 операций, сдѣланныхъ при холерѣ), *Petrarchi* (1 случай изъ 7 операций при холерѣ), *Breslau* (1862), *Verardini* (въ Болоннѣ изъ 5 случаевъ холеры въ 1862 г. спасъ 4 дѣтей, и 1 разъ мать была возвращена къ жизни), *Brotherson* (въ 1868 г. сдѣлалъ операцию даже спустя 23 (!) минуты послѣ смерти и получилъ ребенка живымъ), *Przibram* (при холерѣ), *Backel* (1877), *Sommerbrod* (въ 1881 г. спасъ 2 дѣтей при порокѣ сердца и эмфиземѣ), *Trier* (въ 1881 г. извлекъ 36-недѣльнаго ребенка, который жилъ мѣсяць), *Hays*, *Matthes* (1885), *Pingler* (черезъ 23 минуты послѣ смерти) и *Fehling* (черезъ 15 минутъ). Случай *Nehr*'а, когда будто-бы спустя 7 часовъ послѣ смерти матери былъ извлеченъ живой ребенокъ, относился къ мнимой смерти.

Родъ смерти беременной женщины имѣетъ большое значенiе для полученiя ребенка живымъ. Скорѣе всего можно получить живого ребенка, если женщицѣ среди полного здоровья вдругъ было нанесено тяжелое поврежденiе. По *Reinhardt*'у (1829) въ 6 такихъ случаяхъ 5 дѣтей было спасено. Наоборотъ, прогностика для ребенка очень неблагоприятна, если смерть наступила послѣ продолжительной агонiи: по мѣрѣ того какъ во время агонiи увеличивается венозность крови матери, кислородъ изъ крови плода черезъ послѣдъ переходитъ въ кровь матери, такъ что наконецъ происходитъ нѣкоторымъ образомъ обѣдненiе крови кислородомъ, вслѣдствiе чего плодъ не можетъ быть оживленъ. *Kunze* произвелъ очень интересные опыты на кроликахъ. Онъ удалялъ плоды изъ одного беременнаго рога матки и переносилъ ихъ, не вскрывая, въ брюшную полость, тогда какъ другой рогъ не вскрывалъ, такимъ образомъ оставлялъ послѣдъ въ маткѣ и тотчасъ послѣ этого задушалъ животное: спустя нѣкоторое время тѣ плоды, которые лежали свободно, были еще живы, а тѣ, которые оставались въ маткѣ, были почти мертвыми или не могли быть возвращены къ жизни, причемъ венозная кровь ихъ пуповины была темной. Значитъ, послѣднiе плоды отдали свой кислородъ крови матери, лишенной кислорода. Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ смерть беременныхъ наступаетъ послѣ болѣе или менѣе продолжительной агонiи, то понятно, почему въ Бадепѣ при кесарскихъ

сѣченіяхъ, произведенныхъ послѣ смерти женщины, получилось только 1,6% живыхъ и жизнеспособныхъ дѣтей, а по *Lange* 2%. Эти наблюдения объясняютъ, отчего, несмотря на предписанія закона, предлагали ограничить кесарское сѣченіе послѣ смерти беременныхъ, и считали эту операцію за «luxusoperation». Кроме того, надо прибавить, что эта операція часто производилась на мнооумершихъ женщинахъ *resp.* находящихся въ катаlepsii, которыя пробуждались черезъ нѣсколько часовъ или дней. Такъ было въ случаяхъ *Nehr'a, Peu, Trinchinetti, Bodin, Frank, Rigadeaux, d'Outrepoint, Härlin, Hohl* и др.

**Показанія и предварительныя условія.** Кесарское сѣченіе на только что умершихъ беременныхъ умѣстно при слѣдующихъ условіяхъ:

1. если врачъ явился непосредственно послѣ смерти беременной, по меньшей мѣрѣ въ первыя четверть часа: позже операція окончилась бы безъ успѣха;

2. если беременность дошла по крайней мѣрѣ до 8-го мѣсяца; дѣти болѣе ранняго періода имѣютъ тѣмъ меньше шансовъ для продолженія жизни, чѣмъ болѣе недостаетъ имъ материнскаго питанія и ухода;

3. если ребенокъ навѣрное живъ;

4. если невозможно извлечь плодъ черезъ влагалище вслѣдствіе недостаточнаго раскрытія маточной шейки, и если извлеченія нельзя сдѣлать, даже произведя глубокія радіальныя надрѣзы на маточномъ зѣвѣ, такъ какъ нѣтъ шарообразнаго растяженія шейки;

5. если близкіе родственники согласны на эту операцію.

Если въ представившемся случаѣ нѣтъ всѣхъ этихъ условій, то врачъ все-таки можетъ оперировать, чтобы выполнить законъ; но тогда эта операція не будетъ необходимой съ медицинской точки зрѣнія, — лучше сказать, она можетъ быть безуспѣшной.

**Производство операціи.** Въ упомянутыхъ случаяхъ кесарское сѣченіе нужно выполнить по тѣмъ же правиламъ, какъ и на живой, въ особенности слѣдуетъ тщательно дѣлать зашиваніе и накладывать повязку въ виду того, что оперированная можетъ прийти въ себя. Понятно, что здѣсь прежде всего важна „быстрота“, и поэтому операція можетъ быть сдѣлана самымъ простымъ чистымъ ножомъ послѣ одного только обмыванія живота: не слѣдуетъ терять на приготовленія драгоценныхъ для жизни плода минутъ. Однако послѣ операціи надо тщательно зашить матку и брюшную рану, а также произвести дезинфекцію, если подъ руками есть карболовая кислота.

**Результаты.** По *Howitz'u* и *Garazky* въ 379 случаяхъ 308 дѣтей было извлечено мертвыми, 37—умирающими съ признаками жизни и 34=11% живыхъ; изъ числа послѣднихъ только 5=1,3% жили болѣе или менѣе продолжительное время. Эта статистика, конечно, какъ и другія статистики, страдаетъ тѣмъ-же недостаткомъ: именно, случаи опубликованы съ выборомъ. Въ великомъ герцогствѣ Баденскомъ изъ 61 кесарскаго сѣченія, сдѣланнаго въ 1870—88 гг. на мертвыхъ, только 1 ребенокъ былъ извлеченъ живымъ=1,6%.



**Историческія замѣчанія.** Кесарское сѣченіе на мертвыхъ—операція очень древняя. Объ этомъ свидѣлствуютъ древнія предписанія законовъ у индусовъ, римлянъ, евреевъ, а также рядъ такъ называемыхъ „классическихкихъ“ случаевъ, когда операція должна была быть выполнена.

Предписаніе въ *Surruta*, переведенное *Vullers'*омъ, гласитъ слѣдующее: „если животъ беременной женщины, умершей дома, колышется, то хирургъ—въ случаѣ наступленія родовъ—долженъ тотчасъ разрѣзать его и извлечь плодъ“.

*Lex regia*, происходящій отъ Нумы Помпилія—очень древній законъ; онъ по *Digest. L. II. „de mortuo inferendo“* гласитъ такъ: „*Negat lex regia mulierem, quae pregnans mortua sit, humari, antequam partus ei excidatur; qui contra fecerit, spem animantis cum gravida peremisse videtur*“. Этотъ законъ не только былъ введенъ у римлянъ, но соблюдался въ виду крещенія у древнихъ христіанъ и впоследствии былъ возобновленъ многочисленными церковными постановленіями, мѣстными законами и предписаніями.

Древніе іудеи хорошо знали, что ребенокъ можетъ жить послѣ смерти матери. Въ *Tract. Erachin. стр. 7.* въ *Mischna* очень вѣрно говорится, „что при смерти послѣ какой-либо болѣзни смертоносная сила прежде всего отражается на слабомъ плодѣ, а при смерти вслѣдствіе вѣшняго насилія она отражается на матери“. Затѣмъ далѣе предлагается совѣтъ: „если женщина умретъ во время родовъ въ субботу, то надо взять ножъ, разрѣзать животъ и извлечь ребенка“. Вместе съ тѣмъ, по замѣчанію *Fulda* (*E.v. Siebold's Journal. 1826. 6. 10.*), очень сомнительно, чтобы кесарское сѣченіе еще въ началѣ XII столѣтія было сдѣлано на жи в о й еврейкѣ, какъ это утверждалъ *Mansfeld*.

Кромѣ мионических<sup>1)</sup> случаевъ надо привести еще нѣсколько классическихкихъ случаевъ кесарскаго сѣченія.

По *Plinius'*у, Сципіонъ Африканскій и Манілій, по *Valerius'*у—*Gorgias* изъ Эпира а по *Rodericus a Castro*—наваррскій король *Sancho* были извлечены послѣ разрѣза живота беременной женщины. Кромѣ того, надо упомянуть: случай, сообщенный богословомъ *Sangiamita*, пересказанный *van Swieten'*омъ, что живой ребенокъ спустя 24 часа послѣ смерти былъ удаленъ послѣ разрѣза живота; случай рассказанный историкомъ *de Thou* и отмѣченный имъ, какъ неправдоподобный, будто бы гугенотъ *Franz civilis* былъ удаленъ послѣ разрѣза живота своей, уже почти похороненной матери; далѣе, случай переданный *Bartholin'*омъ историкъ *Stalpart van der Wiel*, когда при осадѣ горъ от *Zooth* женщина пушечнымъ ядромъ была разорвана на двѣ части, и изъ одной части былъ извлеченъ живой ребенокъ. *Schenck von Grafenberg* полагаетъ что аббатъ *Burgard von St. Gallen* и *Gebhardt, Graf von Bregenz*,—позднѣе епископы въ Констанціи—были извлечены послѣ смерти матери посредствомъ кесарскаго сѣченія, а *Nebel* сюда же причисляетъ графа *Ingenitus von Mansfeld*. *Horatius Augenius* сообщаетъ свое наблюденіе, что на женщинѣ, голодавшей въ продолженіе 20 дней вслѣдствіе нарыва въ желудкѣ, послѣ смерти ея было сдѣлано кесарское сѣченіе, и извлеченъ живой ребенокъ.

Эти примѣры, конечно,—частью неправдоподобные—вмѣстѣ съ древними предписаніями законовъ говорятъ за большую древность этой операціи.

Въ послѣднее время операція производилась чаще, но съ успѣхомъ только въ нѣкоторыхъ случаяхъ, отчасти уже упомянутыхъ выше.

Интересъ тотъ тезисъ, съ которымъ согласилась Парижская Академія послѣ спора, возбужденнаго въ 1860 г. *Hatin'*омъ относительно кесарскаго сѣченія послѣ смерти матери. Вотъ онъ: „если врачъ надѣется извлечь изъ тѣла умершей беременной жен-

1) По *Lucian'*у (*Dialog. deor. IX*) Гермесъ долженъ былъ по приказанію Зевса разрѣзать животъ Семелѣ и извлечь 7-ми мѣсячнаго ребенка, послѣ чего Зевсъ вшилъ его въ свое бедро и носилъ его до полнаго срока. По *Apollodor'*у и *Diodorus Siculus* Семела родила ребенка въ пламени, и Зевсъ взялъ его къ себѣ. По *Pindar'*у, *Apollodor'*у и *Pausanias'*у *Asclepius* былъ извлеченъ Фебой послѣ разрѣза живота у *Coronis*, убитой Артемидой, прежде сжиганія. По *Virgilio Lucas*, а по *Ovidio Эскулапъ* считался „*Caesones*“ послѣ смерти матери.

щины плодъ, который будетъ способенъ къ продолженію жизни, то онъ долженъ, исходя изъ медицинскаго принципа, произвести кесарское сѣченіе по правиламъ науки“.

