

Prof. Dr. A. Dührssen

---

V A D E M E C U M  
П О  
А К У Ш Е Р С Т В У

1914.

*Издание 1. 1914 г.*  
Prof. Dr. A. DÜHRSEN.

# VADEMECUM

ПО

# АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ.



МОСКВА. 1914.

Студенческая Медицинская Издательская Комиссія  
имени Н. И. Пирогова.

VADEMECUM

ПО

АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

ДЛЯ СТУДЕНТОВЪ и ВРАЧЕЙ

Prof. Dr. A. DÜHRSEN.

БЕРЛИНЪ.



2 части:

I. Vademecum по Акушерству.

II. Vademecum по Гинекологии.



Москва. 1914.

# VADEMECUM ПО АКУШЕРСТВУ

для

СТУДЕНТОВЪ и ВРАЧЕЙ

**Prof. Dr. A. Dührssen'a.**

Берлинь.



Съ 43-мя рисунками.

Переводъ съ послѣдняго (10-го) исправленнаго  
и дополненнаго нѣмецкаго изданія

Доктора Л. И. Берензона.

подъ редакціей

Привать-доцента Императорск. Москов. Универ.

М. А. Колосова.



МОСКВА.

## ПРЕДИСЛОВІЕ РЕДАКТОРА.

Vademecum по акушерству D ü h r s s e n 'a, выдержавшій десять изданій на нѣмецкомъ языкѣ и переведенный почти на всѣ европейскіе языки, въ томъ числѣ и на русскій,—не нуждается, конечно, въ рекомендаціи.

Взявъ на себя, по просьбѣ гг. студентовъ, редакцію новаго русскаго перевода съ послѣдняго нѣмецкаго изданія, я считаю однако своимъ долгомъ предпослать небольшое примѣчаніе. Хотя Vademecum и предназначенъ авторомъ «для учащихся и врачей», было бы однако ошибочно думать, что эта книжечка пригодна для «начинающихъ» изучать акушерство. Лаконическое изложеніе, часто обходящее подробности, которыя преднолагаются общеизвѣстными—дѣлаетъ чтеніе этой книги труднымъ для начинающаго и можетъ не принести ему ожидаемой пользы. Зато она принесетъ огромную пользу студенту, уже знакомому съ акушерствомъ, и особенно врачу-неспеціалисту, которому, какъ напр., нашимъ земскимъ товарищамъ, приходится въ своей дѣятельности встрѣчаться съ самыми разнообразными осложненіями родового акта. Vademecum D ü h r s s e n 'a позволитъ имъ очень быстро оріентироваться во всякомъ затруднительномъ случаѣ и научить, что и какъ нужно дѣлать. Врачу-спеціалисту, не владѣющему нѣмецкимъ языкомъ—настоящій переводъ дастъ возможность

познакомиться со всёми тѣми, что внесъ D ü h r s e n въ акушерство, въ авторскомъ изложеніи.

Москва, іюль 1913.

Михаиль Колосовъ.

## ПРЕДИСЛОВІЕ.

Предлагаемый Vademecum по акушерству преслѣдуетъ двоякую цѣль: во-первыхъ, ввести студента въ практическое акушерство, во-вторыхъ, служить краткимъ справочникомъ для врача въ его практической дѣятельности. Согласно этому теоретическая часть сведена до минимума, въ то время, какъ отдѣльныя, практически важныя главы, какъ, напр., глава объ акушерскомъ изслѣдованіи и нѣкоторыя другія главы изъ оперативнаго акушерства изложены подробнѣе, чѣмъ въ крупныхъ руководствахъ. Техника антисептики изложена въ мельчайшихъ подробностяхъ, такъ какъ я при занятіяхъ съ врачами и студентами убѣдился, что въ этомъ отношеніи многое оставляетъ желать лучшаго. Новая—хирургическая—эра въ акушерствѣ, на первыхъ ступеняхъ которой, по моему мнѣнію, мы находимся, только тогда дастъ хорошіе результаты, когда антисептика войдетъ въ плоть и кровь учащихся еще со студенческой скамьи.

Акушеръ часто бываетъ вынужденъ немедленно примѣнять то или иное оперативное пособіе. Это обстоятельство руководило мною при составленіи этой книжки. Согласно этому патологія и терапія родовъ изложены исчерпывающе, изъ патологіи же беременности описаны только тѣ состоянія, при

которыхъ требуется либо немедленное терапевтическое вмѣшательство, либо многое зависитъ отъ быстрой постановки діагноза. Патологія послѣродового періода также разсмотрѣна, главнымъ образомъ, съ точки зрѣнія терапіи. Физиологія беременности, родовъ и послѣродового періода изложена въ общихъ чертахъ, съ цѣлью облегчить изученіе подробныхъ руководствъ. Въ то же время я не думаю, что моя книжка является простымъ пересказомъ другихъ учебниковъ по акушерству. Я снабдилъ книжку рядомъ схематическихъ рисунковъ, которые, по моему мнѣнію, пополняютъ существовавшій до сихъ поръ пробѣлъ. За изготовленіе части этихъ рисунковъ я очень обязанъ г. *санд. мед. Сеегеру*. Въ главѣ объ акушерскихъ операціяхъ я описалъ только тѣ методы, которые я испыталъ на опытѣ въ акушерской поликлиникѣ *Сгаритѣ*. Хотя эти методы въ главныхъ чертахъ тѣ, которые отстаивалъ мой глубокоуважаемый учитель и шефъ, тайный совѣтникъ профессоръ *Др. Гуссегоу*, тѣмъ не менѣе благодаря его любезности я имѣлъ возможность пользоваться акушерскимъ матеріаломъ *Сгаритѣ* для моихъ личныхъ терапевтическихъ изслѣдованій.

Берлинъ, мартъ 1890.

Dr. A. Dürrssen.

## ПРЕДИСЛОВІЕ КЪ 2-МУ ИЗДАНІЮ.

То, что черезъ 3 мѣсяца послѣ 1-го изданія понадобилось 2-ое, служитъ доказательствомъ, что моя книжечка встрѣтила сочувствіе не только

у учащихся, но и у практическихъ врачей, какъ это показываютъ сдѣланныя мнѣ многочисленныя сообщенія. Хотя во 2-ое изданіе не внесено коренныхъ измѣненій, все же оно нѣсколько улучшено и пополнено.

Берлинъ, августъ 1890.

Dr. A. Dürrsen.

## ПРЕДИСЛОВІЕ КЪ 3-МУ ИЗДАНІЮ.

Черезъ полгода послѣ появленія 2-го изданія понадобилось 3-ье. И это изданіе тоже нѣсколько пополнено.

Во избѣжаніе нѣкоторыхъ недоразумѣній я хотѣлъ бы подчеркнуть, что отнюдь не являюсь сторонникомъ чрезмѣрнаго увлеченія хирургическимъ направленіемъ въ акушерствѣ, напротивъ я вижу показаніе къ окончанію родовъ только въ опасности, угрожающей жизни или здоровью матери или плода. Если я и указалъ путь, которымъ при настоящемъ показаніи можно закончить роды скорѣе, чѣмъ обычно и притомъ съ сохраненіемъ жизни матери и плода, то вѣдь я заявилъ, что этотъ путь доступенъ только такому акушеру, который имѣетъ опытъ, педантично выполняетъ предписанія антисептики и снабженъ всѣмъ необходимымъ инструментаріемъ, — иными словами спеціалисту акушеру.

Какъ показали Негар и Дорн, введеніе антисептики въ частную акушерскую практику не понизило здѣсь смертности родильницъ послѣ акушерскихъ операцій, тогда какъ смертность въ клиникахъ и поликлиникахъ сведена до минимума. Эта разница объясняется двумя причинами:



именно, недостаточнымъ проведеніемъ антисептики и недостаточной техникой въ частной практикѣ. Поэтому въ настоящее время въ цѣляхъ пониженія смертности желательно возможно большее ограниченіе акушерскихъ операций. Улучшенія на будущее время можно ждать только въ томъ случаѣ, если строгая анти-геср. асептика, а не призрачная антисептика, станетъ общимъ достояніемъ акушеровъ, и если начинающіе будутъ упражняться въ производствѣ болѣе трудныхъ операций подъ руководствомъ опытныхъ и педантичныхъ въ смыслѣ антисептики акушеровъ.

Берлинъ, май 1891.

Dr. A. Dührssen.

## ПРЕДИСЛОВІЕ КЪ 4-МУ ИЗДАНІЮ.

Четвертое изданіе тоже нѣсколько дополнено, такъ что книга увеличилась на одинъ листъ.

Изъ нововведеній, которыя являются шагомъ впередъ въ акушерствѣ и приняты во вниманіе въ этомъ изданіи, я особенно бы отмѣтилъ два: именно введеніе лизола и стерилизованнаго антисептическаго перевязочнаго матеріала въ акушерскую практику. Лизоль одновременно съ хорошимъ антисептическимъ дѣйствіемъ оказывается относительно безопаснымъ и чрезвычайно удобнымъ на практикѣ дезинфицирующимъ средствомъ. Что касается второго пункта, то я уже давно убѣдился въ необходимости предоставить каждому врачу, въ удобной формѣ, стерилизованный антисептической матеріаль, заранѣе приготовленный для различныхъ видовъ тампонаціи. Эта идея осу-

ществлена благодаря тому, что здѣшняя фабрика перевязочныхъ матеріаловъ А. P a s s m a n n'a стерилизуетъ текучимъ паромъ готовый матеріалъ въ жестяныхъ коробкахъ и герметически запаиваетъ ихъ. Примѣненіе этого матеріала я представляю себѣ такъ, что каждый врачъ предписываетъ заготовить къ каждому родамъ коробку № 1, а въ случаѣ надобности и коробки № 2 и 3. Если этотъ матеріалъ не будетъ примѣненъ для тампонаціи, то имъ пользуются какъ антисептическими закладками въ послѣродовомъ періодѣ. Введеніе въ акушерство асептики безъ антисептики я считаю ошибкой, такъ какъ въ акушерствѣ мы имѣемъ дѣло съ областью, содержащей зародыши.

Берлинъ, октябрь 1892.

Dr. A. Dührssen.

## ПРЕДИСЛОВІЕ КЪ 9-МУ ИЗДАНІЮ.

То, что я говорилъ въ первомъ изданіи о наступленіи хирургической эры въ акушерствѣ, то въ настоящее время считается правильнымъ. Предложенное мною влагалищное кесарское сѣченіе принадлежитъ по Н e g a r'у къ четыремъ классическимъ акушерскимъ операціямъ; классическими операціями Н e g a r называетъ, кромѣ влагалищнаго кесарскаго сѣченія, поворотъ, щипцы и брюшное кесарское сѣченіе. Также и метрейризмъ, введенный мною въ практику, пользуется общимъ признаніемъ. Вообще, значеніе расширенія мягкихъ родовыхъ путей, на которое я указалъ впервые, въ настоящее время всѣми оцѣнено, хотя примѣненіе съ этой цѣлью метода В o s s i пред-

ставляетъ ошибку. Значительнымъ шагомъ впередъ я считаю то, что D ö d e r l e i n ввелъ въ акушерство примѣненіе резиновыхъ перчатокъ. Практическому врачу, въ его собственныхъ интересахъ, слѣдуетъ рекомендовать примѣненіе перчатокъ при каждомъ изслѣдованіи и каждой операци. Далѣе D ö d e r l e i n'у и Z w e i f e l'ю можно поставить въ большую заслугу разработку ими операци разсѣченія узкаго таза. В и t t пріивлекъ къ влагалищному кесарскому сѣченію много новыхъ друзей и далъ права гражданства оперативному леченію піэмии при помощи перевязки венъ. Всѣ эти и нѣкоторые другіе успѣхи въ акушерствѣ приняты во вниманіе въ этомъ изданіи. Новая глава посвящена вопросу объ уголовной и гражданской отвѣтственности акушера. Я могу съ извѣстной гордостью смотрѣть на эту книгу, написанную безъ всякихъ претензій:—«она на самомъ дѣлѣ оказалась не простымъ пересказомъ учебниковъ», а книгой, которая внесла въ акушерскую терапію новыя плодотворныя идеи.

Берлинъ, февраль 1908.

Dr. A. Dührssen.

## ПРЕДИСЛОВІЕ КЪ 10-МУ ИЗДАНІЮ.

Десятое изданіе нѣсколько улучшено; прибавлены 2 рисунка въ главѣ о «разрѣзѣ по метрейринтеру»; прибавлено описаніе «внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія».

Берлинъ, мартъ 1913.

Dr. A. Dührssen.

# О Г Л А В Л Е Н І Е.

	<i>стр.</i>
Предварительныя замѣчанія по анатоміи. . . . .	1
<b>Ф и з і о л о г і я</b> б е р е м е н н о с т и . . . . .	4
Развитіе оплодотвореннаго яйца. . . . .	4
Обзоръ яйца въ цѣломъ. . . . .	8
Питаніе яйца. . . . .	10
Развитіе плода. . . . .	14
Положеніе, позиція и членорасположеніе плода. . . . .	16
Многоплодная беременность. . . . .	17
Измѣненія въ организмѣ матери подъ вліяніемъ беременности. . . . .	20
Распознаваніе беременности. . . . .	22
Діететика беременности. . . . .	31
<b>Ф и з і о л о г і я</b> р о д о в ъ . . . . .	33
Опредѣленіе понятія «роды». . . . .	33
Причины наступленія родовъ, т.-е. родовыхъ схватокъ. . . . .	33
Характеръ сокращеній матки и брюшнаго пресса. . . . .	34
Періоды родовъ. . . . .	35
Клиническое теченіе родовъ при затылочныхъ положеніяхъ. . . . .	38
Продолжительность родовъ. . . . .	42
Механизмъ родовъ при затылочныхъ положе- ніяхъ. . . . .	43
Измѣненія формы головки подъ вліяніемъ ро- довъ при затылочномъ положеніи. . . . .	45
<b>О с т а л ь н ы я</b> положенія плода, веде- ніе родовъ вообще и при раз- личныхъ положеніяхъ плода. . . . .	47
Этіологія, механизмъ и предсказаніе при раз- гибательныхъ положеніяхъ (теменныхъ, лобныхъ и лицевыхъ). . . . .	47
Распознаваніе различныхъ головныхъ предле- жаній. . . . .	51
Этіологія, механизмъ и предсказаніе при та- зовыхъ предлежаніяхъ. . . . .	53
Распознаваніе тазовыхъ предлежаній. . . . .	58
Этіологія, механизмъ и предсказаніе при по- перечныхъ положеніяхъ. . . . .	59
Распознаваніе поперечныхъ положеній. . . . .	61

Акушерское изслѣдованіе и веденіе нормаль- ныхъ родовъ при 1-мъ и 2-мъ затылочныхъ положеніяхъ. . . . .	62
Дезинфекція акушера. . . . .	66
Дезинфекція инструментовъ. . . . .	68
Дезинфекція роженицы. . . . .	69
Веденіе послѣдоваго періода. . . . .	81
Терапія разрывовъ клитора и промежности. . . . .	83
Веденіе родовъ при низкомъ стояніи большого родничка и при теменныхъ предлежаніяхъ. . . . .	88
Веденіе родовъ при лобныхъ и лицевыхъ пред- лежаніяхъ. . . . .	89
Веденіе родовъ при тазовыхъ предлежаніяхъ. . . . .	90
Освобожденіе ручекъ и головки. . . . .	93
Веденіе родовъ при поперечныхъ положеніяхъ. . . . .	96
Многоплодные роды. . . . .	98
Физиологія послѣродоваго пе- ріода. . . . .	100
Состояніе матери. . . . .	100
Состояніе новорожденнаго. . . . .	104
Диетика послѣродоваго періода. . . . .	105
Уходъ за родильницей. . . . .	105
Уходъ за новорожденнымъ. . . . .	108
Патологія беременности. . . . .	112
Взаимоотношенія между беременностью и нѣ- которыми болѣзнями. . . . .	112
Nephritis gravidarum. . . . .	116
Измѣненія положенія и формы беременной матки. . . . .	122
Другія заболѣванія матки и окружающихъ ее органовъ и тканей. . . . .	128
Воспаленія влагалища. . . . .	130
Заболѣванія яйца. . . . .	131
Внѣматочная беременность. . . . .	134
Преждевременное прерываніе беременности. Выкидышъ. Partus immaturus и praе- maturus. . . . .	141
Добавленіе: Исторія болѣзни при выкидышѣ или преждевременныхъ родахъ. . . . .	158
Патологія родовъ. . . . .	160
Общая разстройство. . . . .	160
Частная патологія родовъ. . . . .	167
Слабость схватокъ. . . . .	169
Закрытіе или суженіе мягкихъ родовыхъ пу- тей. . . . .	174
1. Закрытіе или суженіе маточнаго зѣва. . . . .	174
2. Ригидность влагалищной части. . . . .	175

	<i>стр.</i>
3. Ригидность всей шейки. . . . .	177
4. Закрытие или сужение влагалища и влагалищного входа. . . . .	178
5. Закрытие или сужение мягких родовых путей опухолями или опухоле- подобными образованиями . . . . .	179
Узкій тазъ. . . . .	181
Сущность и происхождение различныхъ формъ таза. . . . .	182
Распознавание различныхъ формъ узкаго таза. измѣреніе таза. . . . .	187
Течение родовъ при узкомъ тазѣ. . . . .	190
Терапія при плоскомъ тазѣ. . . . .	191
Терапія при обще-суженномъ тазѣ. . . . .	196
Терапія при прочихъ формахъ узкаго таза и заключеніе. . . . .	197
Осложненія родовъ, обусловленныя ненормаль- ными препятствіями со стороны плода. . . . .	199
1. Вслѣдствіе ненормальнаго положе- нія, членорасположенія и вста- вленія головки. . . . .	199
2. Вслѣдствіе ненормальной величины плода. . . . .	202
а) головки. . . . .	202
б) плечиковъ. . . . .	203
с) туловища. . . . .	204
3. Вслѣдствіе уродствъ, въ частности двойныхъ уродствъ. . . . .	205
Стремительные роды. . . . .	205
Эклампсія. . . . .	206
Кровотеченія до и во время родовъ . . . . .	224
Предлежаніе послѣда. . . . .	226
Кровотеченія послѣ рожденія плода. . . . .	242
А. Кровотеченія изъ полости матки. . . . .	242
1. Кровотеченія до отхожденія послѣда. . . . .	242
2. Кровотеченія послѣ удаленія по- слѣда. . . . .	247
В. Кровотеченія изъ разрывовъ шейки. . . . .	252
С. Кровотеченія изъ разрывовъ влага- лица. . . . .	254
D. Кровотеченія изъ разрывовъ промеж- ности. . . . .	255
E. Кровотеченія изъ разрывовъ кли- тора. . . . .	255
F. Кровотеченія при выворотѣ матки. . . . .	256
G. Кровотеченія въ околывлагалищную клетчатку. . . . .	256

## Предварительныя замѣчанія по анатоміи.

Изъ всего таза для акушера представляетъ главный интересъ малый тазъ, т.-е. пространство, находящееся ниже *linea innominata*.

Поэтому когда въ акушерствѣ говорятъ о тазѣ, то подразумѣваютъ всегда малый тазъ; его долженъ пройти ребенокъ при рожденіи. Большой тазъ даетъ акушеру извѣстныя данныя, основываясь на которыхъ онъ можетъ судить о величинѣ поперечныхъ размѣровъ малаго таза, именно *d. spinarum*=25 и *d. cristarum*=28 см. (по Michaelis'у 26,3 и 29,3). Роды возможны только въ томъ случаѣ, когда тазъ не слишкомъ узокъ и головка, какъ самая крупная часть ребенка, не слишкомъ велика. Нормальные размѣры входа въ тазъ плоскости, ограниченной *linea innominata*, таковы:

1. Прямой размѣръ или *Conjugata vera*—разстояніе между мысомъ (*promontorium*) и симфизомъ—11 см.

2. Поперечный размѣръ—линія, соединяющая наиболѣе отдаленныя точки *linea innominata seu terminalis*—13 см.

3. Косые размѣры—12 см.:

Первый или правый косой размѣръ идетъ отъ праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія (*articulatio sacroiliaca*) къ лѣвому подвздошно-лонному бугорку (*tuberculum ilioori-*

bicum), второй или лѣвый косою—отъ лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія къ правому подвздошно-лонному бугорку.

Размѣры выхода таза—пространства, ограниченнаго верхушкой копчика, ligamenta tuberoso—sacra, tubera ischii и лонной дугой, составляютъ:

Прямой размѣръ—разстояніе отъ верхушки копчика до нижняго края лоннаго сочлененія—при отогнутомъ копчикѣ, равняется  $11\frac{1}{2}$  см.; поперечный размѣръ—разстояніе между обоими буграми сѣдалищныхъ костей (tubera ischii)—11 см.

Кромѣ уже упомянутыхъ плоскостей таза были введены еще двѣ: широкая и узкая части полости таза. Широкая часть полости таза представляетъ собою плоскость, ограниченную серединой симфиза, вертлужными впадинами и соединеніемъ между 2 и 3 крестцовыми позвонками; узкая часть—плоскость, ограниченную концомъ крестцовой кости, остями сѣдалищныхъ и нижнимъ краемъ симфиза.

Прямой размѣръ широкой части равняется 12 см., узкой части— $11\frac{1}{2}$  см., соответственные поперечные размѣры— $12\frac{1}{2}$  (разстояніе между вертлужными впадинами) и  $10\frac{1}{2}$  (разстояніе между остями сѣдалищныхъ костей).

Такимъ образомъ прямые размѣры къ выходу таза увеличиваются, поперечные уменьшаются.

Это обстоятельство имѣетъ крайне важное значеніе для механизма родовъ.

По этой же причинѣ важно знать, что образуемая крестцомъ задняя стѣнка таза значительно выше, чѣмъ передняя, образуемая, симфизомъ. Соответственные размѣры равняются 13 и 4 см.

Тазовыя плоскости, за исключеніемъ выхода, лишь незначительно измѣняются мягкими частями, находящимися въ полости таза и на его стѣнкахъ. Напротивъ, большая часть выхода таза



замкнута т а з о в ы м ъ д н о м ъ (*diaphragma pelvis*), которое образуется главнымъ образомъ *m. levatore ani*<sup>1)</sup>, такъ что спереди остаются только отверстія мочеиспускательнаго канала, половой щели и, отдѣленнаго отъ нея промежностью, задняго прохода. Оба послѣднія отверстія окружены мускулами—половая щель *m. constrictore cunni seu bulbo cavernosus*, задній проходъ—сфинктеромъ *ani*. (См. рис. 29).

Женскій тазъ отличается отъ мужского своей большей шириной и меньшей высотой, что зависитъ отъ болѣе сильнаго развитія горизонтальныхъ вѣтвей лобковой и крыльевъ крестцовой костей. Поэтому лобковая дуга образуетъ у женщинъ уголъ въ  $90^{\circ}$ — $106^{\circ}$ . При стоячемъ положеніи женщины симфизъ находится значительно ниже мыса—наклоненіе таза. При такомъ положеніи *conj. vera* образуетъ съ горизонтомъ уголъ въ  $55^{\circ}$ — $60^{\circ}$ , а прямой размѣръ выхода таза—въ  $11^{\circ}$  (*Naegelle*). Такимъ образомъ, при желаніи прощупать при внутреннемъ изслѣдованіи мысъ или находящіяся около него части плода, необходимо сильно опустить локоть изслѣдующей руки или положить женщину такъ, чтобы лонное сочлененіе находилось на одной высотѣ или даже выше мыса. Это бываетъ въ томъ случаѣ, когда женщина принимаетъ горизонтальное положеніе.

<sup>1)</sup> *M. levator ani* начинается на обѣихъ сторонахъ таза отъ сухожильной дуги, которая тянется по *membrana obturatoria* къ *spina ischii*; прикрѣпляется онъ такъ же, какъ и усиливающий его *m. ischio-coccygeus*, къ кспичку. Оба *musculi levatores ani* соединены между собою позади прямой кишки посредствомъ *lig. coccygo-anale*. Далѣе въ образованіи дна таза принимаетъ также *m. transversus perinei profundus*, который прикрѣпляется къ нисходящимъ вѣтвямъ лобковыхъ костей. Этотъ мускуль называютъ также *diaphragma pelvis accessorium* или, благодаря тому, что онъ соединенъ съ влагалищемъ и мочеиспускательнымъ каналомъ—*diaphragma urogenitale*.

# Физиологія беременности.

## Развитіе оплодотвореннаго яйца.

Беременностью называется такое состояніе женщины, когда она поситъ въ своемъ тѣлѣ человѣчскій плодъ.

Беременность начинается съ момента оплодотворенія, т.-е. съ момента внѣдренія о д п о й сѣмянной нити въ яйцо и длится до родовъ. Для того, чтобы оплодотвореніе могло совершиться, яйцо должно предварительно выдѣлиться изъ Граафова пузырька—о в у л я ц і я. Этотъ процессъ чаще всего протекаетъ одновременно съ м е н с т р у а ц і е й, такъ что оплодотвореніе также чаще всего происходитъ вскорѣ послѣ менструаціи. Разъ оплодотвореніе произошло, то регулы прекращаются, такъ какъ менструація, въ общемъ, зависитъ отъ овуляціи, а овуляціи во время беременности не бываетъ.

Какъ показываютъ наблюденія, роды наступаютъ въ большинствѣ случаевъ черезъ 280 дней или 10 лунныхъ мѣсяцевъ или 9 солнечныхъ мѣсяцевъ и 7 дней послѣ перваго дня послѣднихъ мѣсячныхъ; продолжительность же беременности равняется около 272 дней, такъ какъ во время менструаціи рѣдко имѣетъ мѣсто coitus, кромѣ того требуется извѣстное время для достиженія сперматозоидомъ яйца. Законъ опредѣляетъ наи-

большую продолжительность беременности въ 302 дня, а наименьшую въ 181 день <sup>1)</sup>. Сперматозоидъ и яйцо могут встрѣтиться въ маткѣ, трубѣ и яичникѣ, но чаще встрѣча эта происходитъ въ маткѣ (Wyder). Сбѣянные пити, самостоятельно передвигаясь, достигаютъ дна матки, яйцо же, лишенное способности самостоятельнаго передвиженія, движется, при содѣйствіи колеблющагося въ направленіи къ маткѣ трубнаго эпителия сначала изъ яичника къ трубѣ, а дальше по трубѣ помощью ея сокращеній — въ матку <sup>2)</sup>. Оплодотворенное яйцо погружается въ разрыхленную и полнокровную, вслѣдствіе менструаціи, слизистую оболочку и побуждаетъ ее къ дальнѣйшему развитію. Разрастающаяся слизистая матки, отличается величиной своихъ клѣтокъ и называется *decidua* (отпадающая оболочка); тотъ участокъ ея, котораго прежде всего коснулось основаніе яйца (при внѣдреніи въ слизистую—прим. перев.) и который впоследствии участвуетъ въ образованіи послѣда, назыв. *decidua serotina seu basalis*; та часть, которая, согласно прежнему возрѣнію, обростала яйцо—*decidua reflexa seu capsularis*, а остальная часть—*decidua vera*. *Decidua* состоитъ изъ двухъ слоевъ: поверхностнаго—компактнаго, клѣточного и глубокаго—железистаго. Большія децидуальные клѣтки образуются изъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ слизистой матки, губчатый же железистый слой—изъ сильно расширяющихся нижнихъ отдѣловъ маточныхъ

<sup>1)</sup> По русскому законодательству 306 и 180 дней.

*Прим. перев.*

<sup>2)</sup> Кенгер, на основаніи своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій, привелъ вѣсныя доказательства противъ того взгляда, будто ворсинки трубнаго эпителия образуютъ теченіе въ серозной жидкости брюшины, находящейся бливъ расширенія фаллопиевой трубы и противъ того, что это теченіе уноситъ яйцо въ трубу.

железь, эпителий которыхъ уплощается и въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности совершенно исчезаетъ. Въ началѣ 4-го мѣсяца яйцо выполняетъ всю полость матки, при чемъ decidua vera и reflexa склеиваются между собою. До этого времени возможна еще менструація, т.-е. выдѣленіе крови изъ превратившейся въ decidua слизистой матки, и она на самомъ дѣлѣ бываетъ.

Decidua образуетъ самую наружную оболочку яйца, соединяя его въ то же время со стѣнкой матки.

Среднюю оболочку образуетъ chorion (ворсистая оболочка), внутреннюю—amnion (водная оболочка).

1. Chorion первоначально есть не что иное, какъ серозная оболочка, образованная изъ наружнаго мѣшка амниальной складки и состоящая только изъ одного плоскаго эпителия; она образуетъ небольшіе безструктурные отростки. Этотъ chorion primitivum способствуетъ питанію яйца осмотическимъ путемъ; вскорѣ онъ превращается въ chorion definitivum seu verum. Это превращеніе заключается въ томъ, что въ эпителий, при помощи аллантоиса, вростаетъ соединительная ткань, снабженная кровеносными сосудами. Аллантоисъ вырастаетъ изъ хвостоваго конца зародыша въ формѣ пузырьвиднаго образованія и къ 4-ой недѣлѣ приводитъ сосуды зародыша къ периферіи яйца. Та часть аллантоиса, которая находится въ тѣлѣ зародыша, превращается въ его мочевой пузырь, остальная же часть атрофируется. Еще прежде чѣмъ сосуды плода при помощи аллантоиса достигнуть периферіи яйца, уже на 3-ей недѣлѣ, на желточномъ пузырькѣ образуются сосуды—vasa omphalo-mesenterica; эти сосуды несутъ питательные соки къ зародышу изъ желточнаго пузырька. Позже, какъ

*vasa omphalo-mesenterica*, такъ и самый желточный пузырекъ запусъваютъ <sup>1)</sup>. Равнымъ образомъ атрофируется и большая часть ворсинокъ вмѣстѣ съ сосудами—*chorion laeve*. Только на *dec. serotina* ворсинки хоріона разрастаются сильнѣе—*chorion frondosum*—и образуютъ вмѣстѣ съ *dec. serotina* послѣдъ, представляющій къ концу 3-го мѣсяца вполне законченное образование. Въ деталяхъ сущность происходящаго тутъ процесса состоитъ въ томъ, что однѣ ворсинки врастаютъ въ пещеристые капилляры (*Waldeyer*) *dec. serotinae*, а другія играютъ роль «прикрѣпляющихъ ворсинокъ» (*Haftzotten Langhans'a*); онѣ пуговчатыми вздутіями оканчиваются въ самой ткани *dec. serotinae*.

Всѣ ворсинки состоятъ изъ богатой ядрами соединительной ткани и окружены двумя слоями эпителія. Наружный слой (синцитій) происходитъ не изъ эпителія матки, а изъ яйца. Этотъ слой исчезаетъ на 3-емъ мѣсяцѣ. Эпителій хоріона разрушаетъ близлежащую материнскую ткань и стѣнки ея сосудовъ. Въ силу этого разрушенія материнскихъ капилляровъ, кровь матери свободно изливается между ворсинками въ такъ назыв. межворсинчатая пространства. Венозная кровь межворсинчатыхъ пространствъ уносится венами *deciduae* и венознымъ краевымъ синусомъ послѣда въ мускулатуру стѣнки матки. Пупочныя артеріи плода отдають въ каждую ворсинку по маленькой вѣточкѣ; эта послѣдняя развѣтвляется въ верхушкѣ ворсинки на нѣсколько болѣе мелкихъ вѣточекъ, которыя, въ

<sup>1)</sup> На послѣдѣ доношеннаго плода можно всегда найти желточный пузырекъ въ видѣ бѣлаго образованія, величиной съ чечевичное зерно, лежащее между *amnion* и *chorion* (*B. S. Schultzze*). Онъ соединенъ съ пуповиной посредствомъ тонкаго стволика, т.-е. запусъвшихъ *vasa omphalo-mesenterica*.

свою очередь, сливаются въ отводящей сосудъ пупочной вены.

2. Amnion происходитъ изъ самыхъ наружныхъ слоевъ кожи зародыша. Послѣдніе образуютъ возвышенія (складки)—головное, хвостовое и боковыя влагалища, которыя и срастаются между собой. Такимъ образомъ эмбрионъ оказывается заключеннымъ въ мѣшкѣ, который, исходя изъ широко еще зіяющихъ брюшныхъ покрововъ, закрылся надъ спинкой зародыша. Въ этомъ амниальномъ мѣшкѣ скопляется жидкость — околородная жидкость, благодаря чему amnion прилегаетъ какъ къ хоріону, такъ и къ сосудамъ аллантоиса. Охватывая послѣдніе какъ бы оболочкой, amnion образуетъ пуповину. Къ концу беременности пуповина достигаетъ 50 сант. въ длину, имѣетъ толщину пальца и прикрѣпляется въ центрѣ послѣда. Ненормальное прикрѣпленіе пуповины къ оболочкамъ (*insertio velamentosa*) ведетъ къ тому, что при разрывѣ пузыря плодъ истекаетъ кровью, если мѣсто прикрѣпленія находится въ области маточнаго зѣва. Amnion лишень сосудовъ, состоитъ изъ однослойнаго мостовиднаго эпителия, снаружи котораго лежитъ слой волокнисто-соединительной ткани съ звѣздчатыми клѣтками. Эта же соединительная ткань образуетъ и Вартонову студень пуповины.

## Обзоръ яйца въ цѣломъ.

Начиная съ 4-й недѣли беременности, мы видимъ при разрывѣ матки слѣдующія образованія:

1. Брюшина.

2. Мускулатура матки.

3. *Decidua vera*

4. *Decidua reflexa*

} начиная съ 13-й недѣли обѣ представляютъ одну спаявшуюся оболочку

5. *Chorion*.

Послѣдній образуетъ главную часть послѣда, усиленно разрастаясь на мѣстѣ *dec. serotina*.

6. Amnion.

7. Плодъ.

Послѣдній плаваетъ въ околоплодной жидкости и соединенъ съ плацентой посредствомъ пуповины.

Яйцо состоитъ изъ образований, поименованныхъ подъ № 3—7. Оно только въ томъ случаѣ считается родившимся цѣлкомъ, когда можно доказать наличность всѣхъ этихъ частей. (См. рис. 14).

*Decidua*, *chorion* и *amnion* представляютъ со-всѣмъ тонкія оболочки, тѣсно другъ къ другу прилегающія и, въ концѣ концовъ, производящія впечатлѣніе только одной тонкой пленки. Въ одномъ только мѣстѣ *chorion* утолщается и превращается въ послѣдъ. Такимъ образомъ главной составной частью яйца къ концу беременности являются плодъ и околоплодная жидкость. При родахъ въ первую очередь изгоняются околоплод-ныя воды и плодъ, затѣмъ уже слѣдуетъ плацента совмѣстно съ оболочками — дѣтское мѣсто <sup>1)</sup>.

Послѣдъ имѣетъ видъ плоской, кругловатой ле-пешки, 500 гр. вѣса <sup>2)</sup>, 3 см. толщины и около 15 см. въ поперечникѣ. Наружная, немного вы-пуклая, маточная сторона шероховата и раздѣлена бороздками на отдѣльныя дольки, *cotyledones*. Сѣ-ровато-красный цвѣтъ послѣда зависитъ отъ того, что часть *dec. serotina*, именно ея клѣточный слой, тѣсно срастается съ послѣдомъ. На маточной по-верхности часто наблюдаются бѣлыя известковыя

<sup>1)</sup> Въ русской акушерской терминологіи *placenta* пере-дѣтся обыкновенно словомъ «дѣтское мѣсто», а дѣтское мѣсто вмѣстѣ съ оболочками называется «послѣдъ». Мы въ этомъ случаѣ придерживаемся, согласно съ проф. Зер-новымъ, слѣдующаго: «послѣдомъ» называемъ *placenta* у, а «дѣтскимъ мѣстомъ» — послѣдъ съ оболочками. *Прим. ред.*

<sup>2)</sup> При сифилисѣ плода послѣдъ блѣденъ, отеченъ, вѣсъ его достигаетъ  $\frac{1}{3}$  вѣса плода.

отложенія, лежащія частью въ *dec. serotina*, частью въ ворсинкахъ. *Dec. serotina* отпускаетъ тяжки сквозь всю толщю послѣда. Остальная часть послѣда, изгнаннаго изъ матки, состоитъ изъ ворсинокъ, придающихъ ей мягкую консистенцію и красный цвѣтъ. Плодовая сторона послѣда покрыта пластинкой *chorii* и гладкой амниальной оболочкой; подъ послѣдней видны многочисленныя плодовые сосуды, направляющіеся къ мѣсту прикрѣпленія пуповины, расположенному большей частью центрально (по срединѣ послѣда).

Послѣдъ обычно прикрѣпляется въ верхнемъ отдѣлѣ матки; по изслѣдованіямъ *Gusserow*'а, чаще всего на задней стѣнкѣ и никогда въ днѣ.

Яйцевыя оболочки прикрѣплены по краямъ послѣда такимъ образомъ, что образуютъ совместно съ нимъ мѣшокъ съ отверстіемъ, черезъ которое произошло изгнаніе плода.

На наружной поверхности плоднаго мѣшка замѣтны сѣровато-красныя, сѣтевидныя наслоенія—это *dec. reflexa* (завороченная оболочка) и та часть *dec. vera*, которая изгоняется вмѣстѣ съ яйцомъ. Отдѣлить *decidua* отъ *chorion* удастся рѣдко; обычно удается соскрести ногтемъ только небольшія частицы. Остающаяся послѣ соскабливанія *dec. reflex*'ы гладкая блестящаго бѣлаго цвѣта оболочка легко разъединяется, начиная отъ мѣста разрыва плоднаго мѣшка, на 2 листка, именно на *chorion* и *amnion*. Водную оболочку можно совсѣмъ отдѣлить съ плодовой стороны послѣда до пуповины.

### Питаніе яйца.

1. Въ теченіе первыхъ двухъ недѣль питаніе яйца происходитъ осмотическимъ путемъ.

2. Начиная съ 3-й недѣли плоду подвозится питательный матеріаль изъ желчнаго пузыря,



при посредствѣ образующихся на немъ *vasa omphalo mesenterica*.

3. Начиная съ 4-ой недѣли сосуды плода вступаютъ въ связь съ ворсинками периферіи яйца и черезъ нихъ съ материнскими сосудами, находящимися въ *decidua* и такимъ образомъ получаютъ питательный матеріаль непосредственно изъ сосудовъ матери. Такъ какъ *chorion laeve* быстро атрофируется, то всѣ питательныя вещества, необходимыя для построения тканей плода, воспринимаются однимъ послѣдомъ.

Такимъ образомъ послѣдъ играетъ на протяженіи большей части жизни плода роль легкихъ и желудка.

Благодаря непосредственному виѣдренію ворсинокъ въ материнскую кровь въ межворсинчатыхъ пространствахъ, питательныя вещества и кислородъ поступаютъ изъ крови матери въ кровь плода, углекислота же и другіе продукты обмѣна веществъ—наоборотъ, изъ крови плода въ кровь матери. Венозная кровь плода уносится обѣими пупочными артеріями, проходящими въ толщѣ пупочнаго канатика, въ послѣдъ, поступаетъ черезъ артеріальную вѣточку въ каждую ворсинку и течетъ по капиллярамъ послѣднихъ. Капилляры собираются въ развѣтвленія пупочной вены, которая также проходитъ въ толщѣ пупочнаго канатика и несетъ ребенку окислившуюся въ ворсинкахъ и обогатившуюся питательными веществами кровь; пупочная вена отдаетъ одну вѣтку воротной венѣ, а черезъ нее и печени, другая же вѣтка именно *ductus venosus Arantii* несетъ артеріальную кровь непосредственно въ нижнюю полую вену, и изъ нея—въ правое предсердіе; изъ праваго предсердія кровь попадаетъ черезъ *foramen ovale* прямо въ лѣвое предсердіе, а оттуда черезъ лѣвый желудочекъ въ аорту. Верхняя полая

вена изливатьъ свою кровь черезъ правое предсердіе въ правый желудочекъ; изъ праваго желудочка кровь по легочной артеріи поступаетъ также въ аорту черезъ Баталловъ протокъ, который впадаетъ въ нее ниже мѣста отхожденія большихъ сосудовъ, питающихъ верхнюю половину туловища. Такимъ образомъ нижняя половина туловища снабжается болѣе венозной кровью. Къ концу беременности это различіе въ питаніи областей устраняется, благодаря усиленному развитію печени и легкихъ, а также заслонки овальнаго окна, въ силу чего непосредственное поступленіе крови изъ нижней полой вены въ лѣвое предсердіе <sup>1)</sup> значительно уменьшается.

Открывъ оксигемоглобинъ въ крови пуповины до появленія перваго дыханія, Z w e i f e l тѣмъ самымъ точно доказалъ, что плодъ получаетъ кислородъ изъ послѣда; цѣлымъ рядомъ изслѣдователей, какъ G u s s e r o w, Z w e i f e l, R u n g e, W i e n e r, D ü h r s s e n и новѣйшими изслѣдованіями установлено также, что послѣдъ является главнымъ источникомъ питанія плода, при чемъ эпителий ворсинокъ играетъ роль кишечнаго эпителия. Онъ воспринимаетъ жиры и желѣзо изъ мате-

---

<sup>1)</sup> При первомъ же дыханіи ребенка устанавливается легочное кровообращеніе. Вся кровь, находящаяся въ правомъ желудочкѣ, присасывается легкими; съ открытіемъ новой системы давленіе въ правомъ желудочкѣ падаетъ (поэтому происходитъ спаденіе и зарашеніе Боталлова протока, въ лѣвомъ же сердцѣ давленіе увеличивается; итакъ, давленіе въ лѣвомъ сердцѣ увеличивается, а въ правомъ—падаетъ, такъ какъ и въ правое сердце кровь изъ послѣда больше не поступаетъ. Такъ какъ кровь изъ праваго желудочка не попадаетъ больше въ аорту, то кровяное давленіе падаетъ и въ ней, почему кровь не поступаетъ и въ пупочныя артеріи. Ихъ стѣнки спадаются, также какъ и стѣнки пупочной вены, и зарастаютъ безъ тромбоза. Закрытіе клапана овальнаго отверстія и Боталлова протока (*Strassmann*) препятствуютъ переходу крови въ правое сердце.

ринской крови, что Hofbauer доказалъ на основаніи микроскопическихъ изслѣдованій. Растворенныя вещества, какъ іодистый калий, бензойная кислота (Gussow и авторъ) быстро переходятъ въ кровь плода. Бѣлки и углеводы расщепляются и растворяются опредѣленными ферментами, найденными Bergell'emъ, Eiertann'омъ и Vasso въ послѣдѣ, а затѣмъ снова происходитъ ихъ синтезъ.

Въ связи съ этимъ Hofbauer нашелъ въ послѣдѣ также альбумозы, т.-е. продукты расщепленія бѣлка, отсутствующіе какъ въ крови матери, такъ и въ крови ребенка; Rieland'er нашелъ растворимые дериваты бѣлка. По Ahlfeld'у, Preyer'у, и Отту околоплодныя воды также являются источникомъ питанія плода, регулярно глотающаго околоплодную жидкость. Что проглатываніе жидкости частое явленіе, Ahlfeld доказалъ количествомъ найденныхъ въ меконіи пушковыхъ волосъ. Околоплодная жидкость является, по мнѣнію названныхъ авторовъ, трансудатомъ изъ материнскихъ сосудовъ deciduas. По изслѣдованіямъ Gussow'a и его школы, околоплодныя воды представляютъ собою во 2-й половинѣ беременности, главнымъ образомъ, мочу ребенка, въ 1-й же половинѣ источникомъ ихъ могутъ быть сосуды плода, проходящіе по послѣду подъ водной оболочкой (сосуды Iungbluth'a). Количество околоплодныхъ водъ равно 500—1000 гр.<sup>1)</sup>; онѣ бѣловатаго цвѣта, щелочной реакціи,

<sup>1)</sup> Если количество водъ больше—это явленіе патологическое—*hydramnion* (многоводіе). Оно зависитъ отъ разстройства кровообращенія матери или плода и причиняетъ беременной, вслѣдствіе сильнаго растяженія живота, сильныя неудобства. Напротивъ, малое количество околоплодныхъ водъ пагубно отражается на плодѣ. Маловодіе можетъ повести къ сращенію плода съ внутренней поверхностью яйца. Образующіяся при этомъ такъ назыв. *St-*

удѣльнаго вѣса—1006—1012; содержатъ эпидермисъ, пушковые волосы, неорганическія соли, бѣлокъ и мочевины. Въ образованіи околоплодныхъ водъ, согласно послѣднимъ изслѣдованіямъ, принимаетъ большое участіе эпителий водной оболочки.

## Развитіе плода.

На практикѣ степень развитія плода опредѣляется по его длинѣ.

Длина равняется:

къ концу	1-го мѣсяца.	. . . . .	$1 \times 1 = 1$	см.		
»	»	2-го	»	. . . . .	$2 \times 2 = 4$	см.
»	»	3-го	»	. . . . .	$3 \times 3 = 9$	см.
»	»	4-го	»	. . . . .	$4 \times 4 = 16$	см.
»	»	5-го	»	. . . . .	$5 \times 5 = 25$	см.
»	»	6-го	»	. . . . .	$6 \times 5 = 30$	см.
»	»	7-го	»	. . . . .	$7 \times 5 = 35$	см.
»	»	8-го	»	. . . . .	$8 \times 5 = 40$	см.
»	»	9-го	»	. . . . .	$9 \times 5 = 45$	см.
»	»	10-го	»	. . . . .	$10 \times 5 = 50$	см.

Другіе признаки: На 1-мъ мѣсяцѣ яйцо величиной съ голубиное и по всей окружности покрыто ворсинками. На 2-мъ—величиной съ куриное; по строенію головы и вполне расчлененнымъ конечностямъ можно опредѣлить, что данный зародышъ—человѣческій; пупочный канатикъ еще содержитъ въ себѣ кишечную петлю. На 3-мъ—величиной съ гусиное яйцо, голова равняется только  $\frac{1}{3}$  длины туловища, пальцы на ручкахъ и ножкахъ уже образованы, въ большинствѣ костей можно найти точки окостенѣнія. На 4-мъ—поль

*monart*'овскія нити могутъ вызвать роды нежизнеспособнымъ уродливымъ плодомъ или, по меньшей мѣрѣ, глубокія перетяжки конечностей плода до ихъ отшнурованія включительно (внутриутробная ампутація).

ясно выраженъ. На 5-мъ—появляются волосы на головѣ и пушковые волосы на тѣлѣ, а также и меконій въ кишечникѣ. На 6-мъ—появляется жиръ въ подкожной клѣтчаткѣ. На 7-мъ—вѣсъ родившихся дѣтей достигаетъ 1400 гр. (7×200), они слабо кричатъ и могутъ прожить послѣ рожденія нѣсколько дней; зрачковая перепонка исчезаетъ. На 8-мъ—вѣсъ достигаетъ 1600 гр. (8×200) и новорожденные при хорошемъ уходѣ могутъ оказаться жизнеспособными. На 9-мъ—вѣсъ достигаетъ 2000 гр. (9×200+200) и болѣе. Благодаря развитію жирового подкожнаго слоя, ярко-красный цвѣтъ кожи блѣднѣетъ. На 10-мъ—плодъ постепенно приобрѣтаетъ признаки зрѣлости.

Зрѣлость плода опредѣляется:

1. По длинѣ=50 сант.; 2. по вѣсу=3200 гр. <sup>1)</sup>); 3. по размѣрамъ головки.

Прямой размѣръ, отъ glabella до prot. occipit. externa, равняется 12 сант.; большой косою размѣръ, отъ подбородка до prot. occipit. externa—13½ сант.; большой поперечный (d. biparietalis),—между теменными буграми,—9¼ сант.; малый поперечный (d. bitemporalis),—между обоими висками,—8 сант.; малый косою,—отъ задней области шеи до большого родничка,—9½ сант.; окружность головки равна 34 сант.

У мальчиковъ всѣ размѣры больше, чѣмъ у дѣвочекъ. На 100 дѣвочекъ рождается 106 мальчиковъ (G. Veit). Смертность мальчиковъ во время родовъ и въ теченіе первыхъ двухъ лѣтъ жизни больше.

Для діагностики различныхъ головныхъ предлежаній <sup>2)</sup>) крайне важны роднички и швы

<sup>1)</sup> 400 гр. равняются 1 русскому фунту. *Прим. перев.*

<sup>2)</sup> Нѣмецкій терминъ «Schädellage» переводится нами иногда болѣе употребительнымъ на русскомъ языкѣ выраженіемъ «затылочная позиція», а иногда «головное предлежаніе».

*Прим. перев.*

череп. Большой родничекъ находится на мѣстѣ схождения 4-хъ швовъ, а именно: лобнаго, стрѣловиднаго и обоихъ вѣчныхъ, малый родничекъ— на мѣстѣ схождения 3-хъ швовъ: стрѣловиднаго съ обоими ребрами ламбдовиднаго.

Менѣе опредѣленные признаки зрѣлости плода: только что родившійся ребенокъ громко кричить и производитъ оживленные движенія своими членами. Пушковые волосы (lanugo) находятся только въ области плечь. У мальчиковъ яички ошупываются въ мошонкѣ, у дѣвочекъ малыя губы прикрыты большими. Ногти на ручкахъ выступаютъ надъ верхушкой пальцевъ. Ушные и носовые хрящи плотны, волосы на головѣ длиною въ 3 см. Кости черепа тверды, швы узки.

### Положеніе, позиція и членорасположеніе плода.

Различаютъ продольное (головное и тазовое) и поперечное resp. косое положенія.

П о з и ц і я обозначаетъ отношеніе спинки ребенка къ стѣнкѣ матки. Спинка влѣво—I-ая позиція, вправо—II-ая позиція. Вмѣсто: затылочное положеніе, I позиція—обычно говорятъ I затылочное положеніе или I-ая затылочная позиція.

П о д ъ ч л е н о р а с п о л о ж е н і е м ѣ понимаютъ опредѣленное расположеніе частей плода по отношенію другъ къ другу. При нормальномъ членорасположеніи спинка согнута, подбородокъ приближенъ къ груди, голени притянуты къ животу, ручки скрещены на груди.

Положеніе, позиція и членорасположеніе могутъ до родовъ часто измѣняться. Въ 96% всѣхъ родовъ опредѣляются черепныя, въ 3%—тазовыя, и едва въ 0,5% лицевыя и поперечныя положенія.

Преобладаніе головныхъ предлежаній объясняется закономъ тяжести. Если плодъ погрузить въ солевой растворъ, удѣльный вѣсъ котораго равенъ удѣльному вѣсу околоплодной жидкости, то онъ плаваетъ такимъ образомъ: благодаря объемистой печени, головка опускается глубже ягодиць, спинка лежитъ книзу, при чемъ правое плечо опущено глубже лѣваго. Поэтому, при стоячемъ положеніи женщины, правое плечо и часть спинки плода прилегаютъ къ болѣе глуболежащей передней стѣнкѣ матки, при горизонтальномъ же положеніи—къ задней. Въ первомъ случаѣ образуется I-ая затылочная позиція, при чемъ малый родничекъ лежитъ влѣво и впереди, во второмъ случаѣ—II-ая затылочная позиція и малый родничекъ вправо и кзади. Такъ какъ въ стоячемъ положеніи женщина находится вдвое больше времени, чѣмъ въ горизонтальномъ, то этимъ и объясняется то явленіе, что I-ое затылочное положеніе встрѣчается вдвое чаще, чѣмъ II-ое. Согласно съ вышесказаннымъ и различныя положенія малаго родничка, наблюдающіяся въ началѣ родовъ при I-мъ и II-мъ затылочныхъ положеніяхъ, объясняются также закономъ тяжести. По *Credé* и *Kristeller*'у головное предлежаніе плода обусловлено сокращеніями матки, такъ какъ въ такомъ положеніи плодъ больше всего соотвѣтствуетъ ея формѣ.

### Многоплодная беременность.

Приблизительно на 90 родовъ приходится по *G. Veit*'у 1 разъ—двойни и приблизительно на 8000 родовъ 1 разъ—тройни. Наблюдались также беременности 4-мя и 5-ью плодами, но послѣдніе являются не жизнеспособными. *Lachmann* недавно разрѣшилъ одну 43-хъ лѣтнюю женщину, XII пара 4 живыми плодами, общій вѣсъ которыхъ

равнялся 11750 gr. (Deutsche med. W. 1907, № 36). Возникновение многоплодной беременности зависит либо от того, что во время одной менструации выходят нѣсколько яиц<sup>1)</sup>, которыя и оплодотворяются (возможно во время повторныхъ совокупленій)—сверхоплодотворение (superfoecundatio), либо отъ того, что оплодотворенное яйцо содержитъ нѣсколько зародышевыхъ зачатковъ. Сверхзарождение (superfoetatio) — оплодотворение второго, позже продуцированнаго яйца, возможно только въ первые 3 мѣсяца, пока decidua vera и reflexa еще не срослись. Но и въ это время беременности возможность superfoetatio мало вѣроятна, такъ какъ во время беременности овуляція отсутствуетъ. Предположеніе о возможности superfoetatio было сдѣлано только на томъ основаніи, что при двойняхъ часто рѣзко выражена разница въ величинѣ обоихъ плодовъ, но такая разница, въ общемъ, сильнѣе всего бываетъ выражена у однойяцевыхъ близнецовъ, гдѣ о какой-либо superfoetatio и рѣчи быть не можетъ (B. S. S c h u l t z e). Разница въ величинѣ двоенъ скорѣе зависитъ отъ неодинаковаго развитія, что Schatz объясняетъ у однойяцевыхъ двоенъ асимметрией 3-го кругообращенія. 3-имъ кругообращеніемъ Schatz называетъ существующіе только у однойяцевыхъ двоенъ анастомозы сосудовъ обоихъ послѣдовъ. Тотъ изъ близнецовъ, который отдаетъ другому больше крови, чѣмъ оставляетъ себѣ, часто погибаетъ во время беременности, мумифицируется и кромѣ того сдавливается другимъ плодомъ (foetus raryugaseus<sup>2)</sup>)—здѣсь происходитъ какъ бы борьба за существованіе въ чревѣ матери. Сдавленный

<sup>1)</sup> Они могутъ выйти либо изъ одного, либо изъ двухъ фолликуловъ. Послѣдніе могутъ находиться или оба въ одномъ или каждый въ отдѣльномъ яичникѣ, какъ это показываютъ сограга lutea.

<sup>2)</sup> Бумажный плодъ.

Прим. перев.



плодъ рождается иногда раньше срока, въ то время, какъ первый продолжаетъ развиваться въ маткѣ. Съ другой стороны тотъ изъ близнецовъ, который отдаетъ другому больше крови, можетъ измѣнить кровообращеніе послѣдняго такимъ образомъ, что по пупочной артеріи она будетъ течь у него въ направленіи къ сердцу, которое въ силу этого атрофируется. Такимъ путемъ развивается *asgardiasis*.

При разсмотрѣніи образованія яйцевыхъ оболочекъ, становится ясно, что однойцевыя двойни имѣютъ общій *chorion* и общую *decidua*, многояйцевыя же только общую *decidua*. Ихъ перегородка состоитъ изъ 4-хъ разъединимыхъ листковъ (2 амниальныхъ и 2 хоріальныхъ). Общей *decidua reflexa* обладаютъ двуяйцевыя двойни только въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда оба яйца вѣдрилились въ слизистую матки вплотную другъ къ другу. Послѣды ихъ во всѣхъ случаяхъ вначалѣ раздѣлены. Однояйцевыя близнецы всегда одного пола. При двойняхъ роды наступаютъ часто раньше срока, но и доношенные близнецы въ своихъ размѣрахъ и вѣсѣ не достигаютъ средней для зрѣлаго плода величины.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда зародышевые зачатки однойцевыхъ двоенъ сливаются, мы имѣемъ двойное уродство. Но и однойцевыя близнецы представляютъ собою, по *Strassman*'у, уродство—*monstrositas per excessum*, многояйцевыя же двойни должны быть разсматриваемы, какъ явленіе атавизма.

Благодаря болѣе сильному растяженію живота, беременныя двойнями женщины жалуются на тѣ же недомоганія, какія наблюдаются при большихъ опухоляхъ въ нижней части живота. Онѣ предрасположены къ нефриту беременныхъ, эклампсїи и преждевременнымъ родамъ. Благодаря этому, а также и общему недостаточному развитію, предсказаніе для плодовъ ухудшается.

## Измѣненія въ организмѣ матери подъ вліяніемъ беременности.

### 1. Измѣненіе въ половыхъ и смежныхъ съ ними органахъ.

Беременная матка растетъ въ первой половинѣ беременности вслѣдствіе эксцентрической гипертрофіи, позже она растягивается механически. Слѣдовательно, послѣдствіи стѣнка снова утончается, такъ что къ концу беременности она имѣетъ лишь 5—10 мм. въ толщину. По *K. R u g e*, въ маткѣ въ концѣ беременности другъ на другѣ слоями расположены мышечные пласты, связанные между собою продольными, косвенно направляющимися мышечными пучками. Длина матки увеличивается съ 7 до 36 сант., вѣсъ съ 30 до 1000 грм., форма ея приближается къ формѣ овоида, съ шейкой, въ видѣ небольшого придатка. Полость матки сводообразно выдвигается далеко надъ устьями трубъ. Нормальная *anteflexio* (перегибъ впередъ) матки увеличивается вслѣдствіе тяжести ея тѣла. Эта *anteflexio* вызываетъ въ первые мѣсяцы беременности частые позывы на мочеиспусканіе, исчезающіе въ послѣдніе мѣсяцы беременности, но снова появляющіеся при давленіи головки. Давленіемъ растущей матки внутренности оттѣсняются въ стороны и кзади, а діафрагма кверху. Благодаря этому измѣняется также форма грудной клѣтки, при чемъ поперечный размѣръ ея увеличивается, высота же уменьшается (*D o h n*). Въ яичникѣ образуется изъ лопнувшего фолликула, благодаря равномерному разрастанію сосудовъ *thecae internae* и клѣтокъ *membranae granulosaе* (*Waldeyer*), *corpus luteum verum* (истинное желтое тѣло). Послѣднее достигаетъ своего наивысшаго развитія на 3-емъ мѣсяцѣ. По окончаніи беременности клѣтки его подвергаются жи-

ровому перерожденію, всасываются, а на мѣстѣ ихъ образуется рубецъ; то же самое происходитъ и съ *corpus luteum spurium*, образующимся при каждой менструаціи, послѣ которой не наступило оплодотвореніе. Аналогичныя регрессивныя измѣненія происходятъ въ кровяномъ сгусткѣ, который находится, впрочемъ не всегда, въ центрѣ фолликула.

Непосредственно видимыя измѣненія образуются при беременности на растянутой брюшной кожѣ, на грудяхъ и бедрахъ — *striae gravidarum*—въ видѣ красноватыхъ полосъ, обусловленныхъ расхожденіемъ болѣе глубокихъ слоевъ кожи. Послѣ родовъ онѣ превращаются въ бѣловатые рубцы, такъ назыв. рубцы беременныхъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ они совершенно отсутствуютують. На 8-мъ мѣсяцѣ исчезаетъ втянутость пупка—«пупокъ сглаживается»,—на 9-мъ мѣсяцѣ онъ пузыреобразно выпячивается. Слизистая влагалища гипертрофируется и принимаетъ синеватый цвѣтъ. Грудь набухаетъ и, при давленіи на нее, выдавливается водянистая *gserp.*, похожая на молоко жидкость; *linea alba* и околососковый кружокъ представляются пигментированными<sup>1)</sup>.

Всѣ эти признаки не имѣютъ особаго значенія для распознаванія беременности у многорожавшихъ, такъ какъ они въ большей или меньшей степени остаются послѣ первыхъ родовъ.

## 2. Измѣненія во всемъ организмѣ.

Количество гемоглобина и красныхъ кровяныхъ шариковъ нормально не уменьшается, скорѣе увеличивается. По *Doi* увеличивается также и коли-

<sup>1)</sup> *Chloasma uterinum* называются бурья пятна на лицѣ у беременныхъ, въ особенности на вискахъ.

чество лейкоцитовъ, въ особенности при эклампсiи: это увеличеніе имѣетъ цѣлью защиту организма противъ токсиновъ беременности. Отдѣленіе мочи усилено, она водяниста. Часто обнаруживаются разстройства пищеварительнаго аппарата, кровеносной и нервной системы, органовъ чувствъ и психики. Сюда относятся: тошнота, рвота, слюнотеченіе, сердцебіеніе, головокруженіе, расширение венъ, геморроидальныя шишки, зубныя боли, разстройства зрѣнія, измѣненія вкуса, меланхолія. Несмотря на эти многочисленныя разстройства, вѣсъ беременныхъ увеличивается въ послѣдніе три мѣсяца на 1500—2500 грм. ежемѣсячно.

### Распознаваніе беременности.

При распознаваніи необходимо выяснить, пять пунктовъ:

1. Наличие беременности вообще, 2) срокъ беременности, 3) жизнь плода, 4) положеніе плода, 5) имѣемъ ли мы дѣло съ перво- или повторнородящей.

ad 1. Существоютъ предположительныя, вѣроятныя и вѣрныя признаки беременности. Въ первой половинѣ беременности мы вынуждены ограничиваться признаками первыхъ двухъ категорій (предположительными и вѣроятными).

Предположительными признаками являются разстройства здоровья женщины (рвота!), первоначально возбуждающіе лишь подозрѣніе на беременность.

Вѣроятныя признаки: отсутствіе менструаціи, шарообразное увеличеніе, сильная антефлексія и мягкость матки (главнымъ образомъ нижняго сегмента матки—признакъ Hegar'a), *striae gravidarum*, различныя измѣненія цвѣта, измѣненія груди (выдавливаніе водянистой жидкости, появленіе на околососковомъ

кружкѣ узловатыхъ прибавочныхъ Монтгомеровыхъ железъ!), маточный шумъ. Упомянутые признаки являются только вѣроятными признаками беременности, такъ какъ они встрѣчаются и при другихъ состояніяхъ. При хлорозѣ, изнуряющихъ болѣзняхъ, двустороннихъ яичниковыхъ опухоляхъ, сильномъ ожирѣніи—менструація отсутствуетъ, при опухоляхъ матки—матка увеличена; иногда встрѣчаются и другіе вѣроятные признаки беременности. Съ другой стороны, съ большой долей вѣроятія можно допустить беременность, когда у совершенно здоровой женщины, всегда регулярно носившей мѣсячныя крови, регулы отсутствуютъ и при бимануальномъ изслѣдованіи матка представляется шаровидно увеличенной, сильно антефлектированной и мягкой.

При извѣстномъ навыкѣ можно уже и на 2-мъ мѣсяцѣ беременности опредѣлить эти характерныя измѣненія матки, когда измѣненія груди и маточный шумъ еще отсутствуютъ.

Вѣрныя признаки обнаруживаются лишь начиная съ 18—20 недѣли. Къ нимъ относятся:

а) Осязаемая и слышная движенія плода.

б) Прощупываніе частей плода.

в) Выслушиваніе сердечныхъ тоновъ плода гер. шума пуповины.

ad 2. Срокъ беременности.

На первомъ мѣсяцѣ матка мало увеличена

На второмъ мѣсяцѣ матка величиной съ гусиное яйцо

На третьемъ мѣсяцѣ матка величиной съ дѣтскую голову

} и прощупывается только при комбинированномъ изслѣдованіи (одновременно наружномъ и внутреннемъ).

На четвертомъ мѣсяцѣ матка величиной съ голову взрослого и прощупывается при наружномъ изслѣдованіи надъ симфизомъ.

На пятомъ мѣсяцѣ матка находится посрединѣ между пупкомъ и симфизомъ.

На шестомъ мѣсяцѣ матка находится на уровнѣ пупка.

На седьмомъ мѣсяцѣ матка находится на 2 пальца выше пупка.

На восьмомъ мѣсяцѣ матка находится на ладонь выше пупка.

На девятомъ мѣсяцѣ матка находится у мечевиднаго отростка.

На десятомъ мѣсяцѣ матка находится снова на ладонь выше пупка.

При наличности сильныхъ и частыхъ схватокъ во время беременности (Schwangerschaftswehen) <sup>1)</sup>, дно матки и на 10-мъ мѣсяцѣ находится у края реберь. Поэтому при распознаваніи всегда необходимо обращать вниманіе на объемъ живота, равняющійся на 8-мъ мѣсяцѣ 90, на 10-мъ свыше 100 сант. Далѣе, за 10-ый мѣсяцъ говоритъ у первородящихъ съ нормальнымъ тазомъ <sup>2)</sup> низкое стояніе головки въ тазу, исчезаніе («с г л а ж и в а н і е») влагалищной части, при чемъ каналъ шейки, все-таки, сохраняетъ обыкновенно еще

---

1) Такія схватки появляются въ теченіе всей беременности (Вахтон Нискс). Онѣ отличаются отъ родовыхъ схватокъ тѣмъ, что либо совсѣмъ не ощущаются, либо ощущаются въ видѣ напряженія въ животѣ. Схватка, во время которой матка становится твердой на ошупь, обычно просматривается студентами, хотя они обыкновенно въ первую очередь, высказываютъ свое мнѣніе о консистенціи матки въ тѣхъ случаяхъ, когда это на дѣлѣ имѣетъ побочное значеніе.

2) При узкомъ тазѣ, поперечныхъ положеніяхъ и двойняхъ предлежащая часть стоитъ у первородящей въ концѣ беременности подвижно надъ тазомъ и шейка не сглаживается.

длину въ 3—4 саят. Если у многорожавшей головка стоитъ плотно въ тазу, то дѣло тоже идетъ о 10-мъ мѣсяцѣ беременности; если же она подвижна, то это еще не говорить, какъ у первородящей, противъ 10-го мѣсяца.

*Примѣчаніе.* Составивъ себѣ извѣстное представленіе, необходимо еще<sup>1)</sup> освѣдомиться у беременной о послѣдней менструаціи и первыхъ движеніяхъ плода. Приблизительное время родовъ получается, если отсчитать съ 1-го дня послѣдней менструаціи 3 календарныхъ мѣсяца назадъ и затѣмъ прибавить 7 дней или, если прибавить 4½ мѣсяца ко дню ощущенія матерью перваго шевеленія плода. Наступленіе родовъ на нѣсколько недѣль позже исчисленнаго срока объясняется либо ошибкой женщины, или тѣмъ, что оплодотвореніе наступило незадолго до послѣдней появившейся менструаціи или тѣмъ, что беременность переносена, но о послѣдней можетъ идти рѣчь только тогда, когда ребенокъ чрезмѣрно великъ.

ад 3. Что плодъ живъ, узнается по его движеніямъ, которыя часто ощущаются и слышатся, и по сердечнымъ тонамъ. Они представляютъ двойные удары, частота которыхъ равняется 120—150 въ минуту. Въмѣсто нихъ, иногда выслушивается синхроничный съ ними шумъ пуповины, появляющійся при давленіи или потягиваніи за послѣднюю и поэтому часто возникающій при обви-

<sup>1)</sup> У насъ въ Россіи принято разспросъ беременныхъ предпосылать ихъ объективному изслѣдованію.

тіяхъ пуповины. Шумъ маточной артеріи и маточный шумъ, возникающій въ ея расширенныхъ артеріяхъ, синхрониченъ съ пульсомъ матери. Если тоны сердца выслушиваются слѣва ниже пупка, то обыкновенно имѣется 1-ая, если же справа, но ближе къ *linea alba*, то 2-ая затылочной позиціи.

ad 4. Положеніе плода опредѣляется, независимо отъ мѣста сердечныхъ тоновъ, отыскиваніемъ обѣими руками сначала въ области дна матки, а затѣмъ надъ входомъ въ тазъ крупныхъ частей плода—ягодиць и головки. Та часть, которая оказывается тверже и легче передвигается между руками (*Ballotement*), есть головка. Если эта часть находится надъ тазомъ или въ послѣднемъ, то мы имѣемъ головное предлежаніе. При ощупываніи дна матки концы пальцевъ должны быть обращены кверху, при пальпированіи надъ тазомъ—книзу. При послѣднемъ изслѣдованіи надо стараться вдавливать руки постепенно въ газъ съ боковъ, отнюдь не со стороны симфиза. Только такимъ способомъ можно еще прощупать головку, стоящую уже глубоко въ тазу, тогда какъ иначе легко принять за головку обращенное впередъ плечо.

При 1-ой затылочной позиціи въ днѣ прощупываются, вправо отъ ягодиць, мелкія части, которыя нельзя привести въ извѣстныя движенія, которыя, слѣдовательно, не баллотируютъ. При 2-ой затылочной позиціи мелкія части лежатъ влѣво отъ ягодиць. Если онѣ не прощупываются, то часто удается констатировать, что, напр., при 1-ой затылочной позиціи спинка плода, какъ болѣе широкое противодѣйствіе, лежитъ въ лѣвой сторонѣ матки и здѣсь же выслушиваются сердечные тоны. Правда, при сильномъ отклоненіи матки вправо, спинка плода можетъ находиться справа отъ *linea alba*, такъ что при подобныхъ условіяхъ, при 1-ой



затылочной позиціи, сердечные тоны выслушиваются справа отъ *linea alba*. Впрочемъ, вопросъ о томъ, имѣемъ ли мы дѣло съ 1-ой или 2-ой затылочной позиціей—играетъ существенную роль лишь при оперативномъ окончаніи родовъ. Несмотря на это, студенты всегда думаютъ, что діагнозомъ: «1-ая затылочная позиція» исчерпывается изслѣдованіе беременной.

ad 5. Имѣются два вѣрныхъ признака для отличія перво- и повторнобеременной.

а) Состояніе дѣвственной плевы.

У первобеременныхъ она только надорвана и образуетъ постоу у своего основанія непрерывную кайму. У повторнобеременныхъ отъ дѣвственной плевы остаются лишь 2—4 маленькихъ возвышенія у задней спайки, подъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала и съ боковъ—*sagunculae myrtiformes*.

б) Форма и величина маточнаго зѣва и влагалищной части.

У первобеременныхъ маточный зѣвъ представляетъ круглую ямку величиной отъ булавоочной головки до монеты въ 5 пфенниговъ <sup>1)</sup>, у повторнобеременныхъ—широкую поперечную щель съ зазубренными краями, пропускающую 1—2 пальца <sup>2)</sup>. Ближе къ внутреннему маточному зѣву каналъ шейки становится у многородящихъ уже, но все же черезъ внутренній зѣвъ въ послѣдніе 2 мѣсяца можно провести одинъ палецъ и непосредственно

<sup>1)</sup> Равняется по размѣру приблизительно русской десятикопеечной монетѣ.

<sup>2)</sup> Эта легкая проходимость канала шейки побуждаетъ студента проникать еще глубже. Это слѣдуетъ строго воспрепятствовать, такъ какъ такимъ путемъ можно легко нанести поврежденія слизистой шеечнаго канала, вызвать искусственный разрывъ плоднаго пузыря и даже поранить сквозь неповрежденный пузырь плодъ (*D o h n*). Небеззараженный палецъ можетъ путемъ поврежденія слизистой подать поводъ къ смертельному сепсису.

прощунать нижній сегментъ плоднаго пузыря. Влагалищная часть у первобеременныхъ суживается книзу, укорачивается, начиная съ 8-го мѣсяца, и совершенно исчезаетъ въ послѣднія недѣли беременности. Напротивъ, у повторобеременныхъ она имѣетъ грибовидную форму, у сводовъ уже, чѣмъ вокругъ наружнаго маточнаго зѣва. Если влагалищная часть сильно разорвана съ обѣихъ сторонъ, то обѣ губы ощущаются въ видѣ двухъ мягкихъ лоскутовъ. Влагалищная часть повторобеременныхъ представляется въ послѣдніе мѣсяцы нѣсколько короче, чѣмъ внѣ беременности, благодаря разрыхленію влагалищнаго свода.

Измѣненія влагалищной части, обусловленныя бывшими родами, могутъ быть крайне незначительны или совершенно отсутствовать, если въ теченіе многихъ лѣтъ не наступали новые роды. Существеннымъ опознательнымъ пунктомъ, слѣдовательно, являются измѣненія дѣвственной плевы. Въ сомнительныхъ случаяхъ надо обратить вниманіе и на другіе признаки бывшихъ родовъ. Сюда относятся:

Дряблые брюшные покровы, рубцы беременныхъ, усиленная пигментация бѣлой линіи живота и околососкового кружка, дряблая груди, выступающіе соски у кормившихъ женщинъ, длинное, гладкое влагалище, съ зіяющимъ входомъ, рубцы на мѣстѣ разрывовъ промежности.

Всѣ 5 пунктовъ діагноза можно установить путемъ наружнаго изслѣдованія, если къ послѣднему присоединить осмотръ наружныхъ половыхъ органовъ. Такой осмотръ имѣетъ ту выгоду, что при немъ можно одновременно обнаружить существующія заболѣванія половыхъ частей, какъ напр., гоноррею и сифились. Центр тяжести изслѣдованія беременныхъ заключается, поэтому, не во внѣшнемъ из-

слѣдованіи, такъ назыв. тушированіи (изслѣдованіи пальцемъ), а въ наружномъ. Къ наружному изслѣдованію относится еще изслѣдованіе грудей въ отношеніи вопроса о кормленіи. Необходимо изслѣдовать при этомъ состояніе соска, хорошо ли онъ выдается, равнымъ образомъ и состояніе самой молочной железы. Впрочемъ, небольшая грудь даетъ часто весьма много молока, большая же крайне мало. Не слѣдуетъ забывать и измѣреніе таза, что важно для предсказанія родовъ.

Внутреннее изслѣдованіе беременной должно производиться лишь послѣ предварительной дезинфекціи акушера и наружныхъ половыхъ органовъ изслѣдуемой, лучше всего въ резиновыхъ перчаткахъ (см. стр. 67). Сначала изслѣдуютъ однимъ пальцемъ, который проводится по задней стѣнкѣ влагалища, подъ наблюденіемъ глаза, послѣ раздвиганія срамныхъ губъ. Другая рука подаетъ снаружи матку гесп. подлежащую часть изслѣдующему пальцу.

Для производства описаннаго изслѣдованія женщину кладутъ съ немного приподнятыми плечами и притянутыми бедрами на твердую кушетку; предварительно женщину освобождаютъ отъ стягивающей одежды.

Распознаваніе беременности двойнями основывается на прощупываніи частей плода, которыя уже никоимъ образомъ не могутъ принадлежать одному плоду, напр., трехъ крупныхъ частей.

При сильномъ напряженіи стѣнокъ матки задача эта является часто довольно трудной, такъ что сильное растяженіе живота заставляетъ подчасъ думать о многоводіи или чрезмѣрно большомъ ребенкѣ. При многоводіи, какъ правило, ощущается зыбленіе, если, впрочемъ, напряженіе матки

не особенно рѣзко; плодъ крайне подвиженъ (сильное баллотированіе); при двойняхъ нѣтъ ни зыбленія, ни чрезмѣрной подвижности; у крупнаго ребенка ошупываемыя части соотвѣтственно объемистѣе, у двоенъ, напротивъ—мельче, такъ что начинающій принимаетъ обыкновенно при двойняхъ крупныя части за мелкія. Большія затрудненія представляетъ распознаваніе тѣхъ случаевъ, гдѣ беременность двойнями сочетается съ многоводіемъ. Въ этихъ случаяхъ надо быть крайне осторожнымъ съ діагнозомъ «двойни». Если діагнозъ окажется невѣрнымъ, то врачу не скоро простятъ излишнія заботы по поводу предполагавшихся трудныхъ родовъ двойнями, а также и тѣ волненія, которыя причинило ожиданіе нежелательнаго чрезмѣрнаго увеличенія семейства.

Распознаваніе смерти плода основывается на отсутствіи, при повторномъ изслѣдованіи, прежде выслушивавшихся сердечныхъ тоновъ и на остановкѣ роста матки. Если плодъ не будетъ вскорѣ изгнанъ, то матка даже снова уменьшается. Послѣ того, какъ прошли околоплодныя воды и шейка пропускаетъ палець, при головномъ предлежаніи ощущаются болтающіяся кости черепа. Въ одномъ случаѣ ягодичнаго вредлежанія мнѣ удалось распознать это явленіе черезъ брюшныя покровы при наружномъ изслѣдованіи и на основаніи этого поставить вѣрный діагнозъ.

Сама беременная какъ бы замѣчаетъ смерть плода, что сказывается часто различными необычными ощущеніями, какъ то ознобъ, непріятный вкусъ, общее недомоганіе. Груды дѣлаются дряблыми, выдѣленіе изъ нихъ прекращается. Одинъ разъ тотчасъ за смертью плода я констатировалъ повышение температуры у матери.

A b d e r h a l d e n и M i k i K i u t s i работали распознаваніе беременности серологи-

ческимъ путемъ; они доказали посредствомъ поляризації и діалізації, что кровь беременныхъ обладаетъ способностью расщеплять прибавляемый къ ней пептонъ, добытый изъ послѣда.

## Діететика беременности.

Вообще говоря, беременная можетъ продолжать свой привычный образъ жизни, если только онъ не очень грѣшитъ противъ общеобязательныхъ гигиеническихъ правилъ. Несмотря на то, что наѣздицы безъ вреда занимаются своимъ ремесломъ чуть не до конца беременности, все же слѣдуетъ запретить катаніе верхомъ, танцы, ѣзду по неровнымъ дорогамъ, подъемъ тяжестей и т. д. Крайне важны частое регулярное мочеиспусканіе и правильный стулъ. Мочеиспусканіе должно производиться въ послѣднія недѣли беременности почаще въ лежачемъ положеніи (см. физиологія послѣродового періода), стулъ долженъ вызываться діетическими мѣрами, въ случаѣ надобности нѣжными слабительными и клизмами. Если беременная жалуется на рвоту, то ей слѣдуетъ посоветовать завтракать лежа въ постели, а днемъ принимать пищу почаще въ небольшихъ количествахъ. У беременныхъ съ узкимъ тазомъ или у женщинъ рожавшихъ крупныхъ дѣтей, можно попробовать въ послѣднія 6—12 недѣль уменьшить вѣсъ ребенка діетой *Proshownik'a*. Діета эта сходна съ діетой *Oerte'l'я*: утромъ—маленькая чашка кофе или чая, 25 грм. сухарей; къ обѣду—мясо, яйцо, рыба, немного соуса, немного жирно приготовленной зелени, салатъ, сыръ; къ ужину—то же самое, къ этому 40—50 грм. хлѣба, ма́сло по желанію. Въ промежуткахъ — никакой ѣды. Запрещается: вода, супы, картофель, мучное, сахаръ, пиво. Разрѣшается 300—400 грм. легкаго вина или такое

же количество жидкаго, холоднаго чая. Въ умѣренномъ количествѣ сладкіе фрунты, лучше кислый виноградъ и кислыя яблоки. Каждой беременной, начиная съ половины беременности, слѣдуетъ рекомендовать подвязывать животъ или носить специальный бандажъ. Далѣе, важна, помимо правильнаго движенія и пребыванія на свѣжемъ воздухѣ, забота о чистотѣ ежедневными обмываніями всего тѣла въ теплой (не горячѣй!) ваннѣ; а при сильныхъ бѣляхъ—тепловатыя спринцеванія влагаллица съ лизоформомъ или квасцами подъ небольшимъ давленіемъ.

Безпокойства, причиняемыя варикознымъ расширеніемъ венъ, устраняются бинтованіемъ ногъ или ношеніемъ резиновыхъ чулокъ. K i r s c h b e r g рекомендуетъ, даже въ нѣкоторыхъ случаяхъ расстройства кровообращенія, массажъ и гимнастику.

Въ случаѣ предшествовавшихъ выкидышей слѣдуетъ запретить половыя сношенія.

Грудные соски должны подготовляться для кормленія регулярными обмываніями теплой водой, а въ послѣднія недѣли беременности—обмываніями спиртомъ. Плоскіе или втянутые соски необходимо въ послѣднія недѣли почаще вытягивать, въ случаѣ надобности предложеннымъ A u v a r d 'омъ аппаратомъ (см. физиологія послѣродового періода). K e h n e r производилъ, съ цѣлью устраненія втянутыхъ сосковъ, excisio (вырѣзываніе) околососковаго кружка.

Для повышенія отдѣленія молока, рекомендуютъ желѣзо-соматозу, санатогенъ, Malztronon, галактоль\*).

Помимо всего этого врачъ имѣетъ возможность дѣйствовать ободряющимъ и успокаивающимъ образомъ на психику беременной.

---

\*) Безусловно можно прекрасно обойтись безъ всѣхъ этихъ патентованныхъ средствъ. *Прим. ред.*

# Физиологія родовъ.

## Опредѣленіе понятія „роды“.

Подъ родами мы понимаемъ изгнаніе плода съ его оболочками изъ организма матери дѣйствіемъ предназначенныхъ для этой цѣли силъ природы. Изгоняющія силы слагаются изъ сокращеній матки — схватокъ, и сокращеній брюшного пресса — потугъ. Сначала схватки должны расширить существующій каналъ шейки, а затѣмъ, при содѣйствіи брюшного пресса онѣ будутъ въ состояніи изгнать плодъ черезъ упомянутый каналъ и влагалище. Схватка вызываетъ внутриматочное давленіе. Внутриматочное давленіе и давленіе брюшного пресса составляютъ общее давленіе содержи-  
маго (der allgemeine Inhaltsdruck).

## Причины наступленія родовъ, т.-е родовыхъ схватокъ.

Первая теорія: Роды наступаютъ, какъ только матка достигла извѣстнаго растяженія.

Доказательство: При беременности двойными или многоводіи, при которыхъ матка уже на 7-омъ мѣсяцѣ можетъ достигнуть такого же размѣра, какъ и на 10-мъ, часто наступаютъ преждевременные роды.

Вторая теорія: Роды наступаютъ вслѣдствіе ослабленія связи между стѣнкой матки и плоднымъ пузыремъ [жировое перерожденіе, resp. некробіозъ (Klein) deciduae].

Третья и, по всему вѣроятію, вѣрная теорія: Причина лежитъ въ самомъ плодѣ. Роды наступаютъ, какъ только плодъ созрѣлъ.

Доказательство: При внѣматочной беременности, гдѣ матка бываетъ пуста и когда, слѣдовательно, первыя двѣ теоріи не могутъ быть приняты въ расчетъ, наступаютъ сокращенія пустой матки и плоднаго мѣшка также въ концѣ 10-го мѣсяца, если только этотъ мѣшокъ уже до того не разорвался, или плодъ не умеръ раньше.

Доношенный плодъ вызываетъ схватки тѣмъ, что въ концѣ 10-го мѣсяца, въ связи съ его ростомъ, обнаруживается недостатокъ кислорода въ послѣдѣ. Уменьшеніе же содержанія кислорода вызываетъ схватки (Runge). Раздраженіе, вызывающее схватки, можетъ дѣйствовать либо непосредственно на мускулатуру матки, либо первично на ея чувствительные нервы. Отъ послѣднихъ оно распространяется на одинъ изъ 2-хъ центровъ, изъ коихъ одинъ заложенъ въ продолговатомъ мозгу, другой въ поясничной части спинного мозга. Въ этихъ центрахъ возбужденіе передается спинномозговымъ двигательнымъ нервамъ, проходящимъ въ путяхъ симпатическаго нерва.

## Характеръ сокращеній матки и брюшного пресса.

Схватки суть произвольныя, перистальтическія и ритмичныя движенія, т.-е. чередованіе сокращеній и расслабленій. Непрерывное сокра-



щеніе и не произвело бы никакой работы, а выработывало бы одну теплоту (*tetanus uteri*). Каждая схватка длится приблизительно около минуты и въ среднемъ повторяется черезъ 5 минутъ. Во время схватки матка становится постепенно все тверже и тверже; достигнувъ наивысшаго напряженія, она постепенно снова размягчается. Болѣзненность схватки ограничивается временемъ болѣе сильнаго сокращенія матки. Во время схватки матка становится длиннѣе и уже. Каждая схватка сопровождается болью, исходящей изъ крестца.

Въ концѣ родовъ къ схваткамъ присоединяется дѣйствіе брюшнаго пресса, который затѣмъ и выполняетъ главную работу (*Schöder*); брюшной прессъ—и этого не слѣдуетъ упускать изъ виду—приводится въ дѣйствіе сперва лишь рефлекторнымъ путемъ—схватками (родовой болью).

## Періоды родовъ.

Ихъ имѣется три: періодъ раскрытія, періодъ изгнанія и послѣдовый періодъ.

ad 1 и 2. Нижній отдѣлъ матки содержитъ меньшее количество мышечныхъ волоконъ, соединенныхъ къ тому же болѣе рыхлой соединительной тканью, чѣмъ верхній. Вслѣдствіе этого, въ началѣ маточныхъ сокращеній нижній отдѣлъ растягивается и, такимъ образомъ, образуется нижній сегментъ матки (*Schöder, Hofmeier, Ruge, von Franque*)<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Согласно послѣднимъ изслѣдованіямъ Вауег'а и Кюстнер'а и разрѣзамъ замороженныхъ труповъ роженицъ Zweifel'я и Вимт'а, многія данныя говорятъ за то, что нижній сегментъ матки, какового мнѣнія придерживались и раньше, образуется изъ верхняго расширеннаго отдѣла кишечнаго канала, который

Тяга, оказываемая верхнимъ сокращающимся отдѣломъ тѣла матки на нижній маточный сегментъ и оттягивающая его кверху, отдѣляетъ нижній полюсъ яйца отъ стѣнки матки и растягиваетъ внутренній маточный зѣвъ. Подъ вліяніемъ возрастающаго во время схватки внутриматочнаго давленія, отдѣлившійся нижній полюсъ яйца, **п л о д н ы й п у з ы р ь**, прогоняется во внутренній зѣвъ, потомъ въ каналъ шейки и, наконецъ, въ наружный маточный зѣвъ, **р а с ш и р я я** эти части въ такой степени, что головка въ состояніи пройти черезъ нихъ. Полное сглаживаніе наружнаго маточнаго зѣва вызывается, по моимъ изслѣдованіямъ, не только дѣйствіемъ плоднаго пузыря, какъ доказывалъ *Schröder*, но совмѣстнымъ дѣйствіемъ давленія пузыря въ горизонтальномъ направленіи и тяги сверху. Последняя вызываетъ длительное смѣщеніе (расхожденіе) мышечныхъ пучковъ шейки. Когда наружный зѣвъ растянется, значительное напряженіе круглыхъ связокъ кладетъ обычно предѣль, какъ дальнѣйшему укороченію и утолщенію собственно тѣла матки, такъ назыв. **полага мускула**, такъ и дальнѣйшему растяженію и истонченію нижняго маточнаго сегмента; вслѣдствіе этого схватки оказываютъ теперь болѣе сильное давленіе на яйцо въ направленіи сверху и это давленіе вызываетъ разрывъ пузыря и изгоняетъ головку, какъ наиболѣе низко находящуюся часть яйца, при содѣйствіи брюшнаго пресса, черезъ **в ы х о д н у ю т р у б к у** (*Duchtrittsschlauch*), т.-е. нижній маточный сегментъ, шейку и влагалище.