Что касается техники, то въ 16-мъ столѣтіи, кажется, чаще всего практиковался двѣсторонній боковой разрѣзъ. *Gordonius* (1545), *Guy de Choliac*, *Al. Benedictus* и др. предлагали до производства операціи тѣвъ и половныя части только что умершей женщины держать открытыми съ тѣмъ, чтобы ребенокъ могъ дышать воздухомъ (!). *Peter de la Cerlata* первый сдѣлалъ срединное сѣченіе въ нѣсколькихъ случаяхъ, начиная отъ „*promum granatum* (по *Fallopia* отъ *processus xurphoideus*) ad os rectinis“; *Mauriceau* рекомендовалъ почти то же самое

*Stephanus* и *A. Paré* дали хорошаго правила относительно техники.

## 2. Кесарское сѣченіе на умирающихъ.

**Цѣль.** По сравненію съ прямо подавляющимъ большинствомъ (98,5%) дурныхъ исходовъ кесарскаго сѣченія на мертвыхъ, кесарское сѣченіе на умирающихъ оказывается гораздо успѣшнѣе; и если бы эта операція сдѣлалась доступной для большинства врачей, то могло бы быть спасено гораздо больше дѣтей, чѣмъ до сихъ поръ — при выжиданіи смерти матери.

**Показаніе** для этой операціи, прямо запрещенной нѣкоторыми законодательствами, — и во всякомъ случаѣ еще операціи будущаго, — по моему мнѣнію, будетъ тогда, когда послѣ болѣзни, resp. послѣ поврежденій, повидимому, скоро наступитъ смерть беременной женщины, когда уже появилось безсознательное состояніе, хрипы и другіе симптомы остраго отека легкиихъ, далѣе когда существуютъ предварительныя условія, отмѣченныя выше подъ цифрами 2—5 (по меньшей мѣрѣ 8-мѣсячный живой ребенокъ, невозможность родоразрѣшенія *per vaginam*, согласіе родныхъ) и когда, очевидно, нѣтъ времени для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Эту операцію считаютъ не гуманной, потому что она еще болѣе ухудшаетъ послѣдніе часы беременной женщины. Но этотъ упрекъ едва ли справедливъ, такъ какъ у большинства во время агоніи, за нѣсколько часовъ передъ смертью, наступаетъ уже безсознательное состояніе; кромѣ того болѣзненность операціи можетъ быть устранена посредствомъ хлороформа. Если хотятъ дѣйствовать поистинѣ гуманно, какъ подобаешь врачу, то не слѣдуетъ спокойно наблюдать, какъ сердцебіеніе плода становится все медленнѣе и медленнѣе, а нужно своевременно рѣшить, произвести ли преждевременные роды при размягченныхъ и уже нѣсколько раскрытыхъ половыхъ частяхъ, или, если это нельзя, сдѣлать кесарское сѣченіе на умирающей для того, чтобы спасти ребенка отъ неминуемой смерти.

Единственно справедливый упрекъ этой операціи, сдѣланный *Runge* и другими, что иногда трудно бываетъ опредѣлять, дѣйствительно ли смерть неминуема. При этомъ *Runge* припоминаетъ случай порока сердца, бывший въ Страссбургѣ, когда уже отчаялись въ выздоровленіи женщины; но послѣ поворота плода и его извлеченія она снова ожила. Въ такихъ сомнительныхъ случаяхъ, конечно, надо подождать съ кесарскимъ сѣченіемъ, въ случаяхъ же несомнѣнныхъ, которые составляютъ большинство, рѣшительно надо предпочесть кесарское сѣченіе во время агоніи.

**Производство операци.** Если врачъ дѣлалъ больную или былъ приглашенъ заблаговременно, то онъ можетъ спокойно сдѣлать всѣ приготовления къ операци. Тогда онъ можетъ выполнить операцию по всѣмъ правиламъ современной техники и въ особенности долженъ старательно наложить швы.

Всегда надо производить операцию такимъ образомъ, какъ-бы женщина могла выздороветь послѣ операци, если-бы ея состояніе, вопреки ожиданію, улучшилось.

**Историческія замѣчанія.** Dr. v. Röser въ Бартештейнѣ, кажется, (1842) первый высказалъ мнѣніе, что для спасенія ребенка надо дѣлать операцию на живой. Онъ привелъ свой случай, когда кесарское сѣченіе было сдѣлано у женщины съ перитонитомъ и капиллярнымъ кровоизліаніемъ въ мозгу во время почти безсознательнаго состоянія, и былъ извлеченъ живой ребенокъ. Оперированная умерла во время наложенія швовъ.

*Esterle* (1862) такимъ образомъ спасъ изъ 5 случаевъ 3 дѣтей и утверждалъ, что не слѣдуетъ оперировать въ послѣднія минуты и при такомъ состояніи, когда смерть можетъ наступить во время операци. Дальнѣйшія требованія этого автора состоятъ въ томъ, что въ тѣхъ случаяхъ, когда нѣтъ узости таза, операцию нужно дѣлать только послѣ совѣщанія врачей и съ согласія женщины или близкихъ къ ней. Первое требованіе я считаю неправильнымъ, а второе—не всегда выполнимо.

*Spiegelberg, Löwenhardt, Runge, Schröder Fehling* и др. полагаютъ, что слѣдуетъ дѣлать операцию во время агоніи.

## 2. Расщепленіе лоннаго соединенія и распиливаніе лонной кости.

**Цѣль.** Посредствомъ этихъ операций въ передней стѣнкѣ таза образуется промежутокъ, и такимъ образомъ является возможность извлечь плодъ естественнымъ путемъ. Этотъ промежутокъ производятъ посредствомъ расщепленія лоннаго соединенія или посредствомъ вырѣзыванія передней стѣнки таза. Однако эти методы настолько серьезны и опасны и даже въ случаѣ выздоровленія настолько разстраиваютъ здоровье оперированной, что лишаютъ ее способности ходить и работать; поэтому они уже давно оставлены. Только ради полноты надо здѣсь вкратцѣ описать эти «заблужденія акушеровъ».

а) Расщепленіе лоннаго соединенія, *Symphyseotomia*.

**Производство операци и цѣль ея.** Изобрѣтатель этой операци *Sigault* (въ Парижѣ въ 1777 г.) посредствомъ срединнаго расщепленія *mons Veneris* и лоннаго хряща и послѣдующаго затѣмъ разединенія лонныхъ костей, слѣдовательно посредствомъ искусственнаго расхожденія этихъ костей на 2—3 дюйма, думалъ расширить тазъ не только въ *conjugata vera*, но также и въ прочихъ размѣрахъ съ цѣлью извлечь послѣ этого плодъ черезъ влагалище. Однако посредствомъ этой операци получаютъ только незначительное расширеніе: именно, по опытамъ *Schwegel*'я (1859) на трунахъ, *conjugata vera* удлинняется только на 1 линію, а по другимъ до 3 линій, поперечникъ же только на 3—5 линій. Увеличеніе поперечнаго размѣра только на 1 линію, по *Schwegel*'ю, требуетъ силы по крайней мѣрѣ въ 40 кил.; при дальнѣйшемъ растяженіи наступаютъ разрывы въ связкахъ крестцово-подвздошнаго соединенія, а у женщинъ, въ возрастѣ 14--20 лѣтъ происходитъ отдѣленіе эпифизовъ.

Далѣ, вслѣдствіе расхожденія лонныхъ костей легко происходятъ поврежденія мочевого пузыря съ недержаніемъ мочи, разрывы половыхъ частей, выпаденія, тазовые нарывы, caries лонныхъ костей, разстройства движеній нижнихъ конечностей и т. п.

Часто послѣ разрѣза лоннаго соединенія вслѣдствіе недостатка мѣста надо было дѣлать еще кесарское сѣченіе, поворотъ и извлеченіе, наложеніе щипцовъ или прободеніе.

**Результаты.** По статистикѣ *Scanzoni* изъ 65 оперированныхъ умерло  $21=32,3\%$  и  $41=63\%$  дѣтей погибло.

**Историческія замѣчанія.** *Sigault* (1768), принимая во вниманіе большую опасность кесарскаго сѣченія, а также то обстоятельство, что *Severinus Pinäus*, *Louis*, *P. Camper*, *Morand de la Roussiere* и др. наблюдали во время родовъ расхожденіе лонныхъ костей другъ отъ друга,—что считалось весьма важнымъ для родовъ,—пришелъ къ мысли разрѣзать лонное соединеніе и, такимъ образомъ, расширить тазъ и извлечь живого ребенка. Парижская Академія высказалась противъ этого предложенія. Были произведены опыты на трупахъ и на живыхъ свиньяхъ, у которыхъ вслѣдствіемъ наступило сращеніе лонныхъ костей. *Lawerjat* и *Baudelocque* выступили противъ этого предложенія, потому что небольшіе размѣры таза только немного увеличиваются вслѣдствіемъ расчлененія лоннаго соединенія и, кромѣ того, эта операція можетъ оставить послѣ себя дурныя послѣдствія.

Несмотря на эти возраженія, *Sigault* (1777), поддержанный *Leroy*, сдѣлалъ расчлененіе лоннаго соединенія у пѣккой *Souchot*, женщины рахитическаго сложенія, имѣющей conjug. ver. въ  $2\frac{1}{2}$  дюйма и разрѣшавшейся прежде мертвыми дѣтьми при помощи труднаго поворота. Вѣтви лонныхъ костей разошлись на  $2\frac{1}{2}$  дюйма, ребенокъ былъ извлеченъ живымъ въ ножномъ положеніи, у оперированной получилась фистула мочевого пузыря, истеченіе мочи и боли въ бедрахъ, выпаденіе влагалища и матки; черезъ 46 дней послѣ операціи она могла ходить, прихрамывая, но совсѣмъ не могла подниматься на лѣстницу.

Этотъ случай произвелъ чрезвычайный шумъ. По примѣру *Sigault*'а было сдѣлано много симфизеотомій во Франціи, Германіи, Голландіи, Италиі. Въ Англіи, вслѣдствіе вердикта *Hunter*'а, эта операція не была произведена. Во Франціи уже рано появились противники ея. Такъ, напр. *Baudelocque* считалъ эту операцію излишней, если бы она и могла окончиться счастливо для матери и ребенка, потому что, спасая ребенка, теряютъ мать и наоборотъ.

Эту операцію дѣлали: *Sigault* (4 раза), *C. C. v. Siebold*, (*Würzburg*) *Bonnard* (*Hardin*), *Retz* (*Arras*), *Guérard* (*Düsseldorf*), *Cambon* (*Mons*, 2 раза), *Groschans* (*Getruidenburg*), *Nagel*, *Leroy* (*Paris*), *van Munster* (*Nymwegen*, 2 раза), *Damen* (*Haag*), *Lavaguino* (*Genoa*), *Bolsius* (*Utrecht*), *van Wy* (*Arnhem*), *Mursima*, *Gianni* (*Mailand*), *Scotti*, *Manini* (*Neapel*, 3 раза), *Gardien*, *Stork*—*St* (*St. Avould*, 1820). Послѣ того только немногіе акушеры рѣшались производить эту операцію.

## б) Расчлененіе лонной кости, Pubiotomia или Pelviotomia.

Цѣль этой операціи та же самая, какъ и при расчлененіи лоннаго соединенія; только эта операція—еще радикальнѣе, такъ какъ здѣсь дѣлаютъ резекцію части или всей передней стѣнки таза.

**Производство операціи.** *Aitken* (1786) предложилъ распиливать поперечныя вѣтви лонныхъ костей въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ лоннаго соединенія, и потомъ зачищать ихъ. *Stoltz* рекомендовалъ, сдѣлавъ поперечный разрѣзъ съ обѣихъ сторонъ лонной области проводить иглу съ цѣлочной пилой до лонной дуги и, такимъ образомъ, резецировать всю среднюю часть (Pubiotomia). *Galbiati* (1824) предлагалъ распиливать лонное соединеніе, а также боковые концы поперечныхъ и нисходящихъ вѣтвей лонныхъ костей въ



5 мѣстахъ (Pelveotomia). Эта отвратительная операція, по совѣту *Galbiati*, была произведена *Nunziante Ippolito* (1841), конечно, съ печальнымъ исходомъ. Наконецъ *Christopharis* (1858) предложилъ дѣлать Subperiostal'ную резекцію лонныхъ костей.