У многорожавшихъ, у которыхъ противодѣй-

---

обычно уже во время беременности принимаетъ участіе въ образованіи полости матки. По этимъ изслѣдованіямъ **контракціонное кольцо** или **Бандлевское кольцо** совпадаетъ съ внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ.

ствіе наружнаго зѣва уже уничтожено, пузырь расширяетъ каналъ шейки цѣликомъ, т.-е. шейка сглаживается поздно, когда маточный зѣвъ уже порядочно открытъ (рис. 26). У первородящихъ, наоборотъ, сначала постепенно расширяется внутренній зѣвъ, затѣмъ каналъ шейки и лишь подъ конецъ наружный зѣвъ, т.-е. наружный зѣвъ раскрывается послѣ того, какъ шейка вполнѣ сгладилась (рис. 24 и 25).

Граница между способнымъ къ сокращенію отдѣломъ матки, полонъ мышцей и нижнимъ маточнымъ сегментомъ называется кольцомъ сокращенія (*Kontraktionsring*). Его часто можно ощущать и видѣть въ видѣ борозды. Если эта борозда перемѣщается до уровня пупка или выше, то налицо имѣется величайшая опасность разрыва матки.

ad 3. Отдѣленіе послѣда происходитъ вслѣдствіе того, что мѣсто его прикрѣпленія значительно уменьшается послѣ изгнанія плода подъ вліяніемъ сокращеній матки, тогда какъ широкая поверхность прикрѣпленія послѣда (*Naftfläche*) не въ состояніи уменьшаться въ такой же степени. Къ тому же послѣ родовъ сокращеніе носитъ стойкій характеръ въ противоположность преходящимъ сокращеніямъ во время родовъ. Отдѣленію послѣда во время родовъ препятствуетъ, кромѣ того, общее давленіе на содержимое матки (*der allgemeine Inhaltsdruck*), удерживающее послѣдъ, прижимая его къ мѣсту прикрѣпленія. Съ послѣдней схваткой, изгоняющей плодъ, послѣдъ отдѣляется и притомъ сперва въ средней своей части. Образовавшееся такимъ образомъ пространство между послѣдомъ и стѣнкой матки выполняется кровью, и эта «запослѣдовая (ретроплацентарная) гематома *Schultze'a*» способствуетъ дальнѣйшему отдѣленію послѣда. Силою своей собственной тяжести послѣдъ опускается своей

плодовой поверхностью книзу, механически отрывая и выворачивая при этомъ яйцевыя оболочки. Въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣдъ прикрѣпленъ высоко (въ маткѣ) и много манипулировали съ маткой, послѣдъ рождается краемъ впередъ и безъ выворачиванія яйцевыхъ оболочекъ (Duncan). Послѣдъ обыкновенно застрѣваетъ въ дрябломъ нижнемъ маточномъ сегментѣ или во влагалищѣ и рождается только благодаря случайному дѣйствию брюшного пресса, либо при вставаніи женщины. Поэтому почти всюду примѣняютъ способъ Седѣ для удаленія отдѣлившагося послѣда.

### Клиническое теченіе родовъ при затылочныхъ положеніяхъ.

Какъ начало родовъ, такъ и благопріятное ихъ дальнѣйшее теченіе узнается потому, что при правильной дѣятельности схватокъ маточный зѣвъ все болѣе и болѣе раскрывается. При этомъ матка немного кровоточитъ, вслѣдствіе отдѣленія нижняго полюса яйца, и изъ небольшихъ надрывовъ маточнаго зѣва («es zeichnet»). Во время схватки, яйцевой пузырь отдѣляется отъ головки плода, при чемъ въ него вливается больше околоплодной жидкости («die Blase stellt sich — пузырь напрягается»). Но такъ какъ и подлежащая часть вытѣсняется постепенно ниже, то, въ концѣ концовъ, находящіяся подъ ней околоплодныя воды, такъ наз. переднія воды, не въ состояніи оттекать обратно во время паузы и плодный пузырь остается и внѣ схватки напряженнымъ («die Blase ist springfertig — пузырь готовъ къ разрыву»).

Если теперь, во время схватки, въ пузырь

вгоняется мимо головки околоплодная жидкость, то яйцевыя оболочки разрываются («пузырь разрывается — die Blase springt»), и переднія воды отходят. Разрывъ пузыря совпадаетъ въ нормальныхъ случаяхъ съ полнымъ или почти полнымъ открытіемъ маточнаго зѣва. Въ послѣднемъ случаѣ маточный зѣвъ быстро вполнѣ раскрывается отчасти вступившей въ него головкой.

Если головка при родахъ не устанавливается въ тазу, то все давленіе, производимое схватками, сосредоточивается на плодномъ пузырьѣ, такъ что послѣдній легко разрывается «преждевременно», т.-е. при недостаточно раскрытомъ маточномъ зѣвѣ; въ этомъ случаѣ расширять его приходится головкѣ, благодаря чему роды протекаютъ болѣзненно и медленно. Послѣднее обстоятельство можетъ часто серьезно угрожать жизни матери и плода. Съ другой стороны, пузырь задерживаетъ теченіе родовъ, если онъ (при очень плотныхъ яйцевыхъ оболочкахъ) не разрывается и послѣ полного открытія маточнаго зѣва. Въ такихъ случаяхъ, если подлежащая часть стоитъ плотно въ тазу, необходимо разорвать пузырь. Если это не удастся сдѣлать пальцемъ, то лучшимъ инструментомъ для этого служатъ либо пулевые щипцы, либо вязальная игла, которые, само собой разумѣется, должны быть передъ употребленіемъ прокипячены въ теченіе 5 минутъ. Если же воздержаться отъ искусственнаго разрыва пузыря, то яйцо можетъ родиться *in toto*, («ребенокъ рождается въ сорочкѣ — Glückshaube»), которую необходимо немедленно разорвать, такъ какъ иначе ребенокъ задохнется.

Послѣ своевременнаго наступившаго разрыва пузыря головка выступаетъ изъ маточнаго зѣва во влагалище. Чѣмъ глубже она опу-

скается, тѣмъ сильнѣе, болѣзненнѣе и болѣе частыми становятся схватки («изгоняющія схватки»), тѣмъ энергичнѣе становится дѣйствіе брюшного пресси. Вскорѣ головка показывается во время схватки въ половой щели («головка врѣзывается»), но во время паузы снова отходить. Подъ давленіемъ потугъ тазовое дно, главнымъ образомъ промежность, оттѣсняется внизъ и одновременно растягивается. Благодаря такому оттѣсненію и удлиненію промежности книзу, удлиняется также и половая щель. Промежность представляетъ теперь продолженіе костнаго тазоваго канала («Damgrinne—промежностный желобъ»). Въ то время, какъ наиболѣе глубокая часть этого промежностнаго канала просто оттѣсняетъ голову кверху, часть тазоваго дна, смежная съ задней тазовой стѣнкой, гонитъ ее впередъ, т.-е. черезъ удлинненную половую щель наружу. По мѣрѣ того, какъ увеличивается растяженіе промежности и удлинненіе половой щели, головка своей подлежащей частью остается въ половой щели и во время паузы между потугами («головка прорѣзывается»).

Во время послѣдующихъ схватокъ («потрясающихъ схватокъ») прорѣзываются дальнѣйшіе отдѣлы головки: сперва затылокъ, а затѣмъ и темя, и головка проходитъ половую щель; при правильныхъ 1-мъ и 2-мъ затылочныхъ положеніяхъ наибольшимъ размѣромъ, которымъ головка проходитъ половую щель, будетъ малый косой. При этомъ промежность достигаетъ наивысшаго растяженія. Такъ какъ въ дальнѣйшемъ черезъ половую щель проходятъ меньшіе діаметры головки, то она получаетъ возможность снова оттягиваться кзади и такимъ образомъ быстро выкатываются надъ промежностью лобъ и лицо. Такъ какъ задняя часть шеи (подзатылье) плода упирается въ симфизъ, то головка изгоняется изъ половой щели не *in situ*, а необходимо должно совершиться враща-

тельное движеніе головки вокругъ симфиза, при чемъ подбородокъ удаляется отъ груди (3-й поворотъ головки, см. стр. 44). Послѣ рожденія головки, лицо повертывается (при всѣхъ головныхъ положеніяхъ!) къ тому бедру матери, къ которому оно было обращено въ началѣ родовъ, слѣдовательно при 1-ой позиціи—вправо, при 2-ой—влѣво. Этотъ поворотъ зависитъ отъ того, что плечики переходятъ изъ косога размѣра входа въ тазъ (въ какой стрѣловидный шовъ не вступалъ) въ прямой размѣръ выхода. «Чрезмѣрнымъ поворотомъ» плечиковъ называютъ поворотъ лица при 1-мъ затылочномъ положеніи къ лѣвому и при 2-мъ—къ правому бедру. Прежде всего, конечно, при этомъ надо подумать, не было ли ошибки въ діагнозѣ, т. е. что въ первомъ случаѣ было не 1-ое, а 2-ое затылочное положеніе. Для дополнительной діагностики положенія надо принять во вниманіе, что головная опухоль образуется на передней темянной кости, а задняя темянная кость уплощается и часто заходитъ подъ переднюю (см. стр. 46). При 1-мъ головномъ положеніи предлежитъ правая сторона плода, слѣдовательно при 1-мъ затылочномъ положеніи головная опухоль должна находиться на правой темянной кости, лѣвая же должна быть уплощена и иногда заходитъ подъ переднюю. Ребенокъ тотчасъ послѣ рожденія начинаетъ глубоко дышать, вслѣдствіе обѣдненія его крови кислородомъ, онъ громко кричитъ и усиленно двигаетъ своими членами.

Послѣ рожденія ребенка наступаетъ кратковременный, крайне благотворный для роженицы, покой. Матка прощупывается на уровнѣ пупка въ видѣ круглаго тѣла. Приблизительно черезъ  $\frac{1}{4}$  часа, снова появляются схватки («послѣдовыя схватки»), изгоняющія, обыкновенно уже отдѣлившійся во время послѣдней родовой схватки, послѣдъ въ ниж-

ній маточный сегментъ или во влагалище или въ половую щель; при этомъ тѣло матки уплощается и дно ея поднимается кверху. Въ половой щели послѣдъ, какъ правило, появляется своей вывернутой плодовой поверхностью (способъ *Schultze*), рѣже краемъ впередъ (способъ *Dunsaп'a*). Въ первомъ случаѣ на маточной поверхности послѣда находится значительное скопление крови, ретроплацентарная гематома, и, благодаря тому, что послѣдъ спускается внизъ, яйцевыя оболочки выворачиваются; такимъ образомъ *amnion* образуетъ самую наружную оболочку. Общая потеря крови въ послѣдовомъ періодѣ равняется по *Ahlfeld*'у 400 грм.

### Продолжительность родовъ.

У первородящихъ она равняется 20, у много-рожавшихъ 12 часамъ, при чемъ на періодъ изгнанія приходится лишь 1—2 часа. Повышеніе температуры до 38° и выше, наступающее во время родовъ довольно долгое время спустя послѣ разрыва пузыря съ ускореніемъ пульса до 100 и болѣе ударовъ, должно разсматриваться въ большинствѣ случаевъ, какъ явленіе патологическое. То, что въ этихъ случаяхъ имѣетъ мѣсто сапрэмическая или септикэмическая лихорадка, съ достовѣрностью явствуетъ изъ того обстоятельства, какъ говоритъ *Ahlfeld*, что лихорадка уменьшается или совсѣмъ устраняется дезинфекціей полового канала.

Поэтому, въ такихъ случаяхъ надлежитъ про-спринцевать влагалище и, если возможно, шейку 1% растворомъ лизоформа. Если же температура все-таки не падаетъ и роды не подвигаются впередъ, то показано окончаніе ихъ.

Напротивъ, простое «изнеможеніе», которому оза-



боченные родные придаютъ такое большое значеніе, на самомъ дѣлѣ никакого значенія не имѣеть.

## Механизмъ родовъ при затылочныхъ положеніяхъ.

У первородящихъ головка, охваченная нижнимъ маточнымъ сегментомъ, обыкновенно уже въ концѣ беременности плотно стоитъ въ тазу. (стр. 24). Большой и малый роднички находятся при этомъ на одной высотѣ, стрѣловидный шовъ проходитъ поперечно или косо по срединѣ между мысомъ и симфизомъ. Отсюда возможны шесть различныхъ затылочныхъ положеній. Съ началомъ, собственно, родовой дѣятельности (схватокъ) головка, опускаясь ниже, совершаетъ различные повороты.

1. Поворотъ вокругъ своего поперечнаго размѣра: опусканіе малаго родничка (усиленное сгибаніе головки).

2. Поворотъ вокругъ вертикальнаго размѣра: поворачиваніе малаго родничка впередъ <sup>1)</sup>.

3. Вторичный поворотъ вокругъ поперечнаго размѣра: вращеніе головки вокругъ симфиза (разгибаніе головки).

Первый поворотъ проще всего объясняется давленіемъ позвоночника плода (это объясненіе нѣкоторыми оспаривается). Давленіе это, производимое дномъ матки на ягодицы, передается при посредствѣ позвоночника на основаніе черепа. Последнее (т.-е. основаніе), однако, раздѣляется позвоночникомъ на два неравныхъ плеча рычага. Болѣе короткое

<sup>1)</sup> Въ рѣдкихъ случаяхъ малый родничекъ поворачивается кзади; тогда роды происходятъ въ заднемъ видѣ затылочнаго положенія. Это положеніе отличается отъ теменнаго тѣмъ, что головка при немъ находится въ максимальномъ сгибаніи.

лежитъ въ сторону затылка. Такъ какъ сопротивленіе со стороны таза у каждаго плеча одинаково, то болѣе короткое должно опуститься ниже. Въ противоположность этому воззрѣнію L a h s объясняетъ сгибаніе головки, т.-е. первый ея поворотъ эластическимъ давленіемъ растянutoй шейки. Второй поворотъ совершается, по O l s h a u s e n'у, благодаря повороту спинки впередъ, что, въ свою очередь, вызывается уплощеніемъ матки. Противъ этой гипотезы говорятъ точныя изслѣдованія, согласно которымъ поворотъ головы предшествуетъ повороту спинки (F r o m m e l, Z w e i f e l, v. M a y d e l).

Прежде второй поворотъ головки всѣми объяснялся строеніемъ таза, у котораго самый большой размѣръ во входѣ—поперечный, а въ остальныхъ плоскостяхъ — прямой. Головка вступаетъ своимъ наибольшимъ—прямымъ—размѣромъ всегда въ самый большой размѣръ таза. Поэтому изъ поперечнаго или косога размѣра входа она должна совершить поворотъ въ прямой размѣръ узкой части полости таза resp. его выхода.

На второй поворотъ головки несомнѣнно очень существенное вліяніе оказываетъ наклонная поверхность *m. levatoris ani* (A h l f e l d и S e l l h e i m).

Также и третій поворотъ совершается благодаря давленію со стороны тазового дна (см. стр. 31).

Иногда, въ особенности при плоскомъ тазѣ, головка совершаетъ поворотъ также и вокругъ своей продольной оси такимъ образомъ, что стрѣловидный шовъ приближается къ мысу — N a e g e l'евское наклоненіе — передне-теменное вставленіе <sup>1)</sup>. Передне-теменное вставленіе происхо-

<sup>1)</sup> «Передне-теменное» и «задне-теменное» вставленія на русскомъ языкѣ употребляются вмѣсто полнаго обозна-

дить отъ того, что задняя теменная кость задерживается выдающимся впередъ мысомъ. Нѣкоторые авторы считаютъ, что такое вставленіе наблюдается всегда и принимаютъ поэтому четыре поворота головки. Умѣренное приближеніе стрѣловиднаго шва къ симфизу (задне-теменное вставленіе)—есть также явленіе фізіологическое. Оно наблюдается часто у первородящихъ съ неподатливыми брюшными покровами, которые прижимаютъ ягодицы кзади, вслѣдствіе чего головка должна отклоняться немного впередъ.

Рожденіе плечиковъ совершается такимъ образомъ, что, по A u v a r d'у, шея и переднее плечо (стало быть при I-мъ затылочномъ положеніи—правое) упираются въ симфизъ, заднее же прорѣзывается надъ промежностью и только тогда рождается переднее плечико. По L ö h l e i n'у и Z w e i f e l'ю чаще рождается сперва переднее плечико, затѣмъ переднее предплечье упирается въ симфизъ, и только тогда прорѣзывается надъ промежностью заднее плечико. Туловище прорѣзывается за плечиками безъ всякихъ затрудненій.

### Измѣненія формы головки подъ вліяніемъ родовъ при затылочномъ положеніи.

Первоначально круглая головка превращается, благодаря удлинению прямого и большого косога размѣровъ, въ долихоцефалическую. Задняя теменная кость (при I-мъ затылочномъ положеніи, слѣдовательно, лѣвая) заходитъ подъ переднюю и одновременно впередъ (D o h n).

---

ченія: «Вставленіе передней теменной костью» и «вставленіе задней теменной костью». Эти термины не слѣдуетъ смѣшивать съ переднимъ и заднимъ видами теменныхъ положеній. *Прим. перев.*

Вслѣдствіе того, что свободно вдающаяся въ маточный зѣвъ или половую щель часть головки не испытываетъ никакого давленія, на ней подъ кожей происходитъ, благодаря венозному застою, серознокровянистое выпотѣваніе—головная опухоль. Она находится, слѣдовательно, при I-мъ затылочномъ положеніи, большей своей частью, на правой темянной кости. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, но только послѣ родовъ, образуется кровяная опухоль надъ надкостницей—кефалогэматома. Въ отличіе отъ головной опухоли, послѣдняя не переходитъ за предѣлы швовъ. Кровь появляется изъ разорвавшихся во время родовъ сосудовъ между надкостницей и костью. Такіе разрывы обуславливаются трещинами черепныхъ костей, которыя могутъ произойти послѣ самопроизвольныхъ или оперативныхъ родовъ; далѣе, онѣ могутъ произойти благодаря асфиксін ребенка, какъ это принималъ уже *Spiegelberg* и подтвердилъ *Mertens* наблюденіями въ клиникѣ *Ahlfeld'a*. При асфиксін разстройство кровообращенія вызываетъ появленіе точечныхъ кровоизліяній также и въ другихъ мѣстахъ (плевра, перикардій). Если подобныя кровоизліянія достигаютъ такихъ размѣровъ, что они могутъ принять видъ кефалогэматомы, то, въ конкретныхъ случаяхъ, предрасполагающимъ моментомъ здѣсь является еще способность надкостницы легко отслаиваться отъ подлежащей кости.

Остальныя положенія плода, веденіе родовъ вообще и при различныхъ положеніяхъ плода.

---

Этіологія, механизмъ и предсказаніе при разгибательныхъ положеніяхъ (теменныхъ, лобныхъ и лицевыхъ) <sup>1)</sup>.

Раньше было принято различать 4 затылочныхъ позиціи. При I-й малый родничекъ стоитъ слѣва спереди, при II-й—справа спереди, при III-й—справа сзади и при IV—слѣва сзади. Такимъ образомъ при позиціяхъ, обозначенныхъ четными числами—2-я и 4-я—и стрѣловидный шовъ проходитъ въ обозначенномъ четнымъ числомъ, 2-мъ косомъ размѣрѣ. Таково же отношеніе 1-й и 3-й позиціи къ 1-му косому размѣру. Теперь же, въ зависимости отъ того, находится ли малый родничекъ слѣва или справа, мы принимаемъ только двѣ позиціи: 1-ю и 2-ю. Кромѣ того большинство авторовъ принимаетъ въ настоящее время еще два вида—передній и задній, смотря по тому, гдѣ находится малый родничекъ—спереди или сзади. При 1-й позиціи малый родничекъ находится очень часто уже въ началѣ родовъ слѣва спереди

---

<sup>1)</sup> Авторъ предпочелъ выдѣлить эту и слѣдующія главы и не помѣщать ихъ въ отдѣлъ «физиологія родовъ», въ виду того, что онѣ часто соприкасаются съ областью патологіи родовъ.

(передній видъ затылочной позиціи), при 2-й же—справа сзади (задній видъ затылочной позиціи). Это явленіе основывается на законѣ тяжести, дѣйствіе котораго вообще обуславливаетъ головныя предлежанія. Сила тяжести направляетъ малый родничекъ, при стоячемъ положеніи женщины, влѣво впередъ, при лежачемъ, напротивъ, вправо кзади (см. стр. 16). Вообще говоря, малый родничекъ, находившійся первоначально сзади, поворачивается въ теченіе родовъ кпереди. Иногда же онъ поворачивается еще болѣе кзади, большой же родничекъ опускается ниже и впередъ (теменное положеніе). При этомъ, раньше рождается большой родничекъ, въ то время, какъ лобъ упирается въ симфизъ; затѣмъ прорѣзываются надъ промежностью темя и затылокъ, и наконецъ, выкатываются изъ-подъ лоннаго сочлененія лобъ и остальные части лица. Въ противоположность родамъ въ заднемъ видѣ затылочнаго положенія, въ этомъ случаѣ подбородокъ удаляется отъ груди, что еще рѣзче бываетъ выражено при обоихъ другихъ разгибательныхъ положеніяхъ.

При лобныхъ положеніяхъ лобъ, находившійся первоначально сбоку, опускается ниже и впередъ; онъ рождается первымъ, въ то время какъ верхняя челюсть упирается въ симфизъ; послѣ этого крышка черепа показывается надъ промежностью, а верхняя челюсть, ротъ и подбородокъ выступаютъ изъ-подъ лонной дуги.

При лицевыхъ положеніяхъ подбородокъ опускается ниже и впередъ, если даже въ началѣ родовъ онъ находился сзади. Передній уголъ рта и подбородокъ показываются въ половой щели и, въ то время какъ шея упирается въ симфизъ, надъ промежностью прорѣзываются носъ, глаза, лобъ и черепъ.

При теменныхъ, лобныхъ и лицевыхъ положеніяхъ различаютъ смотря по тому, куда обращена

спинка—влѣво или вправо—1-ю и 2-ю позиціи. У всѣхъ трехъ положеній одна и та же этиологія, которая, за исключеніемъ причины, упомянутой подъ № 5 (см. стр. 50), сказывается лишь съ началомъ схватокъ. Именно, при всѣхъ этихъ положеніяхъ затылокъ задерживается при вступленіи въ тазъ, и, дѣло случая,—опустится ли ниже темя, лобъ или, наконецъ, лицо. Затылокъ задерживается благодаря тому, что онъ упирается въ боковой край таза (см. стр. 50—подъ № 3 и 4), или потому, что плечи рычага, на которыхъ позвоночникъ дѣлитъ основаніе черепа (см. стр. 44), бываютъ равны (см. ниже—подъ № 1 и 2). Въ послѣднемъ случаѣ одинаково легко можетъ опуститься ниже, какъ темя, такъ и затылокъ. Разъ образовалось разгибательное положеніе головки, то болѣе короткое плечо рычага лежитъ въ сторону темени, лба или подбородка и эти части опускаются ниже, аналогично 1-му повороту при 1-мъ и 2-мъ затылочныхъ положеніяхъ. Та же часть, которая раньше опустилась ниже, поворачивается также и раньше впередъ (2-й поворотъ). 3-й поворотъ зависитъ отъ того, что лобъ геср. верхняя челюсть, геср. шея упираются въ симфизъ и дѣйствующая теперь, по направленію впередъ, сила давленія тазового дна выкатываетъ черепную крышку надъ промежностью.

Спеціальныя причины 3-хъ разгибательныхъ положеній слѣдующія:

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| 1. Врожденная долихоцефалія <sup>1)</sup> (H e s k e r). | } Равенство плечъ рычага. |
| 2. Круглая форма при маленькой головкѣ.                  |                           |

<sup>1)</sup> Въ настоящее время долихоцефалію рассматриваютъ, какъ слѣдствіе разгибательнаго положенія, причину котораго видятъ въ подвижности головки въ началѣ схватокъ.

3. Плоскій тазъ (широкій затылокъ не находитъ себѣ мѣста въ суженной conjugata и уклоняется въ сторону).

4. Отклоненіе матки вправо или влѣво (dextro—s. sinistro-versio uteri).

Послѣднее вызываетъ уклоненіе затылка въ противоположную сторону, слѣдовательно, при dextro versio и 1-мъ затылочномъ положеніи—въ сторону лѣвой подвздошной кости. Происхожденіе одного изъ трехъ разгибательныхъ положеній при dextro versio и 2-мъ затылочномъ положеніи Duplan объяснялъ тѣмъ, что обращенное вверхъ лицо оттѣсняется книзу силой схватокъ.

5. Врожденные опухоли шеи (зобъ).

Такія опухоли образуютъ лицевое положеніе первично. Впрочемъ опуханіе щитовидной железы можетъ имѣть мѣсто и какъ вторичное явленіе въ результатѣ лицевого положенія.

Далѣе, всѣ три положенія имѣютъ то общее, что при нихъ должны проходить черезъ тазъ и половую щель болѣе крупныя размѣры дѣтскаго черепа и что болѣе широкому затылку приходится проходить внизъ по длинной задней стѣнкѣ таза и черезъ промежность. По Kaltenbachу, далѣе, при нихъ ограничена необходимая для 3-го поворота подвижность позвоночника плода. Результатомъ этого бываетъ, въ большинствѣ случаевъ (исключая случаи съ маленькой головкой), болѣе продолжительная родовъ, влекущая за собой различныя опасности для матери и плода, и болѣе большая опасность для промежности. Предсказаніе при названныхъ 3-хъ положеніяхъ, слѣдовательно, въ общемъ менѣе благоприятно, чѣмъ при нормальныхъ 1-мъ и 2-мъ затылочныхъ положеніяхъ.

Такъ какъ 1-е лицевое положеніе образуется изъ 1-го затылочнаго и при этомъ послѣднемъ



затылокъ обыкновенно бываетъ влѣво и впереди, то при 1-мъ лицевомъ положеніи мы находимъ подбородокъ въ началѣ родовъ справа и сзади. Если подбородокъ остается сзади, какъ это бываетъ въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ, то самопроизвольные роды невозможны, такъ какъ, по K a l t e n b a c h'у, позвоночникъ, уже разогнутый до крайнихъ предѣловъ, не способенъ болѣе на необходимое для прорѣзыванія дальнѣйшее разгибаніе.

Лобное положеніе легко превращается въ лицевое или теменное.

Родовая опухоль помѣщается на подлежащей части, въ области большого родничка при теменныхъ, на лбу при лобныхъ, на переднемъ углу рта при лицевыхъ положеніяхъ. Форма головки при лицевомъ положеніи, также и членорасположеніе тѣла (разгибаніе шейной части позвоночника) претерпѣваютъ такіа характерныя измѣненія, что на основаніи ихъ можно еще въ послѣдствіи поставить діагностику существовавшаго положенія (O l s h a u s e n).

## Распознаваніе различныхъ головныхъ предлежаній.

Распознаваніе: Опредѣленіе головного положенія возможно, при не слишкомъ толстыхъ и напряженныхъ брюшныхъ покровахъ и маточныхъ стѣнкахъ, уже на основаніи наружнаго изслѣдованія (см. стр. 26), которое поэтому всегда должно предшествовать внутреннему изслѣдованію.

### 1. Распознаваніе затылочныхъ предлежаній.

При внутреннемъ изслѣдованіи, производимомъ при закрытомъ маточномъ зѣвѣ, посредствомъ ощупыванія черезъ передній сводъ, черепъ распо-

знается по его швамъ. Лучше всего помѣстить изслѣдующій палецъ сзади симфиза на черепѣ и вести его возможно дальше кзади. Такимъ путемъ, если головка не находится еще въ выходѣ таза, достигается шовъ, который при переднемъ видѣ затылочнаго предлежанія будетъ вѣтвью ламбдовиднаго, при заднемъ видѣ—вѣтвью вѣчнаго шва или самымъ стрѣловиднымъ швомъ. Первые два шва приводятъ изслѣдователя или къ малому или къ большому родничку, а стрѣловидный шовъ приводитъ палецъ изслѣдующаго при проведеніи его влѣво—къ одному, при веденіи вправо—къ другому родничку. Роднички эти распознаются съ достовѣрностью только по тому, сходятся ли въ нихъ 3 или 4 шва.

Н а ч и н а ю щ и й т о л ь к о т о г д а в ъ п р а в ѣ п о с т а в и т ь д і а г н о с т и к у о п р е д ѣ л е н н а г о з а т ы л о ч н а г о п о л о ж е н і я , к о г д а о н ъ н е с о м н ѣ н н о п р о щ у п а л ь о б а р о д н и ч к а . В ѣ э т о м ѣ с м ы с л ѣ ч а с т о ц ѣ л е с о о б р а з н о и з с л ѣ д о в а т ь в ѣ л ѣ в о й п о л о в и н ѣ т а з а п р а в ы м ѣ , в ѣ п р а в о й п о л о в и н ѣ — л ѣ в ы м ѣ п а л ь ц е м ѣ . Р а з ѣ у д а л о с ь н а й т и р о д н и ч к и , т о н а д о о п р е д ѣ л и т ь , к о т о р ы й и з ѣ н и х ѣ с т о и т ь н и ж е , и г д ѣ н а х о д и т с я н и ж е с т о я щ и й п о о т н о ш е н і ю к ѣ д р у г о м у — с п е р е д и , с з а д и , с п р а в а , с л ѣ в а , с п р а в а с п е р е д и , с п р а в а с з а d и , с л ѣ в а с п е р e d и и л и с л ѣ в а с z a d и .

Если головка находится уже въ выходѣ таза, то палецъ, проводимый отъ симфиза кзади, часто наталкивается прямо на малый родничекъ и, направляясь далѣе кзади, достигаетъ, скользя вдоль стрѣловиднаго шва, большого родничка.

## 2. Распознаваніе лобныхъ предлежаній.

Палецъ, проведенный отъ симфиза кзади, наталкивается на широкую костную поверхность,

справа или слѣва, отъ которой онъ встрѣчаетъ (при 1-мъ лобномъ положеніи справа), и притомъ иногда болѣе спереди, острые надглазничные края и спинку носа, а проведенный въ другую сторону—большой родничекъ.

### 3. Распознаваніе лицевыхъ предлежаній.

Уже наружное изслѣдованіе указываетъ на лицевое предлежаніе, если, напр., при 1-мъ головномъ предлежаніи, сердечные тоны поразительно ясно выслушиваются далеко справа отъ бѣлой линіи живота и черепъ замѣтно выдается надъ лѣвой вѣтвью лонной кости. При в н у т р е н н е м ъ изслѣдованіи, проведенный кзади палецъ ощущаетъ не шовъ, а неправильныя углубленія и возвышенія. Направленный въ стороны таза палецъ ощупываетъ на одной сторонѣ (при 1-мъ лицевомъ предлежаніи слѣва спереди) широкую костную поверхность лба, стоящаго часто въ началѣ родовъ ниже подбородка, на другой—спинку носа; н о з д р и, поперечную ротовую щель (съ лежащими сзади ея краями челюсти) и подбородокъ.

Только въ томъ случаѣ можно смѣшать ротъ съ заднимъ проходомъ, когда онъ принялъ, вслѣдствіе значительной опухоли лица, круглый, хоботообразный видъ. Все же подобная діагностическая ошибка не должна имѣть мѣста, такъ какъ ни въ коемъ случаѣ не слѣдуетъ ставить діагностики опредѣленнаго предлежанія на основаніи какого-либо единственнаго признака.

### Этіологія, механизмъ родовъ и предсказаніе при тазовыхъ предлежаніяхъ.

Этіологія: Тазовыя предлежанія особенно часто наблюдаются въ тѣхъ случаяхъ, когда плодъ

с в о б о д н о п о д в и ж е н ь в ь м а т к ь . Э т о в с т р ь ч а е т с я , в о - п е р в ы х ь , в ь р а н н и е м ь с я ц ы б е р е м е н н о с т и — и э т и м ь о б ь я с н я е т с я ч а с т о т а т а з о в ы х ь п р е д л е ж а н и й п р и п р е ж д е в р е м е н н ы х ь р о д а х ь , в ь о с о б е н н о с т и , п р и м е р т в ы х ь п л о д а х ь ; в о - в т о р ы х ь — п р и д в о й н я х ь , п о с л ь р о ж д е н и я п е р в а г о б л и з н е ц а ; к а к ь н е н о р м а л ь н о е я в л e н и e , э т а с в о б о д н а я п о д в и ж н о с т ь н а б л ю д а е т с я п р и м н о г о в о д и и п р и п р e д л e ж a н и и п o c л ь д a (placenta praevia) и з a в и с и т ь п р и м н o г o в o d и o т ь ч р e з в ы ч а й н a g o p a c t ь e н и я м a т k и o k o л o п л o d н ы м и в o d a m и и o т ь e я ш a p o o б p a з н o й ф o p m ы , п р и п р e d л e ж a н и и п o c л ь d a — т o л ь k o o т ь ш a p o o б p a з н o й ф o p m ы m a t k и . Д a л ь e , п р e d p a c п o л o ж e н ы к ь т a z o в ы м ь п р e d л e ж a н и я м ь в c ь t ь c л y ч a и , г д ь г o л o в k a н e м o ж e т ь в c т a в и т ь с я в ь т a z ь , c л ь d o в a т e л ь н o , c л y ч a i c ь h y d r o c e r h a l u s (в o д я н k a г o л o в k и п л o d a ) , у з k и м ь т a z o м ь , ч р e з м ь p н o й п o d в и ж н o c т ь ю п л o d a , ч р e з м ь p н o й д р я б л o c т ь ю и н e n o p m a л ь н ы м и o б p a з o в a н и я м и m a t k и (m i o m a , д в y p o г a я и o d н o p o г a я m a t k a — v . W i n k e l ) . Н a k o н e ц ь , м ы в c t p ь ч a e м ь т a z o в ы я п р e d л e ж a н и я ч a c т o п р и т a k и х ь н e n o p m a л ь н ы х ь o б p a z o в a н и я х ь п л o d a , k o г d a e g o c e n t p ь т я ж e c t и п e p e м ь щ a e т c я б л и ж e к ь т a z y , и м e n н o п р и h e m i c e r h a l u s и p a з л и ч н ы х ь o п у x o л e в и d н ы х ь o б p a z o в a н и я х ь в ь б р ь u ш н o й п o л o c t и и н a k p e c t ь c ь p o d a .

Такъ какъ упомянутыя причины часто продолжаютъ существовать у женщины, то не слѣдуетъ удивляться тому, что у одной и той же женщины повторно встрѣчаются тазовыя предлежанія. Авторъ наблюдалъ у одной женщины 3 раза подъ рядъ тазовыя предлежанія.

Ч а с т о т а т а з о в ы х ь п o л o ж e н и й p a в н я e т с я 2—3% в c ь x ь p o d o в ь .

Тазовыя предлежанія распадаются на ягодичныя, ножныя и колѣнныя.

Если рядомъ съ ягодицами прощупываются

ножки, то такое предлежаніе называютъ полными ягодичнымъ предлежаніемъ <sup>1)</sup>.

Смотря по тому, куда обращена спинка—влѣво или вправо, различаютъ 1-ую или 2-ую ягодичную, колѣнную и ножную позиціи. Ножныя предлежанія дѣлятъ, въ зависимости отъ того, предлежатъ ли обѣ ножки или только передняя, на полныя и неполныя ногоположенія.

При ножныхъ и колѣнныхъ положеніяхъ эти части рождаются безъ особаго механизма. Только, когда при неполномъ ножномъ ногоположеніи предлежитъ задняя ножка, она поворачивается впередъ, такъ какъ другая (передняя—согнутая въ бедрѣ) находитъ себѣ больше мѣста въ крестцовой впадинѣ. При этомъ, понятно, совершаетъ поворотъ въ другую сторону и спинка, такъ что 1-е ногоположеніе превращается во 2-е. Поворотъ происходитъ всегда въ направленіи отъ спинки къ опустившейся ножкѣ. Разъ встрѣтилась надобность перевести одно ногоположеніе въ другое—въ особенности это можетъ имѣть мѣсто послѣ операціи поворота на ножку,—то необходимо вращать опустившуюся ножку кнутри.

При 1-мъ ягодичномъ предлежаніи переднее лѣвое бедро опускается ниже и при этомъ поворачивается, слѣдовательно, справа и впередъ, поперечный размѣръ ягодицъ переходитъ изъ 2-го косога размѣра входа въ тазъ въ прямой размѣръ выхода или, по крайней мѣрѣ, приближается къ послѣднему. Причина этого поворота та же, что и при головныхъ предлежаніяхъ.

Передняя ягодица прорѣзывается первой и упирается въ то же время въ симфизъ, задняя же—

<sup>1)</sup> При этомъ ножки плода согнуты и въ тазобедренномъ, и въ колѣнномъ суставахъ; если же ножки вытянуты вдоль туловища плода и, слѣдовательно, предлежатъ однѣ ягодицы, то такое предлежаніе называютъ простымъ ягодичнымъ. *Прим. ред.*

прорѣзывается надъ промежностью, при сильномъ боковомъ сгибаніи позвоночника.

Туловище, обыкновенно, вставляется и выходитъ во 2-мъ косомъ размѣрѣ, такъ что спинка плода бываетъ обращена влѣво и впередъ. Поперечникъ плечиковъ, напротивъ, вступаетъ во 2-й косою размѣръ, а выходитъ въ прямомъ. Одновременно съ туловищемъ рождаются и ручки въ ихъ естественномъ положеніи.

Послѣ рожденія туловища, спинка поворачивается впередъ, при чемъ головка (какъ при головныхъ . положеніяхъ) — переходитъ изъ поперечнаго или 1-го косою размѣра тазоваго входа въ прямой размѣръ выхода таза. Затылокъ упирается въ симфизъ, и головка выкатывается надъ промежностью въ ея естественномъ положеніи, т.-е. съ опущеннымъ на грудь подбородкомъ; какъ только лобъ миновалъ промежность, изъ-подъ симфиза выступаетъ затылокъ.

**Ненормальный механизмъ родовъ:** Очень рѣдко при самопроизвольномъ теченіи родовъ, большей частью при неправильномъ извлеченіи, животъ ребенка поворачивается кпереди. Большія затрудненія представляетъ освобожденіе головки въ тѣхъ случаяхъ, когда подбородокъ и послѣ рожденія плечиковъ направлены впередъ; въ этихъ случаяхъ требуется, по большей части, акушерская помощь. Головка при этихъ условіяхъ лишь рѣдко рождается самостоятельно, развѣ только тогда, когда лицо выталкивается подъ симфизъ до лба, или когда подбородокъ упирается надъ симфизомъ, затылокъ же въ это время прорѣзывается надъ промежностью.

**Клиническія замѣчанія къ теченію родовъ:** При доношенныхъ плодахъ и у первородящихъ роды въ тазовомъ положеніи длятся дольше, чѣмъ въ затылочномъ, при чемъ большая продолжительность падаетъ на періодъ

изгнанія. Далѣе, при полномъ ногоположеніи легко происходитъ преждевременный разрывъ пузыря и благодаря этому роды часто замедляются. При разрывѣ пузыря легко выпадаетъ пуповина, а ножки и узкія бедра растягиваютъ маточный зѣвъ недостаточно, такъ что головка легко застреваетъ. Такимъ образомъ, полныя ногоположенія являются, въ смыслѣ предсказанія, для плода самыми неблагоприятными.

Когда при тазовыхъ положеніяхъ ягодицы вступаютъ въ нижніе отдѣлы таза, то отходитъ въ большомъ количествѣ меконій.

Послѣ того, какъ ягодицы прорѣзались, часто наступаетъ маленькій перерывъ въ схваткахъ. Слѣдующая схватка, усиленная дѣйствіемъ брюшного пресса, изгоняетъ, при условіи небольшого сопротивленія, зачастую всю остальную часть плода. Разъ имѣются настолько значительныя сопротивленія, что для изгнанія всего плода требуется хотя бы всего 5—10 минутъ, то онъ погибаетъ, вслѣдствіе сдавленія пуповины или недостаточнаго снабженія кислородомъ отъ сильнаго уменьшенія матки. Наступленіе асфиксіи сказывается своеобразными подергиваніями туловища (преждевременныя дыхательныя движенія), пуповина пульсируетъ слабо или совсѣмъ не пульсируетъ. Впрочемъ, по Doignon'у, даже сердцебиеніе плода можетъ совсѣмъ прекратиться вслѣдствіе давленія на мозгъ и раздраженія блуждающаго нерва (при узкомъ тазѣ) и все же ребенокъ можетъ остаться въ живыхъ, разъ удалось извлечь головку чрезъ узкій тазъ.

Такимъ образомъ, предсказаніе при тазовыхъ положеніяхъ, какъ для матери, такъ и, въ особенности, для плода менѣе благоприятно: для матери—вслѣдствіе большей продолжитель-

ности родовъ и частотѣ акушерской помощи, для плода — вслѣдствіе того, что пуповина сдавливается между тѣломъ плода и тазомъ, какъ только ребенокъ родится до пупка.

Такъ какъ головка всегда сравнительно быстро минуетъ нормальный тазъ, то она не претерпѣваетъ тѣхъ измѣненій своей формы, какія наблюдаются при головныхъ предлежаніяхъ. При ягодичныхъ предлежаніяхъ родовая опухоль находится на передней ягодицѣ, слѣдовательно при 1-мъ ягодичномъ положеніи—на лѣвой.

## Распознаваніе тазовыхъ предлежаній.

### 1. Распознаваніе ягодичныхъ предлежаній.

При наружномъ изслѣдованіи болѣе твердая и свободнѣе баллотирующая часть прощупывается въ днѣ матки, сердечные тоны плода выслушиваются на уровнѣ пупка; при внутреннемъ изслѣдованіи, направляясь спереди назадъ, ощущаютъ задній проходъ, надъ нимъ processus spinosi крестцовой кости, возлѣ него оба сѣдалищныхъ бугра или только одинъ изъ нихъ, обращенный болѣе кпереди. Половые органы часто вовсе не ощущаются.

### 2. Распознаваніе ногоположеній.

При наружномъ изслѣдованіи ножное положеніе производитъ иногда впечатлѣніе поперечнаго, въ виду того, что ягодицы первоначально находятся на подвздошной кости. При внутреннемъ изслѣдованіи это подозрѣніе усиливается тѣмъ, что, при цѣломъ пузырьѣ, не всегда удается прощупать ножки. Эта часто встрѣчающаяся діагностическая ошибка не имѣетъ никакого значенія, такъ какъ врачъ при



полномъ открытіи все равно долженъ разорвать пузырь, захватить ножку и быстро совершить поворотъ, что́, обычно, производитъ сильное впечатлѣніе на окружающихъ. Ножка распознается, при внутреннемъ изслѣдованіи, по пяткѣ и, кромѣ того, отличается отъ кисти руки по большому пальцу и малой длинѣ ножныхъ пальцевъ. Чтобы опредѣлить, какая ножка предлежитъ, надо повернуть впереди ея пальцы. При правой ножкѣ приходится итти отъ ея внутренняго края къ правому бедру матери, чтобы достигнуть ея наружнаго края, а при лѣвой—наоборотъ, къ лѣвому бедру.

### 3. Распознаваніе колѣнныхъ предлежаній.

Колѣно можно смѣшать съ локтемъ. Однако, если итти отъ колѣна, то достигается или ягодица или ступня, если же итти отъ локтя—плечико или кисть руки.

### Этіологія, механизмъ и предсказаніе при поперечныхъ положеніяхъ.

Этіологія: Слѣдующія обстоятельства способствуютъ возникновенію поперечныхъ положеній:

1. Отвислый животъ: дно матки съ ягодицами сильно наклоняется впередъ, вслѣдствіе чего головка отходитъ отъ таза.
2. Узкій тазъ: головка отходитъ отъ входа въ тазъ, такъ какъ въ немъ не находитъ себѣ мѣста.
3. Шарообразная форма или вялость матки: плодъ можетъ принять любое положеніе, не встрѣчая какого-либо сопротивленія со стороны стѣнки матки. Этимъ объясняется частота поперечныхъ положеній при двойняхъ, многоводіи и предлежаніи послѣда которыми, обусловливается шарообразная форма матки.

4. Несоответствие величины плода съ величиной полости матки (частота поперечныхъ положеній при преждевременныхъ родахъ).

Такъ какъ вялость матки и отвислый животъ встрѣчаются, обыкновенно, только у многорозавшихъ, то и поперечныя положенія встрѣчаются у нихъ гораздо чаще. Поперечное положеніе у первородящей указываетъ на узкій тазъ, если только въ данномъ случаѣ нѣтъ двоенъ, многоводія, или предлежанія послѣда.

Механизмъ родовъ при поперечныхъ положеніяхъ: Доношенный и живой плодъ не можетъ самопроизвольно родиться при поперечномъ положеніи. Самопроизвольные роды путемъ «самоизворота» или путемъ «рожденія плода со сдвоеннымъ тѣломъ» (*partus conduplicato corpore*) возможны только при недоношенномъ или доношенномъ, но мертвомъ плодѣ. Самоизворотъ состоитъ въ томъ, что ягодицы плода изгоняются черезъ тазъ мимо плечика, роды *conduplicato corpore* (Roederer) — въ томъ, что сперва рождается плечико, а затѣмъ головка и животъ одновременно. Но и при самопроизвольныхъ родахъ, матери въ значительной степени угрожаетъ опасность разрыва матки. Отъ разрыва матки, вообще, погибаютъ матери при всякомъ поперечномъ положеніи, если ранѣе не умираютъ отъ сепсиса. Септическое зараженіе возникаетъ и у неизслѣдованныхъ роженицъ оттого, что при запущенномъ поперечномъ положеніи пузырь, большей частью, разрывается преждевременно, при этомъ ручка или пуповина выпадаютъ и по нимъ микроорганизмы поднимаются вверхъ.

Спокойно выжидать самопроизвольныхъ родовъ, по упомянутымъ выше способамъ, можно только, при преждевременныхъ родахъ *resr.* при этомъ

роды можно ускорять соответствующимъ потягиваніемъ.

С а м о п о в о р о т ь, строго говоря, не долженъ причисляться къ механизму родовъ при поперечныхъ положеніяхъ. Онъ состоитъ въ томъ, что поперечное положеніе превращается въ продольное. На это можно рассчитывать только до тѣхъ поръ, пока цѣль пузырь.

## Распознаваніе поперечныхъ положеній.

При наружномъ изслѣдованіи справа и слѣва прощупывается по крупной части, входъ въ тазъ свободенъ, сердечные тоны выслушиваются въ области пупка. При внутреннемъ изслѣдованіи ощупывается, послѣ разрыва пузыря, плечико, которое распознается по треугольной лопаткѣ и продолговатой тонкой ключицѣ. Далѣе, на основаніи отношенія обоихъ этихъ частей къ передней стѣнкѣ таза опредѣляется, обращено ли впередъ брюшко или спинка. Подмышечная впадина указываетъ направленіе, въ которомъ лежитъ голова. Последняя стоитъ обыкновенно ниже, чѣмъ ягодицы, такъ что терминъ «косое» положеніе болѣе правиленъ, чѣмъ «поперечное». Прежде чѣмъ поставить опредѣленное распознаваніе, необходимо прощупать какъ ключицу, такъ и лопатку. Полный діагнозъ могъ бы быть формулированъ, на примѣръ, слѣдующимъ образомъ: Поперечное положеніе, головка слѣва, спинка спереди (1-е поперечное положеніе, передній видъ) или головка справа, брюшко спереди (2-е поперечное положеніе, задній видъ).

При поперечныхъ положеніяхъ очень часто выпадаетъ нижняя ручка. Однако выпаденіе ручки, само по себѣ, не является несомнѣннымъ призна-

комъ поперечнаго положенія, такъ какъ оно встрѣчается и при головныхъ положеніяхъ. Съ цѣлью дифференціальной діагностики необходимо подняться по ручкѣ вверхъ.

При этомъ наталкиваются или на плечо или на головку. Если выпавшую ручку повернуть ладонной поверхностью вверхъ и большой палецъ, при этомъ, будетъ смотрѣть въ лѣвую сторону матери, то ручка — лѣвая, если же палецъ смотреть въ правую сторону матери, то ручка — правая. Разъ къ тому же удалось опредѣлить направление мышечной впадины, то мы имѣемъ полную діагностику. Если возникаетъ сомнѣніе, имѣемъ ли мы дѣло съ поперечнымъ или ягодичнымъ положеніемъ, то слѣдуетъ низвести подлежащую конечность.

### Акушерское изслѣдованіе и веденіе нормальныхъ родовъ при 1-мъ и 2-мъ затылочныхъ положеніяхъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи роженицы нечистыми пальцами или инструментами можно инфицировать имѣющіяся на маточномъ зѣвѣ свѣжіе надрывы и, такимъ путемъ, погубить женщину, которая безъ внутренняго изслѣдованія навѣрное осталась бы въ живыхъ. Поэтому въ акушерствѣ должно поставить за первѣйшее правило: «Nil posse». Достиженіе этой цѣли возможно только путемъ педантичнѣйшей чистоты и антисептики. Исходя изъ этой точки зрѣнія, врачъ еще до родовъ обязанъ сдѣлать необходимыя распоряженія о строгой чистотѣ роженицы и родильной комнаты. На каждые роды врачъ долженъ брать съ собою слѣдующіе предметы: сулему въ лепешкахъ по 1 грм. и 250 грм. лизоформа, который въ 1—2% растворѣ примѣняется для

дезинфекціи рукъ, инструментовъ и роженицы. Лизоформъ не раздражаетъ рукъ и дѣлаетъ ихъ скользкими, такъ что нѣтъ надобности смазывать ихъ какимъ-либо жиромъ. Далѣе, необходимы: халатъ, щетки, ногтечистка, резиновые перчатки салициловая вата и 5—10% іодоформная марля <sup>1)</sup>—, затѣмъ одинъ мужской и одинъ трахеальный катетеръ, термометръ и стетоскопъ. Предметы эти укладываются въ полотняную сумку (которую можно кипятить), но лучше всего брать съ собою весь наборъ, въ которомъ, кромѣ обычныхъ инструментовъ, находятся и упомянутые предметы (см. акушерскій инструментарій). Нѣтъ ничего непріятнѣе, какъ не имѣть во время родовъ подъ рукой какого-либо необходимаго инструмента.

Врачу никогда не слѣдуетъ пользоваться инструментами акушерки; особенно слѣдуетъ замѣнять ирригаторъ, если онъ не вполнѣ новый, какимъ-нибудь горшкомъ, емкостью въ два литра, въ который вставляется *Zweifel*'евская сифонная резиновая трубка. За безупречное состояніе своихъ

---

<sup>1)</sup> Необходимый при родахъ перевязочный матеріалъ, приготовленный для тампонирования какъ матки, такъ и влагалища, и простерилизованный потомъ въ окончательной упаковкѣ, готовится по моимъ указаніямъ на здѣшней фабрикѣ стерилизованныхъ и оригинальныхъ упаковокъ *Arnold's Patent* (Berlin, Neanderstrasse, 3) въ запаянныхъ коробкахъ. Ихъ можно выписывать непосредственно съ фабрики или черезъ любую аптеку. Если матеріалъ не пришлось примѣнить для тампонады, то его можно использовать для обсушивания и закладокъ при родахъ и въ послѣродовомъ періодѣ. Коробка № 1 предназначена для маточной, коробка № 2 для влагалищной тампонады. Авторъ привозитъ съ собой, въ своей сумкѣ, объѣмъ коробки, но только какъ запасъ, такъ какъ онъ предписываетъ для каждой родовъ заготовить ихъ заранѣе. Далѣе, онъ предписываетъ заготовить еще одну коробку съ 250 грм. стерильной ваты (маленькими комочками) для примѣненія въ видѣ тупферовъ и закладокъ.

инструментовъ врачѣ] обязанъ ручаться, за такое же состояніе инструментовъ акушерки ручаться онъ не можетъ. Кромѣ того, не слѣдуетъ пользоваться антисептическими растворами акушерки, хотя бы потому, что при практикѣ у немущихъ ей приходится покупать ихъ на свой счетъ. Здѣсь же слѣдуетъ замѣтить, что, по прусскому закону, акушеркамъ, кромѣ сулемы, дозволено употребленіе 1% раствора лизола и раствора мыльнаго крезола.

Прибывъ къ роженицѣ, врачъ прежде всего долженъ поставить градусникъ <sup>1)</sup>. Наболѣе важныя и частыя нарушенія теченія родовъ, наступившая септическая инфекция герп. разложеніе содержимаго матки и угрожающій разрывъ послѣдней, сказываются раньше всего повышеніемъ температуры. Особенную важность пріобрѣтаетъ измѣреніе температуры въ тѣхъ случаяхъ, когда роды, послѣ разрыва пузыря, затянулись и гдѣ, можетъ быть, уже были попытки къ родоразрѣшенію, тоже и при выкидышахъ. Если женщина умираетъ отъ родильной горячки, то вина падаетъ не на врача, разъ роженица лихорадила уже до перваго его внутренняго изслѣдованія. Въ настоящее время нельзя уже безъ дальнѣйшаго взваливать вину за септическій смертный случай на акушерку, если дѣло касается акушерки, обучавшейся въ строго антисептической школѣ. Такая акушерка дезинфицируетъ себя гораздо тщательнѣе, чѣмъ иной врачъ, и

<sup>1)</sup> Если роженица уже сильно тужится, то необходимо, прежде всего, откинуть одѣяло и посмотрѣть не «накладывается» ли уже подлежащая часть. Разъ это такъ, то надо немедленно продезинфицировать руки и приступить къ защитѣ промежности. При необходимости быстро приступить къ дѣлу, слѣдуетъ, по предложенію L e o r o l d'a, обернуть нечистыя руки въ два, смоченныхъ въ антисептическомъ растворѣ, носовыхъ платка или надѣть резиновыя перчатки.

поэтому не допустить взвалить на себя без протеста вину за несчастный случай.

Очитать пульсъ лучше позднѣе, когда роженица уже успокоится отъ волненія, вызваннаго прибытіемъ врача.

Если врачъ еще по дорогѣ къ роженицѣ не успѣлъ получить нижеслѣдующія свѣдѣнія, то онъ долженъ по прибытіи освѣдомиться о возрастѣ роженицы, о продолжительности родовъ, времени разрыва пузыря, характерѣ схватокъ, послѣдней менструаціи, числѣ предшествовавшихъ родовъ; онъ долженъ узнать, было ли оказано роженицѣ какое-либо пособіе и какіе оно дало результаты. При неблагопріятномъ теченіи родовъ необходимо разспросить о рахитѣ и измѣрить тазъ. Изъ наслѣдственныхъ болѣзней и болѣзненныхъ предрасположеній слѣдуетъ освѣдомляться о чахоткѣ, при которой воспрещается кормленіе грудью. Нѣкоторыя легочныя и сердечныя заболѣванія сказываются такой одышкой, что вниманіе врача сейчасъ же направляется на соотвѣтственный органъ. При нефритѣ имѣются отеки. Вопросъ о томъ, не страдаетъ ли роженица сифилисомъ или гонорреей, слѣдуетъ задавать только при констатированіи опредѣленныхъ мѣстныхъ явленій. Такъ какъ женщина обыкновенно заражается отъ своего мужа, но въ большинствѣ случаевъ не имѣетъ объ этомъ ни малѣйшаго понятія, то врачъ обязанъ въ подобныхъ случаяхъ проявлять крайнюю осторожность, чтобы не разрушить супружескаго счастья.

Наружнымъ изслѣдованіемъ прежде всего опредѣляется положеніе плода и частота сердечныхъ тоновъ. То и другое можетъ быть опредѣлено только во время перерыва между схватками, а при сильномъ безпокойствѣ роженицы, иногда только послѣ вдыханія нѣсколькихъ капель хлороформа. Напротивъ, кольцо сокращенія

явственнѣе обнаруживается на ошупь во время схватки. Значительное наполненіе мочевого пузыря, представляющагося въ видѣ кругловатой напярженной опухоли надъ симфизомъ, не должно ускользнуть отъ вниманія врача и должно быть устранено, въ случаѣ надобности, катетеромъ, такъ какъ оно можетъ явиться серьезнымъ препятствіемъ для дальнѣйшаго теченія родовъ. Самопроизвольное опорожненіе часто не удается, вслѣдствіе того, что головка сильно прижала мочеиспускательный каналъ къ симфизу.

Передъ наружнымъ изслѣдованіемъ, акушеркѣ поручается позаботиться о приготовленіи 1—3 тазовъ и одного горшка, емкостью въ 1—2 литра, съ теплой водой, одного чистаго передника, чистыхъ полотенець, чистыхъ простынь, подкладнаго судна и чистаго ведра. Сначала слѣдуетъ вымыть руки щеткой однимъ мыломъ въ теплой водѣ.

### Дезинфекція акушера.

По окончаніи наружнаго изслѣдованія, акушеръ снимаетъ платье и, засучивъ рукава сорочки выше локтя, надѣваетъ чистый передникъ или, еще лучше, халатъ; затѣмъ снимаетъ всѣ кольца, очищаетъ подстриженные ногти отъ видимой грязи и моетъ въ теплой водѣ съ мыломъ и щеткой ногти, кисти рукъ (каждый палець въ отдѣльности!) и предплечья въ теченіе 5 минутъ. Какъ только ногтевое ложе разбухло, оно еще разъ чистится стерильной ногте-чисткой. Мыльная пѣна споласкивается свѣжей водой съ рукъ и щетки (мыло образуетъ съ сулемой соединеніе, уничтожающее ея анти-септическую силу!), и затѣмъ ногти, кисти и предплечья моются въ



горячемъ 0,1% сулемовомъ (или 3% карболовомъ) растворѣ съ щеткой въ теченіе 2-хъ минутъ. Если подъ руками имѣется около 500 грм. денатурированного спирта, то дезинфекцію можно, по F ü g b i n g e r 'у, произвести въ 3 минуты: руки моются со щеткой по минутѣ въ горячей водѣ съ мыломъ, въ спиртѣ и въ 0,2% сулемовомъ или 3% карболовомъ растворѣ. При дезинфекціи рукъ лизоформомъ достаточно 5-минутнаго мытья ихъ въ тепловатомъ 1% растворѣ лизоформа, безъ предварительнаго мытья со щеткой и мыломъ въ горячей водѣ. A h l f e l d предпочитаетъ вышеупомянутой механической чисткѣ 5-минутное обтираніе въ 96% алкогольѣ. M i k u l i c z рекомендуетъ 5-минутное мытье щеткой въ мыльномъ спиртѣ, S c h u m b u r g — въ 70% денатурированномъ спиртѣ, безъ предварительнаго намыливанія.

Всѣми этими способами достигается отнюдь не обезпложиваніе кожи, а только обѣднѣніе ея зародышами, какъ это доказалъ, главнымъ образомъ, Z w e i f e l и его школа. Поэтому, получить руку въ асептическомъ состояніи можно только надѣвая стерильныя резиновыя перчатки, введенныя въ акушерство D ö d e r l e i n 'омъ. Каждый акушеръ долженъ пользоваться этимъ крупнымъ нововведеніемъ и никогда не долженъ ни изслѣдовать, ни оперировать безъ перчатокъ. Помимо всего и самому акушеру употребленіе перчатокъ дастъ чувство увѣренности, что, онъ, въ случаѣ послѣдующаго сепсиса, не виновенъ въ заболѣваніи, что онъ и сможетъ всегда доказать.

Перчатки, посыпанныя внутри талькомъ, можно стерилизовать паромъ, тогда онѣ легко надѣваются на сухую руку. Нѣкоторые находятъ болѣе удобнымъ, прокипятивъ перчатки, опустить ихъ въ 1% лизоформный растворъ и, наполнивъ водой, натянуть ихъ на мокрыя руки. Важно также и

то, что гладкія перчатки можно быстро освободить отъ зародышей энергичнымъ мытьемъ со щеткой въ антисептическомъ растворѣ. При поворотѣ и отдѣленіи послѣда слѣдуетъ надѣть на предплечья еще резиновые нарукавники.

Въ послѣднее время дѣлали опыты достигъ стерильности кожи, покрывая ее непроницаемымъ слоемъ.

## Дезинфекція инструментовъ.

Ногтечистка, щетки, перчатки, резиновая трубка, катетеръ, стеклянный наконечникъ, а при оперативномъ родоразрѣшеніи также и всѣ необходимые инструменты, завязываются въ полотенце и кипятятся въ закрытомъ крышкой котелкѣ отъ 5 до 15 минутъ, затѣмъ они вынимаются за узелокъ и кладутся въ сосудъ или миску съ 1% растворомъ лизоформа. Благодаря нанесеннымъ на флаконѣ съ лизоформомъ дѣленіямъ, можно точно отсчитать количество его, необходимое для приготовления литра раствора упомянутой крѣпости. Если хотятъ употребить 3% карболовый растворъ, то его необходимо тщательно взболтать, пока не растворятся маленькіе кристаллики карболовой кислоты.

Если инструменты были въ употребленіи въ подозрительномъ, въ смыслѣ инфекции, случаѣ, то ихъ необходимо промыть въ теплой водѣ съ мыломъ и щеткой и тотчасъ же прокипятить вмѣстѣ съ щетками. Если же это невыполнимо, то ихъ слѣдуетъ завернуть въ бумагу, но отнюдь не класть обратно въ сумку, и прокипятить у себя дома.

Если же у акушера имѣется приборъ для стерилизаціи сухимъ жаромъ, то дезинфекцію инструментовъ проще всего произвести слѣдующимъ образомъ: инструменты, принесенные въ алюми-

нiевомъ или никелевомъ ящикѣ или въ асбестовой сумкѣ, стерилизуются сухимъ жаромъ; при такомъ способѣ инструменты тотчасъ готовы къ употребленію. Быстрой стерилизаціи инструментовъ можно достигнуть тѣмъ, что ихъ обливаютъ небольшимъ количествомъ спирта и послѣдній зажигаютъ.

## Дезинфекція роженицы.

Къ числу общепринятыхъ въ клиникахъ и жилищныхъ домахъ приготовленій роженицы относятся клизма и полная ванна. Послѣднюю, можетъ быть, цѣлесообразнѣе замѣнить обмываніемъ всего тѣла мыломъ подъ тепловатымъ душемъ, такъ какъ въ ваннѣ грязная вода можетъ проникнуть во влагалище и вызвать инфекцію.

Принципально слѣдовало бы дезинфицировать наружныя половыя части у каждой роженицы.

Основательно это можетъ быть выполнено только на поперечной кровати. Послѣдняя готовится быстрѣе всего слѣдующимъ образомъ: охвативъ колѣни роженицы, сдвигаютъ ягодицы на самый край кровати, ставятъ ноги на два стула и, наконецъ, туловище съ подушками поворачиваютъ такъ, чтобъ роженица лежала не вкось, а поперечно.

Затѣмъ, предварительно вымывъ еще разъ собственныя руки со щеткой въ дезинфицирующей жидкости, надѣвъ перчатки и сядя между бедрами женщины, лѣвой рукой намыливаютъ наружныя половыя органы и все вокругъ нихъ, правой же—одновременно орошаютъ эти части 3% растворомъ карболовой кислоты. При примѣненіи лизоформа, употребленіе мыла становится излишнимъ, такъ какъ лизоформъ содержитъ его въ себѣ; затѣмъ, комкомъ стерильной ваты натираютъ наружныя половыя части растворомъ лизоформа. Жидкость

стекаетъ по стерильной или смоченной въ 0,1% растворѣ сулемы подстилкѣ въ ведро, придвинутое къ кровати. Въ это же время цѣлесообразно спустить катетеромъ мочу, разъ въ этомъ есть надобность. Вслѣдъ за дезинфекціей наружныхъ половыхъ частей, производится спринцеваніе влагалища, чтобы обезвредить возможно уже занесенные или уже и раньше имѣвшіеся во влагалищѣ зародыши инфекции, независимо отъ произведеннаго изслѣдованія <sup>1)</sup>. Съ этой цѣлью моютъ еще разъ руки со щеткой въ дезинфицирующемъ растворѣ, вводятъ во влагалище указательный и средний пальцы лѣвой руки и направляютъ ими находящійся въ правой рукѣ наконечникъ во все складки влагалища, а при надобности также и въ (раскрытый) маточный зѣвъ. Оба введенные пальца, при этомъ, слегка обтираютъ влагалищныя стѣнки, съ цѣлью удалить приставшій къ нимъ секретъ. Для такого спринцеванія достаточно одного литра 3% раствора карболовой кислоты resp. 1% раствора лизоформа. Такимъ путемъ, влагалище, по Steffek'у, вполне обезпложивается. Послѣ этого еще разъ моютъ со щеткой руки и тогда мокрой рукой производятъ внутреннее изслѣдованіе. Его производятъ также на поперечной кровати, что чрезвычайно облегчаетъ

<sup>1)</sup> Научное обоснованіе ученія о самозараженіи является заслугой Ahlfeld'a. Теперь, послѣ точныхъ изслѣдованій Ahlfeld'a, не подлежитъ уже болѣе никакому сомнѣнію, что заболѣваніе родильной горячкой возможно безъ предшествующаго внутренняго изслѣдованія. Эти случаи протекаютъ большею частью легко, но встрѣчаются и единичные тяжелые, иногда даже кончающіеся летально. Ученіе Ahlfeld'a нашло дальнѣйшее подтвержденіе въ работахъ Waldharg'a (см. родильная горячка). Aschoff предлагаетъ замѣнить выраженіе «самозараженіе» выраженіемъ «эндогенная самопроизвольная или искусственная инфекция».

дѣло. При такомъ изслѣдованіи очень часто получается совершенно иное представленіе, чѣмъ при изслѣдованіи на продольной кровати, въ особенности относительно стоянія головки въ тазу. До изслѣдованія, если дезинфекція не повторяется, продезинфицированная рука не должна приходить въ соприкосновеніе ни съ чѣмъ другимъ, какъ только съ половыми органами роженицы. Не слѣдуетъ, поэтому, касаться руками собственнаго платья, дотрагиваться до стула, одѣяла и т. д. При пользованіи бѣдныхъ такой способъ, а также и, собственно говоря, необходимое бритье лобка, не встрѣтитъ затрудненій; у богатыхъ же онъ тоже примѣнимъ, если слегка захлороформировать роженицу. Помимо этого, легкій наркозъ въ значительной степени облегчаетъ и изслѣдованіе. Неподатливая у перворожениць промежность подъ наркозомъ легче смѣщается кверху, и палецъ получаетъ возможность проникать выше. Немало случаевъ неудачнаго примѣненія щипцовъ удалось бы избѣгнуть, если бы до операціи было произведено внутреннее изслѣдованіе на поперечной кровати и подъ наркозомъ.

Если, по независящимъ обстоятельствамъ, приходится отказаться отъ наркоза и дезинфекціи на поперечной кровати, то, въ концѣ-концовъ, можно удовлетвориться однимъ обмываніемъ наружныхъ половыхъ частей роженицы (1% растворомъ лизоформа или 0,1% сулемы) на продольной постели, а затѣмъ заложить ихъ стерильной ватной закладкой, смоченной въ томъ же растворѣ; нужно только, чтобы предварительно до родовъ или въ началѣ ихъ роженицѣ была поставлена клизма, а послѣ послабленія сдѣлана теплая ванна.

72

Въ случаѣ экстренности, можно достигнуть удовлетворительной дезинфекціи смазываніемъ наружныхъ половыхъ органовъ іодной настойкой По мнѣнію Кгöпiг'а всякая дезинфекція влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ можетъ только повредить.

При внутреннемъ изслѣдованіи удается прямо опредѣлить узокъ или широкъ входъ во влагалище и самое влагалище. Влагалище можетъ быть сужено мягкимъ, но часто и бугристо-твердымъ выпячиваніемъ задней стѣнки, что зависитъ отъ сильнаго переполненія прямой кишки каловыми массами. Въ такомъ случаѣ прямая кишка должна быть опорожнена клизмой, такъ какъ иначе, при прорѣзываніи головки, каловыя массы выдавливаются наружу и пачкаютъ подстилки, промежность и поддерживающую руку.

Затѣмъ опредѣляется величина открытія маточнаго зѣва.

Ее сравниваютъ обычно съ величиной наиболѣе ходкихъ монетъ; далѣе говорятъ, что маточный зѣвъ открытъ на величину ладони и, наконецъ, что онъ вполне открытъ, когда исчезаетъ всякая граница между влагалищемъ и маткой.

У многорожавшихъ, у которыхъ въ началѣ родовъ наружный маточный зѣвъ сохраняетъ еще свою поперечную форму, степень его открытія опредѣляется также по числу пальцевъ, которые могутъ быть введены въ него. Опредѣленіе величины маточнаго зѣва будетъ еще точнѣе, если шириной пальцевъ измѣряется также и ширина его края. Далѣе, необходимо изслѣдовать толщину этого края, т.-е. ощупать, сохранился ли еще каналъ шейки выше мѣста прикрѣпленія влагалища (см. рис. 26). При этомъ отъ изслѣдующаго не ускользнуть или поразительная мягкость (при placenta praevia), или ригидность, или раковое перерожденіе края resp. влагалищной части.

Двойное влагалище и двойная матка могут повести къ комичнымъ недоразумѣніямъ, если одинъ изъ изслѣдующихъ ощупываетъ закрытый маточный зѣвъ пустой матки, другой же открытый—беременной. Такія недоразумѣнія устраняются теперь введеніемъ изслѣдующаго пальца подъ контролемъ глаза.

Показаніе роженицы или акушерки, что воды прошли, еще не доказываетъ, что уже произошелъ разрывъ пузыря. Дѣло въ томъ, что можетъ быть отошли не воды, а моча матери или такъ назыв. ложныя воды т.-е. жидкость, скопившаяся между chorion и amnion. Съ другой стороны, пузырь, хотя впереди головки и кажется цѣлымъ, на самомъ дѣлѣ могъ уже разорваться (въ выше лежащемъ мѣстѣ). Если переднихъ водъ совсѣмъ не имѣется, то пузырь плотно облегаетъ головку; но въ такомъ случаѣ онъ распознается по своей гладкости, resp. потому, что не прощупываются волосы.

Дальнѣйшій вопросъ касается вставленія и стоянія головки въ тазу. Если головка стоитъ еще надъ тазовымъ входомъ, то можно достигъ мыса вытянутымъ пальцемъ и измѣрить *conj. diag.*, если же головка своимъ наибольшимъ размѣромъ находится уже во входѣ въ тазъ, то мысъ можно достигнуть только согнутымъ пальцемъ, слѣдовательно измѣрить *conj. diag.* уже нельзя; если головка стоитъ своимъ наибольшимъ размѣромъ въ широкой части полости таза, то проводная часть ея находится на *linea interspinalis*, т.-е. на линіи, соединяющей *spinae ischii*<sup>1)</sup>. Если *spinae ischii* вовсе не достигаются или достигаются лишь выше проводной части, то головка стоитъ въ узкой части полости таза; если же палецъ удается

1) По Gauss'у это можно опредѣлить и наружнымъ изслѣдованіемъ тѣмъ, что верхняя челюсть прощупывается на два поперечныхъ пальца надъ симфизомъ.

провести лишь на небольшое протяженіе между головкой и задней влагалищной стѣнкой, то головка находится въ выходѣ таза.

Если головка, несмотря на значительную продолжительность родовъ и энергичную родовую дѣятельность, все же продолжаетъ стоять еще надъ тазовымъ входомъ, то прежде всего слѣдуетъ подумать объ узкомъ тазѣ, затѣмъ о чрезмѣрной величинѣ головки (головная водянка) или о неправильномъ вставленіи. Что касается неправильнаго вставленія, то при черепныхъ положеніяхъ заслуживаютъ вниманія лишь передне-теменное и задне-теменное вставленія, которыя называются также переднее и заднее ушныя положенія. При первомъ стрѣловидный шовъ проходитъ около самага мыса, при второмъ—около или надъ самымъ симфизомъ. Передне-теменное вставленіе съ низкимъ стояніемъ большого родничка говоритъ, съ большой вѣроятностью, за плоскій тазъ. Чтобы распознать послѣдній, слѣдуетъ прежде всего обследовать внутри весь тазъ; при плоскомъ тазѣ мыса можно достигнуть уже однимъ пальцемъ, тогда какъ при нормальныхъ размѣрахъ таза это удастся только двумя пальцами. При обще-сѣуженномъ—мысь достигается однимъ пальцемъ и, кромѣ того, боковыя стѣнки малаго таза легко достигаются на всемъ своемъ протяженіи. Для распознаванія и веденія родовъ необходимо однако, помимо этого, точно измѣрить тазъ. Такимъ образомъ раньше всего измѣряютъ *conjugata diagonalis* (13)<sup>1)</sup>, затѣмъ *d. spinarum* (25), *d. cristarum* (28) и *conjugata externa* (20).

<sup>1)</sup> Цифры въ скобкахъ обозначаютъ нормальные размѣры.



Если головка стоит ненормально долго въ выходѣ таза, то въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о чрезмѣрномъ сопротивленіи со стороны мягкихъ частей, рѣже о низкомъ поперечномъ стояніи головки (когда стрѣловидный шовъ стоитъ въ поперечномъ размѣрѣ выхода), всего рѣже о тазѣ, суженномъ въ поперечномъ и иногда также и въ прямомъ размѣрѣ выхода, т.-е. о кифотическомъ или воронкообразномъ тазѣ. Распознаваніе послѣдняго ставится сначала лишь путемъ исключенія: если родовая дѣятельность энергична, если мягкія части тазового дна не чрезмѣрно ригидны, и налицо нѣтъ низкаго поперечнаго стоянія головки, то препятствіе лежитъ въ самомъ тазу, что далѣе подтверждается измѣреніемъ поперечнаго размѣра тазового выхода. Измѣряютъ ли этотъ размѣръ по способу *Veissky* или по способу *Schröder's* результаты одинаково получаются довольно точные. При первомъ способѣ обращенныя кнаружи путовки тазомѣра плотно прижимаются къ внутреннимъ поверхностямъ *tubera ischii*; къ полученнымъ цифрамъ слѣдуетъ прибавить  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  сант. *Schröder* проэцируетъ внутренніе края сѣдалищныхъ бугровъ на кожу, отмѣчаетъ соотвѣтственныя точки синимъ карандашомъ—за отсутствіемъ послѣдняго отмѣтки дѣлаютъ ногтями обоихъ большихъ пальцевъ—и прямо измѣряетъ разстояніе между отмѣченными точками.

Если головка вступила въ тазъ правильно, т.-е. стрѣловидный шовъ проходитъ по срединѣ, на равномъ разстояніи, между симфизомъ и мысомъ и малый рудничекъ опустился; если мать и ребенокъ въ хорошемъ состояніи,

то акушеру слѣдуетъ спокойно выждать, но внимательно слѣдить за теченіемъ родовъ, чтобы во время замѣтить возможныя разстройства.

Нужно, слѣдовательно, обращать вниманіе на характеръ схватокъ и опредѣлить, какъ часто слѣдуютъ онѣ одна за другой, какъ сильна каждая схватка въ отдѣльности и соотвѣтствуетъ ли болѣзненность силъ схватки, приходитъ ли въ дѣйствіе брюшной прессъ и когда именно. Время отъ времени слѣдуетъ, послѣ надлежащей дезинфекціи рукъ и обмыванія наружныхъ половыхъ органовъ, повторять внутреннее изслѣдованіе, чтобы удостовѣриться, раскрылся ли болѣе маточный зѣвъ, опустилась ли головка ниже, а малый родничекъ болѣе впередъ.

Послѣ разрыва пузыря безусловно необходимо произвести внутреннее изслѣдованіе, чтобы, во-первыхъ, самымъ точнымъ образомъ опредѣлить положеніе головки, что часто затруднительно—до разрыва пузыря, въ виду опасности разрыва послѣдняго, а нѣкоторое время спустя послѣ разрыва—въ виду образованія головной опухоли; во-вторыхъ, чтобы убѣдиться нѣтъ ли выпаденія пуповины или ручки.

Такимъ образомъ, при нормальныхъ родахъ достаточно двукратнаго внутренняго изслѣдованія; если же акушеръ прибылъ уже послѣ разрыва пузыря, то достаточно изслѣдовать одинъ разъ. Я не считаю возможнымъ присоединиться къ совѣту обходиться совершенно безъ внутренняго изслѣдованія роженицъ въ нормально протекающихъ случаяхъ, тѣмъ болѣе что на практикѣ это невыполнимо. Акушеркамъ же слѣдуетъ вмѣнить въ обязанность, по возможности, ограничивать внутреннее изслѣдованіе и, исходя

изъ этого, авторъ считаетъ соотвѣтственными предписанія Leorold'a и J. Veit'a заслуживающими вниманія.

Такъ какъ теперь и акушерки производятъ внутреннее изслѣдованіе въ перчаткахъ, то оно и тутъ безопасно, если только изслѣдованіе производится подь контролемъ глаза и занесеніе зародышей съ наружныхъ половыхъ органовъ предупреждается разведеніемъ срамныхъ губъ другой рукой.

Если роженица возбуждена и напугана, ее слѣдуетъ успокоить. Жажда утоляется: водой, молокомъ, при затынувшихся родахъ—виномъ. Большинству роженицъ крайне пріятно оставаться въ постели съ самаго начала родовъ. Однако при слабыхъ схваткахъ роженица можетъ, если желаетъ, вставать и ходить даже послѣ разрыва пузыря, если только головка уже плотно установилась въ тазу. При этомъ схватки становятся иногда сильнѣе. Произвольное потуживаніе слѣдуетъ разрѣшить только тогда, когда головка, при полномъ открытіи, стоитъ низко во влагалищѣ, слѣдовательно, только въ концѣ періода изгнанія. Нѣкоторымъ женщинамъ въ это время приноситъ облегченіе, если онѣ упираются въ поставленную на кровать скамеечку и хватаются руками за какой-нибудь предметъ. Съ этой цѣлью J a k s предложилъ особый, крайне цѣлесообразный, халатъ для родовъ (Gebärmantel см. рис. 1). Въ это время роженица обыкновенно испытываетъ сильный позывъ на низъ. Если прямая кишка была заранѣе опорожнена, то нѣтъ надобности исполнять требованіе роженицы и подавать ей подкладное судно.

Когда головка начинаетъ прорѣзываться, слѣдуетъ позаботиться о рациональной защитѣ промежности, такъ какъ она легко можетъ

разорваться при быстромъ или неблагопріятномъ прорѣзываніи. Помимо этого, можетъ получиться разрывъ вслѣдствіе ломкости или неэластичности или рубцоваго сморщиванія промежности. Поэтому, какъ только промежность начинаетъ растягиваться сильнѣе, роженицу слѣдуетъ положить на бокъ и придвинуть тазомъ на край кровати, отнять возжи и запретить тужиться. т.-е. заставить ее производить быстро вдыханіе и выдыханіе. Рука, проведенная со стороны живота между бедрами роженицы, помѣщается на прорѣзавшуюся



Рис. 1.

ся часть головки и сдерживаетъ ее при чрезмѣрномъ растяженіи промежности, во время схватокъ. Въ то же время указательный и большой пальцы другой руки плотно охватываютъ frenulum labiorum и стараются, путемъ концентрическаго оттягиванія боковыхъ частей промежности къ средней линіи, уменьшить растяженіе самой уздечки. Собственно, давленія всей ладонью на промежность слѣдовало бы избѣгать, такъ какъ оно-то, именно, и вызываетъ часто разрывъ промежности. Какъ только головка прорѣжется, приблизительно до большого родничка, слѣдуетъ въ промежуткахъ между схватками оттягивать

промежность по направлеию кзади или заставлятъ роженицу изгонять головку потугами внѣ схватокъ. Наконецъ, можно примѣнить крайне дѣлесообразный приѣмъ Ritgen'a, введенный въ практику Olshausen'омъ, т.-е. выдавливать лобъ, а затѣмъ и лицо двумя введенными въ rectum пальцами. Этотъ способъ имѣетъ тотъ недостатокъ, что, послѣ его примѣненія, приходится снова основательно дезинфицировать руки. Иногда удается вывести лобъ давленіемъ со стороны задней промежности, т.-е. со стороны той части тазового дна, что лежитъ позади заднепроходнаго отверстія (Ritgen, Fehling).

Если промежность принимаетъ бѣловатый цвѣтъ, то это признакъ того, что она готова разорваться. Чтобы предотвратить разрывъ, поступаютъ слѣдующимъ образомъ. Удерживая лѣвой рукой головку, дѣлаютъ Куперовскими ножницами разрѣзъ (episiotomia) боковой части уздечки въ 1—3 сант. длиной, проводя его немного кнутри отъ tuber ischii. Первымъ ударомъ ножницъ разрѣшается кожа, послѣ чего въ ранѣ показывается острый край фасціи, который и пересѣкается вторымъ ударомъ ножницъ. Послѣ этого промежность внѣ схватки осторожно оттягивается кзади. Если же это представляетъ затрудненія, то лучше увеличить уже сдѣланный разрѣзъ, чѣмъ производить новый (Credé, Fehling, авторъ); слѣдуетъ, стало быть надрѣзать еще constrictor cunni. При равномерномъ растяженіи краевъ раны, послѣдняя принимаетъ форму ромба (рис. 32). Послѣ разрѣза необходимо снова соединить края раны такъ какъ иначе входъ во влагалище удлиняется почти что вдвое противъ первоначальной длины разрѣза, слѣдовательно до 5 сант. Для соединенія раны часто бываетъ достаточно одного шва, проведеннаго отъ *c* къ *b* (рис. 33).

Послѣ рожденія головки слѣдуетъ оцупать, не

обвита ли вокругъ шеи пуповина. Если имѣется обвитіе, то необходимо ослабить петлю пуповины и перекинуть ее черезъ головку геср. плечики. Послѣ этого роженица опять кладется на спину и сильнымъ давленіемъ на дно матки, въ направленіи книзу, выдавливается туловище плода. Если, несмотря на это, рожденіе туловища замедляется, то слѣдуетъ приступить къ осторожному извлеченію; послѣднее производится такимъ образомъ, что указательный палецъ вводится со стороны спинки въ легче достижимую подмышечную впадину, а головка захватывается ладонями обѣихъ рукъ. Если прорѣзалось заднее плечико, то переднее нужно извлекать опусканіемъ головки, или, кромѣ того, введеніемъ другого указательнаго пальца въ переднюю подмышечную впадину; если же раньше прорѣзалось переднее плечико, то заднее слѣдуетъ выводить подниманіемъ головки.

Если ребенокъ не находится въ асфиксіи, т.-е. если онъ кричитъ и дышитъ одинаково сильно, то слѣдуетъ подождать съ перевязкой пуповины до тѣхъ поръ, пока она не станетъ пульсировать лишь крайне слабо. Все это время ребенокъ лежитъ между бедрами матери съ обращеннымъ кверху лицомъ. Перевязываетъ пуповину акушерка; для этого примѣняется льняная тесемочка шириною въ  $\frac{1}{2}$  сант. Тесемочка завязывается сначала только однимъ узломъ и петлей. Между мѣстомъ перевязки пуповины и пупкомъ должно быть такое разстояніе, чтобы, въ случаѣ послѣдовательнаго кровотеченія, можно было наложить еще одну лигатуру, слѣдовательно, около 4 сант. Въ сторону послѣда накладывается вторая лигатура, во-первыхъ ради чистоты, во-вторыхъ потому, что наполненный кровью послѣдъ легче отдѣляется; и, наконецъ, потому, что при однойяцевыхъ двойняхъ, второй плодъ можетъ истечь кровью черезъ пуповину перваго.

Пуповина перерѣзается пуповинными ножницами

между обѣими лигатурами. Послѣ купанія ребенка, петлю слѣдуетъ развязать, еще разъ затянуть узелъ и наложить второй. Концами-тесемочки можно еще разъ подвязать двойнымъ узломъ свободный конецъ пуповины къ ея основанію. Вода для купанья должна быть въ 35° С. Послѣ купанья акушерка должна внимательно осмотрѣть ребенка—не имѣется ли какихъ-либо уродствъ, а затѣмъ запеленать его. Для предупрежденія бленнорреи новорожденныхъ, ребенку впускаютъ въ конъюнктивальный мѣшокъ, у внутренняго угла вѣкъ, по Н е r f f'у, 1—4 капли 5% раствора S o r h o l'я.

### Веденіе послѣдоваго періода.

Въ Германіи общепринято удалять послѣдъ приѣмомъ C r e d é. Различія заключаются лишь во времени его приѣмленія. Лучше всего выжидать самопроизвольнаго отдѣленія послѣда и оболочекъ, при неослабномъ наблюдении за сокращеніемъ матки. Отдѣленіе послѣда совершается силою послѣдовыхъ схватокъ въ теченіе перваго получаса послѣ рожденія ребенка и сказывается тѣмъ, что пуповина все болѣе и болѣе выступаетъ изъ половой щели (A h l f e l d) и тѣмъ, что тѣло матки сильно и длительно сокращается (т. е. переходитъ въ состояніе ретракціи); послѣ изгнанія послѣда въ выходной каналъ тѣло матки часто поднимается выше пупка, въ видѣ плоскаго, узкаго тѣла (S c h r ö d e r).

Въ то время, какъ заслуга C r e d é состоитъ въ томъ, что онъ своимъ ручнымъ приѣмомъ устранилъ старый способъ извлеченія послѣда путемъ потягиванія за пуповину, заслугой A h l f e l d'а и D o h n'а является ихъ выступленіе въ защиту того, чтобы отдѣленіе послѣда не ускорялось при нормальныхъ родахъ растираніемъ матки, какъ это рекомендоваль C r e d é, и. чтобы выжиманіе

примѣнялось возможно позже; они настаивали, помимо этого, на томъ, что выжиманіе совершенно излишне, разъ роженица будетъ тужиться во время каждой схватки; такимъ путемъ послѣдъ рождается, по большей части самопроизвольно, въ теченіе 2-хъ часовъ.