Весьма желательно, чтобы такія предложенія оставились *in loco nascenti*, или чтобы эти операціи вовсе никогда не предлагались для исполненія. Во всякомъ случаѣ эта операція совершенно лишняя при теперешнемъ развитіи техники кесарскаго сѣченія.

## Е. Послѣдовыя операціи.

### 1. Отдѣленіе и удаленіе послѣда.

**Предварительныя замѣчанія.** Отрываніе *placentae maternae*, слѣдовательно, отдѣленіе послѣда отъ матки въ видѣ правила наступаетъ при послѣднихъ послѣдородовыхъ боляхъ, изгоняющихъ послѣднюю часть плода,—а иногда и при первыхъ—вслѣдствіе уменьшенія поверхности матки. Изгнаніе отдѣлившагося послѣда по большей части происходитъ въ первые 2 часа, вслѣдствіе свертыванія его въ нижнемъ концѣ (*Duncan*) или въ верхнемъ (*Schultze*) такимъ образомъ, что сначала онъ изъ верхней части матки изгоняется въ расширенный каналъ шейки, а отсюда—во влагалище и наружу. При этомъ содѣйствіе оказываютъ сокращенія матки, а также брюшной прессъ, иногда въ сидячемъ или даже стоячемъ положеніи женщины.

Однако въ исключительныхъ случаяхъ, вслѣдствіе сильнаго кровотеченія или для предупрежденія послѣдствій продолжительнаго задержанія послѣда надо ускорить или окончить одинъ изъ сказанныхъ моментовъ.

Смотря по отношенію послѣда къ маткѣ, надо отдѣлить его, если онъ прикрѣпленъ къ маткѣ, какъ говорятъ, приросъ къ ней, или удалить, т. е. выжать или извлечь послѣдъ, лежащій свободно въ половыхъ органахъ. Такъ какъ при началѣ нашего вмѣшательства часто неизвѣстно, какой изъ этихъ приѣмовъ будетъ нуженъ, то умѣстно разсматривать вмѣстѣ вопросъ о показаніяхъ и отдѣльно описывать только производство.

**Показанія.** Оперативное вмѣшательство, т. е. удаленіе послѣда, необходимо:

1. При всякомъ сильномъ кровотеченіи, болѣе  $\frac{1}{2}$  литра въ послѣдовомъ періодѣ, особенно если оно вызвало уже симптомы малокровія, все равно, наступило-ли кровотеченіе тотчасъ послѣ рожденія ребенка или спустя нѣкоторое время. Если кровотеченіе происходитъ преимущественно изъ разрывовъ слизистой оболочки входа влагалища, въ особенности изъ *bulbi vestibuli*, разрывовъ промежности или глубокихъ разрывовъ шейки, то для облегченія наложенія швовъ умѣстно предварительно удалить послѣдъ. Но если кровотеченіе происходитъ изъ мѣста прикрѣпленія послѣда, то удаленіе послѣда необходимо, потому что онъ, какъ большое инородное тѣло препятствуетъ маткѣ сократиться до незначительнаго объема и, такимъ образомъ при содѣйствіи окружающей мускулатуры прижать, какъ можно сильнѣе, кровоточащіе плацентарные сосуды.

2. При задержаніи послѣда долѣе 2-хъ часовъ его удаляютъ вслѣдствіе различныхъ причинъ. Иногда удаляютъ его вслѣд-

ствие сильного, быстро наступающего кровотечения или вследствие незначительного, но продолжительного и потому опасного кровотечения; затѣмъ, вследствие иногда рано наступающаго сокращенія маточной шейки, стриктуры контракціоннаго кольца или дна матки, такъ какъ при представившейся впоследствии необходимости эти осложненія могутъ чрезвычайно затруднить отдѣленіе послѣда; наконецъ вследствие опасности гнилостнаго разложенія задержавшагося и какъ-нибудь инфицированнаго послѣда и въ виду опасности цуэрперальнаго заболѣванія.

Причины задержанія послѣда:

а) Полное или частичное прикрѣпленіе послѣда къ маткѣ, существующее еще въ послѣдовомъ періодѣ, можетъ зависѣть отъ недостаточнаго уменьшенія плацентарной площадки, слѣдовательно, отъ недостаточнаго сокращенія, отъ необычайной плотности и толщины послѣда, отъ *placenta marginata* или отъ бѣлаго инфаркта одной или нѣсколькихъ долей послѣда.

б) Атонія матки, стриктура контракціоннаго кольца или маточнаго рога, или сокращеніе маточной шейки, вследствие чего замедляется изгнаніе отдѣлившагося послѣда.

в) Приращеніе послѣда, въ связи съ препятствіями къ изгнанію.

**Методы.** Прежде всего пытаются произвести выжиманіе послѣда по *Credé*. Посредствомъ растиранія и сдавливанія матки полной рукой возбуждаютъ схватку, при сильно выраженной *anteflexi*и поднимаютъ верхнюю часть матки, слѣдовательно выпрямляютъ матку и во время схватки надавливаютъ на нее обѣими руками въ направленіи отъ дна матки къ зѣву и низдавливаютъ ее въ тазъ. Надавливаніе въ промежуткѣ между схватками недействительно, имъ можно произвести только вдавленіе въ днѣ матки, но нельзя вывести послѣдъ. Легкое притяженіе книзу за пуповину можетъ способствовать дѣйственности этого приѣма и, производимое внѣ схватокъ, можетъ благоприятствовать свертыванію послѣда и тѣмъ облегчить выжиманіе.

Если выжиманіе не удастся, и если вследствие кровотечения пужна быстрая помощь, то въ родовыя части надо ввести палецъ или руку. Но при этомъ надо соблюдать самую тщательную антисептику, предварительно надо основательно вымыть руки и дѣйствовать абсолютно чистыми руками, такъ какъ опасность зараженія велика вследствие того, что пальцы приходятъ въ непосредственное соприкосновеніе нерѣдко съ довольно большой раненой поверхностью матки.

Иногда весь послѣдъ лежитъ во влагалищѣ; тогда тремя пальцами обхватываютъ конецъ его и извлекаютъ при легкомъ поворачиваніи.

Иногда онъ лежитъ отдѣленный въ маткѣ; если шейка настолько раскрыта, что пропускаетъ нѣсколько пальцевъ, то при помощи нихъ вынимаютъ его въ то время, какъ другая рука низдавливаетъ дно матки въ тазъ.

Иногда область внутренняго маточнаго зѣва сокращается, при чемъ прощупывается плотное кольцо, слишкомъ узкое для того, чтобы пропустить послѣдъ: слѣдоват., существуетъ стриктура у *orific. int.* или у *гла* матки. *Howitz* въ 42 случаяхъ задержанія послѣда наблюдалъ 39 разъ стриктуру: причѣмъ 21 разъ она была у внутренняго зѣва, 17—у праваго угла трубы, 1—у лѣваго. Послѣдствіемъ этой стриктуры бываетъ *Incausse*

ratio placentae. Если при этомъ кровотеченіе умѣренно, то можно впрыснуть подъ кожу морфій и атропинъ (*Fränkel*) и захлороформировать женщину, а послѣ прекращенія судорожнаго сокращенія войти въ матку. Но если сильная потеря крови побуждаетъ насъ къ быстрому удаленію послѣда, то нужно растянуть кольцо у внутренняго отверстія. При этомъ надо производить растяженіе медленно и осторожно: медленно потому, что всякое механическое раздраженіе, какъ напр., проведеніе пальца, усиливаетъ сокращеніе; осторожно—потому, что при грубомъ примѣненіи силы и дряблости маточной ткани кольцо и уточненная стѣнка шейки можетъ разорваться.

Проводятъ конически сложенную руку во влагалище, доходятъ указательнымъ пальцемъ до кольца, затѣмъ выжидаютъ 2—3 минуты до прекращенія сокращенія, послѣ чего проводятъ черезъ кольцо указательный, потомъ средний палецъ и наконецъ медленно половину руки до пальцево—пястныхъ сочлененій. Если только возможно, не надо проталкивать черезъ кольцо самую объемистую часть руки, соответствующую этимъ сочлененіямъ, такъ какъ при дряблости матки, которая яменно и наблюдается въ то время, когда существуетъ лихорадочное состояніе и боль при давленіи на матку, разрывы наступаютъ легче, чѣмъ можно даже и ожидать. Такимъ образомъ, надо стараться, чтобы половиной руки достать послѣдъ при помощи сильнаго низдавливанія два матки другой рукой. Только въ томъ случаѣ, если это не удастся, и если послѣдъ еще плотно прикрѣпленъ къ маточной стѣнкѣ, нужно будетъ ввести всю руку въ полость матки.

Отдѣленіе приросшаго послѣда по *C. Braun*'у приблизительно изъ 300 случаевъ бываетъ нужно въ одномъ. При этомъ, прежде всего хлороформируютъ женщину, если она не представляетъ сильной степени малокровія, придаютъ ей продольное спинное положеніе съ разведенными бедрами и затѣмъ вводятъ во влагалище и матку половину или цѣлую руку, какъ при поворотѣ. Дойдя до послѣда, проходятъ, начиная съ нижняго его края, по границѣ между маткой и послѣдомъ. Нерѣдко здѣсь можно встрѣтить такъ назыв. фибринное кольцо. Оно тогда гораздо плотнѣе, чѣмъ стѣнка матки, причѣмъ ткань послѣда—мягка и дрябла, а маточная стѣнка—неуступчива. Если существуетъ фибринное кольцо, то отдѣленіе начинаютъ съ того мѣста, гдѣ ощущается дряблая ткань послѣда. Если проникли въ него, то отдѣляютъ его снизу вверхъ посредствомъ боковыхъ, такъ называемыхъ пилящихъ движеній концами сложенныхъ пальцевъ. Неподатливыя части стараются отщипывать двумя пальцами. Если отдѣленіе можно сдѣлать внѣ плодныхъ оболочекъ, то это имѣетъ преимущество въ томъ смыслѣ, что можно яснѣе осязать пальцами. *Hildebrandt* рекомендовалъ прежде отдѣленія послѣда вкладывать плодные оболочки въ промежутокъ между маткой и послѣдомъ для того, чтобы пальцы не приходили въ соприкосновеніе съ тканью послѣда, чтобы такимъ образомъ предотвратить инфекцію. Но инфекціи не происходитъ при хорошо дезинфицированныхъ пальцахъ и половыхъ частяхъ; а приемомъ *Hildebrandt*'а операція только затрудняется. Если весь послѣдъ отдѣлевъ, то нажимаютъ на верхнюю его часть; за нижній край его захватываютъ только въ томъ случаѣ, когда нѣтъ свободнаго мѣста.

Послѣ этого надо ощущать всю поверхность прикрѣпленія послѣда, не осталось-ли чего-нибудь, чтобы въ такомъ случаѣ удалить остальное при помощи надавливанія снаружи.

Наконецъ производится осторожно внутриматочное вытолкнваніе карболовымъ растворомъ при небольшомъ давленіи.