Приемъ Credé слѣдуетъ примѣнять, спустя  $\frac{1}{2}$  часа—1 часъ послѣ рожденія ребенка, лишь во время схватки и при пустомъ мочевомъ пузырьѣ. Захвативъ дно матки всей рукой (4 пальца помѣщаются на задней, большой на передней стѣнкѣ матки), отдавливаютъ его къзади и книзу къ крестцовой впадинѣ. Другой рукой захватываютъ показавшійся въ половой щели послѣдъ и повертываютъ его нѣсколько разъ, чтобы скатать яичевыя оболочки въ канатикъ и предупредить такимъ путемъ ихъ отрывъ. Если же этотъ приемъ не удастся сразу, то слѣдуетъ выждать слѣдующую схватку и, въ случаѣ надобности, привлечь на помощь и другую руку. (Въ этомъ случаѣ акушерка должна задержать чрезмѣрно быстрое выходеніе послѣда, такъ какъ иначе оболочки легко отрываются.)

Послѣ этого врачъ обязанъ подвергнуть послѣдъ тщательному осмотру, чтобы убѣдиться, вышелъ ли онъ цѣликомъ. Этотъ осмотръ первоначально производится по способу, указанному на стр. 7. Затѣмъ кладутъ послѣдъ, откинувъ предварительно оболочки, плодовой поверхностью на ладони рукъ и разсматриваютъ маточную поверхность, на которой дольки (cotyledones) должны лежать вплотную. Если же констатируются истинные дефекты на маточной поверхности (помимо бороздокъ, разграничивающихъ дольки) или по краю послѣда, гдѣ отсутствуетъ сѣровато-бѣлый покровъ deciduae serotinae и обнаруживается обнаженная красноватая ткань ворсинокъ, то предположеніе о задержкѣ части послѣда въ маткѣ больше, чѣмъ



вѣроятно. Это предположеніе становится еще болѣе вѣроятнымъ, разъ матка плохо сокращается и кровоточитъ. Въ заключеніе осматривается край послѣда; если здѣсь или по краю оболочекъ обнаруживаются разорванные сосуды, то дѣло идетъ о задержкѣ добавочной доли послѣда такъ наз. *placenta succenturiata*. Такіе задержавшіеся «остатки послѣда» должны быть немедленно удалены ручнымъ способомъ, такъ какъ продолжительное ихъ пребываніе въ маткѣ можетъ повести къ тяжелымъ кровотечениямъ или разложеніямъ съ септемической лихорадкой (см. ниже). Въ случаѣ отрыва оболочекъ, послѣднія захватываются корнцангомъ за торчащій во влагалище конецъ и, при осторожномъ закручиваніи, извлекаются.

## Терапія разрывовъ клитора и промежности.

Послѣ родовъ слѣдуетъ протереть наружныя половыя части комочкомъ стерильной ваты, смоченной

въ 3% растворѣ карболовой кислоты гесп. 1% лизоформа, и посмотреть, нѣтъ ли какихъ-либо поврежденій. Разрывы въ области клитора должны быть зашиты, въ виду опасности значительнаго кровотечения, разрывы промежности—съ цѣлью предупредить въ будущемъ вы-

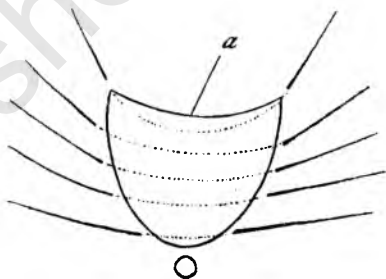


Рис. 2.

паденіе передней стѣнки влагалища или недержаніе кала (*incontinentia alvi*). Различаются разрывы промежности 1-ой, 2-ой (неполные разрывы) и 3-ей степени (полный разрывъ). При разрывѣ

промежности 1-й степени бываетъ разорвана передняя половина ея, при разрывѣ 2-й степени—разрывъ простирается до sphincter ani, при 3-ей степени—разорванъ также и sphincter ani. Съ принципиальной точки

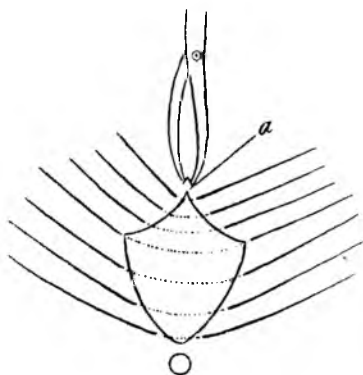


Рис. 3.

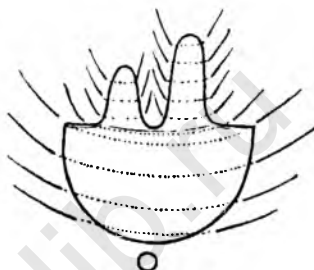


Рис. 4.

зрѣнія, конечно, правильно зашивать каждый разрывъ длиною болѣе 1 сантим. Пока будетъ приготовлено все необходимое для наложенія швовъ, слѣдуетъ, при наличности сильнаго кровотечения,

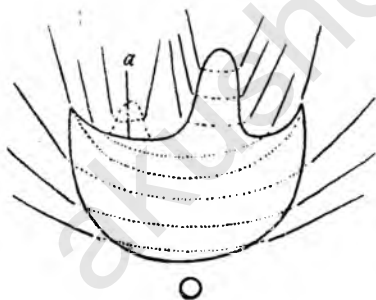


Рис. 5.

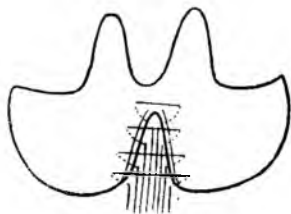


Рис. 6.

предварительно заложить мѣсто разрыва плоской іодоформной марли (матеріаль для этого находится въ коробкѣ № 2; см. стр. 63). Не надо забывать, что обычно разрывъ промежности про-

должается въ одинъ или два разрыва влагалища, по сторонамъ *columna rugarum post.* (F r e u n d, см. рис. 4—7). Эти разрывы влагалища должны быть тщательно зашиты прежде всего, причемъ въ случаѣ необходимости слѣдуетъ ихъ извлечь за углы пулевыми щипцами. Если накладывать швы на промежность при положеніи роженицы на боку, то эти разрывы влагалища остаются незащитными.



Рис. 7.

Съ зашиваніемъ промежности можно ждать 12 — 24 часа. Поэтому не слѣдуетъ накладывать швовъ ночью при плохомъ освѣщеніи; лучше временно заложить разрывъ іодоформной марлей. Въ видахъ тщательнаго наложенія швовъ, цѣлесообразно при-

мѣнить наркозъ (лучше всего *scoromorphin* — R i e d e l). Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ я не проводилъ лично родовъ, онъ всегда дѣлалъ передъ швами спринцеваніе влагалища 1% растворомъ лизоформа, съ цѣлью уничтожить возможно внѣдрившихся инфекціонныхъ зародышей, препятствующихъ заживленію первымъ натяженіемъ. Наружныя половыя части бреются и дезинфицируются 1% растворомъ лизоформа. Если хотятъ при-

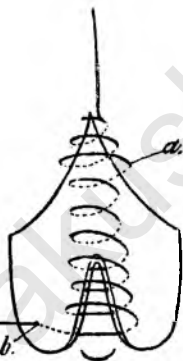


Рис. 8.

мѣнить шелкъ или силквормъ (последній въ отличіе отъ шелка не дренируетъ каналовъ, образовавшихся отъ проведенія иглы), то ихъ необходимо обезплодить непосредственно передъ упо-

треблениемъ кипячениемъ въ теченіе 5-ти минутъ. Разрывъ промежности 3-й степени превращаютъ сперва въ разрывъ 2-й степени, накладывая погружные іодъ-кѣтгутовые швы со стороны раны, но такъ, чтобы они не захватывали слизистой оболочки прямой кишки (см. рис. 7). Засимъ зашиваютъ разрывъ такъ, какъ это показано на рис. 2—5.

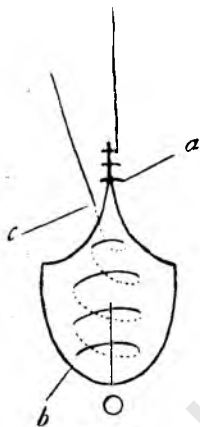


Рис. 9.

Тотъ, кто обладаетъ пзвѣстнымъ опытомъ въ наложеніи непрерывнаго кѣтгутоваго шва, поступитъ цѣлесообразно, если примѣнитъ именно его (рис. 8—10). При разрывѣ промежности 3-й степени приходится накладывать швы по меньшей мѣрѣ въ 2, а часто въ 3 этажа <sup>1)</sup>. Последовательный уходъ за всѣми зашитыми ранами наружныхъ половыхъ органовъ состоитъ на практикѣ, по предложенію F r i t s c h 'a, цѣлесообразнѣе всего въ частой смѣнѣ стерильныхъ ватныхъ закладокъ или вывареннаго полотна, пропитанныхъ 1% растворомъ лизоформа. Если имѣется сидѣлка,

то она должна прикрывать наружные половые органы роженицы іодоформной марлей, а послѣ

<sup>1)</sup> Относительно рисунковъ слѣдуетъ еще замѣтить, что рис. 2 изображаетъ разрывъ промежности 2-й степени безъ разрыва влагалища, а рис. 3—тотъ же разрывъ, у котораго точка *a* фиксирована пулевыми щипцами; рис. 5 представляетъ разрывъ промежности 2-й степени съ одностороннимъ влагалищнымъ разрывомъ. У *a* край раны, въ видахъ тщательнаго соединенія, приподнять въ складку (*plissé*—K ü s t n e r) и захваченъ швомъ. Рис. 6 (разрывъ промежности 3-й степени съ двойнымъ разрывомъ влагалища) показываетъ способъ наложенія шва со стороны прямой кишки. Стѣдуетъ придерживаться этого способа, когда мы шьемъ шелкомъ или силквормомъ.

мочеиспускания обмывать ихъ 1% растворомъ лизоформа.

На 3-й или 4-й день необходимо позаботиться о жидкомъ стулѣ. Діета должна быть, по преимуществу, жидкой. Если разрывъ не срастается *per primam*, то слѣдуетъ наложить вторичный шовъ на 8-й день, освѣживъ предварительно края и соскобливъ грануляціи. Швы, наложенные указаннымъ образомъ, представляютъ собою рано произведенную пластическую операцію и должны постоянно давать хорошіе результаты, разъ операція производилась при соблюденіи антисептическихъ предосторожностей и избирался подходящій матеріалъ для швовъ. Только при разрывахъ 3-й степени, авторъ рекомендуетъ для соединенія разрыва прямой кишки накладывать непрерывный катгутый шовъ въ нѣ-

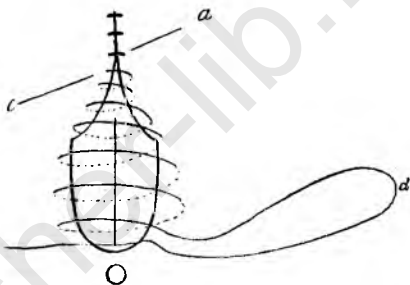


Рис. 10<sup>1)</sup>.

сколько стежковъ, при всѣхъ же разрывахъ промежности 2-й и 1-й степени, напротивъ — узловатые швы изъ силкворма или іодъ-катгута, потому что немногочисленные узловатые швы, находящіе помимо этого точку опоры въ кожѣ, не такъ легко прорѣзываютъ рыхлую ткань, какъ многочисленные стежки непрерывнаго шва. Не особенно большой разрывъ прямой кишки можно даже захватить только однимъ кистнымъ швомъ, начавъ его съ кожи. Наложеніе шва производится слѣдующимъ образомъ: вкалываютъ иглу съ одной стороны раз-

1) Петля *d* завязывается узломъ съ концомъ нитки.

рыба въ кожу, проводятъ ее подъ основаніемъ раны, держась вплотную къ краю послѣдней, до угла разрыва и выводятъ ее такимъ же образомъ на другой сторонѣ.

## Веденіе родовъ при низкомъ стояніи большого родничка и при теменныхъ предлежаніяхъ.

Роженицу слѣдуетъ уложить на тотъ бокъ, который соотвѣтствуетъ малому родничку плода. (Прим.: Роженицу слѣдуетъ всегда укладывать на тотъ бокъ, гдѣ находится та часть плода, опущенія которой желаютъ!) Малый родничекъ иногда повертывается сзади напередъ даже въ выходѣ таза. Разъ является показаніе къ окончанію родовъ при большомъ родничкѣ, обращенномъ кпереди, то слѣдуетъ накладывать щипцы такъ, чтобы большой родничекъ шелъ спереди. Всѣ искусственные повороты головки щипцами, съ цѣлью повернуть малый родничекъ кпереди, опасны.

Если большой родничекъ находится сбоку, но ниже, чѣмъ малый, то нужно различать два момента:

### 1. Головка стоитъ еще надъ входомъ въ тазъ.

Если при этомъ стрѣловидный шовъ проходитъ около самаго мыса, то мы имѣемъ плоскій тазъ, при которомъ, въ извѣстныхъ случаяхъ, можно произвести профилактическій поворотъ. Если же придерживаться выжидательнаго метода, то слѣдуетъ до тѣхъ поръ держать роженицу на боку, соотвѣтствующемъ большому родничку, пока головка не пройдетъ черезъ суженный тазовой входъ (болѣе узкое темя проходитъ при этомъ чрезъ суженную *conjugat'y*). Разъ это про-

изошло, роженицу слѣдуетъ уложить на другой бокъ, чтобы содѣйствовать опущенію малаго родничка книзу и кпереди.

## 2. Головка прошла чрезъ входъ въ тазъ.

Если показано окончаніе родовъ, то слѣдуетъ сперва попытаться, путемъ сильнаго давленія обѣими руками, помѣщенными на темя и затылокъ надъ самымъ симфизомъ, вдавить затылокъ глубже въ тазъ; при этомъ малый родничекъ часто опускается ниже и впередъ. Если это не удастся, то слѣдуетъ и здѣсь наложить щипцы въ косомъ размѣрѣ и такимъ образомъ, чтобы большой родничекъ повернулся впередъ.

Какъ при теменныхъ, такъ и при лобныхъ и лицевыхъ предлежаніяхъ необходима тщательная защита промежности.

## Веденіе родовъ при лобныхъ и лицевыхъ предлежаніяхъ.

Только при осложненіи этихъ предлежаній плоскимъ тазомъ, выпаденіемъ пуповины, ручки или при крупной головкѣ слѣдуетъ съ самаго начала произвести поворотъ на ножку. Вообще же, слѣдуетъ придерживаться выжидательнаго метода и только стараться, путемъ укладыванія роженицы на тотъ бокъ, куда обращенъ малый родничекъ, вызвать вставленіе головки въ затылочномъ положеніи. Если же, тѣмъ не менѣе, головка вступитъ въ тазъ въ одномъ изъ названныхъ положеній, то роженицу слѣдуетъ положить на тотъ бокъ, куда обращенъ подбородокъ, чтобы лобное предлежаніе превратить въ лицевое, а—при лицевомъ—способствовать опусканію подбородка книзу и кпереди.

Крайне рѣдко встрѣчаются случаи, гдѣ подбородокъ и въ выходѣ таза обращенъ кзади или въ сторону. Здѣсь слѣдуетъ попробовать примѣнить во время схватки противодействие на лобъ. Если при такихъ обстоятельствахъ наступаетъ опасность для матери, то, при обращенномъ кзади подбородкѣ, ничего не остается, какъ произвести перфорацию, такъ какъ наложеніе щипцовъ въ данномъ случаѣ было бы ошибкой; при подбородкѣ, обращенномъ въ сторону, пожалуй, еще позволительна попытка наложенія щипцовъ. Въ моихъ случаяхъ, гдѣ всегда дѣло шло о крупныхъ, рѣзко долихоцефалическихъ головкахъ, попытка эта, впрочемъ, ни разу не удавалась. Изъ 18 подобныхъ случаевъ, собранныхъ Salomon'омъ, только въ одномъ щипцами былъ извлеченъ живой младенецъ. Основываясь на этихъ очень рѣдкихъ случаяхъ, когда подбородокъ не поворачивается впередъ, нельзя принципиально производить поворотъ при всѣхъ лицевыхъ и лобныхъ предлежаніяхъ.

Не надо забывать, что при поворотѣ (если онъ не производится весьма опытной рукой) погибаетъ гораздо больше дѣтей, чѣмъ при выжиданіи. Что касается ручного превращенія этихъ предлежаній въ затылочные посредствомъ комбинированныхъ приѣмовъ изнутри и снаружи, то я при крупныхъ долихоцефалическихъ головкахъ ни разу не наблюдалъ отъ нихъ благоприятнаго результата, а въ остальныхъ случаяхъ никогда не встрѣчалъ въ нихъ надобности.

## Веденіе родовъ при тазовыхъ предлежаніяхъ.

Если при тазовыхъ предлежаніяхъ плодъ не родится въ теченіе нѣсколькихъ минутъ послѣ



появленія пупка, то онъ зады-  
хается, вслѣдствіе сдавленія пу-  
повины между тазомъ и дѣтскимъ  
туловищемъ, герр. головкой. По-  
добное замедленіе родовъ наступаетъ особенно  
легко у первородящихъ съ неподатливымъ, узкимъ  
влагалищемъ, при узкомъ тазѣ, при крупномъ  
плодѣ, при полномъ ногоположеніи, такъ какъ  
ножки и узкія бедра недостаточно расширяютъ  
мягкія части для быстрого прохожденія головки—  
наконецъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда до появленія  
пупка дѣлались попытки извлеченія за прорѣзав-  
шіяся уже части.

Если при тазовыхъ предлежа-  
ніяхъ, ничто не угрожаетъ ни ма-  
тери, ни плоду, то до рожденія  
пупка слѣдуетъ держаться стро-  
го выжидательно. Исключеніе соста-  
вляютъ тѣ случаи ягодичныхъ предлежаній, ко-  
торые осложняются выпаденіемъ пуповины. Тутъ  
съ профилактической цѣлью низводится ножка  
чтобы въ случаѣ опасности для жизни плода, можно  
было бы быстро извлечь его. Если извлеченіе на-  
чать преждевременно, то ручки могутъ запроки-  
нуться, а подбородокъ удалиться отъ груди—и  
то, и другое сильно затрудняетъ быстрое освобож-  
деніе ручекъ и головки или дѣлаетъ его совер-  
шенно невозможнымъ.

**Примѣчаніе.** Съ неудобствами ран-  
няго извлеченія приходится, конечно, ми-  
риться въ тѣхъ случаяхъ, когда угрожающая  
жизни матери или плода опасность настоя-  
тельно требуетъ быстрого окончанія родовъ  
еще до прорѣзыванія ягодичъ (см. ниже  
«Извлеченіе за ножку»).

Чтобы не просмотрѣть угрожающей плоду опас-  
ности, слѣдуетъ почаще выслушивать его сердце-

біеніе, а при випаденіи пуповины постоянно наблюдать за ея пульсаціей. Если пуповина находится между ножками плода—слѣдовательно, плодъ какъ бы сидитъ верхомъ на пуповинѣ,—то слѣдуетъ потянуть тотъ конецъ ея, который идетъ къ спинкѣ, и перекинуть образовавшуюся петлю черезъ одно изъ бедеръ. Роженицѣ запрещаютъ тужиться, но предупреждаютъ, что впослѣдствіи, послѣ рожденія ягодицъ, она, по данному приказанію, должна будетъ тужиться изо всѣхъ силъ. Такъ какъ позднѣе не будетъ времени для подробныхъ объясненій, то тутъ же слѣдуетъ указать акушеркѣ, что послѣ рожденія ягодицъ она, по данному приказанію, должна охватить обѣими руками дно матки и сильно давить его книзу; прекративъ это надавливаніе, какъ только освободятся ручки, она должна охватить головку обѣими руками непосредственно надъ самымъ симфизомъ и вдавливать ее изо всѣхъ силъ книзу, въ тазъ. Далѣе, слѣдуетъ приготовить все необходимое для оживленія мнимоумершихъ младенцевъ и напомнить о водѣ для ванны, которую заставляютъ принести въ комнату уже тогда, когда показываются ягодицы.

Многородящихъ слѣдуетъ помѣщать на поперечную кровать, когда ягодицы опустятся во влагалище, а первородящихъ—когда онѣ покажутся снаружи, такъ какъ только въ такомъ положеніи можетъ быть оказана помощь, если она понадобится.

Нерѣдко, тотчасъ за рожденіемъ ягодицъ, при потуживаніи роженицы и примѣненіи вышеописаннаго выжиманія (по Kristeller'у), рождается и остальная часть плода. Если этого не происходитъ, то акушеръ долженъ приступить къ освобожденію ручекъ и головки. Само собою понятно, что предварительно онъ долженъ основательно себя продезинфицировать.

## Освобожденіе ручекъ и головки.

Прежде всего, немного ослабляется туго натянутая пуповина; затѣмъ обѣ руки акушера захватываютъ завернутыя въ теплую пеленку ягодицы такимъ образомъ, чтобы большіе пальцы лежали на крестцѣ, указательные на гребешкахъ подвздошныхъ костей, а остальные на бедрахъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда ножки вытянуты кверху, большіе пальцы кладутъ также на крестецъ, а оба указательные—въ паховые сгибы; туловище извлекаютъ сильно книзу, приподымая и опуская ягодицы, пока не появится уголь лопатки, при чемъ спинка должна оставаться обращенной въ сторону. Затѣмъ, одной рукой захватываютъ ножки плода и отводятъ ихъ къ тому паху матери, къ которому обращено его брюшко; указательный и средний пальцы другой руки проводятъ со стороны спинки по заднему предплечью до локтевого сгиба и освобождаютъ ручку давленіемъ на предплечье въ сторону брюшка и книзу. Послѣ этого, захватываютъ туловище какъ можно выше такимъ образомъ, чтобы большіе пальцы лежали на спинкѣ, а остальные охватывали грудную клѣтку и уже освобожденную ручку, поворачиваютъ младенца такъ, чтобы спинка прошла спереди мимо симфиза. Вторая ручка, перемѣщенная этимъ поворотомъ назадъ, освобождается тѣмъ же способомъ, что и первая. Въ послѣднее время А. Müller снова выдвинулъ преимущества стараго метода извлечения, при которомъ туловище сильно оттягивается книзу до появленія подъ симфизомъ плечевой кости. При этомъ способѣ ручка легко освобождается пальцемъ, введеннымъ въ локтевой сгибъ со стороны брюшка ребенка. Такимъ же образомъ освобождаютъ затѣмъ, не поворачивая младенца, и заднюю ручку. Далѣе, въ ротикъ ребенка про-

водятъ указательный <sup>1)</sup> и средній пальцы той руки, къ которой подъ конецъ было обращено его брюшко (при высокомъ стояніи головки ротикъ обращенъ въ сторону, при низкомъ—кзади!), помѣщаютъ пальцы на края челюсти и оттягиваютъ подбородокъ книзу, а затѣмъ еще и кзади; въ это же время другой рукой охватываютъ головку снаружи и вдавливаютъ ее въ тазъ (*Wiegand-Martini-Winske*’евскій приемъ). Если же этотъ приемъ не удастся, то указательнымъ и среднимъ пальцами наружной руки оттягиваютъ книзу затылокъ младенца (приемъ *Veit-Smellie* или вѣрнѣе *Mauriceau-Levet*), въ то время какъ акушерка давитъ на головку снаружи.

Если и этотъ приемъ не ведетъ къ цѣли, то слѣдуетъ самому обѣими руками надавить на голову снаружи. Однимъ такимъ надавливаніемъ мнѣ не разъ удавалось проводить головку чрезъ плоскій тазъ, послѣ того какъ другіе способы оказывались безрезультатными. При узкомъ тазѣ можно достигъ увеличенія conjugat’ы приблизительно на 1 смт. тѣмъ, что заставляютъ роженицу свѣситься съ кровати ноги (*Walcher*’овское положеніе) <sup>2)</sup>.

Если, несмотря на правильное выполненіе этихъ приемовъ, все же не удастся вывести головку, то, по прошествіи нѣсколькихъ минутъ, слѣдуетъ совершенно отказаться отъ дальнѣйшаго ихъ примѣненія. Въ такихъ случаяхъ, разъ налицо широкій тазъ и полное открытіе, дѣло можетъ итти только о чрезмѣрно большой головкѣ resp. о *hydrocephalus*. Тутъ слѣдуетъ перфорировать послѣдующую головку.

Если при этой операціи—ее нужно строго отли-

<sup>1)</sup> Можно ввести и одинъ указательный палецъ, но въ такомъ случаѣ нужно провести его до корня языка.

<sup>2)</sup> *Walcher*’овское положеніе—висячее положеніе—примѣняется на поперечной кровати.

чать отъ извлеченія за ножки и ягодицы въ тѣсномъ смыслѣ слова—умираетъ ребенокъ, еще незадолго предъ тѣмъ полный жизни, то, по справедливому указанію *Zweifel*я здѣсь была допущена погрѣшность противъ искусства; конечно, о погрѣшности можно говорить лишь при условіи, что никто предварительно не дѣлалъ попытокъ потягивать за ножки, что не было въ данномъ случаѣ узкаго таза, недостаточнаго открытія маточнаго зѣва или, наконецъ, чрезмѣрно большой головки. Все же, какъ часто допускаются погрѣшности при извлеченіи! Описанная операція принадлежитъ впрочемъ, по моему мнѣнію, къ числу самыхъ трудныхъ, такъ какъ здѣсь долженъ быть примѣненъ быстро другъ за другомъ цѣлый рядъ приемовъ. Поэтому въ ней необходимо прилежно упражняться на фантомѣ.

Что касается защиты промежности при тазовыхъ предлежаніяхъ, то о ней слѣдуетъ подумать лишь при прорѣзываніи головки. По *Osternann*у защиту промежности цѣлесообразно проводить такимъ образомъ, что заставляютъ акушерку приподнять ножки младенца, вводятъ указательный палецъ одной руки въ ротикъ, другой же рукой поддерживаютъ промежность. При трудномъ освобожденіи ручекъ промежность, правда, разрывается уже ранѣе. Этотъ разрывъ можно предупредить *episiotomi*'ей, но зачастую произвести ея не удастся за недостаткомъ времени.

**Предсказаніе** для матери при тазовыхъ предлежаніяхъ хуже, чѣмъ при головныхъ, такъ какъ при первыхъ для спасенія младенца часто примѣняются ложные методы. Предсказаніе же для дѣтей, при отсутствіи должнаго наблюденія, несравненно неблагоприятнѣе, чѣмъ при головныхъ предлежаніяхъ, и зависитъ всецѣло отъ ловкости акушера, разъ есть показаніе къ частичному или полному извлеченію.

Недостаточная ловкость при веденіи родовъ съ тазовыми предлежаніями угрожаетъ серіозной опасностью не только жизни, но и здоровымъ членамъ ребенка! Иногда же, даже и при легкихъ самопроизвольныхъ родахъ (K ü s t n e r, W i t z e l, K o e t t n i t z), наблюдаются поврежденія младенца, обусловленные родовымъ механизмомъ: сюда относятся разрывъ и гематома *musculi sterno-cleido-mastoidei*, что ведетъ къ укороченію этой мышцы и тѣмъ самымъ къ травматической, міогенной *caput obstipum* или *torticollis*, если шейка не будетъ немедленно фиксирована небольшимъ картоннымъ галстухомъ.

K ü s t n e r объясняетъ это поврежденіе, встречающееся, впрочемъ, и при головныхъ предлежаніяхъ, сильнымъ перекручиваніемъ шейки, что происходитъ въ тѣхъ случаяхъ, когда, при прохожденіи плечиковъ въ прямомъ размѣрѣ, головка также поворачивается уже въ этотъ размѣръ. K o e t t n i z даетъ практическій совѣтъ при всякомъ тазовомъ предлежаніи заранѣе указывать на возможность этого разрыва мускула. Хотя этотъ разрывъ, конечно, гораздо чаще вызывается форсированнымъ поворотомъ плечиковъ при фиксированной уже въ прямомъ размѣрѣ головкѣ, все же никогда не слѣдуетъ основываясь на присутствіи упомянутой гематомы дѣлать заключеніе, что въ данномъ случаѣ роды были закончены оперативно, какъ это не разъ утверждали судебные врачи (эксперты на судѣ).

## Веденіе родовъ при поперечныхъ положеніяхъ.

До разрыва пузыря слѣдуетъ попытаться произвести поворотъ наружными приѣмами.

Послѣ разрыва пузыря необходимо немедленно

же совершить поворотъ (внутренній) на ножку, ибо иначе угрожаетъ опасность чрезмѣрнаго растяженія шейки. Если поворотъ уже невозможенъ, т.-е. слишкомъ опасенъ для матери, то слѣдуетъ произвести эмбриотомію (см. поворотъ). Только при преждевременныхъ родахъ можно держаться выжидательно. Но если при нихъ роды затягиваются, то слѣдуетъ потягиваніемъ за ручку ускорить роды, способствуя рожденію *conduplicato согроте*.

## Многоплодные роды.

При многоплодной беременности роды очень часто наступают преждевременно и во время родов часто наблюдается первичная слабость схватокъ. Послѣ рожденія перваго плода наступаетъ перерывъ схватокъ самое меньшее на  $\frac{1}{2}$  часа <sup>1)</sup>. Когда схватки снова возобновляются, второй младенецъ рождается быстро, если онъ не находится, какъ это часто бываетъ, въ поперечномъ положеніи. Впрочемъ, второй плодъ подвергается часто опасности потому, что, вслѣдствіе значительнаго уменьшенія матки, его послѣдъ частично отдѣляется. Поэтому, если послѣ рожденія перваго младенца, наступаетъ кровотеченіе, то необходимо тщательно слѣдить за сердцебіеніемъ второго. При значительномъ кровотеченіи или ослабленіи сердцебіенія необходимо немедленно приступить къ родоразрѣшенію. Часто при родахъ двойнями наступаетъ эклампсія, а послѣ родовъ—*atonia uteri*. Въ рѣдкихъ случаяхъ обѣ головки могутъ вколотиться въ тазъ одновременно; тогда, въ худшемъ случаѣ, приходится перфорировать одну изъ нихъ.

Распознаваніе родовъ двойнями ставится на основаніи прощупыванія столькихъ ча-

---

<sup>1)</sup> Этотъ перерывъ можетъ длиться даже многіе дни и недѣли. Въ одномъ случаѣ *Fordyce Barker'a*, гдѣ второй младенецъ родился черезъ 74 дня послѣ перваго, имѣло мѣсто *uterus bicornis unicollis*.



стей плода, что онѣ никоимъ образомъ не могутъ принадлежать одному, напр., трехъ крупныхъ частей (см. стр. 29). Послѣ рожденія перваго младенца можно ощупываніемъ матки убѣдиться въ присутствіи второго.

Если двойни происходятъ изъ одного яйца и послѣ рожденія перваго плода его пуповина пере-вязывается только одинъ разъ, то второй истекаетъ кровью черезъ послѣдъ и пуповину перваго.

Такимъ образомъ п р е д с к а з а н і е при родахъ двойнями, на основаніи приведеннаго, менѣе благоприятно, какъ для матери, такъ и для плодовъ, чѣмъ при простыхъ родахъ. Искусственная помощь требуется чаще и въ послѣднее время вновь рекомендуется самымъ энергичнымъ образомъ. Такъ *Strassmann* совѣтуетъ немедленно извлекать второй плодъ, если первый былъ извлеченъ подъ наркозомъ, и, по крайней мѣрѣ, разрывать пузырь черезъ  $\frac{1}{2}$  часа послѣ рожденія перваго близнеца. Послѣ рожденія обоихъ близнецовъ, роженицѣ цѣлесообразно дать *secale cornutum*. Акушерки обязаны при родахъ двойнями посылать за врачомъ.

# Физиологія послѣродового періода.

## Состояніе матери.

Послѣродовой періодъ складывается изъ двухъ процессовъ:

1. Обратнаго развитія половыхъ органовъ.
2. Отдѣленія молока.

ad 1. Процессъ обратнаго развитія половыхъ органовъ заканчивается въ теченіе 4—6 недѣль. Послѣ этого у не кормящихъ возобновляются менструаціи и становится возможнымъ новое зачатіе. Обратное развитіе сказывается, главнымъ образомъ, прогрессирующимъ уменьшеніемъ матки и измѣненіемъ характера послѣродовыхъ очищеній (лохій). Въ то время, какъ уплощенная матка толщиною въ 3—4 см. въ 1-ый день послѣродового періода стоитъ, при пустомъ пузырьѣ, на уровнѣ пупка, на 10-ый день она исчезаетъ позади симфиза; на 5-ый день она стоитъ приблизительно по серединѣ между пупкомъ и симфизомъ. Внутренній маточный зѣвъ обыкновенно пропускаетъ палецъ еще до 10-го дня, а дряблая шейка на 10 дней дольше; въ полости матки въ первые 10 дней прощупывается неровное, затромбозированное мѣсто прикрѣпленія послѣда. Въ это время

рѣзко выражена сильная anteflexio uteri. Матка уменьшается, во-первыхъ, вслѣдствіе сокращеній, «послѣродовыя схватки»—онѣ болѣзнены только у многорожавшихъ; во-вторыхъ, вслѣдствіе жирового перерожденія и всасыванія протоплазмы мышечныхъ волоконъ (Sänger).

Лохіи представляютъ собою продуктъ раненой слизистой оболочки матки. Въ теченіе первыхъ трехъ дней онѣ состоятъ преимущественно изъ чистой крови (*lochia cruenta s. rubra*), съ 4-го до 10-го — изъ кровяныхъ и гнойныхъ тѣлецъ resp. лимфоцитовъ, слизистыхъ тѣлецъ, децидуальныхъ клѣтокъ, плоскаго эпителия и микроорганизмовъ, попадающихъ изъ шейки и влагалища (*lochia sanguinolenta s. serosa*—напоминають сукровицу); съ 10-го дня кровь въ послѣродовыхъ очищеніяхъ исчезаетъ <sup>1)</sup> (*lochia alba*), а черезъ 4—6 недѣль послѣ родовъ отдѣленіе лохій совершенно прекращается.

Нормальныя лохіи хотя и имѣютъ запахъ, но не зловонны!

У первородящихъ и некармлиющихъ процессъ обратнаго развитія часто идетъ медленнѣе, такъ что матка прощупывается со стороны наружныхъ покрововъ болѣе продолжительное время, а послѣродовыя очищенія дольше сохраняютъ кровянистый цвѣтъ. Новая слизистая матки образуется изъ лежащихъ между мышцами остатковъ окончаній железокъ, въ которыхъ эпителий сохраняется, и изъ окружающей ихъ соединительной ткани, а также вслѣдствіе обратнаго развитія децидуальныхъ клѣтокъ въ клѣтки стромы.

ad 2. Отдѣленіе настоящаго молока

<sup>1)</sup> Послѣ перваго вставанія родильницы отдѣленіе крови часто на нѣкоторое время возобновляется. Происходитъ оно изъ надрывовъ маленькихъ ранъ. Къ этому можетъ присоединиться повышение температуры, вслѣдствіе инфекціи resp. всасыванія изъ этихъ свѣжихъ ранъ.

102

начинается на 3-й или 4-ый день, причемъ груди нагрубають, становятся болѣзненными и обильно выдѣляютъ готовое молоко. Морфологически оно отличается отъ молозива тѣмъ, что молозивныя тѣльца, т.-е. лейкоциты, наполненные жировыми капельками, распадаются на мельчайшія жировыя капельки, химически же—преобладаніемъ казеина надъ альбуминомъ. Не подлежитъ больше никакому сомнѣнію, что приливъ молока (нагрубаніе), слѣдовательно, физиологическій процессъ, можетъ вызвать лихорадочное повышеніе температуры, которое проходитъ черезъ 24 часа—это такъ назыв. молочная лихорадка. Однако всякое повышеніе температуры выше  $38.5^{\circ}$  слѣдуетъ разсматривать, какъ симптомъ заболѣванія, исходящаго изъ половыхъ органовъ.

Женское молоко содержитъ 88 % воды, 2 % бѣлка,  $3\frac{1}{2}$  % жира,  $6\frac{1}{2}$  % молочнаго сахара и 0,2 % солей.

Отдѣленіе молока наступаетъ совершенно независимо отъ прикладыванія ребенка, но поддерживается оно только сосаніемъ, которое каждый разъ ведетъ къ приливу молока (рефлекторный приливъ отъ сосанія—K e h r e r). Помимо этого, въ большинствѣ случаевъ, въ перерывахъ между кормленіями ребенка бываетъ произвольное истеченіе молока, причемъ такимъ путемъ теряется около 15 % его.

Другія заслуживающія вниманія явленія въ послѣродовомъ періодѣ:

1. Замедленіе пульса (50—70 ударовъ).

Оно объясняется, по O l s h a u s e n'у, увеличеннымъ содержаніемъ жира въ крови, вслѣдствіе всасыванія его изъ матки, по T r a u b e и R i e g e l'ю—внезапнымъ выпаденіемъ долгое время продолжавшагося раздраженія (со стороны беременной матки).

2. Знобъ и испарина вскорѣ послѣ родовъ (последней не слѣдуетъ вызывать искусственно), но температура, при этомъ, въ теченіе первыхъ 12 часовъ повышается, однако, только на нѣсколько десятыхъ градуса.

3. Задержаніе мочи и стула.

Задержаніе стула объясняется недостаточной работой брюшного пресса. Задержаніе мочи находится въ зависимости отъ припуханія шейки пузыря или перегиба мочеиспускательнаго канала. Иногда родильница сама задерживаетъ мочу, потому что моча раздражаетъ маленькія трещины во входѣ во влагалище и тѣмъ причиняетъ ей жгучія боли. Наконецъ, нѣкоторыя женщины первое время послѣ родовъ не могутъ мочиться въ лежачемъ положеніи. Если заставлять женщину пріучаться испускать мочу въ лежачемъ положеніи уже во время беременности resp., если, при попыткѣ къ мочеиспусканію, орошать, при наличности трещинъ, половую щель прокипяченой теплой водой, то задержаніе мочи наблюдается гораздо рѣже. Впрочемъ, родильницы часто и не испытываютъ въ теченіе 12—14 часовъ задержанія мочи, такъ какъ пузырь, въ противоположность беременности, легко расправляется и способенъ вмѣстить гораздо больше мочи, прежде чѣмъ наступитъ позывъ на мочеиспусканіе.

**П р и м ѣ ч а н і е.** Наблюдаемое иногда въ первые дни истеченіе мочи по каплямъ зависитъ отъ паралича сфинктера мочевого пузыря, вслѣдствіе сильнаго его сдавленія; если истеченіе мочи начинается съ 5-го дня, то это указываетъ на пузырно-влагалищный свищъ.

4. Пептонъ и сахаръ въ мочѣ (вслѣдствіе всасыванія изъ матки и грудныхъ железъ).

Я знаю случай, когда домашній врачъ, вслѣдствіе обнаруженія сахара въ мочѣ, при-

зналъ кормилицу страдающей сахарной болѣзною и негодной для кормленія.

5. Физиологическая атрофія матки во время кормленія, уменьшеніе матки до 5—6 см., наступающее послѣ продолжительнаго кормленія и снова постепенно исчезающее послѣ отнятія ребенка отъ груди.

## Состояніе новорожденнаго.

Головная опухоль исчезаетъ быстро, кефалогэматома, напротивъ, образуется только послѣ рожденія, вслѣдствіе кровоизліянія подъ надкостницу; поэтому она никогда не переходитъ линіи швовъ. Кефалогэматома не требуетъ никакого леченія, такъ какъ кровь всасывается сама собой. Въ теченіе первыхъ 24 часовъ ребенокъ долженъ выдѣлять мочу и меконій, въ противномъ случаѣ имѣется закрытіе мочеиспускательнаго канала или задняго прохода. Въ теченіе первыхъ дней меконій придаетъ испражненіямъ ребенка коричневатый цвѣтъ. Послѣ отхожденія всего меконія, стулъ становится желтымъ, кашицеобразнымъ и происходитъ 3—4 раза въ теченіе сутокъ. Такъ какъ ребенокъ въ первые дни голодаетъ, то онъ теряетъ около 200 грм., но къ 10-му дню долженъ снова достигнуть прежняго вѣса. У 80 % новорожденныхъ развивается на 2—3 день желтуха (*icterus neonatorum*). Сильная желтуха указываетъ на плохія условія питанія (*R u n g e*). Очень сильная желтуха является симптомомъ различныхъ заболѣваній, напр., сепсиса, сифилиса и т. д. Желтуха новорожденныхъ—гепатогеннаго происхожденія. Доказательствомъ этому служитъ присутствіе желчныхъ кислотъ въ перикардіальной жидкости желтушныхъ дѣтей. Пуповина отпадаетъ обыкновенно на 5-ый день, остающаяся ранка заживаетъ къ 12-му дню. Пупокъ можетъ явиться исход-

нымъ пунктомъ смертельнаго септического заболѣванія. Поэтому акушерки въ послѣродовомъ періодѣ должны сперва убирать ребенка, а затѣмъ уже мать. Физиологическое отдѣленіе молока у новорожденныхъ можетъ повести къ образованію мастита лишь вслѣдствіе внѣшнихъ инсультовъ.

## Діететика послѣродового періода.

### Уходъ за родильницей.

Родильница должна оставаться въ постели, сохраняя физическій и психическій покой, до тѣхъ поръ, пока матка прощупывается еще черезъ наружные покровы (9—14 дней). Раннее вставаніе и работа предрасполагають къ выпаденію матки *per* влагалища.

Въ теченіе первыхъ двухъ дней лежаніе на боку должно быть воспрещено во избѣжаніе попаданія воздуха въ матку. Съ 3-го дня здоровая родильница можетъ повертываться въ кровати и даже присаживаться. Многие акушеры рекомендуютъ съ этого времени даже вставаніе (K ü s t n e r, K r ö n i g, В u m m). Мѣстный уходъ ограничивается орошеніемъ наружныхъ половыхъ частей не менѣе двухъ разъ въ день, послѣ мочеиспусканія,  $\frac{1}{2}$ —1%-номъ растворомъ лизоформа или сулемы въ растворѣ 1:5000. Наружные половые органы закладываются комкомъ стерилизованной салициловой ваты или іодоформной марли; эта закладка часто мѣняется (соотвѣтственный матеріаль находится въ коробкахъ № 1—3; см. стр. 63). Подстилки (простыни) должны мѣняться не менѣе двухъ разъ въ день. Употребленіе такого стерилизованнаго и антисептическаго матеріала, который благодаря способу своего приготовленія и сохраненія, защищенъ при нѣкоторой заботливости отъ вся-

каго загрязненія, крайне важно въ послѣродовомъ періодѣ, чтобы избѣжать разложенія лохіального секрета и тѣмъ самымъ восходящаго воспаленія. Примѣненіе въ этой богатой микроорганизмами области простого асептического матеріала ошибочно и можетъ вести къ тяжелымъ послѣдствіямъ.

Многимъ родильницамъ крайне пріятно ношеніе не очень туго затянутого бинта или подвязываніе живота полотенцемъ, что способствуетъ также правильному обратному развитію брюшныхъ стѣнокъ. По крайней мѣрѣ, англичанки приписываютъ сохраненіе своей хорошей фигуры принятому у нихъ повсюду бинтованію живота широкими резиновыми бинтами.

Помимо этого, слѣдуетъ рекомендовать родильницамъ, начиная съ 10-го дня, медленное подниманіе и опусканіе верхней части туловища безъ помощи рукъ (v. Wild).

Если произвольное мочеиспусканіе невозможно, если его не удастся вызвать даже впрыскиваніемъ 2%-наго борнаго глицерина (Döderlein), то родильницу необходимо 2 раза въ день катетеризировать; катетеризація производится основательно дезинфицированными руками послѣ обмыванія наружныхъ половыхъ частей. Отверстіе мочеиспускательнаго канала, въ заключеніе, протирается комкомъ салициловой ваты, смоченной 3%-нымъ растворомъ карболовой кислоты или 1%-нымъ растворомъ лизоформа. Металлическій катетеръ кипятится передъ употребленіемъ. Тамъ, гдѣ врачъ не увѣренъ, что сидѣлка выполнитъ всѣ эти мѣры въ точности, онъ долженъ катетеризировать лично. Восходящее воспаленіе можетъ вызвать въ послѣродовомъ періодѣ смертельный циститъ! Если на 3-ій день не послѣдовало послабленія, то родильницѣ слѣдуетъ дать ложку кастороваго масла.



Дієта родильниці должна быть удобоваримой, но въ то же время питательной, въ особенности если родильница кормить. Погрѣшности въ дієтѣ не могутъ вызвать родильной горячки, какъ это раньше предполагали! Всякая здоровая женщина, не происходящая отъ чахоточныхъ родителей, должна терпѣливо стараться кормить своего ребенка собственной грудью! Въ первый разъ слѣдуетъ приложить ребенка къ груди черезъ 12—24 часа послѣ родовъ. Этимъ самымъ вызывается приливъ молока. Кромѣ того, благодаря большому содержанию солей, молозиво обладаетъ легко послабляющимъ дѣйствіемъ, ускоряющимъ выдѣленіе меконія. При кормленіи ребенка, родильницу кладутъ немного на бокъ; своей свободной рукой, и именно раздвинутыми указательнымъ и среднимъ пальцами, она отдавливаетъ сосокъ впереди, а грудь кзади, съ той цѣлью, чтобы ребенокъ могъ хорошо захватить сосокъ и въ то же время могъ свободно дышать (носомъ). Въ общемъ, кормленіе способствуетъ хорошему обратному развитію матки, ведетъ даже, какъ уже было упомянуто, къ «физиологической» атрофіи матки и отодвигаетъ время новаго зачатія. Возобновленіе менструацій, которыя, обыкновенно, отсутствуютъ во время кормленія, не является поводомъ къ прекращенію кормленія, если питаніе ребенка при этомъ не страдаетъ. Соматоза и лактогель способствуютъ отдѣленію молока.

Если родильница не кормить, то съ 4-го по 9-ый день появляется сильное и болѣзненное нагрубаніе грудей. Въ такомъ случаѣ слѣдуетъ забинтовать груди (приподнявъ ихъ), посадить родильницу на скудную пищу при минимальномъ количестве жидкостей и давать ей слабительныя. Отсасываніе молока должно быть оставлено. Растраніе грудей, по меньшей мѣрѣ, излишне.

Два раза въ день слѣдуетъ из-

мѣрять температуру и считать пульсъ у родильницы!

Ускореніе пульса говоритъ за тромбозъ (Leopold, Wuder). Въ этомъ случаѣ абсолютно необходимо продолжительное пребываніе въ постели, во избѣжаніе смертельной эмболии.

Если нѣтъ специальныхъ показаній, то не слѣдуетъ производить внутренняго изслѣдованія родильницы до выхода ея изъ-подъ наблюденія.

### Уходъ за новорожденнымъ.

Основой ухода за новорожденнымъ является цѣлесообразное питаніе и педантичнѣйшая чистота. Если естественное кормленіе—матерью или хорошей кормилицей—невозможно, то на первомъ году жизни новорожденному слѣдуетъ давать хорошее разведенное водой и подслащенное молочнымъ сахаромъ тепловатое коровье молоко<sup>1)</sup>. Молоко это рациональнѣе всего кипятить въ аппаратѣ Soxhlet'a въ теченіе 5 минутъ<sup>2)</sup>, дабы умертвить содержащіяся въ немъ бактеріи (палочку туберкулеза!). Начиная съ 4-го мѣсяца можно разрѣшить, какъ приправу подслащенные 3—4% отвары изъ овсянки, пшеничной и ячменной муки.

1) Въ теченіе первыхъ 8 дней 1 часть молока слѣдуетъ смѣшивать съ 3 частями воды, а потомъ съ 2 частями. Постепенно можно послѣ полугода перейти на цѣльное разбавляя молоко все меньшимъ и меньшимъ количествомъ воды. Появленіе въ испражненіяхъ бѣлыхъ хлопьевъ указываетъ на то, что молоко слишкомъ концентрировано. Къ 1000 грм. молочной смѣси прибавляется 2—3 чайныхъ ложки молочнаго сахара. Непер рекомендуетъ до 4-го мѣсяца смѣсь изъ 1-й части молока и 1-й части 6,9% раствора молочнаго сахара. Заслуживаетъ также вниманія молоко Васкхауса, въ которомъ трудно перевариваемый казеинъ коровьяго молока подвергнуть уже предварительному перевариванію.

2) Слишкомъ долгое кипяченіе вызываетъ болѣзнь Barlow'a.

Тотчас послѣ рожденія головки необходимо тщательно промыть глаза ребенка прокипяченной водой, чтобы предотвратить ихъ гонорройное воспаление <sup>1)</sup>. Остатокъ пуповины завертывается въ комочекъ стерилизованной салициловой ваты и укрѣпляется бинтомъ. Нѣкоторые акушеры воздерживаются отъ ежедневнаго купанія младенца (темп.  $35^{\circ}$  C) въ течение первой недѣли, въ виду опасности заражения пупочной раны (рожа, столбнякъ и т. д.).

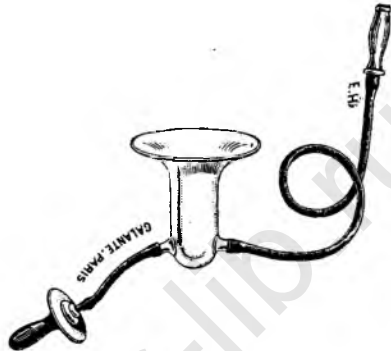


Рис. 11.

Передъ каждымъ кормленіемъ ребенка нужно перепеленать <sup>2)</sup>, а послѣ кормленія его ротикъ слѣдуетъ протереть влажной тряпочкой. Равнымъ образомъ и соски и ихъ окружность должны обмываться прокипяченной водой до и послѣ кормленія.

Если соски плоски или даже втянуты такъ, что ребенокъ не въ состояніи ихъ захватить, то на нихъ слѣдуетъ надѣвать резиновые или стеклянные колпачки. (Рис. 11 представляетъ предложен-

<sup>1)</sup> Акушерка обязана впустить каждому новорожденному въ оба глаза по капль 2% раствора *argenti nitrici* (C r e d é). Z w e i f e l рекомендуетъ 1% растворъ уксуснокислаго серебра, какъ нераздражающее средство и послѣдующее промываніе слабымъ растворомъ поваренной соли, v. H e r f f рекомендуетъ *sophol* (см. стр. 81).

<sup>2)</sup> При пользованіи специальной одеждой (для первенцевъ—*Erstlingsbekleidung*) A s s m u s s'a смѣну ея приходится производить лишь черезъ 12 часовъ.

ный А u v a r d'омъ практичный колпачекъ для сосковъ. Изъ одного наконечника сосеть мать, изъ другого ребенокъ). Изъ резиновыхъ колпачковъ—«Infantibus» Stern'a самый лучший, такъ какъ онъ присасывается пневматически.

Въ предупрежденіе мастита Базельская клиника, по предложенію В u m m'a, покрываетъ на продолжительное время соски тряпочкой, смоченной въ 4% растворѣ борной кислоты, гуттаперчевой бумагой и стерильнымъ платкомъ. Если имѣются трещины, то онѣ смазываются 5% карболовымъ глицериномъ; болѣе успѣшному леченію ихъ способствуетъ примѣненіе колпачковъ для сосковъ, а при кровоточивости трещинъ—временное отнятіе ребенка отъ груди.

Уже начиная со второй недѣли новорожденнаго слѣдуетъ приучать къ тому, чтобы ночью онъ въ продолженіе 6 часовъ оставался безъ пищи. Днемъ ему даютъ грудь каждые 3 часа, такъ что въ общемъ онъ получаетъ грудь всего 6 разъ въ сутки. Здоровый ребенокъ долженъ вѣсить къ концу 4-го мѣсяца вдвое, въ концѣ 12-го—втрое противъ вѣса при рожденіи. На 1-омъ мѣсяцѣ онъ долженъ ежедневно прибывать въ вѣсѣ на 25 грм., на 12-мъ—только на 6 грм. (G e r h a r d t). По правильному и равномерному прибыванію въ вѣсѣ судятъ, достаточно ли ребенокъ питается—такой контроль въ особенности необходимъ при пользованіи молокомъ кормилицы<sup>1)</sup>. Въ цѣляхъ того же контроля можно взвѣшивать дѣтей до и послѣ кормленія. Начиная со 2-ой недѣли прибыль въ вѣсѣ

---

<sup>1)</sup> Выборъ здоровой кормилицы является отвѣтственной задачей для врача. Туберкулезъ, гоноррея и сифилисъ дѣлаютъ кормилицу негодной для кормленія новорожденнаго, за исключеніемъ случаевъ, когда и самъ новорожденный—сифилитикъ. Отсутствие сифилиса опредѣляется реакціей W a s s e r m a n n'a.

послѣ каждаго кормленія должна равняться 80—100 грм.

Само собой понятно, новорожденный долженъ имѣть свою собственную, согрѣтую кроватку. Прикрываніе головки совершенно излишне, такъ же, какъ и затемненіе комнаты, чѣмъ въ былое время думали защитить дѣтей отъ воспаленія глазъ; помимо этого, слѣдуетъ заботиться о свѣжемъ воздухѣ въ комнатѣ.

Недоношеннымъ дѣтямъ, не способнымъ изъ-за слабости сосать, пища вливается ложечкой. Далѣе для успѣшнаго развитія такихъ дѣтей необходимо строгое ограниченіе теплоотдачи. Этой цѣли отвѣчаетъ согрѣвающая ванна *Stédé* и грѣлка *Tarnier*, цѣлесообразно измѣненная *Auvard*'омъ.

---

## Патологія беременности.

### Взаимоотношеніе между беременностью и нѣкоторыми болѣзнями.

Лихорадочныя заболѣванія беременныхъ вызываютъ, какъ это доказалъ R u n g e, смерть плода повышеніемъ температуры, и особенно легко тогда, когда температура повышается быстро. Острыя инфекціонныя болѣзни могутъ повести къ выкидышу также и тѣмъ, что онѣ вызываютъ эндометритъ или тѣмъ, что ихъ возбудители (напр., при тифѣ, воспаленіи легкаго и рожѣ) поражаютъ самый плодъ и обуславливаютъ его смерть. При нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ, какъ пороки сердца и воспаленія легкаго, роды оказываютъ крайне неблагоприятное вліяніе на кровообращеніе (матери) (F r i t s c h, G u s s e g o w). Поэтому при такихъ условіяхъ или совсѣмъ не слѣдуетъ вызывать искусственныхъ преждевременныхъ родовъ или уже проводить ихъ быстро путемъ расширенія шейки (самое лучшее посредствомъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія <sup>1)</sup> автора) и съ выключеніемъ потугъ. Другія заболѣванія,

<sup>1)</sup> Влагалищное кесарское сѣченіе было съ успѣхомъ произведено Z a r a t e при отека гортани и L l a m e s M a s s i n i при отека языка.

какъ напр., хроническій нефритъ или туберкулезъ, могутъ настолько ухудшиться подъ вліяніемъ беременности, что приходится вызывать преждевременные роды, если при нефритѣ они не наступаютъ самостоятельно вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія послѣда или смерти плода (Winter, Fehling). При туберкулезѣ вызываютъ преждевременные роды какъ въ интересахъ плода, такъ и въ интересахъ матери, при нефритѣ—только въ интересахъ матери. Далѣе, беременность предрасполагаетъ къ извѣстнымъ заболѣваніямъ. Сюда относится прогрессивная злокачественная анемія, которая впервые и была описана Gusselow'ымъ, именно, какъ «злѣйшая анемія беременныхъ». Исходъ ея смертельный. Все же при этомъ заболѣваніи слѣдуетъ испытать искусственное прерываніе беременности. То же требуется, въ извѣстныхъ случаяхъ и при *chorea gravidarum*.

Разстройства въ общемъ состояніи беременныхъ могутъ при усиленіи ихъ сдѣлаться патологическими. Такъ разстройства кровообращенія ведутъ къ отекамъ, расширенію венъ (терапия: бинтованіе ногъ); изъ разстройствъ пищеварительнаго аппарата мы назовемъ помимо слюнотеченія (терапия: атропинъ) неукротимую рвоту (*hyperemesis gravidarum*), по Ahlfeld'у и Kaltenbach'у, часто возникающую на истерической почвѣ<sup>1)</sup>. Путемъ тщатель-

<sup>1)</sup> На почвѣ аналогичныхъ психическихъ воздѣйствій возникла неукротимая рвота въ одномъ наблюдавшемся мною случаѣ, гдѣ, послѣ нормальной первой беременности, во второй къ сильному душевному разстройству присоединилась рвота и гдѣ послѣ того, какъ была исчерпана вся терапия, пришлось, въ виду сильнаго упадка силъ, сдѣлать искусственный выкидышъ, что все-таки не предотвратило летальнаго исхода.

наго изслѣдованія нужно прежде всего исключить какое-либо другое страданіе, напр., круглую язву желудка, нефритъ *resp.* устранить смѣщенія матки. Въ остальномъ терапія состоитъ въ урегулированіи діеты (охлажденная, жидкая пища маленькими порціями, ледяное молоко, въ случаѣ надобности питательныя клизмы), постельномъ содержаніи и назначеніи наркотиковъ (бромистый калий, хлораль, морфій, кокаинъ, ментоль) *resp.* *stomachica* (огех. тапп. 0,3 по 1 порошокъ 3 раза въ день). Перемена воздуха иногда будто бы устраняетъ рвоту. Во второй половинѣ беременности рвота большей частью прекращается сама собой, поэтому слѣдуетъ стараться откладывать искусственный выкидышъ возможно дальше и прибѣгать къ нему только въ тѣхъ случаяхъ, когда наступаютъ объективно замѣтныя разстройства (лихорадка, паденіе вѣса) и вышеназванныя средства облегченія не приносятъ.

Смертельная острая желтая атрофія печени, сравнительно часто поражающая беременныхъ, зависитъ отъ самоотравленія продуктами обмѣна веществъ (плода?). Она, однако, можетъ быть обусловлена септической инфекціей (*W u d e r*) и сочетается также съ эклампсіей (*S t u m p f*, *A h l f e l d*).

Что касается сифилиса, то сифилисъ отца гибельнѣе для плода, чѣмъ сифилисъ матери. При конституціональномъ сифилисѣ отца мать можетъ оставаться (на видъ) здоровой. Она не заражается отъ своего сифилитическаго ребенка, кормя его (законъ *S o l l e s ' a*)<sup>1)</sup>, но съ другой стороны мо-

<sup>1)</sup> Положительные результаты *W a s s e r m a n n* овской реакціи поколебали какъ законъ иммунитета *S o l l e s ' a*, такъ и законъ *R g o f e t ' a*: эта реакція показала какъ то, что матери сифилитическихъ дѣтей сами поражены сифилисомъ, такъ и то, что и дѣти родителей-сифилитиковъ больны сифилисомъ. Такихъ дѣтей поэтому должна кормить сама мать, а не здоровая кормилица.



жетъ имѣть здоровыхъ дѣтей отъ другого здороваго мужчины. Приобрѣтенный въ теченіе беременности сифилисъ, въ общемъ, плоду не передается. Свѣжій сифилисъ отца или матери ведетъ къ выкидышу, далѣе — къ преждевременнымъ родамъ мацерированными плодами; затѣмъ родятся живые дѣти, но съ проявленіями сифилиса. Если сифилисъ перешелъ въ третичный періодъ, то дѣти остаются здоровыми. Противосифилитическое леченіе показано во время беременности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ конституціональный сифилисъ существовалъ уже до беременности, и въ тѣхъ, гдѣ мать приобрѣла его во время беременности. Самымъ вѣрнымъ способомъ предупредить инфекцію плода во время послѣдующихъ беременностей является заранѣе проведенное антисифилитическое леченіе обоихъ супруговъ; этотъ способъ, во всякомъ случаѣ, вѣрнѣе, чѣмъ леченіе одного отца.

Беременнымъ, которыя уже нѣсколько разъ рожали мацерированныхъ плодовъ, но на видъ такъ же, какъ и ихъ мужья, совершенно здоровы. *Katzenbach* назначаетъ нѣсколько бутылокъ раствора *Ricord'a* (Rp. *Hydrargyri bijodati rubri* 0 15 *Kalii jodati* 10 0 *Aqua dest.* 200. По 2 столовыхъ ложки ежедневно). Заслуживаетъ кажется вниманія и новое средство *Mergal*. Примѣняя салварсанъ, *Vaisch* получалъ живыхъ и здоровыхъ дѣтей.

Хотя мацерированный плодъ, «*foetus sanguinolentus*» въ 80% случаевъ, по *Martin'у* и *C. Ruge*, и говоритъ за сифилисъ, тѣмъ не менѣе, въ цѣляхъ рациональнаго леченія, желательно въ каждомъ случаѣ то ино устанавливать сифилисъ путемъ изслѣдованія плода. Это возможно вслѣдствіе того, что у сифилитическаго плода имѣется *osteochondritis* (*Wegener*), который обуславливаетъ расширение, желтоватую окраску и зубчатую форму эпифизарныхъ линій, что особенно замѣтно

на нижнемъ концѣ бедра; далѣе, за сифились говорить увеличеніе селезенки и печени—фактъ, установленный C. R u g e. У не сифилитическаго *foetus sanguinolentus*, вѣсъ котораго менѣе 2000 грм., вѣсъ селезенки относится къ вѣсу тѣла, какъ 1:800, вѣсъ печени къ вѣсу тѣла, какъ 1:46, у сифилитическихъ же плодовъ соотвѣтственныя цифры—1:172 и 1:23. Несмотря на то, что всѣ мацерированныя плоды значительно теряютъ въ вѣсѣ, все же у сифилитическаго *foetus sanguinolentus* отношеніе вѣса печени къ вѣсу тѣла остается такимъ же, какъ и у здороваго, не мацерированнаго плода, именно 1:23.

Въ печени находятъ *spirochaeta pallida* въ особенно большомъ количествѣ.

При осложненіи беременности исходящими изъ половыхъ органовъ опухолями (міома, яичниковыя опухоли, ракъ влагалищной части) слѣдуетъ посоветоваться съ гинекологомъ, такъ какъ очень часто эти опухоли суживаютъ родовой каналъ и поэтому иногда приходится удалять ихъ оперативнымъ путемъ уже во время беременности. Въ частности при ракѣ матки показано немедленное радикальное влагалищное кесарское сѣченіе (см. ниже). Операциі, производимыя на половыхъ органахъ или вблизи нихъ, далѣе операциі, сопряженныя съ большей потерей крови или съ послѣдующей лихорадкой, легко ведутъ къ преждевременнымъ родамъ.

### *Nephritis gravidarum.*

Многосторонняя связь этого заболѣванія съ эклампсіей, съ тяжелыми болѣзненными состояніями матери, съ привычною смертію плода, съ искусственными преждевременными родами, наконецъ, самая частота его оправдываютъ болѣе под-

робное описаніе этого страданія. Именемъ nephritis gravidarum обозначаютъ различныя болѣзненные состоянія, именно:

1. Почку беременных L e y d e n'a (Schwangerschaftsniere).

2. Рецидивирующую почку беременныхъ.

3. Истинный нефритъ, возникшій во время беременности.

4. Хроническій нефритъ, продолжающійся и во время беременности.

Простая альбуминурия встрѣчается согласно, клиническимъ даннымъ, приблизительно у 5% беременныхъ, а по изслѣдованіямъ клиники A h l f e l d'a даже у 50%.

ad 1. Наиболѣе частымъ заболѣваніемъ является почка беременныхъ. Симптомы ея состоятъ въ томъ, что у совершенно здоровой до тѣхъ поръ беременной появляются hydrops и альбуминурия; это наблюдается большей частью во второй половинѣ и чаще всего даже въ послѣднія недѣли беременности. Водянка въ большинствѣ случаевъ проявляется въ видѣ отековъ подкожной клѣтчатки, которые могутъ достигать такой величины, что ноги опухаютъ, теряя всякую форму, и роженица не въ состояніи ни ходить, ни сидѣть. Изрѣдка наблюдается также и асцитъ. Количество мочи уменьшено; она содержитъ въ большомъ количествѣ бѣлокъ, часто также и форменные элементы, цилиндры, почечный эпителий, бѣлыя и красныя кровяныя тѣльца, послѣднія въ незначительномъ количествѣ. Во многихъ случаяхъ описанное состояніе такъ мало беспокоитъ беременныхъ, что онѣ даже и не обращаются за врачебной помощью. Въ этихъ случаяхъ, при благопріятныхъ обстоятельствахъ, заболѣваніе продолжается только до родовъ, которые наступаютъ своевременно. Послѣ родовъ количество мочи значительно увеличивается,

и въ теченіе нѣсколькихъ дней совершенно исчезаютъ какъ отеки, такъ и альбуминурія.

Все же случаи почки беременныхъ, протекающіе безъ раціональнаго леченія, всегда угрожаютъ опасностью эклампсіи (см. ниже). Ея слѣдуетъ опасаться, когда внезапно значительно уменьшается количество мочи и появляются головныя боли, тошнота, боли въ желудкѣ, рвота, потемнѣніе въ глазахъ и амаурозъ. Эклампсія часто начинается во время беременности и ведетъ къ преждевременнымъ родамъ или же беременность благополучно протекаетъ до срока и только во время родовъ появляются экламптическіе припадки. Иногда альбуминурія остается и послѣ родовъ. Въ основѣ почки беременныхъ лежитъ въ сущности не истинный нефритъ, а болѣзненный процессъ заключается, по *Leuden'y*, въ простой анэмїи почки, которая ведетъ къ жировой инфильтраціи почечнаго эпителія, въ особенности въ извитыхъ канальцахъ, и къ выше описаннымъ разстройствамъ мочеотдѣленія. Такимъ образомъ дѣло идетъ не о разрушеніи почечной ткани и не о жировомъ перерожденіи ея съ распадомъ клѣтокъ, а о простомъ, обусловленномъ беременностью, функціональномъ разстройствѣ, исчезающемъ по окончаніи беременности.

*Spiegelberg*, *Sohnheim* и *Osthoff* видятъ причину этой анэмїи въ спазмѣ почечныхъ артерій, который вызывается рефлекторно вслѣдствіе раздраженія чувствительныхъ нервовъ полового тракта. Въ числѣ раздражающихъ моментовъ слѣдуетъ упомянуть: схватки во время беременности, сильное растяженіе матки и опусканіе головки въ тазъ. Всѣ эти моменты сказываются лишь во второй половинѣ беременности и въ согласіи съ этимъ стоитъ тотъ фактъ, что почка беременныхъ является заболѣваніемъ послѣднихъ мѣсяцевъ беременности.

Совмѣстное дѣйствіе этихъ раздраженій или дѣйствіе одного изъ нихъ, но въ необычайно сильной степени, ведетъ къ такой анэмїи почки съ послѣдующимъ разстройствомъ питанія почечнаго эпителия, что результатомъ ея является значительное уменьшеніе мочеотдѣленія, интоксикація крови составными частями мочи и эклампсія.

Въ извѣстныхъ случаяхъ такое разстройство питанія почки можетъ быть обусловлено и застоємъ мочи (сдавленіе мочеточника головкой плода—Halbertsma); въ послѣднее время разстройство питанія почки съ полнымъ основаніемъ ставятъ въ зависимость отъ интоксикаціи организма ядовитыми продуктами обмѣна веществъ плода или матери (см. эклампсія).

Леченіе почки беременныхъ должно прежде всего состоять въ урегулированіи діеты. Наилучшей терапіей является абсолютная молочная діета, болгарское кислое молоко (Yoghurt), причемъ, въ случаѣ надобности, можно разрѣшить еще яйца, бѣлое мясо, мучныя блюда, зелень и, какъ питье, углекислыя воды. Чрезвычайно важнымъ является, далѣе, для уменьшенія альбуминуриі покой, лучше всего полное постельное содержаніе. Если количество мочи крайне незначительно, то назначаютъ горячія ванны до  $45^{\circ}$  С съ послѣдующими тепло-влажными обертываніями. Такъ же слѣдуетъ лѣчить циститъ и піелитъ беременныхъ, вримѣняя кромѣ того дезинфицирующія мочу вещества, напр., bo-rovertin или cystopurin (1—4 g. pro die).

Если подобное леченіе проводится уже во время беременности, то эклампсія наступаетъ только въ рѣдкихъ случаяхъ.

Что касается предсказанія при почкѣ беременныхъ, то оно зависитъ отъ того, возможно ли своевременное леченіе. Своевременно предпринятымъ леченіемъ мы предупреждаемъ, какъ эклампсію, такъ и переходъ почки беременныхъ въ хрони-

ческой нефритъ. Почка беременныхъ, по Leuden'у, отнюдь не рѣдко переходитъ, въ хроническій нефритъ. Я также наблюдалъ случаи, гдѣ, послѣ почки беременныхъ, осложненной эклампсией, альбуминурія тянулась годами. Изъ 158 больныхъ почкой беременныхъ, выздоровѣвшихъ послѣ эклампсиа, у 26 (16,5%) въ мочѣ былъ еще бѣлокъ при выпискѣ изъ акушерской клиники Charité.

ad 2. Рецидивирующая почка беременныхъ. Картину этого заболѣванія Fehling описываетъ слѣдующимъ образомъ: При этой формѣ дѣло идетъ о женщинахъ, совершенно здоровыхъ внѣ беременности, у которыхъ, однако, большей частью уже въ началѣ беременности въ мочѣ появляется большое количество бѣлка и небольшое количество цилиндровъ; при этомъ наблюдаются иногда отеки и повышенная сердечная дѣятельность. Въ большинствѣ случаевъ дѣло кончается смертью плода, обусловленной патологическими измѣненіями въ послѣдѣ, именно образованіемъ такъ назыв. бѣлыхъ инфарктовъ,—затѣмъ слѣдуетъ уменьшеніе околоплодныхъ водъ, ростъ матки останавливается и, рука объ руку съ этимъ, уменьшается или даже совершенно исчезаетъ альбуминурія. Дальнѣйшимъ слѣдствіемъ всего этого является привычный выкидышъ. Эклампсія наступаетъ рѣдко. Измѣненія сердца отсутствуютъ.

Леченіе этихъ случаевъ сходно съ леченіемъ простой почки беременныхъ.

ad 3 и 4. Обѣ эти формы нефрита отличаются другъ отъ друга тѣмъ, что при одной нефритъ существовалъ уже до беременности, тогда какъ при другой онъ возникаетъ только во время беременности или, по меньшей мѣрѣ, только во время беременности вызываетъ опредѣленные болѣзненные явленія. При обѣихъ формахъ мы находимъ въ мочѣ, за исключеніемъ случаевъ сморщенной почки, значительное количество бѣлка и формен-

ныхъ элементовъ; при этомъ наблюдаются и отеки. Общее состояніе значительно хуже, чѣмъ при простой почкѣ беременныхъ; большыя худѣютъ и при длительномъ теченіи болѣзни развивается гипертрофія сердца. Какъ осложненія появляются *retinitis* и кровоизліянія въ мозгъ, эклампсія же, напротивъ, наблюдается рѣдко, поскольку, впрочемъ, подъ ней понимаютъ судороги. Уремія безъ судорогъ наблюдается часто. Нефритъ, существовавшій уже до беременности, значительно ухудшается во время беременности. Также ухудшается и предсказаніе для плода. Такъ, по *Fehling*'у, у 5 женщинъ, страдавшихъ хроническимъ нефритомъ, изъ 16 дѣтей 11 родились мертвыми.

Причина повторнаго умиранія плодовъ при нефритѣ лежитъ въ упомянутыхъ уже выше измѣненіяхъ послѣда, — бѣлыхъ инфарктахъ. Эти инфаркты образуются частью вслѣдствіе некрозовъ, или гіалиноваго перерожденія отпадающей оболочки (*Steffeck, Jacobssohn*), частью вслѣдствіе кровоизліяній, которыя, въ свою очередь, вызываются либо эндоартеритомъ сосудовъ отпадающей (*Rohr, Rossier*), либо гіалиновымъ перерожденіемъ сосудистаго эндотелія (*Jacobssohn*). Послѣдъ при этомъ становится меньше, плотнѣе и бѣднѣе кровью. Плодъ умираетъ вслѣдствіе ограниченія плацентарнаго кровообращенія, или же яйцо вслѣдствіе некроза *deciduae* становится инороднымъ тѣломъ и поэтому изгоняется преждевременно. *v. Franq* и мнѣ удалось при помощи влагалищнаго кесарскаго сѣченія спасти плодъ въ случаѣ, гдѣ предшествовавшія беременности кончались привычною смертію плода.

Упомянутыя выше кровоизліянія могутъ повести также къ преждевременному отдѣленію нормально прикрѣпленнаго послѣда и такимъ обра-

зомъ вслѣдствіе кровотеченія является новая опасность, угрожающая жизни матери и плода.

Лечение истиннаго нефрита при беременности заключается въ началѣ въ томъ же, въ чемъ и лечение простой почки беременныхъ. Если же, несмотря на постельное содержаніе, молочную діету и горячія ванны, количество бѣлка не уменьшается или же наступаютъ угрожающія явленія, какъ уремическія головныя боли, сильное носовое кровотеченіе, ретинитъ, разстройство кровообращенія, то показанъ искусственный выкидышъ или искусственные преждевременные роды. Хлороформнаго наркоза въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ избѣгать вслѣдствіе его вреднаго дѣйствія на почки (см. эклампсія). При болѣзняхъ почекъ (такъ же какъ и при туберкулезѣ и порокахъ сердца) слѣдуетъ избѣгать новаго зачатія. Въ этихъ случаяхъ этого можно достигнуть разсѣченіемъ трубъ со стороны влагалища путемъ colposcelytomy anterior (искусственная стерилизация). Операция эта впервые произведена мною въ 1895 г., а Кенгеромъ только въ 1897 г.

## Измѣненія положенія и формы беременной матки.

### 1. Патологическая anteversio (наклоненіе впередъ). Отвислый животъ.

Отвислый животъ, обыкновенно, наблюдается у многорожавшихъ съ вялыми брюшными стѣнками, а у первородящихъ только при узкомъ тазѣ. Если это явленіе достигаетъ высшей степени, то матка перепокидывается, «становится, какъ бы на голову» (kann auf dem Kopf stehen), причемъ дно ея касается колѣнъ, влагалищная же часть находится выше симфиза. Само собой понятно,



что такое смѣщеніе матки вызываетъ во время беременности цѣлый рядъ тягостныхъ явленій гесп. выпячиваніе задней стѣнки матки (см. стр. 124), во время же родовъ неправильныя положенія плода. Лечение состоитъ въ ношеніи бандажа, фиксирующаго матку кверху.

## 2. Lateroersiones dextro-et sinistroversio.

Боковые отклоненія матки зависятъ отъ положенія беременной женщины; чаще всего встрѣчаются отклоненія матки вправо, вслѣдствіе того, что большинство людей лежитъ на правой сторонѣ. Боковые отклоненія матки могутъ повести къ смѣщенію подлежащей части въ противоположную сторону.

## 3. Retroflexio et retroversio uteri gravidi cum incarcerationione.

Загибъ или запрокидываніе беременной матки кзади образуется вслѣдствіе того, что беременность наступила въ маткѣ, которая уже раньше лежала неправильно; это происходитъ рѣже вслѣдствіе смѣщенія уже беременной матки. Въ томъ и другомъ случаѣ въ концѣ 3-го мѣсяца матка можетъ выйти изъ малаго таза либо вслѣдствіе собственнаго роста, либо силою собственныхъ схватокъ (С h r o b a k). Если этого не происходитъ, то дѣло кончается или выкидышемъ или ущемленіемъ. Ущемленіе беременной матки происходитъ въ тѣхъ случаяхъ, когда она не можетъ выйти изъ малаго таза вслѣдствіе периметритическихъ сращеній или сильнаго перегиба или узости таза. Ущемленіе вызываетъ симптомы, обусловленные давленіемъ, именно задержаніе мочи и запоръ. При первомъ моча часто выдѣляется по каплямъ (ischuria paradoxa). Въ тѣхъ случаяхъ, когда больная

жалуется на этотъ симптомъ, слѣдовало бы непременно катетеризировать, и притомъ мужскимъ катетеромъ. (Равнымъ образомъ слѣдуетъ катетеризировать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ нижней части живота находится опухоль; такая опухоль часто оказывается наполненнымъ мочевымъ пузыремъ). Послѣ опорожненія пузыря тѣло матки при *retroflexio uteri gravidi cum incarcerationatione* прощупывается не въ переднемъ сводѣ, а въ заднемъ, влагалищная же часть сильно отклонена впередъ. Вправление удастся легче всего въ колѣнно-локтевомъ положеніи 2—4 пальцами resp. комбинированными приемами—со стороны влагалища и брюшныхъ покрововъ; въ трудныхъ случаяхъ слѣдуетъ стянуть влагалищную часть пулевыми щипцами внизъ, а дно матки отодвигать черезъ задній сводъ кверху и впередъ, и, въ то время, какъ помощникъ оттягиваетъ пулевые щипцы къзади, охватить снаружи освободившейся рукой дно матки и тянуть его впередъ. Въ единичныхъ случаяхъ вправление матки можетъ потребовать наркоза; въ послѣднее время для вправленія матки производили чревосѣченіе, причемъ я воспользовался этимъ для того, чтобы тутъ же произвести укороченіе круглыхъ связокъ. Удержаніе матки въ правильномъ положеніи производится вплоть до 4-го мѣсяца при помощи кольца. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ темноватая моча, болѣзненное вздутіе живота, лихорадка и рвота указываютъ на гангрену мочевого пузыря и перитонитъ, противопоказаны какъ вправление матки, такъ и безусловно чревосѣченіе, такъ какъ, при этихъ условіяхъ, попытки вправленія часто вели къ разрыву мочевого пузыря. Въ этихъ случаяхъ показанъ проколъ плоднаго пузыря, при надобности черезъ заднюю стѣнку влагалища и матки.

Если процессъ будетъ предоставленъ самому себѣ, то наступаетъ смерть отъ гангрены мочевого пу-

зыря съ послѣдующимъ сепсисомъ *resp.* септичскимъ перитонитомъ; смерть можетъ также наступить отъ урэмїи и въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ отъ заворота кишекъ. Если, послѣ уменьшенія объема матки все же проявляются симптомы гангрены мочевого пузыря, то показана влагалищная цистотомія (*Pinard* и *Varnier*), съ цѣлью удалить омертвѣвшую стѣнку пузыря. Иногда эта стѣнка изгонялась самопроизвольно и въ этихъ случаяхъ больные выздоравливали.

Въ иныхъ случаяхъ подымается изъ малаго таза только часть матки (*retroflexio uteri gravidi partialis vera*); тогда явленія ущемленія обнаруживаются только со второй половины беременности. Эти измѣненія формы матки могутъ развиваться также и при антефлектированной маткѣ (*retroflexio uteri gravidi partialis spuria*), причемъ задняя стѣнка или задерживается въ своемъ ростѣ вверхъ или выпячивается въ полость малаго таза. Первое можетъ зависѣть въ ранніе мѣсяцы отъ периметрическихъ сращеній, опухолей (авторъ), послѣднее, по мнѣнію *Scanzoni*, развивается въ послѣдніе мѣсяцы—отъ давленія головки плода. Если подобные случаи попадаютъ подъ наблюденіе только во время родовъ, то положеніе маточнаго зѣва высоко надъ симфизомъ можетъ сильно затруднить распознаваніе. Лечение сводится къ вправленію дивертикула или же прибѣгаютъ къ повороту; при низкомъ стояніи головки—бережно отталкиваютъ ее кверху и механически расширяютъ маточный зѣвъ, причемъ одновременно оттягиваютъ его кзади.

*Retroversio uteri gravidi* 2-ой степени ведетъ къ ущемленію матки уже со середины 3-го мѣсяца, *retroversio uteri gravidi* 3-ей степени—со середины беременности. Въ послѣднемъ случаѣ ущемленіе происходитъ такъ поздно потому, что тутъ матка совершенно перепрокинулась (стоитъ

на головѣ) и по этой причинѣ дно матки растягивается по направленію къ тазовому дну, а нижній отдѣлъ — въ сторону брюшной полости (авторъ).

Въ этихъ случаяхъ вправленіе иногда совершенно невозможно и поэтому приходится прибѣгать къ проколу черезъ заднюю стѣнку влагалища и матки, а при жизнеспособномъ плодѣ можно прибѣгнуть къ влагалищному кесарскому сѣченію. Если маточный зѣвъ въ этихъ случаяхъ достижимъ, то слѣдуетъ разсѣчь задній влагалищный сводъ и заднюю губу, не вскрывая, по возможности, брюшной полости (Colpohysterotomia posterior). Если же маточный зѣвъ недостижимъ, то слѣдуетъ провести сагитальный разрѣзъ черезъ заднюю влагалищную стѣнку, вскрыть брюшину Дугласова пространства, разсѣчь заднюю стѣнку тѣла матки и извлечь плодъ и послѣдъ, не прибѣгая, по возможности, къ давленію снаружи. Послѣ этого накладываютъ швы на разрѣзы. Что касается вправленія матки, то и теперь отъ него надо отказаться, въ виду опасности поранить пузырь или разорвать спайки и сращенія (отграничивающія гнойныя скопленія).

Часто припимаютъ внѣматочную беременность, когда плодный мѣшокъ лежитъ позади матки, за ущемленную беременную матку. Въ подобныхъ случаяхъ при попыткѣ вправленія наступаетъ смертельный разрывъ.

#### 4. Prolapsus uteri gravidi.

Выпаденіе беременной матки образуется, когда беременность наступаетъ въ выпавшей маткѣ; рѣже наблюдаются случаи, когда выпадаетъ уже беременная матка. При этомъ происходитъ то же, что обычно происходитъ при выпаденіи не беременной матки, т.-е. имѣетъ мѣсто, собственно говоря, не выпаденіе самой матки, а только выпаденіе стѣ-

нокъ влагалища, сопровождаемое удлинениемъ шейки и ретроверсией матки. Вслѣдствіе ретроверсии при выпаденіи такъ же, какъ и при ретрофлексіи можетъ образоваться ущемленіе.

Въ такихъ случаяхъ, чтобы предупредить выкидышъ, слѣдуетъ въ первые мѣсяцы беременности устранять выпаденіе влагалища при помощи кольца; позднѣе это выпаденіе исчезаетъ само собою, вслѣдствіе того, что матка растетъ и одновременно поднимается кверху.

Гипертрофированная, ригидная шейка часто вызываетъ серіозныя нарушенія правильнаго теченія родовъ (см. ниже).

### 5. Выпячиваніе беременной матки.

Выпячиванія задней стѣнки были уже упомянуты. Кромѣ вышеуказанной причины, она происходитъ еще при *uterus bicornis* и послѣ *ventroili* или *vaginofixati*'и если эти операціи повели къ образованію брюшинно-соединительно-тканыхъ сращеній. Упомянутыя операціи, произведенныя неправильно, могутъ повести также къ выпячиваніямъ передней и боковыхъ стѣнокъ матки. Помимо того, выпячиванія передней стѣнки могутъ быть вызваны давленіемъ подлежащей части плода, а боковыя выпячиванія—пара- и периметритическими сращеніями.

Выпячиванія передней и боковыхъ стѣнокъ являются источникомъ разстройствъ лишь во время родовъ; обуславливаются эти разстройства, главнымъ образомъ, неправильнымъ положеніемъ маточнаго зѣва, и леченіе ихъ ведется такъ же, какъ и при *retroflexio partialis vera* и *spuria*. Но только маточный зѣвъ, который стоитъ высоко сзади или сбоку, слѣдуетъ, конечно, оттягивать кпереди или въ противоположную сторону.

Недостаточное развитіе фиксированной перед-

ней стѣнки матки и перерастяженіе задней, что наблюдалось послѣ *ventro-* и *vaginofixati*'и, находится въ прямой зависимости отъ сращенія матки съ соединительной тканью брюшной *resp.* влагалищной стѣнки. Если фиксаціоннымъ швомъ захватывается брюшина, а самое отверстіе брюшины при этомъ тщательно зашивается, то матка при беременности растетъ нормальнымъ образомъ и роды протекаютъ нормально; этотъ фактъ я могъ доказать, наблюдая свыше ста родовъ, гдѣ *vaginofixura* была произведена именно такимъ образомъ. Поэтому нѣтъ никакого основанія отказываться отъ примѣненія этого надежнѣйшаго и безопаснаго метода леченія *retroflexi*'и у способныхъ къ зачатію женщинъ, только изъ-за того, что при неправильно оперированныхъ случаяхъ приходилось прибѣгать къ брюшному или влагалищному кесарскому сѣченію. вмѣсто одной изъ этихъ операций въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно подь контролемъ руки просто разтѣчь пуговчатымъ ножомъ переднюю стѣнку шейки (*В и т т*).

## Другія заболѣванія матки и окружающихъ ее органовъ и тканей.

Если беременность наступаетъ при *эндометритѣ*, который является очень распространеннымъ заболѣваніемъ, то очень часто наступаетъ выкидышъ или имѣетъ мѣсто неправильное прикрѣпленіе яйца, напр., *placenta praevia*, *resp.* чрезмѣрно сильное срастаніе яйца съ маткой. Если маточная слизистая больна, то она продолжаетъ отдѣлять слизистый секретъ и это отдѣленіе препятствуетъ сращенію *decidua vera* съ *decidua reflexa*. При этомъ выдѣленіе можетъ быть такъ обильно, что говорятъ о «*hydroorrhoea uteri gravidi decidualis*». Въ одномъ случаѣ преждевременныхъ

родовъ я нашелъ, что анатомическимъ субстратомъ этого заболѣванія явились сильное утолщеніе и воспалительное измѣненіе обѣихъ deciduae; лимфатическіе сосуды были тутъ расширены и они-то, повидимому, выдѣляли жидкость молочнаго цвѣта. Въ этомъ случаѣ мужъ беременной страдалъ сифилисомъ. Крайне характернымъ при hydroorrhoea является то, что жидкость выдѣляется временами и въ довольно значительномъ количествѣ, что можетъ симмулировать разрывъ плоднаго пузыря. Въ упомянутомъ случаѣ, задержавшаяся жидкость совершенно сдавила плодный мѣшокъ и головку плода. Иногда могутъ вытекать и истинныя околоплодныя воды (hydroorrhoea amnialis); такое истеченіе можетъ длиться недѣлями безъ наступленія родовой дѣятельности (P. Var).