**Результаты.** По *Dohrn'у* въ Кюргессенѣ (1852—66) было сдѣлано 3055 послѣдовыхъ операций и послѣ того 181 = 5,9% женщинъ умерло. По *Hegar'у* въ Баденскомъ верхнемъ округѣ смертность отъ послѣдовыхъ операций до 1868 г. равнялась 7%, въ клиникѣ *C. Braun'a* (1881—85) послѣ отдѣленія послѣда = 1,9%. По Баденской статистикѣ съ 1870—88 г. на 17179 послѣдовыхъ операций смертныхъ случаевъ было 843 = 4,9%. Къ сожалѣнію изъ этихъ данныхъ, за исключеніемъ данныхъ *Braun'a*, нельзя судить ни о частотѣ одного только выжиманія и извлеченія отдѣленного послѣда, ни о частотѣ отдѣленія послѣда, а также и о результатахъ этихъ приѣмовъ.

Во всякомъ случаѣ опытъ достаточно показалъ, что введеніе пальцевъ, или даже всей руки въ послѣдовую матку, при не соблюденіи строгой антисептики и асептики, часто ведетъ къ тяжелымъ послѣдовымъ заболѣваніямъ, особенно если послѣдъ уже началъ разлагаться.

**Историческія замѣчанія.** Для ускоренія выдѣленія послѣда *Hippocrates* рекомендовалъ средства, возбуждающія чиханіе, употребленіе пищи вареной и жареной съ виномъ и масломъ. Далеѣ предлагалось сажать родильницу на *λίσσανον* или *ἀνάκλιτος δίτρος τετροπήμενος* (*sella recurvatoria perforata*), власть вышедшаго изъ половыхъ частей ребенка на мѣхи, наполненные водой и прокалывать ихъ для того, чтобы натянуть цуповину и такимъ образомъ извлечь послѣдъ. *Aspasia* рекомендовала задерживать дыханіе съ закрытымъ ртомъ и носомъ, а также предлагала чихательныя средства. *Philumenos* совѣтовалъ вынимать отдѣлившійся и лежащій въ маткѣ послѣдъ, ввести нагрѣтую и жирно смазанную руку; плотно прикрѣпленный послѣдъ онъ предлагалъ отдѣлять постепенно, но не извлекать съ насиліемъ. При закрытомъ маточномъ зѣвѣ рекомендовались вырскиванія въ матку масла и расширеніе при помощи пальцевъ. Если послѣднее не удавалось, то примѣнялись втиранія масла въ животъ, смягчительныя обертыванія живота, чихательныя средства, возбуждающіе напитки и паровыя бани, и затѣмъ поштыи возобновлялись. Если же и это не приводило къ цѣли, то выжидали, пока черезъ вѣсколько дней разложившійся и загнившій послѣдъ не выйдетъ самъ. *Moschion* при проходимости маточнаго зѣва выдѣлялъ оставшійся послѣдъ рукой, приросшій-же послѣдъ онъ оставлялъ въ маткѣ, стриктуру старался устранить при помощи вырскиваній и внутреннихъ средствъ; методъ-же *Hippokrat'a* онъ совѣтовалъ оставить. *Abulcasem* предложилъ чихательныя средства, наркотическія приварки и вырскиванія, также ручное отдѣленіе и удаленіе послѣда, а иногда оставленіе его до гниlostнаго разложенія. *Gordonius* совѣтовалъ почти то же самое.

Въ 14-мъ столѣтіи взгляды относительно терапіи начали раздѣляться: защитникомъ активнаго метода являлся *Savonarola*, а выжидательнаго — *Valescus von Taranta*.

*Ant. Gainerius*, потомъ *Euch. Rösslin* обратили вниманіе на опасность задержанія и гниlostнаго разложенія послѣда. Поэтому, послѣдній совѣтовалъ осторожное отдѣленіе и удаленіе послѣда и предупреждалъ, чтобы не произвести при этомъ выворота матки; кромѣ того онъ рекомендовалъ много наружныхъ и внутреннихъ средствъ. *Rueff* давалъ изгоняющія средства и при крѣпкомъ сращеніи совѣтовалъ провазодить отдѣленіе. *A. Paré* далъ совѣтъ быстро удалить послѣдъ и потомъ перевязать цуповину; его совѣты относительно отдѣленія — очень цѣлесообразны. До введенія выжиманія во всеобщемъ употребленіи были ручные приѣмы *Mauriceau* для удаленія послѣда. *Peu* причиною задержанія послѣда считалъ плотное сращеніе его съ маткой, сокращеніе матки въ видѣ песочныхъ часовъ и преждевременное закрытіе матки съ осумковані-



емъ. При маткѣ въ видѣ песочныхъ часовъ предлагалось ручное удаление послѣда, при осумкованіи—внутреннія средства и кровопусканіе. *De la Motte* и позднѣе *Ou'd* предостерегали отъ послѣдшаго удаленія послѣда, такъ какъ нельзя бояться быстрого закрытія маточнаго звѣа, и только въ случаѣ опасности совѣтовали помогать природѣ. Также и *Kuysch* предостерегалъ отъ искусственнаго удаленія, такъ какъ вслѣдствіе этого происходитъ выпаденіе и выворотъ матки (былъ сообщенъ одинъ случай съ ригункомъ). Напротивъ *Thom. Bartholin* совѣтовалъ въ случаѣ замедленія немедленно отдѣлять послѣдъ. *Levret* предлагалъ не смѣшивать съ удаленіемъ послѣда; онъ объясняетъ „*Placenta enkysté*“ неравномѣрнымъ сокращеніемъ матки.

*Puzos* совѣтовалъ дожидаться сокращенія матки и удалять послѣдъ, когда онъ низко спустится во влагалище. *Pugh* былъ очень рѣшителенъ; онъ предлагалъ черезъ 10 минутъ послѣ рожденія ребенка войти рукой и удалить или отдѣлать послѣдъ. *Hunter* вначалѣ держался пассивно, а затѣмъ активно. *Plenck* (1768) при кровотеченіяхъ совѣтовалъ растирать животъ, чтобы способствовать выходу послѣда. *Johnson* не смѣшивалъ съ удаленіемъ послѣда, впрочемъ онъ старался вытолкнуть его помощью осторожнаго надавливанія на матку со стороны брюшныхъ покрововъ. Приросшіи послѣдъ онъ отдѣлялъ при помощи введенной руки. Онъ также зналъ о стриктурахъ матки. *Dease* только при сильномъ кровотеченіи рекомендовалъ удалить послѣдъ, въ противномъ-же случаѣ предоставлялъ выходу его силамъ природы. *Stein* старшій далъ точныя правила относительно трудныхъ послѣдовухъ операций. *Friedl* и *Thebesius* совѣтовали быстро удалять послѣдъ, тогда какъ *Crantz*, *J. C. Gehler*, *Appun*, *Jodoc. Ehrhart*, *J. M. Aeppli* предостерегали отъ послѣдшаго удаленія и совѣтовали его только при кровотеченіи. *Zeller* предлагалъ въ случаѣ задержанія послѣда черезъ 2 часа удалять его, введя всю руку. *Stark* предложилъ ложку для послѣда.

Такъ назыв. Дублинскій методъ, состоящій въ томъ, что при выходѣ плода накладываютъ руки на дно матки и продолжаютъ надавливать до выдѣленія послѣда, впервые былъ преподанъ *Ch. White'*омъ и *Jos. Clarke'*омъ, а въ 1861 г. снова рекомендовалъ *Spiegelberg'*омъ.

Въ 19-мъ столѣтіи продолжался старый споръ относительно выжидательной и активной терапіи. *Wigand*, вообще, высказывался за выжидательный методъ, тогда какъ другіе, напр. *Riecke*, выставляли опасность его.

Ученіе о веденіи послѣдоваго періода посредствомъ систематическаго выжиманія послѣда вслѣдъ за выходомъ ребенка,—что было предложено *Credé* (1853)—получило съ тѣхъ поръ новый импульсъ. Большое преимущество метода *Credé* состоитъ въ томъ, что при немъ дѣйствуетъ *Vis a tergo* со стороны брюшныхъ стѣнокъ; при этомъ устраняется или ограничивается опасность инфекціи, которая зависѣла отъ общеупотребительнаго прежде извѣщенія послѣда помощью руки.

Въ послѣднее десятилѣтіе снова были произведены по предложенію *Dohrn'*а (1880) наблюденія относительно физиологическаго отдѣленія послѣда, причемъ *Schröder* нашелъ, что верхняя часть матки прежде всего изгоняетъ послѣдъ въ растянутую шейку и затѣмъ совершенно выталкиваетъ его. По *Schröder'*у, слѣдуетъ выждать тотъ стадій когда верхняя часть матки опорожнится, и затѣмъ надавить снаружи матку въ тазъ (выжидательно-активный методъ).

Въ спорѣ относительно момента, удобнаго для надавливанія снаружи, кромѣ *Dohrn'*а особое участіе принимали *Kabiersce*, *Ahlfel*, *v. Campe*, *Schröder*, *Cohn* и др.

Въ заключеніе надо еще упомянуть о старомъ способѣ Японцевъ. Японецъ *Kangawa* (1765) согласно съ *Mijake* предлагалъ для удаленія послѣда мать не животъ, а спину для того, чтобы послѣдъ не сократился и не увлекъ обратно въ животъ перерѣзанную пуповину. При задержаніи послѣда надо положить женщину на спину и на высокія подушки и при слабомъ пульсѣ сосудовъ (*aorta abdominalis*) дать сначала *Pupalia geniculata* или *Aconitum variegatum* и, если черезъ 2 часа послѣ этого пульсъ будетъ сильнѣе, завязать послѣдъ. Въ другомъ мѣстѣ также рекомендуется при слабомъ пульсѣ, прежде, чѣмъ доставать послѣдъ, дать *Panax* или *Aconit*, иначе можно навѣрное потерять больную. Методъ удаленія послѣда настолько трудно поддается описанію, что

его надо прямо показывать ученику. Если еще прибавить, что 40—50% женщин умерло вследствие невыведения послѣда, то это проливает сомнительный свѣтъ на методы веденія послѣдоваго періода, употреблявшіеся раньше у японцевъ.

## 2. Удаленіе остатковъ послѣда.

**Предварительныя замѣчанія.** Задержаніе материнскихъ или плодныхъ оболочекъ или остатковъ послѣда въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени послѣ выкидыша, преждевременныхъ или срочныхъ родовъ, въ большинствѣ случаевъ проходитъ безъ реакціи. Эти остатки выходятъ въ послѣдствіи или небольшими частями вмѣстѣ съ лохіями, или цѣликомъ иногда черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, не вызывая никакихъ явленій, кромѣ небольшого кровотеченія. Наоборотъ, въ другихъ случаяхъ оставшіяся части поддерживаютъ кровотеченіе, а въ случаѣ инфекции ихъ, производятъ гнилостныя лохіи, лихорадку, эндометритъ, параметритъ, пельвеоперитонитъ или тяжелую пізмическую, септическую или сапрэмическую лихорадку. Если маточное изслѣдованіе дѣлается часто и пальцами сомнительной чистоты, или если части оболочекъ спускаются изъ матки во влагалище такъ, что бактеріи по оболочкамъ могутъ проникнуть изъ влагалища въ матку, то опасность зараженія гораздо больше, чѣмъ при обратныхъ условіяхъ. Но даже и въ послѣднемъ случаѣ не исключается послѣродовое заболѣваніе, такъ что съ положительностью можно сказать, что задержаніе остатковъ послѣда представляетъ для родильницы не неизбѣжную, но неоспоримую опасность.

**Показанія.** Мы думаемъ, что необходимо по возможности рано удалять всѣ оставшіяся части послѣда, какъ только извѣстные клиническіе симптомы указываютъ съ большою вѣроятностью на ихъ присутствіе въ полости матки, или если эти остатки прощупываются въ ней.