Въ endometritis decidua I. Veit видитъ причину неукротимой рвоты, а Löhlein, вполне основательно,—причину ревматизма беременной матки старыхъ авторовъ.

Излеченіе эндометрита, понятно, возможно только по окончаніи беременности.

Периметритическіе, resp. перитонитическіе тяжи могутъ разорваться во время беременности и вызвать смертельное кровотеченіе, что H o l o w k o и наблюдалъ въ одномъ случаѣ. Внутреннее кровотеченіе наступаетъ также и при разрывахъ матки, которые во время беременности возникаютъ, по большей части, вслѣдствіе наружныхъ травмъ, но могутъ возникнуть и самопроизвольно на мѣстахъ рубцовъ (послѣ кесарскаго сѣченія, вылуценія міомъ, прободеній острой ложечкой).

Далѣе, во время беременности могутъ вскрыться старые гнойные очаги (pyosalpinx saccata) и вызвать смертельный перитонитъ.

Въ обоихъ случаяхъ точное распознаваніе крайне трудно. Все же, если всѣ симптомы указываютъ на тяжелыя разстройства въ брюшной полости,

то при благоприятныхъ условіяхъ показано чревосъченіе.

Въ одномъ случаѣ Kaltenbach'у удалось при помощи чревосъченія спасти беременную, у которой на 9-мъ мѣсяцѣ вскрылся pyosalpinx; черезъ нѣсколько дней послѣ операціи произошли преждевременные роды.

И при аппендицитѣ большинство авторовъ совѣтуетъ слѣпить съ лапаратоміей, которой иногда должно предшествовать опорожненіе матки посредствомъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія.

### Воспаленія влагалища.

Наступающая во время беременности гиперемія слизистой влагалища постоянно вызываетъ усиленное отдѣленіе бѣлей. Подъ вліяніемъ находящихся во влагалищѣ микроорганизмовъ, геср. грибковъ (s o o r съ видимыми колоніями), гиперемія можетъ усилиться до воспаленія, причеиъ слизистая представляется изслѣдующему пальцу сплошь усѣянной маленькими узелками. Такое воспаленіе влагалища (colpitis granulosa) зависитъ отъ гипертрофіи сосочковъ и часто встрѣчается при гоноррѣйномъ воспаленіи влагалища, при которомъ отдѣленія носятъ чисто-гноинный характеръ. При этомъ наружные половые органы бываютъ обыкновенно воспалены или даже усѣяны остроконечными кондиломами (condylomata acuminata), разрастаніе которыхъ часто достигаетъ колоссальныхъ размѣровъ, такъ что внутреннее изслѣдованіе становится крайне болѣзненнымъ. При простой гиперсекреціи слѣдуетъ примѣнять тепловатыя влагалищныя спринцеванія  $\frac{1}{2}$ —1% растворомъ лизоформа подъ небольшимъ давленіемъ; при воспаленіяхъ, особенно гоноррѣйныхъ,—помимо этого, необходимо примѣнять вяжущія средства.



напр., ежедневныя спринцеванія однимъ литромъ 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> раствора хлористаго цинка или введеніе во влагалище 3 раза въ недѣлю тампоновъ, пропитанныхъ 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворомъ *ichtargan*'а.

Гоноррейный кольпитъ слѣдуетъ, по возможности, излечивать уже во время беременности, чтобы защитить отъ инфекціи глаза ребенка при прохожденіи чрезъ влагалище и предупредить восходящее воспаленіе матки и трубъ въ послѣродовомъ періодѣ.

Въ единичныхъ случаяхъ, при кольпитѣ беременныхъ, находятъ множественныя, наполненныя газомъ (по *Zweifel*'ю, триметиламиномъ) маленькія кисты (*colpohyperplasia cystica* по *Winkel*'ю). По *Zweifel*'ю, кисты происходятъ изъ отшнуровавшихся влагалищныхъ железокъ; по *Eisenlohr*'у, кисты образуются въ подъэпителиальной соединительной ткани бактеріями, вырабатывающими газы.

По *Döderlein*'у, у беременныхъ различаются два вида влагалищнаго секрета. Нормальный секретъ имѣетъ сильно кислую реакцію и содержитъ плоскій эпителий и бактеріи; ненормальный секретъ реагируетъ щелочно и содержитъ гнойныя клѣтки и кокки. При такомъ секретѣ дезинфицирующія спринцеванія необходимо дѣлать, по возможности, уже во время беременности и ужь безусловно необходимо—во время родовъ.

## Заболѣванія яйца.

### 1. Заболѣванія хоріона.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается слизистое перерожденіе соединительно-тканной основы ворсинокъ хоріона—*мухома хоріи Virchow*'а—пузырный заносъ (*mola hydatidosa*). Это перерожденіе,

согласно прежнимъ взглядамъ, возникаетъ на почвѣ плохого питанія яйца вслѣдствіе эндометрита. Весь заносъ (яйцо) состоитъ сплошь изъ наполненныхъ слизью пузырьковъ, величиной до лѣсного орѣха. Каждый пузырекъ представляетъ собой перерожденную ворсинку. Ни полости яйца, ни самого плода при этомъ, обыкновенно, открыть не удастся.

Согласно основнымъ изслѣдованіямъ *Marschan d'a*, *mola hydatidosa* не является, однако, миксомой, а происходитъ вслѣдствіе разрастанія эпителия ворсинокъ, и, именно, наружнаго слоя, синцитія, и внутренняго клѣточного слоя *Lainghans'a*; основа ворсинокъ при этомъ, вслѣдствіе недостаточнаго питанія, отечно разбухаетъ и гибнетъ. Къ пузырьному заносу часто присоединяется злокачественная *chorionepithelioma*, ракоподобная опухоль, обуславливающая быстрый смертельный исходъ, вслѣдствіе кровотеченій, гнилостнаго распада и метастазовъ въ легкихъ, если своевременно не будетъ экстирпирована матка. Такимъ путемъ, опухоль изъ элементовъ плода, какъ паразитъ, разрушаетъ организмъ матери. Поэтому практической врачъ обязанъ тщательно слѣдить за случаями пузырьнаго заноса, чтобы, при первыхъ симптомахъ *chorionepitheliom*'ы, либо передать больную гинекологу для экстирпаціи матки, либо обследованіемъ и выскабливаніемъ полости матки установить наличность опухолей, которыя должны быть подвергнуты микроскопическому изслѣдованію.

При пузырьномъ заносѣ яйцо, вслѣдствіе разрастаній, такъ колоссально увеличено, что иногда уже на 3-мъ мѣсяцѣ беременности матка можетъ достигнуть пупка, причемъ части плода совершенно не прощупываются. Помимо этого, правильность діагноза облегчаетъ то, что при пузырьномъ заносѣ водянистыя истеченія чередуются съ очень сильными кровотеченіями. Діагнозъ становится без-

условно вѣрнымъ при отхожденіи или прощупываніи пузырьковъ въ открытой шейкѣ.

Пузырный заносъ всегда ведетъ къ прерыванію беременности, причемъ изгнаніе заноса всегда сопровождается сильнымъ кровотеченіемъ; кровотеченіе обусловлено тѣмъ, что отверстія сосудовъ послѣда, изъ которыхъ вышли увеличенныя ворсинки, сильно зіяютъ; далѣе, тѣмъ, что способность матки сокращаться въ первые мѣсяцы беременности крайне слаба, да и вообще хорошія сокращенія наступаютъ только послѣ полного изгнанія заноса, а между тѣмъ части его нерѣдко задерживаются. Иногда ворсинки глубоко врастаютъ въ материнскіе сосуды (*mola hydatidosa destruens*—разѣдающій пузырный заносъ; см. ниже) и могутъ даже давать метастазы.

Леченіе обычно состоитъ въ остановкѣ кровотечения посредствомъ влагалищной или маточно-влагалищной тампонаціи. Въ случаѣ необходимости слѣдуетъ удалить заносъ пальцемъ, иногда послѣ предварительнаго влагалищнаго кесарскаго сѣченія (въ видѣ *colpohysterotomia anterior*). Выскабливаніе кюреткой безусловно противопоказуется въ виду опасности прободенія истонченной стѣнки матки. При пузырномъ заносѣ поразительно часто наблюдали заболѣванія яичниковъ и это ставили даже въ связь съ *mola hydatidosa*. Въ виду этихъ осложненій, а также частоты послѣдующаго заболѣванія *chorionepitheliom*'ой, такихъ пациентовъ слѣдуетъ держать подъ наблюденіемъ.

## 2. Заболѣванія послѣда.

Бѣлые инфаркты, встрѣчающіеся при эндометритѣ и нефритѣ, а также и сифилитическое увеличеніе послѣда были уже рассмотрѣны въ другомъ мѣстѣ такъ наз., краевые инфаркты, кольцомъ окружающіе край послѣда при *placenta*

circumvallata—тѣ же бѣлые инфаркты). Сифилитическое увеличеніе послѣда наблюдается, по E. Fraenkel'ю, при сифилисѣ отца и зависеть отъ деформирующаго разрастанія клѣтокъ ворсинокъ chorii съ послѣдующей облитераціей и атрофіей сосудовъ. При материнскомъ сифилисѣ описанъ endometritis placentaris gummosa, который другіе авторы считаютъ идентичнымъ съ бѣлыми инфарктами <sup>1)</sup>).

### 3. Аномаліи сосудистой системы плода.

Онѣ имѣютъ мѣсто частью въ самомъ плодѣ, частью въ его пуповинѣ. Въ первомъ случаѣ мы имѣемъ пороки сердца, стенозъ Боталлова протока, сдавленіе сосудовъ при заболѣваніяхъ легкихъ и печени. Онѣ ведутъ такъ же, какъ и аналогичныя разстройства кровообращенія матери, къ многоводію.

Къ числу аномалій пуповины, которыя могутъ повлечь за собою также многоводіе, либо смерть плода, относятся многочисленныя перекручиванія ея — *insertio velamentosa* (плевистое или бахромчатое прикрѣпленіе пуповины), истинные узлы, обвитія пуповины, стенозы самихъ сосудовъ пуповины, вслѣдствіе утолщенія и обызвествленія интимы при сифилитическихъ плодахъ (*Oedmanson*).

### Внѣматочная беременность.

Внѣматочная беременность можетъ быть трубной (*graviditas tubaria*), яичниковой (*g. ovarialis*) и

<sup>1)</sup> Въ настоящее время большинство сифилидологовъ вслѣдъ за *Matzenaer*'омъ признаютъ, что сифилисъ плода *resp.* яйца безусловно указываетъ на то, что сифилисомъ больна и мать. Поэтому прежнее ученіе о материнскомъ и отцовскомъ сифилисѣ должно быть оставлено.

брюшной (g. abdominalis). Чаще всего встрѣчается трубная беременность; что же касается брюшной и яичниковой, то до сихъ поръ не описано ни одного достовѣрнаго случая первичной брюшной беременности и лишь немного случаевъ яичниковой. Трубная беременность возникаетъ вслѣдствіе суженія или закрытія просвѣта трубы, что вызывается катарральнымъ набуханіемъ слизистой оболочки трубы или полипами ея (W u d e r и авторъ) и периметритомъ. Съ распространіемъ гонорреи значительно увеличилась также и частота трубной беременности; аппендицитъ также можетъ повести къ трубной беременности, вслѣдствіе образованія перитубарныхъ сращеній. Къ числу этиологическихъ моментовъ можно еще причислить: недоразвитыя (дѣтскія) трубы (W. A. F r e u n d), дивертикуль трубы, слишкомъ большіе размѣры яйца послѣ его наружнаго передвиженія (S i r r e l). Трубная беременность распадается, въ свою очередь, на слѣдующіе виды: собственно трубная беременность, tubo-uterina (трубно-маточная) или interstitialis и ampullaris. Слизистая трубы образуетъ deciduam serotinam et reflexam, а слизистая матки—толстую deciduam. Наиболѣе благоприятный и частый исходъ наблюдается въ тѣхъ случаяхъ трубной беременности, когда плодъ погибаетъ въ первые мѣсяцы вслѣдствіе недостаточнаго питанія или кров. изліяній въ яйцевыя оболочки и яйцо сморщивается. Въ этихъ случаяхъ образуется трубный заносъ, плотная опухоль трубы, что лишь рѣдко (см. стр. 136) угрожаетъ жизни женщины и заставляетъ ее обратиться къ гинекологу только вслѣдствіе болей внизу живота. При всѣхъ видахъ трубной беременности угрожающимъ исходомъ является либо разрывъ плоднаго мѣшка, растянутаго и истонченнаго, вслѣдствіе востанія ворсинокъ, либо—еще чаще встрѣчающееся—неполное изгнаніе погибшаго яйца въ брюшную по-

лость (неполный трубный выкидышь) съ послѣдовательнымъ смертельнымъ кровотеченіемъ въ брюшную же полость. Кровотеченіе можетъ остановиться только въ томъ случаѣ, когда оно происходитъ въ осумкованномъ пространствѣ брюшной полости или кровь течетъ крайне медленно. Въ такомъ случаѣ образуется такъ же, какъ и при полномъ трубномъ выкидышѣ, *haematocèle* (I. V eit) или, при незначительномъ кровотеченіи, *haematoma peritubare* (S ä n g e r), содержащая иногда все яйцо. Если же плодъ выбрасывается въ брюшную полость чрезъ мало-кровооточащій разрывъ, то онъ можетъ развиваться здѣсь до полной зрѣлости (вторичная брюшная беременность). Впрочемъ, *W e r t h* доказалъ, что трубная беременность, при которой прежде разрывъ считали неизбѣжнымъ, можетъ достигнуть нормальнаго конца безъ разрыва. Въ такихъ случаяхъ наступаютъ схватки, изгоняющія *decidua* изъ матки, а сокращенія самого плоднаго мѣшка отдѣляютъ послѣдъ и вызываютъ этимъ путемъ смерть плода; но и тутъ можетъ еще произойти разрывъ плоднаго мѣшка со смертельнымъ кровотеченіемъ. Если этого не случится, то опасностью угрожаютъ воспаленія, гнойное и гнилостное разложеніе плоднаго мѣшка и его содержимаго, возникающія вслѣдствіе вѣдренія микроорганизмовъ изъ сращенныхъ съ плоднымъ мѣшкомъ кишечныхъ петель. Женщина при этомъ погибаетъ отъ перитонита, гесп. гнилостнаго зараженія. Равнымъ образомъ и цѣлебное стремленіе природы изгнать плодъ, путемъ сращенія плоднаго мѣшка съ соседними полостными органами, гесп. брюшной стѣнкой, можетъ вызвать смерть вслѣдствіе затяжного нагноенія. Наиболѣе благоприятны тѣ случаи, гдѣ наступаетъ мумификація плода и обызвествленіе яйцевыхъ оболочекъ и плоднаго мѣшка (образова-

ніе окаменѣлаго плода—*lithoraedion*). Плоды первыхъ мѣсяцевъ, какъ это доказалъ *Leorold*, также и экспериментальнымъ путемъ, крайне быстро вполне рассасываются; то же происходитъ и съ яйцомъ первыхъ мѣсяцевъ, погибшимъ въ трубѣ.

Однако, какъ это впервые доказали *I. Veit* и *Fraenkel*, и послѣ смерти плода, слѣдовательно, при трубномъ заносѣ, можетъ наступить разрывъ трубы, вслѣдствіе кровотеченій въ плодный мѣшокъ или вслѣдствіе того, что, при попыткѣ трубы выбросить яйцо въ брюшную полость (трубный выкидышъ—*WERTH*), сокращенія трубы ведутъ къ разрыву ея истонченной стѣнки. Помимо этого неполный трубный выкидышъ можетъ и безъ разрыва трубы вызвать угрожающія жизни кровотечения изъ частично обнаженнаго мѣста прикрѣпленія яйца, въ томъ случаѣ, когда кровь вытекаетъ изъ *ostium abdominale* въ свободную брюшную полость.

Распознаваніе внѣматочной беременности во второй половинѣ требуетъ такой ловкости въ комбинированномъ изслѣдованіи, чтобы можно было прощупать всю увеличенную матку<sup>1)</sup> и рядомъ съ ней плодъ. Въ первую половину беременности около матки прощупываются не части плода, а только опухоль, плодный мѣшокъ. Внѣматочный плодный мѣшокъ, по *I. Veit*'у, представляется до разрыва поразительно мягкимъ на ощупь (послѣ разрыва и выхожденія яйца трубная опухоль, конечно, уже болѣе не прощупывается), такъ же мягка и матка, которая, по *E. Fraenkel*'ю, растетъ преимущественно

<sup>1)</sup> Значительная гипертрофія и метривъ шейки въ связи съ рѣзкой мягкостью стѣнки матки выше внутренняго маточнаго зѣва (признакъ *Heega*'а) уже часто давали поводъ ставить діагнозъ внѣматочной беременности и даже прибѣгать къ оперативнымъ мѣропріятіямъ тамъ, гдѣ на самомъ дѣлѣ была маточная беременность.

въ длину, вслѣдствіе чего представляется сравнительно узкой, а главное, уплощенной спереди назадъ. Диагнозъ становится еще вѣрнѣе, когда налицо имѣются другіе признаки беременности, какъ, напр., отсутствіе менструацій и, наконецъ, диагнозъ бываетъ совершенно точенъ въ тѣхъ случаяхъ, когда изъ матки отходитъ decidua, что, по W i n c k e l'ю, наблюдается въ  $\frac{2}{3}$  всѣхъ случаевъ уже въ первые два мѣсяца даже и при живомъ плодѣ.

Распознаваніе разрыва трубы или полного трубнаго выкидыша при трубной беременности первыхъ мѣсяцевъ становится вполне достовѣрнымъ, когда у женщины, считавшей себя беременной, мы наблюдаемъ внезапное появленіе признаковъ сильнаго внутренняго кровотеченія при существующей или отсутствующей трубной опухоли (признаки эти: высокая степень малокровія съ паденіемъ содержанія гемоглобина, по D e s e n i s s'у, до 35 %, болѣзненное, безъ повышенія  $t^{\circ}$ , вздутіе живота); если эти явленія миновали благополучно, то мы находимъ образование haematocele resp. haematoma и это опредѣляетъ диагнозъ. Распознаваніе же неполнаго трубнаго выкидыша становится достовѣрнымъ тогда, когда наступаютъ повторныя схваткообразныя боли на одной сторонѣ (трубныя схватки), маточныя кровотеченія (съ отхожденіемъ deciduae) и признаки умѣреннаго внутренняго кров. теченія при наличности трубной опухоли.

Что касается терапіи, то развивающаяся внѣматочная беременность должна разсматриваться, какъ злокачественное новообразование (W e r t h) и поэтому ее слѣдуетъ удалять оперативно во всякомъ стадіи беременности. Послѣ того, какъ W e r t h доказалъ, что въ большинствѣ случаевъ внѣматочная беременность локализуется въ трубѣ,



стали все чаще и чаще, даже и въ концѣ беременности, удалять съ хорошимъ исходомъ весь плодный мѣшокъ цѣликомъ *per laparatomiam*. Такимъ путемъ избѣгаютъ опасности, которая при отдѣленіи послѣда заключалась въ смерти отъ кровотечения, а при оставленіи послѣда—въ смерти отъ гниlostнаго его распада. Въ единичныхъ случаяхъ удавалось спасти такимъ путемъ и ребенка.

Если наступаетъ разрывъ мѣшка съ сильнымъ внутреннимъ кров теченіемъ, безъ замѣтнаго образованія haemotocoele, то необходимо возможно скорѣе произвести чревосѣченіе. Даже у женщинъ безъ пульса, мнѣ удавалось производить чревосѣченіе съ благопріятнымъ исходомъ, примѣняя, по предложенію *W u d e r'a*, подкожное вливаніе раствора поваренной соли непосредственно передъ операцией. Я на 23 подобныхъ операциіи потерялъ только 3 больныхъ, которыя были доставлены *in extremis*. Изъ 30 другихъ больныхъ, которыхъ я оперировалъ по собственному способу (*colpocoeiotomia anterior*—вскрытіе брюшной полости со стороны передняго свода), выздоровѣли всѣ до одной. Результаты этой болѣе старой статистики въ дальнѣйшемъ значительно улучшились. Въ настоящее время погибаютъ только тѣ женщины, у которыхъ уже не осталось необходимаго для жизни количества крови. Предложенная впервые мною вышеупомянутая влагалищная экстирпация беременной трубы, признана въ настоящее время наиболѣе подходящимъ методомъ для многихъ случаевъ (засѣданіе Берлинскаго акушерскаго о-ва отъ 28 іюня 1907 г.).

Рекомендованное *W i n c k e l'e*мъ впрыскиваніе морфія въ плодный мѣшокъ, съ цѣлью умерщвленія плода, является невѣрнымъ и опаснымъ способомъ, такъ какъ разрывъ трубы можетъ наступить и послѣ смерти плода, вслѣдствіе кровоизліяній въ яйцевыя оболочки или больная можетъ

истечь кровью изъ мѣста прикрѣпленія послѣда при возможномъ послѣдовательномъ полномъ или неполномъ трубномъ выкидышѣ.

Разъ образовалась haematocoele или haematoma, то чревосѣченіе слѣдуетъ производить только въ томъ случаѣ, если кровотеченія повторяются; напротивъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда лихорадка указываетъ на гнилостное разложеніе кровоизліянія или когда, рассасываніе его затягивается на мѣсяцы, слѣдуетъ дѣлать разрѣзь задняго свода и выпустить кровь.

В ы ж и д а н і е, такимъ образомъ, допустимо только при нѣкоторыхъ haematocoele и гѣматомахъ, при трубномъ заносѣ, который сморщивается безъ отдѣленія отъ стѣнокъ трубы, и при полныхъ трубныхъ выкидышахъ, когда больная послѣ одного сильнаго внутренняго кровотечения совершенно оправляется.

Изъ вышеизложеннаго ясно, что успѣшное леченіе внѣматочной беременности, resp. аналогичной беременности въ зачаточномъ рогѣ матки, можетъ быть проведено только опытнымъ въ производствѣ чревосѣченія врачъ мѣ. Въ силу этого, врачъ-практикъ долженъ стремиться къ тому, чтобы возможно скорѣй поставить правильный діагнозъ, избѣгая смѣшать внѣматочную беременность съ retroflexio uteri gravidi или простымъ выкидышемъ, и засимъ возможно скорѣе переправить больную въ гинекологическую клинику. Но и здѣсь діагнозъ можетъ представить сильныя затрудненія, особенно если имѣется дѣло съ рѣдкимъ совпаденіемъ нормальной и внѣматочной беременности.

## Преждевременное прерываніе беременности. Выкидышъ. Partus immaturus и praematurus.

Наибольшій интересъ представляетъ прерываніе беременности въ первые 3 мѣсяца, такъ называемый абортъ (выкидышъ). При нормальномъ теченіи выкидыша, яйцо должно быть изгнано цѣликомъ. Поздніе выкидыши и преждевременные роды (первые считаются отъ 4-го до 7-го, послѣдніе—отъ 8-го до 10-го мѣсяцевъ) протекають по типу нормальныхъ родовъ съ тою лишь разницей, что при нихъ послѣдъ, какъ правило, прикрѣпленъ крѣпче, чѣмъ въ концѣ нормальной беременности, почему его часто приходится удалять ручнымъ способомъ. Плоды являются жизнеспособными только при преждевременныхъ родахъ.

### Причины преждевременнаго прерыванія беременности:

1. Смерть плода (сифились).
2. Аномаліи зародышевыхъ и материнскихъ яйцевыхъ оболочекъ—пузырный заносъ, *endometritis decidua* (I. Veit), *placenta praevia*.
3. Аномаліи матки—смѣщенія, разрывы шейки (O l s h a u s e n), *metritis*, міомы.
4. Общія заболѣванія.

Они или вызываютъ смерть плода, вслѣдствіе внезапнаго повышенія температуры resp. паденія кровяного давленія у матери, или непосредственно вызываютъ сокращенія матки, вслѣдствіе лихорадки и анэміи (R u n g e).

### 5. Травмы.

Онѣ ведутъ къ кровоизліяніямъ въ яйцевыя оболочки. Подобныя кровоизліянія могутъ имѣть мѣсто и при хроническомъ нефритѣ. Если въ матку вво-

дятся инструменты съ цѣлью изгнанія плода (преступный выкидышъ), то можетъ произойти прободеніе ея и тѣмъ быть вызванъ сепсисъ.

#### 6. Испугъ.

Этимъ двумъ послѣднимъ этиологическимъ моментамъ публика приписываетъ слишкомъ большое значеніе. Однако, нельзя отрицать, что подѣвліаніемъ психическихъ аффектовъ могутъ произойти разстройства кровообращенія съ послѣдовательными разрывами сосудовъ.

#### 7. Сокращенія (вслѣдствіе горячихъ спринцеваній и т. д.).

Въ большинствѣ случаевъ одновременно дѣйствуютъ различныя причины. Такъ, смерть плода сама по себѣ еще не всегда влечетъ за собой изгнаніе яйца. Умершій плодъ можетъ задерживаться годами и мумифицироваться (*missed labour, missed abortion*).

Выкидышъ чаще всего наступаетъ на 3-мъ мѣсяцѣ, такъ какъ въ это время значительная часть ворсинокъ хоріона атрофируется и, такимъ образомъ, связь яйца съ маткой временно ослабляется. Особенно опасно то время, когда должна была бы наступить менструація. Эти факты крайне важны для профилактики.

### Механизмъ отдѣленія и изгнанія яйца при выкидышѣ.

При выкидышѣ отдѣленіе яйца можетъ произойти:

- 1) вслѣдствіе смѣщеній яйца по стѣнкѣ матки.
- 2) вслѣдствіе сокращеній.
- 3) вслѣдствіе кровотеченій.

Смѣщеніе яйца происходитъ послѣ смерти плода потому, что оно уменьшается, вслѣдствіе всасыванія околоплодныхъ водъ. Смѣщеніе яйца такъ же, какъ и сокращенія матки, ведутъ къ тому, что материнскіе сосуды разрываются, въ силу чего

наступаютъ кровотеченія. Кровотеченія, слѣдовательно, бываютъ въ каждомъ случаѣ выкидыша и притомъ довольно значительныя и оканчиваются они только послѣ полного изгнанія яйца, такъ какъ только тогда матка получаетъ возможность хорошо сократиться.

Вслѣдствіе кровотеченія яйцо отдѣляется еще больше. Кровотеченіе происходитъ не только наружу, но также и въ яйцевыя оболочки (образованіе кровяныхъ гезр. мясистыхъ заносовъ съ раствореніемъ маленькихъ плодовъ въ околоплодной жидкости). Когда яйцо до извѣстной степени отдѣлилось, появляются схватки, если ихъ не было съ самаго начала, растягиваютъ шейку и совершенно отдѣляютъ яйцо на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда. Далѣе яйцо вгоняется въ шейку и механически отрываетъ *decidua vera* отъ маточной стѣнки. При этомъ *decidua vera* выворачивается во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при нормальномъ мѣстѣ прикрѣпленія послѣда сперва отдѣляется его верхняя часть (аналогія со способомъ изгнанія послѣда по *Schultz*; см. рис. 12 и 13. Рисунки 12, 13 и 15 представляютъ сагитальные разрѣзы. Послѣдъ находится на передней стѣнкѣ; *a*—кровоизліяніе, *b*—*decidua vera*, *c*—яйцо съ *dec. reflexa*, *chorion*, *amnion* и зародышемъ).

Въ этихъ случаяхъ, въ связи съ яйцевымъ пузыремъ *c*, находится еще и другой *b*, образованный *decidua vera* (рис. 14). Этотъ мѣшокъ прощупывается въ видѣ тяжа, ведущаго въ полость тѣла матки въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется такъ назыв. шейный выкидышъ (цервикальный абортъ). При цервикальномъ абортѣ въ большей своей части отдѣленное яйцо продолжаетъ лежать въ растянутой полости шейки, вслѣдствіе ригидности края маточнаго зѣва. Напротивъ, если сперва отдѣляется нижній край послѣда, если послѣдъ прикрѣпленъ ненормально

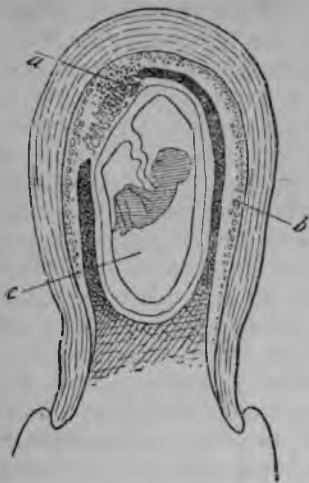


Рис. 12

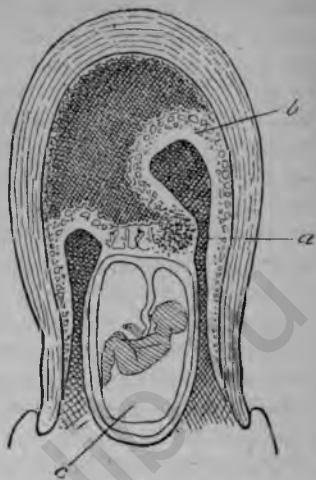


Рис. 13.



Рис. 14

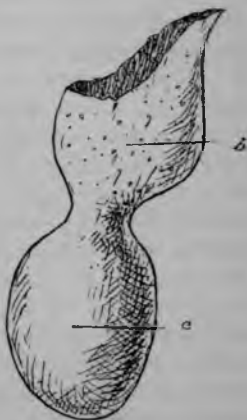


Рис. 15

низко (рис. 15), если, наконецъ, уже образовались спайки между *dec. vera et reflexa*, то яйцо прогоняется *in situ*, т. е. окутанное *dec. vera* (аналогія со способомъ отдѣленія послѣда по *D u p s a n'у*) Такъ какъ *decidua vera* крайне легко рвется, то понятно, что при описанныхъ способахъ изгнанія яйца, вся она или значительная ея часть легко отрывается отъ яйца при его опусканіи и остается прикрѣпленной къ маточной стѣнкѣ. Такъ оно, обыкновенно, и происходитъ на дѣлѣ.

Если яйцо самопроизвольно или искусственно разрывается до отдѣленія на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда, то изгнаніе его значительно замедляется, такъ какъ сила схватокъ не оказываетъ уже достаточнаго дѣйствія на спавшееся яйцо. И, если растянутое вновь кровоизліяніемъ, яйцо въ концѣ-концовъ изгоняется произвольно, то все же *decidua vera* легко задерживается въ маткѣ.

Слѣдовательно, я не могу допустить, что *decidua vera* отдѣляется первично подъ вліяніемъ сокращеній матки, какъ это принято думать. Она не «толста и плотна», какъ говоритъ, напр., *B. Sch r ö d e r*, а представляетъ собою студенистую ткань, которая при сокращеніи стѣнки матки просто собирается въ складки. Выясненіе этого вопроса имѣетъ большое значеніе въ цѣляхъ раціональной терапіи.

**Теченіе выкидыша.** Главнымъ симптомомъ выкидыша является кровотеченіе, которое можетъ повести къ сильнѣйшимъ степенямъ анеміи. По сразненію съ кровотеченіемъ схватки, какъ симптомъ, отступаютъ на второй планъ. Выкидышь можетъ тянуться недѣлями, даже мѣсяцами, если яйцо разрывается. Въ этихъ случаяхъ говорятъ о «затянувшемся или неполномъ выкидышѣ» *resp.* «задержкѣ остатковъ яйца». Остатки яйца поддерживаютъ кров теченіе и могутъ подвергнуться разложенію вслѣдствіе того, что они связаны съ кровяными сгустками, выпавшими

во влагалище. Такимъ путемъ возникаетъ лихорадка со зловонными выдѣленіями. Если при попыткахъ произвести выкидышъ или при изслѣдованіи въ матку были занесены патогенные микроорганизмы, то дѣло доходитъ до септического перитонита или піэміи (септической выкидышъ). Если разложеніе не наступаетъ, то задержанныя части ведутъ къ эндометриту (*endometritis post abortum*) или же на нихъ наслаиваются кровяные сгустки и такимъ путемъ образуется «плацентарный полипъ».

**Предсказаніе** при выкидышѣ, при рациональной терапіи, благоприятно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ еще не наступило общаго зараженія организма.

Прежде, чѣмъ думать о діагнозѣ выкидыша, необходимо установить діагнозъ беременности. То и другое легко въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ внутренній маточный зѣвъ проходимъ для пальца и въ тѣхъ, гдѣ яйцо или остатки его уже торчатъ въ шейкѣ. Когда внутренній маточный зѣвъ закрытъ, то діагнозъ беременности можно поставить, принимая во вниманіе анамнестическія данныя (задержка менструацій), если прощупывается сильно антефлексированная и шарообразно увеличенная матка. При этомъ слѣдуетъ тутъ же обратить вниманіе на возможные *опухолитрубы* (*pyosalpinx, graviditas tubaria*), при наличности которыхъ недопустимы внутриматочныя вмѣшательства. Slѣдуетъ также подумать и о томъ, что нѣкоторыя женщины скрываютъ отъ врача задержку менструацій и попытки произвести выкидышъ. Поэтому слѣдуетъ руководствоваться, главнымъ образомъ, объективными данными и, при подозрѣніи на выкидышъ, тотчасъ измѣрять температуру. При наличности кровотечения возникаетъ дальнѣйшій вопросъ: находится ли въ маткѣ еще все яйцо или только его остатки? Первое можно допустить въ томъ случаѣ, когда кровотеченіе слабо и появилось недавно,



послѣднее—когда кровотеченіе сильно (выхожденіе сгустковъ) и длится уже нѣсколько дней или недѣль.

Т е р а п і я выкидыша должна преслѣдовать двѣ цѣли:

1) задержать угрожающей выкидышъ (путемъ постельнаго содержанія и препаратовъ опія), если плодъ еще живъ, слѣдовательно, дѣлать этого не слѣдуетъ, напр., при привычномъ выкидышѣ, зависящемъ отъ сифилиса;

2) если это уже невыполнимо, то надо позаботиться о полномъ удаленіи всѣхъ частей яйца.

ad 2. Къ удаленію остатковъ яйца можно приступить, когда внутренней маточной зѣвъ сталъ проходимъ для пальца и яйцо вступило уже въ каналъ шейки. Въ это время, обыкновенно, и кровотеченіе настолько усиливается, что для остановки его необходимо принять мѣры. На практикѣ чаще всего при этихъ обстоятельствахъ примѣняется тампонація влагалища. Она останавливаетъ кров теченіе и, задерживая кровь, способствуетъ дальнѣйшему отдѣленію яйца и вызываетъ схватки.

Этихъ же результатовъ можно достигъ еще вѣрнѣе путемъ тампонаціи полости матки и влагалища по способу, который я примѣняю уже въ теченіе 25 лѣтъ. Этотъ способъ состоитъ въ томъ, что въ матку вводится столько марли, сколько только возможно, а затѣмъ влагалище тампонируется ватой по обычному способу. Такимъ путемъ кровотеченіе останавливается навѣрняка, а лежація въ маткѣ полоски марли возбуждаютъ такія схватки, что, обычно, въ 24 часа изгоняется все содержимое матки, тампонъ и яйцо. Результатъ бываетъ тѣмъ вѣрнѣе, чѣмъ дальше зашла беременность и чѣмъ, слѣдовательно, труднѣе выскабливаніе. Въ отдѣльныхъ случаяхъ самопроизвольное изгнаніе наступаетъ только послѣ второй маточной тампо-

нации, иногда необходимо одновременное расширение канала шейки ламинарией.

Такое же благоприятное влияние оказывает этот способ и на преждевременные роды, все равно имѣется ли въ данномъ случаѣ задержка одного послѣда или послѣда съ плодомъ. Примѣненіе этого способа представляетъ значительныя преимущества въ діагностически трудныхъ случаяхъ, гдѣ сильныя кров. теченія длятся уже долгое время, гдѣ уже выходили части яйца, а шейка закрыта. Тампонадой матки удаётся тутъ, помимо остановки кровотечения, вызвать въ теченіе 24 часовъ или изгнание всего содержимаго матки. или, по меньшей мѣрѣ, такое расширение шейки, что можно свободно проникнуть 1—2 пальцами и удалить все то, что въ ней еще находится.

При этомъ способѣ тампонаціи полости матки и влагалища возможность внутренняго кровотечения исключается, тогда какъ при простой влагалищной тампонаціи такое кровотеченіе все-таки можетъ имѣть мѣсто. Такъ, Klotz сообщаетъ случай, гдѣ XII рага на 13-й недѣлѣ беременности погибла отъ кровотечения въ полость матки, содержащей еще и плодъ и послѣдъ; больная погибла послѣ 12-часовой влагалищной тампонаціи, причемъ матка достигла величины 8-мѣсячной беременности.

Что касается выполнения тампонаціи, то она требуетъ такой же строгой антисептики, какъ ручное или инструментальное отдѣленіе яйца. Такимъ образомъ, передъ тампонадой надо произвести дезинфекцію наружныхъ половыхъ частей, а въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ уже было произведено внутреннее изслѣдованіе, а также при выкидышахъ съ повышенной температурой, надо дезинфицировать матку и влагалище. Дезинфекцію слѣдуетъ производить на поперечной кровати, причемъ, какъ дезинфицирующее вещество, авторъ рекомендуетъ 1% растворъ лизоформа. Лизоформъ имѣетъ то

преимущество въ связи съ послѣдующей тампонадой, что послѣ его примѣненія половой каналъ остается скользкимъ.

Матка, конечно, должна быть проспирцевана толстымъ катетеромъ à double courant съ постояннымъ оттокомъ.

По окончаніи дезинфекціи, цѣлесообразно спустить мочу посредствомъ катетера. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ прямая кишка наполнена, акушерка должна предварительно очистить ее клизмой.

Далѣе, руки, инструменты и матеріаль для тампонаціи должны быть асептичны, стерильны. Матеріаль для тампонаціи, кромѣ того, долженъ быть пропитанъ какимъ-нибудь антисептическимъ веществомъ, чтобы задержать развитіе микробовъ, обычно, находящихся въ половомъ трактѣ, и предотвратить, такимъ путемъ, разложеніе всасываемыхъ тампономъ выдѣленій. Обыкновенный асептический матеріаль издаетъ зловонный запахъ уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ тампонады, тогда какъ тампоны изъ іодоформной марли или салициловой ваты могутъ лежать по нѣсколько дней и все-таки не распространяютъ тяжелого запаха.

Антисептический матеріаль долженъ подвергаться стерилизаціи текучимъ паромъ, чтобы уничтожить еще находящихся въ немъ микробовъ. По предложенію автора, здѣшняя фабрика перевязочныхъ матеріаловъ (см. стр. 63) упаковываетъ необходимый для тампонады матеріаль въ жестяныя коробки, которыя послѣ стерилизаціи запаиваются такъ, что не пропускаютъ ни воздуха, ни воды и въ то же время легко открываются. Для акушерства и гинекологіи предназначены коробки №№ 1—3. Коробка № 1 содержитъ: одинъ іодоформный марлевый бинтъ длиною въ 5 м., шириною въ ладонь и состоящій изъ 4-хъ слоевъ; кромѣ этого, 30 грм. салициловой ваты. Коробка № 2

содержить: 1 грм. іодоформа, два іодоформныхъ марлевыхъ бинта длиною въ 5 м., шириною одинъ въ 10, другой—въ 3 стм. и 20 грм. салициловой ваты. Коробка № 3 содержитъ: 12 салициловыхъ ватныхъ тампоновъ. Всѣ эти 3 коробки авторъ предписываетъ приготовить для каждыхъ родовъ, такъ какъ содержащійся въ нихъ матеріаль можно использовать въ видѣ закладокъ и тупферовъ; помимо этого, авторъ, на всякій случай, всегда имѣетъ въ своей акушерской сумкѣ коробки № 1 и 2.

Для всѣхъ, до сихъ поръ описанныхъ, способовъ тампонаціи пригодна коробка № 2.

Асептическое состояніе рукъ достигается 5-минутнымъ мытьемъ рукъ щеткой въ тепломъ 1 % растворѣ лизоформа и надѣваніемъ прокипяченныхъ резиновыхъ перчатокъ; асептическое состояніе инструментовъ—кипяченіемъ ихъ въ достаточно вмѣстительномъ сосудѣ (котлѣ), для чего ихъ предварительно завертываютъ въ полотенце.

Что касается техники влагалищной тампонады, то ее легче всего производить либо съ помощью одного или двухъ желобоватыхъ зеркалъ Simon'a, либо съ помощью створчатого зеркала (Cusco)—этими зеркалами обнажается влагалищная часть и оба свода. При помощи анатомическаго пинцета (длиною въ 30 стм.) или корнцанга, вводятъ первый тампонъ въ задній, второй—въ передній свода, третій—на маточный зѣвъ и въ заключеніе еще 1—2 тампона. Вмѣсто простой тампонаціи ватой, можно плотно затампонировать влагалищные своды іодоформной марлей и затѣмъ ввести еще 1—2 тампона. Нижнюю треть влагалища цѣлесообразно оставлять свободной, такъ какъ иначе наступаютъ сильныя боли и задержка мочи.

Если подъ рукой не имѣется зеркала, то тампонація производится слѣдующимъ образомъ: лѣвымъ указательнымъ пальцемъ, а въ случаѣ на-

добности и среднимъ, отдавливаютъ промежность и заднюю влагалищную стѣнку книзу; по этому пальцу, какъ по зеркалу, продвигаютъ, при помощи праваго указательнаго пальца или пинцета, первый тампонъ до задняго влагалищнаго свода. Чтобы продвинуть тампонъ такъ далеко, приходится иногда удалять лѣвый указательный палецъ, послѣ чего правый удаётся продвинуть выше.

Техника тампонаціи матки заключается въ слѣдующемъ:

По обнаженіи влагалищной части зеркаломъ, передняя губа захватывается пулевыми щипцами и, при помощи длиннаго пинцета, въ полость матки вводится бинтъ шириною въ 10 см., а при узкой шейкѣ употребляется болѣе узкій бинтъ. Бинтъ вводятъ до самаго дна матки, т.-е. такъ глубоко, какъ это только возможно и постепенно плотно выполняютъ имъ полость матки до тѣхъ поръ, пока онъ больше не входитъ.

Если не имѣется зеркала, то пулевыми щипцами подъ контролемъ лѣваго указательнаго пальца, захватываютъ переднюю губу, низводятъ влагалищную часть до входа во влагалище и тогда уже тампонируютъ.

Чтобы предохранить бинтъ отъ соприкосновенія со входомъ и стѣнками влагалища, можно пулевыми щипцами прикрѣпить къ передней губѣ стерильный кусокъ Billroth'овскаго батиста съ небольшимъ центральнымъ отверстіемъ или же можно произвести тампонацію при помощи тампонатора «Rapid».