**Производство операціи.** Если женщина только что разрѣшилась отъ бремени, и въ маткѣ осталась большая часть ворсистой оболочки, то послѣ основательнаго промыванія влагалища карболовымъ растворомъ, захватываютъ эту часть и безъ насилія притягиваютъ къ себѣ. Если при этомъ оказывается серьезное противодѣйствіе, то вводятъ въ матку 1—2 пальца и стараются отдавить и извлечь оболочку. Можно облегчить себѣ этотъ пріемъ, притягивая влагалищный конецъ оболочки полными щипцами.

Если изъ осмотра послѣда окажется, что недостаетъ части послѣда или прибавочнаго послѣда, сосуды котораго оторвались, то надо тотчасъ войти пальцами и отдѣлить оставшуюся часть, затѣмъ сдѣлать внутриматочное выволакиваніе.

Если послѣ недавно происшедшаго выкидыша задержались части послѣда или отпадающей оболочки, то всего лучше удалить ихъ. При достаточно раскрытой маточной шейкѣ это производится пальцемъ подъ наркозомъ; при плохо раскрытой маточной шейкѣ—въ положеніи *Sims'a* помощью кюретки *Recamier'a*. Но въ томъ и другомъ случаѣ раньше и послѣ удаленія задержавшихся частей производится антисептическое внутриматочное выволакиваніе и, вообще, соблюдается строжайшая антисептика

Большая осторожность нужна при удаленіи частей послѣда во время родильнаго періода послѣ наступившаго истеченія лохій и особенно, если каналъ шейки—узокъ и отдѣленія—гнилостны: понятно, что всякое вмѣшательство, даже введеніе въ матку одного только пальца, производитъ болѣе или менѣе значительные надрывы, которые, будучи инфицированы бактеріями, находящимися въ большомъ количествѣ въ лохіяхъ, могутъ сдѣлаться источникомъ тяжелой родильной горячки. Поэтому, вмѣшательство можетъ быть вреднѣе, чѣмъ одно только выжиданіе при ежедневныхъ влагалищныхъ спринцеваніяхъ.

Въ частной практикѣ, можетъ быть, лучше всего будетъ во время родильнаго періода послѣ тщательнаго спринцеванія влагалища осторожно извлечь части оболочекъ, торчащія изъ отверстія матки,—но не входитъ въ матку,—кромѣ того, давать спорыню, 2—3 раза ежедневно спринцевать влагалище и строго наблюдать за родильницей. Если появляется лихорадка, то производятъ обильное маточное спринцеваніе.

Но если дѣло идетъ о родильницахъ съ остатками выкидыша или частями послѣда послѣ родовъ болѣе позднихъ мѣсяцевъ беременности, то задержанныя части надо удалить, войдя въ матку, но только при соблюденіи строжайшей антисептики, и чѣмъ раньше, тѣмъ лучше. Если шейный каналъ пропускаетъ палецъ, то помощью его пытаются отдавить оставшіяся части и затѣмъ вытолскаваютъ полость матки. Если каналъ шейки непроходимъ, то производятъ выскабливаніе кюреткой въ положеніи *Sims'a* (*C. Braun* въ послѣднее время дѣлалъ это также послѣ срочныхъ родовъ), потомъ вытираютъ эндометрій крѣпкимъ растворомъ карболовой кислоты (при помощи шариковъ ваты и полициныхъ щипцовъ) и вкладываютъ въ матку іодоформныя палочки.

Но если существуютъ выраженные симптомы параметрита или пельвео-перитонита, то, въ виду опасности оперативнаго вмѣшательства, можно удовольствоваться однократнымъ маточнымъ спринцеваніемъ и ежедневными влагалищными спринцеваніями, а воспаленіе лѣчится по извѣстнымъ правиламъ.

Кровоточащія планцентарныя полипы лучше всего удалить тотчасъ послѣ появленія кровоточенія: сначала спринцуютъ влагалище, вводятъ указательный или средній палецъ въ спинномъ или боковомъ положеніи женщины до основанія полипа и надавливаютъ на него въ то время, когда свободная рука сильно низводитъ матку въ тазъ, извлекаютъ полипъ пальцемъ или щипцами, прополаскиваютъ матку, а при сильномъ кровоточеніи тампонируютъ іодоформной марлей.

Результаты терапіи задержавшихся частей послѣда—очень различны, смотря по тому, примѣнялась-ли она при выкидышѣ, преждевременныхъ или срочныхъ родахъ, при большихъ или малыхъ остаткахъ, при задержаніи отпадающей и ворсистой оболочекъ или долей послѣда; результаты мѣняются смотря по времени, протекшему послѣ родовъ, по свойству оставшихся частей и по примѣненному лѣченію. До сихъ поръ еще нѣтъ достаточно большой статистики съ обращеніемъ вниманія на эти отдѣльные пункты; поэтому, я и не могъ вывести никакихъ результатовъ по имѣющимся статистическимъ даннымъ.

## О П Е Ч А Т К И.

<i>Напечатано:</i>	<i>Слѣдуетъ читать:</i>	<i>Стран.</i>	<i>Строка.</i>
л я	для	12	21 сверху
см.	см.,	26	1 снизу
Smellie-Veit'a	Smellie-Veit'a	115	14 "
промеж-но	промежно	135	23 "
родовъ	родовъ,	144	3 сверху
фигуру )	фигуру ) (.	180	21 снизу
канала	канала,	203	18 сверху
щипцовъ,	пинцетовъ,	207	8 "
Hysterectomia	Hysterectomia,	235	4 "
родильницы	родильницы	239	9 "





# АКУШЕРСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ.

Наставленіе для врачей, студентовъ и  
повивальныхъ бабокъ.

Съ 5 рисунками.

Профессора *Бреде* и Профессора *Леопольда*  
въ Лейпцигѣ.                      въ Дрезденѣ.

ПЕРЕВОДЪ СЪ НѢМЕЦКАГО  
ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ И СЪ ПРЕДИСЛОВІЕМЪ  
Профессора *А. М. Макъева*.

*Изданіе А. А. Карцева.*



Москва—1893.

Доволено цензурою. Москва, 20 февраля 1893 г.

Типо-Литографія Д. А. Бончъ-Бруевича, Мясницкая, Козловскій пер.,  
домъ Прянишникова.

## ПРЕДИСЛОВІЕ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что при настоящемъ состояніи Акушерства наружное изслѣдованіе составляетъ самый надежный и безопасный способъ изслѣдованія каждой беременной женщины. При помощи наружнаго внимательнаго изслѣдованія опредѣляются со всею точностью не только правильныя и неправильныя положенія плода, но также и позиціи плода, что совершенно удовлетворяетъ какъ начинающаго практически изучать акушерство, такъ и всякаго практическаго врача и опытную акушерку. Что касается внутренняго изслѣдованія, то оно должно служить только осторожнымъ дополненіемъ въ случаѣ крайней необходимости. Осторожнымъ — потому, что при недостаточномъ вниманіи къ возможной чистотѣ рукъ изслѣдующаго, легко вносятся заразныя начала въ половыя пути женщины, бывшей до изслѣдованія вполне здоровой. Имѣя это въ виду, я счелъ полезнымъ издать въ русскомъ переводѣ брошюру «Акушерское изслѣдованіе», составленную Креде и Леопольдомъ, въ которой такъ наглядно при объяснительныхъ рисункахъ изложены приемы, необходимыя для точнаго наружнаго изслѣдованія, а вмѣстѣ съ этимъ и вполне современныя правила антисептики.

Переводъ принадлежитъ ассистенту клиники Н. И. Побѣдинскому подѣ моею редакціей съ нѣкоторыми примѣчаніями при текстѣ.

Профессоръ *А. Макъевъ.*

## ПРЕДИСЛОВІЕ.

Эта брошюра представляетъ изъ себя извлеченіе изъ пятого изданія учебника акушерства для повивальныхъ бабокъ, составленнаго нами по порученію министерства внутреннихъ дѣлъ королевства Саксонскаго.

Для того, чтобы по возможности болѣе распространить новѣйшія свѣдѣнія относительно предупрежденія родильной горячки, мы нашли цѣлесообразнымъ взять изъ упомянутаго учебника двѣ современныхъ и существенно важныхъ главы, которыя заключаютъ въ себѣ наружное изслѣдованіе и правила дезинфекціи, и выпустить ихъ отдѣльной книжкой подъ заглавіемъ: Акушерское изслѣдованіе.

Въ этой брошюрѣ наружному изслѣдованію отдается особое предпочтеніе, которое по праву и принадлежитъ ему, такъ какъ при немъ роженица никогда не подвергается зараженію; такимъ образомъ наружное изслѣдованіе, которое до сего времени, къ сожалѣнію, было совсѣмъ забыто, возводится на надлежащее мѣсто.

Текстъ главнымъ образомъ уже былъ готовъ въ то время, когда профессоръ *Credé* скончался.

Онъ просилъ меня позаботиться о дальнѣйшемъ изданіи этой книжки.

Между тѣмъ появилось нѣсколько критическихъ статей, которыя высказались объ учебникѣ въ благопріятномъ смыслѣ. Я постарался по возможности исправить тѣ недостатки, которые были указаны ими.

Прежнее изображеніе третьяго приема было замѣнено двумя новыми болѣе наглядными рисунками; кромѣ того, вездѣ плодъ очерченъ красной линіей.

Желательно, чтобы и эта брошюра въ своемъ новомъ видѣ была встрѣчена такъ же дружелюбно и съ тѣмъ же сочувствіемъ.

Дрезденъ. Апрѣль 1892.

*Леопольдъ.*



## § 1.

Акушерское изслѣдованіе составляетъ очень важный отдѣлъ акушерства. Только при помощи продолжительнаго и неутомимаго упражненія можно приобрести надлежащую опытность и увѣренность въ изслѣдованіи. Если изслѣдованіе производится осторожно, точно и съ соблюденіемъ строжайшей чистоты, то женщинѣ приносится большая польза; но огромный вредъ для нея будетъ отъ изслѣдованія, производимаго бѣгло, грубо, неосторожно и нечистыми руками.

При изслѣдованіи надо соблюдать слѣдующія общія правила:

1. До изслѣдованія надо позаботиться объ опорожненіи мочевого пузыря и прямой кишки.

2. При первомъ-же изслѣдованіи надо постараться, какъ слѣдуетъ, опредѣлить все, что необходимо знать. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда повивальной бабкѣ что-нибудь неясно, она должна пригласить акушера.

3. При изслѣдованіи отдѣльныхъ частей рекомендуется соблюдать извѣстную послѣдовательность, какъ это будетъ показано ниже, для того, чтобы не пропустить или не забыть чего-нибудь.

4. По возможности надо щадить стыдливость женщины. Безъ необходимости не должно обнажать ни одной части ея тѣла. Кромѣ того, надо удалить лишнихъ зрителей, слѣдуетъ соблюдать во всѣхъ отношеніяхъ приличіе и не сообщать вслухъ результатовъ своего изслѣдованія.

5. Надо научиться изслѣдовать лѣвой рукой точно такъ-же, какъ правой.

6. Руки изслѣдующаго должны быть мягкія, теплыя, чистыя и сухія; поэтому акушерки не должны заниматься никакими тяжелыми работами, отъ которыхъ руки загрязняются, становятся жесткими и мозолистыми, вслѣдствіе чего чувство осязанія притупляется. Для смягченія жесткихъ рукъ лучше всего дѣлать теплыя ручныя ванны и старательно мыть ихъ теплой водой съ мыломъ. Для мытья и чистки рукъ рекомендуется также употреблять мелкій бѣлый песокъ.

7. Кромѣ изслѣдованія беременную или роженицу надо спросить объ имени, лѣтахъ, званіи, вѣроисповѣданіи, семействѣ,

прежнемъ состояніи здоровья, особенно о болѣзняхъ, бывшихъ въ дѣтскомъ возрастѣ, а также о времени, когда она начала ходить, о регулахъ и о теченіи прежнихъ родовъ.

Изслѣдованіе производятъ всегда въ лежачемъ положеніи женщины, на обыкновенной кушеткѣ, набитой волосомъ. Только подъ голову кладется небольшая клинообразная подушка, все же остальное тѣло должно лежать совершенно горизонтально. Весьма цѣлесообразно при изслѣдованіи закрывать лицо женщины чистымъ, тонкимъ полотнянымъ платкомъ (около 80 кв. сант.). Особенно это бываетъ необходимо, если тутъ-же стоятъ ничѣмъ незанятые ученики или ученицы.

Кушетка должна стоять въ комнатѣ свободно для того, чтобы со всѣхъ сторонъ удобно можно было подойти къ ней.

Изслѣдованіе распадается на наружное и внутреннее.

## § 2.

### Наружное изслѣдованіе

производится помощью осмотра, выслушиванія и ощупыванія.

При осмотрѣ обращаютъ вниманіе на общее тѣлосложеніе женщины, представляется-ли оно дѣйствительно женскимъ, не существуетъ-ли искривленій, <sup>1)</sup> нѣтъ-ли какой нибудь ненормальности въ походкѣ, не указываетъ-ли выраженіе лица на болѣзненное состояніе, а также надо обращать вниманіе на общее питаніе <sup>2)</sup>.

Затѣмъ осматриваютъ и ощупываютъ обѣ грудныя железы и опредѣляютъ, велики-ли онѣ, малы или средняго размѣра, вялой консистенціи и отвислы, или плотны и выпуклы, содержится-ли молоко въ ихъ млечныхъ протокахъ, не видать-ли большихъ просвѣчивающихъ венъ, хорошо-ли выражены грудные соски, есть-ли въ нихъ измѣненія, свойственныя беременности, и нѣтъ-ли въ кожѣ, покрывающей соски, наклонности къ образованію трещинъ.

Послѣ этого переходятъ къ изслѣдованію живота. Вслѣдъ за тѣмъ, какъ платье будетъ развязано и спущено книзу, а рубашка поднята кверху, цѣлесообразно раньше ощупыванія произ-

<sup>1)</sup> Нѣтъ-ли искривленій позвоночнаго столба, такъ какъ они могутъ служить указаніемъ на узкій тазъ. *Ред.*

<sup>2)</sup> Слѣдуетъ также измѣрить ростъ беременной или роженицы. *Ред.*

вести осмотръ. Уже во время одного только осмотра въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ явиться мысль объ узкомъ тазѣ (выпячивающійся и отвислый животъ, сильно растянутая матка и особенно у первородящихъ матка, имѣющая видъ 8). Далѣе осмотръ необходимъ для того, чтобы узнать то, чего нельзя опредѣлить посредствомъ ощупыванія, какъ напр., бѣловатые или красноватые рубцы на кожѣ живота и бедеръ; кромѣ того, при осмотрѣ опредѣляются поврежденія, раны, нарывы, опухоли, наросты <sup>1)</sup>. Затѣмъ животъ закрывается рубашкой и изслѣдующій, нагрѣвъ предварительно обѣ руки, кладетъ ихъ ладонною поверхностью на покровы живота осторожно, но плотно; такимъ образомъ можно лучше опредѣлить объемъ и напряженность живота, величину, форму, консистенцію и подвижность беременной матки, а также количество околоплодныхъ водъ. Осторожно надавливая на животъ обѣими руками съ противоположныхъ сторонъ или слегка поколачивая, стараются ощупать отдѣльныя части плода, его величину, положеніе, позицію, движеніе и подвижность.

Для точности и полноты изслѣдованія примѣняются въ указанномъ здѣсь порядкѣ слѣдующіе четыре очень надежныхъ приема. Каждый изъ четырехъ наружныхъ приемовъ производится обѣими руками, которыя и кладутся всею ладонною поверхностью. При этомъ пальцы то складываются вмѣстѣ, если нужно произвести равномерное, осторожное, но сильное давленіе на животъ и его содержимое или яснѣе ограничить послѣднее, то раздвигаются врозь, по возможности больше, если при ихъ помощи нужно нажать или обособить одну только какую-либо часть, находящуюся въ животѣ. При трехъ первыхъ приемахъ надо помѣститься съ боку женщины такъ, чтобы лицо ея было обращено къ изслѣдующему.

Третій приемъ. Раздвигаютъ пальцы правой или лѣвой руки, какъ можно больше, врозь и обхватываютъ большимъ пальцемъ и концомъ средняго пальца предлежащую часть плода надъ тазовымъ входомъ (фиг. 3). Для того, чтобы у первородящихъ лучше обхватить плотно-стоящую во входѣ въ тазъ головку, направляютъ концы большого и средняго пальцевъ къ полости таза (фиг. 3), для захватыванія-же высоко стоящей головки у много-родящихъ руку и концы пальцевъ держатъ болѣе горизонтально (фиг. 4).

Для облегченія этого приема у много-родящихъ другою рукою, лежащею на днѣ матки, надавливаютъ на предлежащую часть.

<sup>1)</sup> Обращаютъ вниманіе на пигментацию бѣлой линіи, такъ какъ она служитъ однимъ изъ признаковъ беременности. *Ред.*

Если эта часть тверда и имѣетъ круглую форму, то это можетъ быть только головка; ее можно обхватить, какъ твердый шаръ, и двигать туда и сюда. Тазовая часть плода—болѣе мягкой консистенціи и не такъ ровна. Если несомнѣнно, что предлежащая головка или ягодицы живого ребенка чѣмъ-то закрыты, прощупываются не ясно и гораздо мягче, чѣмъ это бываетъ обыкновенно, то надо думать, что въ нижнемъ отрѣзкѣ матки лежитъ послѣдъ. Когда предлежащей части нѣтъ, то надо отыскивать головку въ боковой сторонѣ матки. Это почти всегда удается, если пальцами одной руки осторожно производить короткіе удары по маткѣ. При этомъ головка дѣлаетъ небольшія прыгающія движенія.

Этотъ третій приемъ имѣетъ особенно важное значеніе во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда предлежащая часть плода—головка или ягодицы—находятся еще высоко во входѣ или надъ входомъ въ тазъ. Но если предлежащая часть находится уже въ полости или выходѣ таза—какъ это часто бываетъ у первородящихъ въ послѣднія недѣли беременности или въ позднѣйшемъ періодѣ родовъ—то примѣняется четвертый приемъ.

Для этого лучше всего стать сбоку постели такъ, чтобы къ лицу роженицы была обращена спина. Концами пальцевъ обѣихъ рукъ медленно и осторожно надавливаютъ глубоко по сторонамъ таза. Если напряженіе брюшныхъ покрововъ препятствуетъ прониканію концевъ пальцевъ, то оно можетъ быть значительно уменьшено тѣмъ, что бедра роженицы приподнимаются кверху, пятки приближаются другъ къ другу, а колѣни немного разводятся. При низко стоящей головкѣ ясно прощупывается, что плотная круглая часть плода вполне вступила въ тазъ, и можно хорошо отличить болѣе выдающуюся впередъ лобную часть головки въ одной сторонѣ отъ болѣе плоской затылочной части въ противоположной сторонѣ (фиг. 5). Эти четыре наружныхъ приема можно съ большой пользой комбинировать между собой различнымъ образомъ.

Затѣмъ производится наружное изслѣдованіе таза. Для этой цѣли концы пальцевъ обѣихъ рукъ проводятъ по обѣимъ сторонамъ крестцовой области и опредѣляютъ здѣсь изгибъ, выпуклость и ширину крестцовой кости, а также направленіе и подвижность кончика для того, чтобы судить о наклоненіи и кривизнѣ таза. Отсюда проводятъ руки по гребешкамъ подвздошныхъ костей кпереди до подвздошныхъ остей: разстояніе между послѣдними указываетъ на поперечный размѣръ большого таза. Если можно достать до обѣихъ переднихъ подвздошныхъ остей большимъ



пальцемъ и мизинцемъ одной руки, растянувъ ее, то значить, тазъ сильно суженъ <sup>1)</sup>).

Кромѣ того, надо обратить вниманіе на ширину, выпуклость и направленіе лопныхъ костей и наконецъ на ноги: не искривлены ли онѣ, не отечны ли и нѣтъ ли на нихъ венозныхъ узловъ.

Для выслушиванія необходима полнѣйшая тишина вокругъ. Выслушивающій помѣщается—по возможности—въ неприужденномъ положеніи, на колѣняхъ или нагнувшись, и приставляетъ свое ухо или лучше стетоскопъ плотно къ животу беременной женщины, который покрывается чистымъ полотенцемъ; выслушивание производится въ различныхъ мѣстахъ матки. Выслушиваемые шумы или исходятъ отъ плода, или принадлежать самой беременной. Шумы, исходящіе отъ плода:

- 1) сердечные тоны плода;
- 2) шумы, происходящіе отъ движенія плода, и
- 3) шумъ пуповины.

Сердечные тоны плода слышны обыкновенно яснѣе всего тамъ, гдѣ спинка плода прилежитъ къ беременной маткѣ <sup>2)</sup>). Они похожи на тикъ-такъ карманныхъ часовъ, и въ минуту число ихъ равняется 130—140 ударамъ, слѣдовательно, они почти вдвое чаще, чѣмъ у здороваго взрослого человѣка <sup>3)</sup>). Во время движенія плода сердце его работаетъ немного чаще. Для того, чтобы лучше найти сердечные тоны плода и яснѣе услышать ихъ, рекомендуется, по возможности, сильно придавить спинку плода къ брюшнымъ покровамъ, положивъ ладонную поверхность руки со стороны, противоположной спинкѣ плода, и тогда производить выслушивание.

Шумъ, производимый движеніями плода, похожъ на легкіе удары, какъ еслибы кто нибудь осторожно стучалъ въ дверь; такъ какъ этотъ шумъ происходитъ отъ толчковъ плода въ стѣнку матки, то онъ лучше всего выслушивается тамъ, гдѣ лежатъ ножки плода.

Шумъ пуповины—тихий, дующій и такъ же частъ, какъ и сердечные тоны плода. Онъ происходитъ отъ обвитія и легкаго

---

<sup>1)</sup> Для сужденія объ узости таза слѣдуетъ всегда какъ у первородящихъ, такъ и у многородящихъ, производить измѣреніе таза при помощи тазомѣра. Измѣряются: 1) разстояніе между *spinae ant. sup. oss. il.* = въ нормальномъ тазу 26 см.; 2) — разстояніе между *cristae os. il.* = 29 см.; 3) разстояніе между вертелами =  $31\frac{1}{2}$ ; 4) наружная конъюгата =  $20\frac{1}{2}$ , а также и 5) разстояніе между внутренними краями сѣдалищныхъ костей = 11 см. *Ред.*

<sup>2)</sup> При предлежаніяхъ же личикомъ сердечные тоны плода выслушиваются тамъ, гдѣ грудная кѣтка его прилежитъ къ стѣнкѣ матки. *Ред.*

<sup>3)</sup> Отличительная особенность сердечныхъ тоновъ плода та, что они двойные и не совпадаютъ съ пульсомъ матери. *Ред.*

прижатія пуповины. Шумъ этотъ выслушивается рѣдко и обыкновенно на той сторонѣ, гдѣ прилежить спинка плода.

Шумы, принадлежаціе беременной женщинѣ, не имѣютъ большого значенія и ихъ легко можно отличить. Сюда относятся:

1) Шумъ большихъ маточныхъ сосудовъ, происходящій отъ движенія въ нихъ крови. Онъ представляетъ изъ себя порывистый—то сильный, то слабый—свистящій или жужжащій шумъ и совпадаетъ съ пульсомъ лучевой артеріи беременной женщины. Обыкновенно онъ слышенъ на одной или на обѣихъ сторонахъ паховой области у шейки матки, если придавлены лежащія здѣсь большіе сосуды. Но часто этотъ шумъ вовсе не выслушивается.

2) Біеніе большихъ артерій въ животѣ беременной; это—равномѣрные, глухіе толчки, совпадающіе съ пульсаціей лучевой артеріи женщины. Такое біеніе также не всегда бываетъ слышно.

3) Шумъ въ кишкахъ беременной женщины похожъ на урчаніе или шопоть; происходитъ отъ движенія воздуха, скопившагося въ кишечномъ каналѣ.

Наружное изслѣдованіе всегда цѣлесообразнѣе производить вѣ схватки. Въ теченіе родовъ его слѣдуетъ чаще повторять, такъ какъ по немъ заключаютъ, насколько поступательное движеніе предлежащей части въ тазу соотвѣтствуетъ силѣ и частотѣ схватокъ. По наружному изслѣдованію опредѣляютъ чрезмѣрное наполненіе мочевого пузыря и также угрожающія явленія: такимъ образомъ, обращаютъ вниманіе на контракціонное кольцо, которое появляется послѣ продолжительныхъ и частыхъ схватокъ, и постепенно поднимается выше, или на сильное болѣзненное напряженіе круглыхъ маточныхъ связокъ, которыя можно прощупать вѣ схватки въ видѣ толстыхъ чувствительныхъ тяжей съ обѣихъ сторонъ мочевого пузыря.

### § 3.

## Внутреннее изслѣдованіе.

При внутреннемъ изслѣдованіи надо опредѣлить стороны влагалища состояніе мягкихъ частей таза, внутреннія стѣнки таза, положеніе, членорасположеніе, позицію и состояніе плода <sup>1)</sup>, а также тѣ части яйца, которыя можно прощупать.

<sup>1)</sup> При головныхъ предлежаніяхъ въ случаѣ узкаго таза должно обращать вниманіе на конфигурацію головки во время родовъ. *Ред.*

Фиг. 1.



Первый приём.—Концы пальцев обхватить руку, сближаются друг съ другомъ и ладонныя поверхности ихъ помѣщаются поперечно на брюшныя покровы женщины. Загнѣвъ, положивъ симметрично обѣ руки, осторожно проводить ихъ къверху по маткѣ до dna ея и опредѣляютъ положение ея по отношению къ пупку и подложечной ямкѣ. Этотъ приёмомъ опредѣляютъ также продольное или поперечное положение ребенка, находится-ли въ днѣ матки головка или ягодицы, величину влода и срокъ беременности.



Фиг. 2.



Второй приемъ.—Обѣ руки, положенныя продольно, проводятся отъ подложечной впадины по боковымъ сторонамъ живота и помѣщаются ладонною поверхностью на боковыя стѣнки матки. Одной рукой ощущиваются мелкия части, а другой большую, длинную часть, соответствующую спинкѣ плода. При этомъ приемѣ определѣне спинки плода облегчается тѣмъ, что кладутъ ладонь одной руки на среднюю живота и осторожно низдавливаютъ матку кзади. Такимъ образомъ отгбс-няютъ околоплодную воду къ одной сторонѣ, а спинку плода—къ другой, ближе къ брюшнымъ покровамъ; и тогда другой рукой очень легко можно опунать спинку плода.



Фиг. 3.



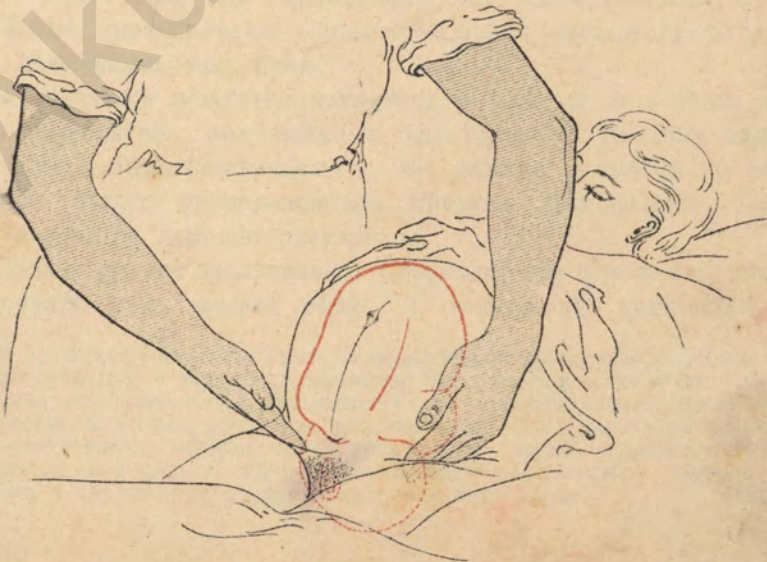
Третій приємъ.—Первородящая.—Головка во входѣ въ тазъ.

Фиг. 4.



Третій прийом.—Многородящая.—Головка стоит во входѣ.

Фиг. 5.



Четвертый приемъ.

Передъ **каждымъ** внутреннимъ изслѣдованіемъ беременной или роженицы изслѣдующій долженъ дезинфицировать себя по общепринятымъ правиламъ.

Если онъ не произведетъ дезинфекціи или произведетъ ее не по правиламъ, то онъ совершаетъ проступокъ по отношенію къ здоровью и жизни изслѣдуемой имъ женщины и, кромѣ того, въ случаѣ тяжелаго заболѣванія или смерти родильницы подвергается опасности быть вызваннымъ въ судъ для надлежащаго объясненія.

## § 4.

### Правила дезинфекціи:

#### а) Предварительныя замѣчанія.

1) Беременные, роженицы и родильницы могутъ быть заражены чрезвычайно скоро, посредствомъ однократнаго внутреннего изслѣдованія, послѣ чего онѣ **смертельно** заболѣваютъ.

2) Переносъ заразнаго вещества почти всегда совершается пальцемъ изслѣдующаго, но можетъ также послѣдовать отъ нечистаго инструмента, подстилки, бѣлья и т. п. <sup>1)</sup>.

3) Руки представляютъ изъ себя самый драгоценный инструментъ. Поэтому каждый акушеръ и каждая акушерка должны прилагать особое стараніе къ уходу и улучшенію своихъ рукъ и ногтей; прикасаться къ не вполне чистымъ предметамъ или частямъ тѣла они могутъ только въ томъ случаѣ, если это безусловно необходимо для блага ребенка. Всякое ненужное прикосновеніе—вредно, и послѣ него всегда слѣдуетъ снова дезинфицировать руки.

4) Заразное вещество находится вездѣ, и опасность заражения существуетъ при всякомъ изслѣдованіи. Поэтому никогда не слѣдуетъ быть довѣрчивымъ, но должно всегда и во всѣхъ случаяхъ строго придерживаться правилъ дезинфекціи. Только тогда получатся хорошіе результаты.

5) Внутреннее изслѣдованіе у беременныхъ и роженицъ нужно производить какъ можно рѣже, и только въ тѣхъ случаяхъ,

<sup>1)</sup> Лучше всего никогда не пользоваться тѣми инструментами и вещами, которые употреблялись у заразныхъ больныхъ. Въ противномъ случаѣ такіе инструменты слѣдуетъ прокипятить въ продолженіи часа въ особомъ предназначенномъ для этого сосудѣ, а затѣмъ, вычистивъ ихъ, положить въ 5% карболовый растворъ. Тѣ-же инструменты, которые нельзя прокипятить, послѣ основательной чистки помѣщаются на 2 часа въ 5% карболовый растворъ, а затѣмъ хорошо высушиваются и помѣщаются въ назначенное для нихъ мѣсто.



когда наружное изслѣдованіе не даетъ нужныхъ удовлетворительныхъ результатовъ.

6) Наоборотъ наружное изслѣдованіе слѣдуетъ производить — по возможности — чаще. Прежде всего надо очень часто вслушиваться сердцебіеніе плода.

7) Въ первые девять дней родильнаго періода никогда не слѣдуетъ дѣлать внутренняго изслѣдованія здоровыхъ родильницъ. Акушеркамъ строжайшимъ образомъ слѣдуетъ запретить внутреннее изслѣдованіе больныхъ родильницъ.

8) Надо добросовѣстно выполнять правила дезинфекціи не только передъ внутреннимъ изслѣдованіемъ и во время его, но и во все теченіе родовъ.

#### б) Особья замѣчанія.

9) Одежда акушерки во время родовъ должна состоять изъ чисто вымытаго платья съ короткими рукавами и изъ большого бѣлаго фаргука съ нагрудникомъ или изъ бѣлаго полотнянаго халата съ короткими рукавами.

10) Ногти изслѣдующаго на всѣхъ пальцахъ, а не на одномъ указательномъ, должны быть коротко острижены. Никогда не слѣдуетъ производить внутренняго изслѣдованія, если на пальцахъ есть пораненія, бородавки, воспалительныя состоянія и нарывы; кольца на пальцахъ должны быть сняты.

11) При всякихъ родахъ акушерка, если возможно, должна приготовить три умывальныхъ таза. Одинъ — съ теплой водой для мытья своихъ рукъ; въ другомъ тазу готовится 5% растворъ карболовой кислоты такимъ образомъ, что въ одинъ литръ теплой чистой воды вливается 50 граммъ (т. е. 10 чайныхъ ложекъ или два раза по 25 дѣлений стеклянной мензурки) совершенно жидкой карболовой кислоты, которая старательно размѣшивается <sup>1)</sup>.

Если къ половинѣ этого 5% раствора прибавить еще столько же воды, то получимъ 2½% растворъ, которымъ послѣ тщательнаго очищенія наружныхъ половыхъ частей производится вытираніе и обмываніе послѣднихъ.

12) Передъ внутреннимъ изслѣдованіемъ беременной или роженицы слѣдуетъ прежде всего согласно правиламъ произвести дезинфекцію.

Для этой цѣли акушерка должна основательно въ ваннѣ вымыть съ мыломъ все тѣло женщины, затѣмъ коротко обстричь

1) Въ 5% карболовый растворъ кладутъ маточный, клистирный наконечникъ, катетеръ и другіе инструменты, которые могутъ понадобиться при родахъ.  
*Ред.*



волосы на лобкѣ, намылить и вычистить мягкой щеткой съ теплой водой въ продолженіи 5 минутъ (по часамъ) наружныя половыя части и всю область, находящуюся около нихъ (лобокъ, верхнюю часть бедеръ, заднепроходную область и ягодицы), а также и складки между большими и малыми половыми губами; послѣ этого нужно ихъ вытереть, а потомъ обмыть  $2\frac{1}{2}\%$  растворомъ карболовой кислоты <sup>1)</sup> въ продолженіи 3 минутъ (по часамъ) и наконецъ надѣть на женщину чистое бѣлье. Эту наружную дезинфекцію половыхъ частей надо повторять часто втеченіе долго-продолжающихся родовъ и не рѣже, какъ черезъ каждые 3 часа.

Послѣ такой дезинфекціи роженицы акушерка должна основательно вычистить свои руки. <sup>2)</sup>

13) Это дѣлается слѣдующимъ образомъ:

1. Прежде всего надо удалить грязь изъ-подъ ногтей при помощи ногтечистки, которую акушерка должна постоянно носить съ собою въ сумкѣ.

2. Затѣмъ руки, особенно ногти и между пальцами, а также предплечія до локтей надо мыть очень старательно въ теплой водѣ со щеткой и мыломъ въ продолженіи 5 минутъ (по часамъ); вообще, моютъ до тѣхъ поръ, пока не останется никакихъ слѣдовъ грязи или дурного запаха.

3. Послѣ этого чистятъ щеткой руки, ногти и предплечія въ тепломъ  $5\%$  растворѣ карболовой кислоты съ мыломъ въ продолженіи 3 минутъ (по часамъ). <sup>3)</sup>

14) Вымытыя такимъ образомъ руки не вытираютъ, и изслѣдованіе производится еще влажными руками; но передъ изслѣдованіемъ не слѣдуетъ прикасаться руками къ одеждѣ или частямъ тѣла роженицы, какъ-то: къ ея ногамъ или животу. Въ противномъ случаѣ надо снова произвести дезинфекцію.

15) Передъ внутреннимъ изслѣдованіемъ надо еще разъ обратитъ особенное вниманіе на чистоту половыхъ частей: не загрязнены-ли онѣ каломъ. Въ такомъ случаѣ къ изслѣдованію при-

<sup>1)</sup> Для врачей: врачъ послѣ намыливанія наружныхъ половыхъ частей вмѣсто  $2\frac{1}{2}\%$  раствора карболовой кислоты можетъ обмыть ихъ 1:4000 растворомъ сулемы.

<sup>2)</sup> Послѣ носѣщенія и ухода за заразными больными, послѣ занятій въ анатомическомъ театрѣ можно дѣлать внутреннее изслѣдованіе и вести роды только тогда, когда не однѣ руки будутъ дезинфицированы, но и все тѣло будетъ основательно вымыто (въ банѣ или ваннѣ); бѣлье и платье также должно быть перемѣнено. Ред.

<sup>3)</sup> Для врачей: вмѣсто дезинфекціи  $5\%$  растворомъ карболовой кислоты въ продолженіи 3 минутъ врачъ можетъ основательно и энергично вычистить щеткой руки, ногти и предплечія въ тепломъ растворѣ сулемы (1:2000) въ продолженіи 2 минутъ (по часамъ) и затѣмъ въ растворѣ сулемы (1:1000) въ продолженіи 1 минуты.

ступаютъ только послѣ вторичной дезинфекціи половыхъ частей, произведенной по извѣстнымъ правиламъ. Послѣ этого раздвигаютъ половыя губы двумя пальцами одной руки, и указательный палецъ другой руки, смазанный 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> карболовымъ вазелиномъ, вводитъ вверхъ по задней стѣнкѣ влагалища.

16) Надо осторожно изслѣдовать пальцемъ околоплодный пузырь и никогда не слѣдуетъ прорывать его въ маточной шейкѣ или возлѣ нея—былъ ли онъ до того прорванъ или нѣтъ; пальцемъ ощупывается только предлежащая часть плода. А притомъ разрывъ пузыря и грубомъ насиліи на маточную шейку возникаетъ большая опасность для беременной, роженицы или родильницы; поэтому всегда слѣдуетъ избѣгать этого.

17) Не слѣдуетъ производить продолжительнаго внутреннего изслѣдованія.

18) Передъ каждымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ втеченіе родовъ надо непременно дезинфицировать руки снова, какъ это показано въ № 13.

19) Если акушерка является къ роженицѣ слишкомъ поздно, такъ что она не успѣетъ по всѣмъ правиламъ дезинфицировать ни себя, ни роженицу, а необходимо быстро подать помощь, то она должна обернуть свои не дезинфицированныя руки чистымъ полотенцемъ, которое — если возможно — смачивается 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> <sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворомъ карболовой кислоты и выжимается, и такимъ образомъ поддерживать промежность и т. д.

20) Если при родахъ находится акушеръ, то онъ долженъ внимательно слѣдить за тѣмъ, чтобы акушерка точно придерживалась правилъ, помѣщенныхъ въ саксонскомъ руководствѣ. <sup>1)</sup>

## § 5.

Женщина для изслѣдованія кладется лучше всего на спину, причѣмъ бедра, до того времени бывшія разогнутыми, приближаются по возможности къ животу, ступни складываются вмѣстѣ и колѣни разводятся.

Акушерское внутреннее изслѣдованіе производится при помощи ощупыванія пальцемъ. Но такъ какъ доступъ къ внутреннимъ частямъ по большей части труденъ, кромѣ того такое изслѣ-

<sup>1)</sup> На врачѣ лежитъ обязанность указывать, смотря по надобности, какъ на назначеніе влагалищныхъ спринцеваній вообще, такъ въ особенности на опасность ихъ при неточномъ опредѣленіи процентнаго содержанія сулемы въ случаѣ назначенія этого раствора.

дованіе можетъ быть нѣсколько болѣзненно и опасно, то должно производить его очень осторожно, искусно и бережно. Для этого нужно имѣть хорошо сложенные и гибкія руки и прилежно упражняться въ пріемахъ на фантомѣ.

Лучше всего производить внутреннее изслѣдованіе указательнымъ пальцемъ, а въ исключительныхъ случаяхъ—указательнымъ и среднимъ пальцами. Для этого третій, четвертый и пятый пальцы пригибаются къ ладони, указательный палецъ вытягивается впередъ, а большой палецъ отводится. (Послѣднее удается хорошо при продолжительномъ упражненіи такого рода: концы большого и указательнаго пальцевъ обѣихъ рукъ складываютъ вмѣстѣ и стараются разводить ихъ, какъ можно больше, что дѣлается по нѣскольку разъ). Для изслѣдованія двумя пальцами лѣвой руки раскрываютъ половыя губы и проводятъ осторожно указательный палецъ правой руки по задней стѣнкѣ влагалища по возможности выше до мыса крестцовой кости и такимъ образомъ ощупываютъ заднюю половину таза снизу вверхъ. При узкомъ тазѣ, направляя указательный палецъ кверху, можно обследовать всю крестцовую кость вплоть до мыса ея; <sup>1)</sup> во всякомъ правильномъ тазѣ можно достигъ только 2—3 нижнихъ крестцовыхъ позвонковъ.

Затѣмъ обращаютъ указательный палецъ ладонною поверхностью кпереди и ощупываютъ сверху внизъ влагалищную часть, наружный маточный зѣвъ, положеніе, величину и подвижность подлежащей части плода, околоплодный пузырь и переднюю стѣнку влагалища.

При правильныхъ родахъ въ большинствѣ случаевъ достаточно однократнаго внутренняго изслѣдованія для того, чтобы получить ясное понятіе относительно всѣхъ пунктовъ; послѣ этого нѣтъ необходимости во внутреннемъ изслѣдованіи, такъ какъ всегда можно примѣнить наружное изслѣдованіе, именно **четвертый пріемъ**.

Если-же внутреннее изслѣдованіе необходимо, то при немъ обращаютъ вниманіе:

- 1) на укороченіе и окончательное сглаживаніе влагалищной части;
- 2) на полное раскрытіе маточнаго зѣва;
- 3) на напряженіе или разрывъ плоднаго пузыря и
- 4) на измѣненіе въ положеніи головки.

<sup>1)</sup> Если мы при помощи указательнаго пальца достигнемъ мыса крестцовой кости, то при этомъ конечно измѣряемъ и діагональную конъюгату, такъ какъ по ней судимъ о величинѣ прямого размѣра входа въ тазъ. *Ред.*

## § 6.

Если наружное изслѣдованіе не указываетъ ничего ненормальнаго ни со стороны матери, ни со стороны плода, и если роды протекають правильно, то надо избѣгать внутренняго изслѣдованія въ періодѣ раскрытія.

При схваткахъ въ началѣ родовъ совсѣмъ не нужно дѣлать внутренняго изслѣдованія, пока онѣ правильны.

Вообще, слѣдуетъ воздерживаться отъ всякаго ненужнаго внутренняго изслѣдованія. Заслуживаетъ порицанія тотъ, кто при раскрытіи маточнаго зѣва думаетъ оказать помощь, растягивая его пальцами и стараясь завести переднюю губу его кзади. Съ околоплоднымъ пузыремъ всегда надо обращаться осторожно. Для того, чтобы не разорвать его, надо производить изслѣдованіе въ періодѣ раскрытія только въ промежутокъ между схватками, и когда изслѣдованіе дѣйствительно необходимо. Къ сожалѣнію несмотря на такія предостереженія, нѣкоторыя акушерки все-таки говорятъ роженицамъ и ихъ роднымъ, что онѣ могутъ ускорить теченіе родовъ, и поэтому часто производятъ внутреннее изслѣдованіе, теребять шейку матки, растягиваютъ ее и смазываютъ масломъ, а также разрываютъ раньше времени околоплодный пузырь для того, чтобы возбудить или усилить схватки.

Такой приемъ безбоженъ и обыкновенно опасенъ, такъ какъ роженица навѣрно подвергается опасности очень тяжело заболѣть и умереть, и потому акушерка за такое недостойное поведеніе заслуживаетъ самаго строжайшаго наказанія.

Надо запретить выработывать потуги въ періодѣ раскрытія, потому что при не вполне раскрытомъ маточномъ зѣвѣ нижній отрѣзокъ матки втѣсняется въ малый тазъ, стѣнки матки ущемляются между головкой и костями таза, вслѣдствіе чего происходитъ отекъ и воспаленіе краевъ маточнаго зѣва. Во время періода раскрытія надо остерегаться отвѣчать опредѣленно на вопросъ о концѣ родовъ, потому что въ это время нельзя опредѣлить его. Если-бы предсказаніе не сбылось, и роды не окончились, то роженица стала бы беспокоиться и потеряла бы довѣріе.

Какъ только околоплодный пузырь разорвется, нужно тотчасъ изслѣдовать свойство сердечныхъ тоновъ плода и опредѣлить вставленіе предлежащей части плода при помощи третьяго и четвертаго приема, послѣ чего осторожно производится внутреннее изслѣдованіе, чтобы узнать, не выпала-ли пуповина или ручка рядомъ



съ головкой. Въ послѣднемъ случаѣ слѣдуетъ тотчасъ послать за акушеромъ. Затѣмъ надо еще разъ тщательно ощупать подлежащую часть и повѣрнѣе опредѣлить видъ головного или тазового положенія, если этого нельзя сдѣлать при помощи наружнаго изслѣдованія. Слѣдуетъ обращать особое вниманіе на количество и качество околоплодныхъ водъ. Послѣ разрыва пузыря и излитія околоплодныхъ водъ надо часто выслушивать сердцебіеніе плода для того, чтобы постоянно знать объ его существованіи.

Если маточный звѣзъ вполне открытъ и женщина здорова и не обезсилена, то надо предложить роженицѣ выработать потуги. Для этой цѣли—если роды происходятъ въ спинномъ положеніи—поднимаютъ немного верхнюю часть туловища роженицы, подкладывая подушку, и озабочиваются объ упорѣ для ногъ въ нижнемъ концѣ кровати, при чемъ колѣна нѣсколько сгибаются; кромѣ того протягиваютъ двѣ тесьмы, привязанныя къ кровати, и велятъ притягивать ихъ къ себѣ и сжимать ихъ во время схватокъ, какъ при трудномъ испражненіи. При этомъ подбородокъ приближается къ груди, руки сгибаются въ локтяхъ, дыханіе задерживается, ротъ закрывается. Сжимать тесьмы надо постепенно все сильнѣе вмѣстѣ съ усиленіемъ родовыхъ болей, съ ослабленіемъ же послѣднихъ нужно отпускать ихъ. Выработку потугъ должно быть только умѣренное, сообразно съ силами роженицы. Женщины слабыя, страдающія одышкой, грыжами, выпаденіями, не должны выработать потугъ. Въ промежуткахъ между схватками роженица должна отдыхать. Натуживаться въ промежуткахъ между схватками не только бесполезно, но даже вредно, потому что отъ этого силы роженицы быстро истощаются.

Въ періодѣ изгнанія нужно часто при помощи четвертаго приема наружнаго изслѣдованія слѣдить за опусканіемъ головки въ тазу, старательно выслушивать сердечные тоны плода и наблюдать за выпячиваніемъ половой щели и промежности, но отъ всякаго ненужнаго внутренняго изслѣдованія слѣдуетъ воздерживаться.

---