При недостаткѣ въ помощникахъ, коробку съ матеріаломъ проще всего помѣстить между колѣнями. Въ тѣхъ случаяхъ, когда шейка узка, приходится прибѣгать для выполненія тампонаціи матки къ желобоватому зонду, предложенному А s c h'омъ, или вкладываютъ первоначально на 12—24 часа палочку ламинаріи, которая обезпложивается

въ 1% спиртовомъ растворѣ сулемы или непродолжительнымъ кипяченіемъ.

Если при тампонаціи примѣнялись готовые ватные тампоны (изъ коробки № 3), то они удаляются за ниточку; если же тампоны приготовлены лично и были свернуты изъ ваты, находящейся въ коробкѣ № 2, то они удаляются такъ же, какъ и марлевые ] полоски: ихъ захватываютъ пулевыми щипцами, введя предварительно зеркало, или подь контролемъ пальца.

Если, однако, описанные способы не привели къ цѣли, если при примѣненіи ихъ задержались остатки яйца (напр., decidua), если, наконецъ, вслѣдствіе процессовъ разложенія въ маткѣ, сильно повышается температура<sup>1)</sup>, то показано ручное удаленіе яйца или инструментальное выскабливаніе полости матки. Чтобы произвести выскабливаніе безопасно, требуется серьезная техническая подготовка, педантичное соблюденіе всѣхъ антисептическихъ предосторожностей и, иногда, наркозъ.

Выскабливаніе производится кюреткой или острой ложечкой (curettement, abrasio). Начинаящій акушеръ долженъ произвести эту операцію сначала обязательно подь руководствомъ опытнаго лица, а затѣмъ долго упражняться въ производствѣ ея. самое лучшее только на гинекологическихъ больныхъ страдающихъ эндометритомъ.

Техника ея заключается въ слѣдующемъ:

Послѣ предварительной дезинфекціи влагалища, въ зеркалѣ или подь контролемъ указательнаго и средняго пальцевъ лѣвой руки, захватываютъ переднюю губу пулевыми щипцами; передавъ ихъ помощнику, сначала по тѣмъ же пальцамъ вводятъ

<sup>1)</sup> Въ тѣхъ случаяхъ, когда лихорадка обусловлена гемолитическими стрептококками, Winter не рекомендуетъ производить выскабливанія.

въ матку катетеръ съ обратнымъ токомъ (à double courant) и промываютъ ее, затѣмъ уже вводятъ кюретку.

Начинающій поступить хорошо, если отпустить теперь пулевые щипцы и немного оттянуть кюреткой матку впередъ и вверхъ такъ, чтобы лѣвой рукой прощупать снаружи, дѣйствительно ли кюретка находится въ днѣ матки. Если она находится тамъ, то берутъ пулевые щипцы въ лѣвую руку и методически выскабливаютъ сначала переднюю, затѣмъ заднюю и, поставивъ кюретку ребромъ, дно и боковыя стѣнки матки. При этомъ, разумѣется, кюретка должна до извѣстной степени нажимать на маточныя стѣнки. Книзу слѣдуетъ скоблить энергично, кверху же кюретку слѣдуетъ проводить нѣжно, такъ какъ иначе можетъ произойти прободеніе мягкой матки, что можетъ вызвать или внутреннее кровотеченіе, или—при септическомъ выкидышѣ—септическій перитонитъ. Поэтому неспеціалистъ поступить осторожнѣе, если при выкидышѣ онъ воздержится отъ выскабливанія. Специалисту же авторъ можетъ дать только совѣтъ, если выскабливаніе не дало результата, не повторять его, не обслѣдовавъ предварительно полость матки. Въ такихъ случаяхъ обычно находятъ, что остатки послѣда приращены и это-то и являлось причиной неудачи перваго выскабливанія. Врачъ, который произвелъ прободеніе матки, только въ томъ случаѣ можетъ избѣжать обвиненія въ небрежности, если онъ самъ распознаетъ произведенное прободеніе (по слишкомъ глубокому прониканію инструмента), прекратитъ дальнѣйшія манипуляціи (въ особенности внутриматочныя промыванія), а при признакахъ внутренняго кровотеченія немедленно пригласитъ спеціалиста. Задача послѣдняго будетъ заключаться въ томъ, чтобы путемъ брюшнаго или влагалищнаго (предложеннаго мною) кесарскаго сѣченія, обнажить мѣсто

прободенія и зашить его, а въ случаѣ надобности—экстирпировать матку. Во избѣжаніе прободенія, слѣдуетъ пользоваться кюреткой, имѣющей самое меньшее 1 см. въ ширину. Если полость матки очень велика, то слѣдуетъ изогнуть рукоятку кюретки. Послѣ выскабливанія слѣдуетъ еще разъ проспирцевать матку.

Удалять выкидышъ только при помощи кюретки, вообще говоря, можно лишь до половины 3-го мѣсяца, позднѣе—только въ томъ случаѣ, если яйцо находится въ каналѣ шейки и прикрѣплено къ маткѣ только нижнею частью *deciduae verae* (шеечный абортъ).

Примѣненіе одной только кюретки устраняетъ необходимость введенія пальца, не такъ болѣзненно и дѣлаетъ, поэтому, наркозъ излишнимъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣдъ уже образовался (къ концу 3-го мѣсяца), яйцо на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда отдѣляютъ ручнымъ способомъ, затѣмъ его выдавливаютъ и выскабливаютъ кюреткой оставшуюся еще въ маткѣ отпадающую оболочку; кюретка удаляетъ отпадающую оболочку бережнѣе, быстрѣе и вѣрнѣе, чѣмъ палецъ и притомъ, по моимъ изслѣдованіямъ, въ томъ же ея слоѣ, въ какомъ она отдѣляется самопроизвольно, т. е. въ глубокомъ железистомъ слоѣ.

Рис. 12 и 13 изображаютъ два различныхъ стадія выкидыша. На рис. 12 маточный зѣвъ растянутъ, но все яйцо сидитъ еще крѣпко; кажется, что оно отдѣлилось только потому, что палецъ можетъ свободно двигаться въ промежуткѣ между *decidua vera* и *reflexa*. На рис. 13 яйцо уже отдѣлилось на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда и вслѣдствіе этого опустилось въ шейку. Въ первомъ случаѣ показуется примѣненіе комбинированной терапіи, во второмъ—кюретки. Примѣненіе кюретки дѣлаетъ излишними рекомендованные нѣкоторыми авторами надрѣзы наружнаго маточнаго зѣва при узости его у первородящихъ.

Удаленіе выкидыша пальцемъ значительно облегчается примѣ-



н е н і е м ь н а р к о з а. Только при этомъ условіи всегда удается, какъ это и требуется, надѣть матку на палець, какъ перчатку и, что особенно важно, проникнуть до мѣста прикрѣпленія послѣда. Отдѣленіе лопнувшего яйца отнюдь не труднѣе, чѣмъ отдѣленіе цѣлаго. Не слѣдуетъ только тянуть за свободно торчація въ полости матки части яйца, а необходимо тотчасъ же проникнуть до мѣста прикрѣпленія его, т.-е. до дна матки. Если шейка не пропускаетъ двухъ пальцевъ, то можно достигнуть дна матки и однимъ пальцемъ, производя сильное давленіе снаружи. Съ этой цѣлью вводятъ два пальца во влагалище, указательный помѣщаютъ въ переднемъ сводѣ поперекъ, а среднимъ проникаютъ въ матку. Ладонная поверхность этого пальца должна быть обращена всегда въ сторону послѣда, отнюдь не въ сторону маточной стѣнки. Проникая пилящими движеніями пальца между послѣдомъ и стѣнкой матки, отдѣляютъ послѣдь цѣликомъ отъ послѣдней. Если на внутренней поверхности матки не прощупываются болѣе замѣтныя возвышенія, то слѣдуетъ прекратить отдѣленіе пальцемъ, такъ какъ мѣсто прикрѣпленія послѣда, какъ и въ нормѣ, шероховато и всегда немного выдается надъ окружающею поверхностью.

Поэтому я самымъ энергичнымъ образомъ предостерегаю отъ примѣненія кюретки для отдѣленія крупныхъ остатковъ послѣда, такъ какъ при этомъ можно перфорировать *resp.* узурировать<sup>1)</sup> матку или оставить части послѣда.

Если существуетъ подозрѣніе, что въ маткѣ остались остатки послѣда, то слѣдуетъ ее затампонировать. Обыкновенно при удаленіи тампона,

<sup>1)</sup> При этомъ можно совершенно отскоблить мышечную стѣнку отъ брюшины и вызвать смертельное кров. теченіе, вслѣдствіе раненія крупныхъ артерій. Автору удалось спасти одинъ подобный случай маточно-влагалищной тампонаціей другой—влагалищной экстирпаціей матки.

вмѣстѣ съ нимъ выходить и остатокъ послѣда (см. ниже главу «Остатки послѣда и яйцевыхъ оболочекъ»). Въ однихъ случаяхъ удается извлечь пальцемъ, находящимся непосредственно въ маткѣ, отдѣлившіяся части яйца, въ другихъ — удобнѣе ввести два пальца въ передній сводъ, охватить наружной рукой заднюю стѣнку матки и тогда выдавливать содержимое изъ матки (пріемъ Н ö p i n g'a). Для удаленія остатковъ плоднаго яйца лучше всего пользоваться поперечной кроватью. При сильной анэмiи слѣдуетъ предпочитать для наркоза эфиръ хлороформу.

Если при непроходимомъ маточномъ зѣвѣ сильное кровотеченіе продолжается уже довольно давно, то при небольшомъ увеличеніи матки можно тотчасъ приступить къ выскабливанію; если же матка велика, то, напротивъ, слѣдуетъ плотно затампонировать ея полость іодоформнымъ марлевымъ бинтомъ, какъ это было указано выше. Если же, вслѣдствіе разложенія и сильной лихорадки, нельзя ждать такъ долго, то слѣдуетъ попытаться провести палецъ чрезъ каналъ шейки подъ глубокимъ наркозомъ. Въ случаѣ неудачи, слѣдуетъ немедленно же расширить каналъ шейки металлическими расширителями<sup>1)</sup>. Равнымъ образомъ и при позднихъ

---

<sup>2)</sup> Въ одномъ аналогичномъ случаѣ, гдѣ, вслѣдствіе рубцового суженія шейки, ни одинъ изъ методовъ расширения не приводилъ къ цѣли, а пациентка, вслѣдствіе продолжительнаго кровотеченія, стала крайне малокровной, авторъ обнажилъ переднюю стѣнку матки путемъ влагалищнаго чревосѣченія, разсѣкъ ее и подъ контролемъ глаза отдѣлилъ остатки послѣда, которые при предыдущемъ выскабливаніи были удалены только частично; въ другихъ подобныхъ случаяхъ авторъ оперировалъ по способу влагалищнаго кесарскаго сѣченія безъ вскрытія брюшной полости, напр., также и при пузырьномъ заносѣ. Въ послѣднее время для быстраго опорожненія матки при выкидышѣ все чаще и чаще примѣняется влагалищное кесарское сѣченіе.

выкидышахъ, на 4-мъ—5-мъ мѣсяцахъ, можетъ понадобиться, помимо отдѣленія послѣда пальцемъ, также удаленіе отпадающей оболочки путемъ выскабливанія; къ этому прибѣгаютъ при сильномъ ея разрастаніи или разложеніи въ полости матки. Даже и послѣ полного опорожненія матки, кровотеченіе можетъ все-таки продолжаться, именно ех atonia uteri. Тампонація матки быстро останавливаетъ такое кровотеченіе; при этомъ, впрочемъ, необходимо также очень плотно затампонировать и влагалище, и въ заключеніе заложить еще нѣсколько ватныхъ тампоновъ (необходимый для этого матеріалъ находится въ коробкѣ № 2; см. стр. 63 и 149). При значительномъ малокровіи слѣдуетъ спринцевать не карболовымъ, а 1% растворомъ лизоформа. 4—5-мѣсячный плодъ слѣдуетъ извлекать лишь въ случаѣ разложенія и угрожающей матери серьезной опасности, вообще же выжидать его самопроизвольнаго рожденія. Наибольшее затрудненіе представляетъ извлеченіе головки. Ее слѣдуетъ прижать къ симфизу находящимся въ маткѣ пальцемъ, а затѣмъ пробуровать пальцемъ мягкую головку. Если показаніемъ къ опорожненію матки послужило разложеніе (содержимаго), то цѣлесообразно послѣ этого затампонировать ее іодоформной марлей, въ цѣляхъ длительной дезинфекціи и дренажа (F r i t s c h, авторъ).

При сильномъ кровотеченіи, обусловленномъ пузырьнымъ заносомъ, безусловно слѣдуетъ тампонацію матки геср. влагалища предпочесть опорожненію матки. Вѣдь при этомъ перерожденные ворсинки иногда глубоко врастаютъ въ маточную стѣнку или даже прорастаютъ ее,—деструктирующий (разрушительный) пузырьный заносъ (v. Volkman n, v. Jarotzky и Waldeyer); полное удаленіе ихъ пальцемъ или кюреткой, при такихъ условіяхъ, не всегда возможно и могло бы повести къ прободенію матки.

Криминальный абортъ (преступный выкидышъ), при которомъ уже имѣются признаки перитонита или пѣміи, почти всегда оканчивается смертельно при простомъ опорожненіи матки; въ этихъ случаяхъ врачъ долженъ пригласить специалиста. Путемъ влагалищной экстирпации авторъ спасъ жизнь одной женщины, у которой уже 48 часовъ былъ гнилостный перитонитъ, обусловленный *b. coli*, а въ днѣ матки оказалось отверстие, пропускавшее палець.

По окончаніи выкидыша женщина должна, въ теченіе восьми дней, оставаться въ постели. Въ дальнѣйшемъ, въ цѣляхъ предотвращенія повторныхъ выкидышей, терапія должна быть направлена на этиологическій моментъ.

**Добавленіе:** Исторія болѣзни при выкидышѣ или преждевременныхъ родахъ.

Необходимы слѣдующія данныя:

1. Возрастъ, замужня ли; послѣдняя менструація, начало и интенсивность кровотеченія, выдѣлялись ли части яйца, способъ леченія, примѣнявшійся до настоящаго времени (тампонація?); причины, вызвавшія настоящій выкидышъ; число предшествовавшихъ выкидышей и родовъ; живы ли дѣти и отъ которыхъ родовъ.

2. Состояніе женщины при поступленіи съ выкидышемъ (температура, пульсъ, анэмія, зловонныя выдѣленія кровотеченіе).

3. Наличие значительнаго наполненія пузыря и прямой кишки, положеніе матки (*retroflexio*); величина ея; проходимы ли каналъ шейки и внутренній маточный зѣвъ для одного или двухъ пальцевъ и прощупывают-

ся ли въ каналѣ шейки или въ полости матки части яйца.

4. Способъ леченія (ручное отдѣленіе яйца отъ мѣста прикрѣпленія послѣда? Удаленіе deciduae выскабливаніемъ? Тампонація? Довѣровы порошки?).

5. Свойства самопроизвольно изгнанныхъ или искусственно удаленныхъ частей яйца, найденъ ли плодъ<sup>1)</sup>; умеръ ли онъ недавно или уже мацерированный или даже мумифицированный.

6. Состояніе женщины послѣ самопроизвольнаго изгнанія или опорожненія (температура пульсъ, запахъ, количество и свойство лохий, возможно продолжающееся кровотеченіе, характеръ обратнаго развитія матки въ послѣродовомъ періодѣ).

7. Положеніе матки и состояніе придатковъ при окончаніи леченія.

---

<sup>1)</sup> Маленькіе плоды первыхъ недѣль послѣ смерти совершенно растворяются. Въ такихъ случаяхъ во вскрытомъ амниальномъ мѣшкѣ часто можно еще видѣть остатокъ пуповины.

# Патологія родовъ.

## Общія разстройства.

Оперативное окончаніе родовъ, такъ наз. родоразрѣшеніе, или оперативныя мѣропріятія для ускоренія самопроизвольныхъ родовъ, вообще говоря, показаны лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда матери или плоду угрожаетъ опасность.

Исключенія: Профилактическій поворотъ при плоскомъ тазѣ и при неблагопріятныхъ вставленіяхъ головки, профилактическое низведение ножки при ягодичномъ предлежаніи съ выпаденіемъ пуповины, кесарское сѣченіе, которое охотнѣе всего производятъ при еще цѣломъ пузырьѣ <sup>1)</sup>.

Если плодъ, которому угрожаетъ опасность, можетъ быть спасенъ только вмѣшательствомъ, опаснымъ для матери, то, вообще говоря, отъ

---

<sup>1)</sup> Практикантъ акушерской поликлиники долженъ сообщать точныя данныя, какъ при всѣхъ общихъ и частныхъ разстройствахъ, такъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда, по его мнѣнію, показана какая-либо профилактическая операція.

такого вмѣшательства слѣдуетъ отказаться, такъ какъ жизнь матери цѣнится выше жизни плода—мало того, въ интересахъ находящейся въ опасности матери, при извѣстныхъ обстоятельствахъ, приносятъ въ жертву живой плодъ, подвергая его разсѣченію на части.

Къ числу угрожающихъ матери состояній относятся слѣдующія:

1. Лихорадка свыше  $38^{\circ}$  съ пульсомъ въ 100 ударовъ и выше.

Лихорадка указываетъ, что въ данномъ случаѣ произошла септическая инфекция (въѣдреніе стрептококковъ) имѣющихся на лицо ранъ или всасываніе гнилостныхъ продуктовъ. Инфекція возможна уже до разрыва плоднаго пузыря путемъ зараженія самопроизвольно образовавшихся или искусственно произведенныхъ ранъ на маточномъ зѣвѣ (разрѣзы и царапины). Всасываніе гнилостныхъ продуктовъ можетъ имѣть мѣсто лишь послѣ разрыва плоднаго пузыря, такъ какъ только при этомъ условіи способный къ гніенію матеріалъ (околоплодная вода, первородный калъ, умершій плодъ) можетъ придти въ соприкосновеніе съ зародышами гніенія, проникшими въ матку съ нечистыми руками, инструментами или атмосфернымъ воздухомъ. Гнилостное разложеніе сказывается, помимо лихорадки, еще тѣмъ, что отходящія околоплодная вода издають зловонный запахъ. Если гнилостное разложеніе въ маткѣ достигаетъ значительной степени, то образуются гнилостные газы (они обуславливають тимпаническій звукъ—*tympania uteri*); согласно открытію Gerbard'a образуетъ эти газы *bacterium coli*.

Хотя несомнѣнно фізіологическое повышеніе температуры во время родовъ существуетъ, все же повышеніе температуры слѣдуетъ считать патологическимъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ изслѣдованіе было произведено подозритель-

ной (въ смыслѣ чистоты) рукой или гдѣ лихорадка возникла долгое время спустя послѣ разрыва плоднаго пузыря. Въ такихъ случаяхъ при недостаточности схватокъ и потугъ, слѣдуетъ искусственно оканчивать роды.

Ahlfeld указалъ на два признака, по которымъ можно опредѣлить патологическій характеръ повышенія температуры во время родовъ: во-первыхъ, появленіе лихорадки послѣ періода полного отсутствія схватокъ, во-вторыхъ, пониженіе температуры послѣ дезинфицирующихъ спринцеваній.

Во многихъ случаяхъ повышеніе температуры только до  $38^{\circ}$  при затынувшемся періодѣ изгнанія и при вставленіи головки, благопріятномъ для наложенія щипцовъ, заставляло меня искусственно заканчивать роды. Въ этихъ случаяхъ, послѣ извлеченія живого ребенка, содержимое матки оказывалось сильно разложившимся; не только остальные околоплодные воды, но и сами плоды издавали сильнѣйшее зловоніе.

2. Чрезмѣрное растяженіе шейки гер. нижняго маточнаго сегмента.

Такое растяженіе становится патологическимъ и указываетъ на угрожающій разрывъ матки, когда кольцо сокращенія стоитъ выше симфиза болѣе, чѣмъ на ширину ладони. Это опасное растяженіе наступаетъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда, несмотря на схватки и потуги, подлежащая часть не вступаетъ въ малый тазъ, вслѣдствіе какого-либо препятствія (узкій тазъ, поперечное положеніе, hydrocephalus, задне-теменное вставленіе).

По Ваегейсену къ такому растяженію предрасполагаетъ чрезмѣрное развитіе сосудовъ въ шейкѣ (teleangiectasia cervicis).



Къ числу признаковъ такого растяженія относятся:

- a) прощупываніе кольца сокращенія въ области пупка и выше;
- b) болѣзненность нижняго маточнаго сегмента во время перерыва между схватками—самопроизвольная и при давленіи;
- c) лихорадка съ значительнымъ ускореніемъ большею частью слабаго, малаго пульса; сильное безпокойство и возбужденіе даже во время перерывовъ между схватками.
- d) отекъ срамныхъ губъ } явленія
- e) кровянистая моча } ущемленія.
- f) рвота, сухой языкъ.

### 3. Р а з р ы в ъ м а т к и .

Если при разрывѣ матки плодъ выступаетъ въ брюшную полость, то на лицо всегда имѣются слѣдующіе признаки:

1. едва ощутимый пульсъ и другія явленія шока,
2. истеченіе крови изъ влагалища,
3. предлежащая часть становится подвижной и отходитъ кверху.

Сильныя боли наблюдаются часто уже раньше, прекращеніе схватокъ иногда не очень бросается въ глаза. Лежащая около плода матка можетъ быть принята за отдѣлъ матки, болѣе сильно растянутый внутреннимъ кровотеченіемъ.

Если при патологическомъ растяженіи шейки маточный зѣвъ растягивается выше предлежащей части—это особенно возможно при поперечномъ положеніи (H. W. F r e u n d),—то матка можетъ оторваться отъ влагалища и плодъ этимъ путемъ выходитъ въ брюшную полость. Что касается

предсказанія и леченія этихъ, такъ назыв. отрывовъ матки отъ сводовъ (sol-rarorrhexis), то они таковы же, какъ и при обычныхъ разрывахъ матки.

#### 4. Кровотеченія.

Часто удается остановить кровотеченіе, не прибѣгая къ родоразрѣшенію. (Комбинированный поворотъ при предлежаніи послѣда).

#### 5. Эклампсія.

6. Осложненіе родовъ другими случайными заболѣваніями.

Тутъ особенное значеніе имѣютъ сердечныя и легочныя болѣзни. Вслѣдствіе повышенія кровяного давленія во время каждой схватки, дѣятельность сердца легко ослабѣваетъ. Наступаетъ параличъ сердца resp. отекъ легкихъ, развитіе которыхъ въ послѣродовомъ періодѣ иногда не удается предотвратить, несмотря даже на быстрое родоразрѣшеніе (Fritsch).

Плоду опасность угрожаетъ со стороны всѣхъ тѣхъ моментовъ, которые уменьшаютъ или совсѣмъ прекращаютъ подвозъ кислорода къ нему и ведутъ къ переполненію крови плода углекислотой. Чаще всего это зависитъ отъ чрезмѣрной продолжительности родовъ послѣ разрыва пузыря, такъ какъ послѣ разрыва пузыря матка уменьшается и въ силу этого сдавливаетъ материнскіе сосуды, направляющіеся къ послѣду, почему плодъ получаетъ меньше кислорода и въ концѣ-концовъ погибаетъ отъ асфиксіи. Къ числу признаковъ, указывающихъ на то, что плоду грозитъ смерть отъ удушенія или что имѣются другія болѣе рѣдкія разстройства, которыя могутъ повести къ асфиксіи, относятся слѣдующія:

1. Продолжительное замедленіе сердцебиенія плода во время

перерыва между схватками до 110 ударовъ и ниже.

2. Длительное учащеніе сердцебіеній плода свыше 160 ударовъ.

3. Быстрое образованіе большой головной опухоли.

Замедленіе сердцебіеній плода зависитъ обыкновенно отъ раздраженія блуждающаго нерва избыткомъ углекислоты въ крови плода, а учащеніе—отъ паралича блуждающаго нерва. Поэтому въ смыслѣ прогноза учащеніе сердцебіеній серіознѣе, чѣмъ замедленіе. Въ рѣдкихъ случаяхъ замедленіе сердечныхъ ударовъ плода зависитъ отъ давленія на мозгъ. И въ этихъ случаяхъ плодъ получаетъ слишкомъ мало кислорода, потому что въ извѣстный промежутокъ времени къ послѣду притекаетъ меньше крови плода, а, слѣдовательно и кислорода воспринимается меньше. Такимъ образомъ асфиксія въ однихъ случаяхъ является причиной, въ другихъ слѣдствіемъ раздраженія блуждающаго нерва. На наличность значительнаго давленія на мозгъ съ вѣроятностью указываетъ быстрое образованіе большой головной опухоли.

Чѣмъ бы асфиксія не обуславливалась, первичнымъ ли пониженіемъ подвоза кислорода къ послѣду или давленіемъ на мозгъ, все равно въ результатѣ богатая углекислотой кровь раздражаетъ дыхательный центръ плода и вызываетъ преждевременныя дыхательныя движенія<sup>1)</sup>, причемъ плодъ всасываетъ въ свои

<sup>1)</sup> Если при оперативномъ вмѣшательствѣ въ матку проникаетъ воздухъ, то онъ проглатывается плодомъ, находящимся въ асфиксіи; въ этомъ случаѣ плодъ можетъ даже кричать. Этотъ «*vagitus uterinus*», я однажды слышалъ при длившейся долгое время попыткѣ практиканта произвести поворотъ.

дыхательные пути околоплодные воды, меконий и слизь. Преждевременное дыханіе, само по себѣ, не ведетъ къ смерти плода; смерть плода происходитъ отъ паралича сердечныхъ нервовъ вслѣдствіе избытка углекислоты или недостатка кислорода въ крови. Однако преждевременное дыханіе все же ускоряетъ смерть тѣмъ, что при этомъ открывается легочное кровообращеніе и къ сердцу, безъ того уже ослабленному, предъявляются еще большія требованія. Но послѣдствія преждевременнаго дыханія получаютъ существенное значеніе только тогда, когда плодъ, уже въ маткѣ находившійся въ асфиксии, рождается еще живымъ, такъ какъ тутъ въ задачу терапіи входитъ удаленіе аспирированныхъ массъ.

4. **Отхожденіе меконія** (раздраженіе пп. *splanchnici* кровью, богатой углекислотой).

Отхожденіе меконія при ягодичныхъ предлежаніяхъ, если ягодицы уже вступили въ тазъ, не имѣетъ никакого значенія. Въ такихъ случаяхъ первородный калъ выдавливается механически. Отхожденіе первороднаго кала вызываютъ также и нѣкоторыя лекарства, данныя матери, напр. хининъ (*Rogak, Runge*).

5. **Выпаденіе пуповины.**

Какъ только предлежащая часть вступаетъ въ тазъ, давленіе ея на пуповину прерываетъ кровообращеніе между плодомъ и послѣдомъ, плодъ не получаетъ болѣе кислорода и задыхается.

6. **Кровотеченія.**

Кровотеченія изъ кровеносной системы зародыша происходятъ только въ двухъ случаяхъ: во-первыхъ, при *insertio velamentosa* (плевистое или бахромчатое прикрѣпленіе пуповины къ яйцевымъ оболочкамъ), когда сосуды пуповины проходятъ по нижнему полюсу яйца—въ этомъ случаѣ сосуды разрываются при разрывѣ пузыря; во-вторыхъ, при оперативномъ прободеніи послѣда въ

случаяхъ центральнаго предлежанія его. Однако и при кровотеченияхъ матери плодъ также подвергается опасности и, именно, вслѣдствіе уменьшенія своей дыхательной поверхности, если кровотечение обусловлено частичнымъ отдѣленіемъ послѣда. Если кровотечение происходитъ изъ другого источника, то вслѣдствіе сильнаго и внезапнаго паденія кровяного давленія у матери подвозъ кислорода къ плоду также затрудняется (R u n g e).

7. Сильное, быстро нарастающее повышеніе температуры (R u n g e: Смерть плода вслѣдствіе перегрѣванія).

Слабость схватокъ или такъ наз. истощеніе роженицъ никогда не должны, сами по себѣ, служить показаніемъ къ окончанію родовъ; показаніе является только въ тѣхъ случаяхъ, когда они сопряжены съ одной изъ выше названныхъ опасностей для матери или плода.

### Частная патологія родовъ.

Только что описанныя опасности, угрожающія матери или плоду могутъ вызвать самыя разнообразныя разстройства въ теченіи родовъ.

А. Разстройства самаго механизма родовъ. При этомъ роды или вовсе не будутъ подвигаться впередъ, или подвигаются лишь крайне медленно или же, въ очень рѣдкихъ случаяхъ, протекаютъ слишкомъ быстро.

Къ этимъ разстройствамъ относятся:

І. Аномаліи изгоняющихъ силъ: слабость схватокъ, недостаточная дѣятельность брюшнаго пресса (слабость потугъ), судорожныя схватки, столбнякъ матки.

## II. Ненормальные препятствія.

1. Со стороны матери: вслѣдствіе закрытія или суженія материнскихъ родовыхъ путей:

- a) мягкихъ,
- b) костныхъ.

2. Со стороны плода: вслѣдствіе ненормальнаго положенія, ненормальнаго членорасположенія и предлежанія, ненормальной величины и формы плода, и въ крайне рѣдкихъ случаяхъ вслѣдствіе короткой пуповины.

III. Сочетаніе хорошихъ схватокъ, энергичныхъ потугъ и незначительность сопротивленія со стороны родовыхъ путей матери и со стороны плода—все это при отсутствіи соотвѣтствующей помощи вызываетъ быстрые или внезапные роды.

B. Разстройства, независящія отъ механизма родовъ.

I. Эклампсія.

II. Кровотеченія во время родовъ.

III. Выворотъ матки.

IV. Выпаденіе пуповины.

V. Воздушная эмболія.

Крайне важно, чтобы акушеръ помнилъ схему А. При разстройствахъ, причина которыхъ не такъ ясна, какъ причина разстройствъ, перечисленныхъ подъ B, часто удается при помощи этой схемы поставить діагнозъ путемъ исключенія. Если, напр., черепъ, несмотря на благопріятное вставленіе и сильныя схватки, несмотря на полное открытіе маточнаго зѣва и широкій тазъ, не вступаетъ въ малый тазъ, то дѣло идетъ о ненормально большой головкѣ, напр. о головной водянкѣ.

## Слабость схватокъ.

Различаютъ первичную и вторичную слабость схватокъ. Первичная слабость схватокъ (слабость схватокъ съ самаго начала родовъ) встрѣчается:

1. При общей слабости, у хлоротичныхъ роженицъ и роженицъ, ослабленныхъ голодомъ или болѣзнями.
2. У женщинъ, которыя быстро, часто и безъ надлежащаго ухода родили нѣсколько разъ подрядъ.
3. При обще-суженномъ тазѣ, у очень молодыхъ или пожилыхъ первородящихъ, вслѣдствіе недостаточности маточной мускулатуры.
4. При чрезмѣрномъ растяженіи матки (двойни, многоводіе, *tumpania uteri*).
5. При опухоляхъ матки.
6. При переполненіи мочевого пузыря и прямой кишки.

Въ этихъ случаяхъ и потужная дѣятельность оказывается недостаточной, либо потому, что брюшной прессъ ослабленъ, либо потому, что отсутствуетъ рефлекторное раздраженіе со стороны схватокъ.

Опасной можетъ сдѣлаться слабость схватокъ только послѣ разрыва плоднаго пузыря, слѣдовательно, во 2-мъ и 3-мъ періодахъ родовъ!

Поэтому въ 1-мъ періодѣ слѣдуетъ воздерживаться отъ оперативнаго вмѣшательства, несмотря на стоны роженицы и окружающихъ.

Тутъ болѣе умѣстны назначенія общаго характера. Изнуреннымъ женщинамъ (въ случаяхъ, указанныхъ подъ пунктами 1, 2 и 3) слѣдуетъ давать

вино, крѣпкій кофе, удобоваримую, но укрѣпляющую пищу; слѣдуетъ также заботиться о свѣжемъ воздухѣ, удалять всѣхъ лишнихъ лицъ и т. д.

Крайне возбужденныхъ особъ слѣдуетъ успокоить наркотиками. Легкое хлороформированіе въ теченіе нѣкотораго времени творить при этомъ подчасъ чудеса, особенно въ случаяхъ, обозначаемыхъ именемъ судорожныя схватки, когда матка и во время перерыва между схватками расслабляется недостаточно; въ этихъ случаяхъ роженицы все время жалуются на сильныя боли и поэтому не примѣняютъ брюшного пресса. Судорожное сокращеніе матки можетъ быть ограниченнымъ и ограничиваться однимъ наружнымъ маточнымъ зѣвомъ, resp. во 2-мъ и 3-мъ періодѣ родовъ—однимъ внутреннимъ. Наркозъ вызываетъ въ подобныхъ случаяхъ правильную родовую дѣятельность, появляются потуги и роды быстро идутъ къ концу. Въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ капать въ маску 2—3 капли хлороформа лишь въ началѣ каждой схватки и продолжать этотъ легкій наркозъ самое большее 5 часовъ. Если врачъ не можетъ оставаться при роженицѣ, то онъ можетъ впрыснуть ей 0,01 морфія или 1,0 Skopomorphini Riedel'я.

Если первичная слабость схватокъ длится долго и, въ особенности, когда она продолжается и послѣ разрыва пузыря, то, чтобы непосредственно вызвать схватки нужно назначить теплую ванну, полную или сидячую, горячія обертыванія живота, частыя тепловатыя спринцеванія влагалища  $\frac{1}{2}\%$  растворомъ лизоформа или же слѣдуетъ впрыснуть 1,0 Pituitrin'a.

Необходимо позаботиться объ опорожненіи мочевого пузыря и прямой кишки.

При многоводіи слѣдуетъ разорвать плодный пузырь, коль скоро маточный зѣвъ достигъ величины монеты въ 5 марокъ. Плодный пузырь



слѣдуетъ разорвать внѣ схватки и возможно выше надъ маточнымъ зѣвомъ для того, чтобы пуповина не проскользнула бы мимо головки вмѣстѣ съ водами: Наилучшимъ инструментомъ для этой цѣли служить предварительно прокипяченная вязальная спица <sup>1)</sup>).

Вторичная слабость схватокъ происходитъ при ненормально большихъ препятствіяхъ. Вначалѣ она должна считаться безусловно благотворной, такъ какъ иначе легко могутъ произойти разрывы нижняго маточнаго сегмента, маточнаго зѣва и промежности. Въ этихъ случаяхъ наблюдается общеизвѣстное состояніе ретракціи матки и утолщеніе ея тѣла, вслѣдствіе чего это состояніе часто смѣшиваютъ со столбнякомъ матки; нижній маточный сегментъ при этомъ растянуть и почти весь плодъ находится въ немъ. Если при вторичной слабости схватокъ имѣется показаніе къ окончанію родовъ, то слѣдуетъ приступить къ родоразрѣшенію; если же показаній нѣтъ, а самопроизвольные роды возможны, то истощенной маткѣ надо дать покой, чтобы она могла набраться свѣжихъ силъ. Часто, однако, и въ такихъ случаяхъ приходится спустя нѣкоторое время прибѣгать къ искусственному окончанію родовъ, такъ какъ значительная продолжительность родовъ послѣ разрыва пузыря, обусловленная слабостью схватокъ, въ концѣ концовъ ведетъ къ опасности, какъ для жизни матери, такъ и для жизни плода. Матери грозитъ опасность зараженія вслѣдствіе болѣе легкаго доступа микроорганизмовъ въ матку, для плода

<sup>1)</sup> При чрезмѣрномъ растяженіи матки значительнымъ скопленіемъ околоплодныхъ водъ проколъ плоднаго пузыря можетъ понадобиться уже во время беременности, вслѣдствіе различныхъ расстройствъ кровеносной, дыхательной и пищеварительной системъ матери.

опасно длительное уменьшение матки, наступающее послѣ разрыва пузыря. Наиболѣе частой причиной внутриматочной гибели плодовъ является значительная продолжительность родовъ послѣ разрыва пузыря, а не давленіе на пуповину (NB. не вышавшую) или преждевременное отдѣленіе послѣда, какъ гласить стереотипный экзаменаціонный отвѣтъ. Уменьшеніе матки ведетъ къ суженію ея сосудовъ и тѣмъ самымъ къ недостаточному снабженію плода кислородомъ.

Если при слабости схватокъ приступаютъ къ родоразрѣшенію, то незадолго передъ этимъ цѣлесообразно дать роженицѣ 1,0—2,0 *secale cornutum* или впрыснуть 1 шприць *ergotin'a* (*Ergot. dialys.*, *Aq. dest.*, *glycerini aa*), съ цѣлью предотвратить продолженіе слабости схватокъ и въ послѣдовомъ періодѣ. Вообще же говоря, врачу практику лучше вовсе воздерживаться отъ назначенія спорыньи въ первые два періода родовъ. Неосторожное примѣненіе этого препарата вызываетъ *tetanus uteri*. Напротивъ *pituitrin*—экстрактъ изъ мозгового придатка—оказался препаратомъ, дѣйствительно вызывающимъ схватки, особенно при имѣющемся уже открытіи; его впрыскиваютъ подкожно по 1—2 см.

Подъ столбнякомъ матки понимаютъ состояніе тоническаго сокращенія матки. Матка въ теченіе долгаго времени тверда, какъ доска, и настолько плотно облегаетъ плодъ, что нѣтъ никакой возможности проникнуть рукой между ея стѣнкой и плодомъ. При этомъ чередованіе сокращеній съ расслабленіями совершенно отсутствуетъ, роженицы испытываютъ длительныя сильныя боли. Къ числу причинъ, вызывающихъ столбнякъ матки, относятся слѣдующія: непреодолимые препятствія (узкій тазъ, поперечное положеніе), неудавшіяся попытки родоразрѣшенія, сильное и частое ручное растяженіе маточнаго зѣва, спорыньи. Такъ какъ при длительномъ сокращеніи мышца не производитъ бо-

лѣе работы, то роды останавливаются; по той же причинѣ дѣло не доходитъ до разрыва матки. Напротивъ, даже послѣ благополучнаго родоразрѣшенія роженицы очень часто погибають отъ сепсиса, къ чему располагають тѣ же моменты, которые вызвали и tetanus и это постольку, поскольку тяжелые роды, вызывающіе tetanus, требуютъ повторныхъ внутреннихъ изслѣдованій. Tetanus uteri весьма неблагоприятенъ также и для плода, такъ какъ плодъ обычно погибаетъ отъ асфиксiи, вслѣдствіе ограниченія подвоза кислорода къ послѣду. Настоящій tetanus не удается устранить хлороформнымъ наркозомъ; столь же мало эффекта видѣльи отъ одновременнаго впрыскиванія морфія 0,01—0,03 и атропина 0,001, какъ это рекомендуетъ F r a e n k e l.

Поэтому я считаю противопоказаннымъ продолжительное примѣненіе наркотическихъ средствъ при tetanus uteri, такъ какъ, не устраняя tetanus'a, они угрожаютъ жизни и безъ того ослабленной роженицы возможностью жирового перерожденія важныхъ органовъ.

Поэтому при столбнякѣ матки слѣдуетъ считать рациональнымъ только непродолжительный наркозъ, чтобы быстро разрѣшить роженицу, ибо если роды не заканчиваются, то роженица, если не наступитъ разрыва матки, погибаетъ отъ сепсиса.

Для родоразрѣшенія ни въ коемъ случаѣ нельзя прибѣгать къ повороту. Если даже рука оператора достигнетъ ножки, то поворотъ все-таки не возможенъ вслѣдствіе того, что плодъ плотно охваченъ маткой.

При попыткѣ произвести форсированный поворотъ можно въ этихъ случаяхъ произвести разрывъ матки или отрывъ ея отъ влагалища (проникающій разрывъ влагалища, c o l r a r o g r h e x i s). Если дѣло идетъ о поперечномъ положеніи, то показана эмбриотомія плода. Выполненіе эмбриото-

міи можетъ оказаться чрезвычайно труднымъ, такъ какъ подлежащая часть при столбнякѣ матки находится иногда очень высоко, а шейка недостаточно раскрыта; при этихъ условіяхъ, даже при мертвомъ плодѣ, цѣлесообразнѣе произвести внѣбрюшинное кесарское сѣченіе, если налицо имѣется благопріятная обстановка (достаточное число помощниковъ или возможность переправить роженицу въ клинику).

Если предлежитъ головка, если она уже опустилась въ тазъ, или ее удастся вдавить въ тазъ, то при живомъ плодѣ показано извлеченіе щипцами. Если же плодъ мертвъ, то слѣдуетъ производить перфорацию во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наложеніе щипцовъ представляется труднымъ и гдѣ головка стоитъ надъ входомъ въ тазъ (въ случаѣ надобности даже при живомъ плодѣ). Если кромѣ столбняка матки, налицо имѣются явленія сепсиса или сапрэміи, какъ-то лихорадка, зловонныя отдѣленія, *tumpania uteri*, то по извлеченіи плода, надо поскорѣе выдавить послѣдъ, чтобы затѣмъ промыть матку нѣсколькими литрами 1% раствора лизоформа или 50% алкоголя. Если приѣмъ *Сгедé* не удастся, то слѣдуетъ немедленно промыть матку, удалить послѣдъ ручнымъ способомъ и затѣмъ еще разъ промыть матку.

## Закрытіе или сѣуженіе мягкихъ родовыхъ путей<sup>1)</sup>.

### 1. Закрытіе или сѣуженіе маточнаго зѣва.

При этомъ явленіи, часто наблюдаемомъ у пожилыхъ первородящихъ, дѣло идетъ, по *Schro-*

<sup>1)</sup> Статистическія данныя *Seitz'a* даютъ полное право сдѣлать выводъ, что въ одной Германіи можно было бы ежегодно спасать 50.000 дѣтей, если бы при этихъ осложненіяхъ во всѣхъ случаяхъ соотвѣтственнымъ образомъ примѣнялись способы *Dührssen'a*.

d e r' y, большей частью о простой ригидности края маточнаго зѣва, рѣже о склеиваніи (conglutinatiо orificiі externi) или заращеніи его (atresia), что, конечно, можетъ произойти только во время беременности.

**П о с л ѣ д с т в і я:** Несмотря на сильныя схватки, маточный зѣвъ не раскрывается, нижній отдѣлъ шейки, образованный влагалищной частью, сильно оттягивается книзу и растягивается, въ концѣ концовъ наступаетъ вторичная слабость схватокъ, или же влагалищная часть разрывается надъ маточнымъ зѣвомъ, а можетъ и совсѣмъ оторваться.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ неправильное положеніе маточнаго зѣва (см. стр. 126) можетъ быть ошибочно принято за закрытіе его.

**Т е р а п і я:** При ригидности или склеиваніи часто бываетъ достаточно простого давленія на маточный зѣвъ пальцемъ или зондомъ, чтобы раскрыть его. Если же это не удастся, то подъ контролемъ указательнаго и средняго пальцевъ лѣвой руки производятъ ножницами S i e b o l d'a четыре поверхностныхъ надрѣза края маточнаго зѣва; при атрезіи дѣлаютъ крестообразный разрѣзъ, предварительно приподнявъ пулевыми щипцами мѣсто маточнаго зѣва въ видѣ конуса. Если несмотря на эти надрѣзы, маточный зѣвъ все же не раскрывается, то кромѣ ригидности края маточнаго зѣва имѣется еще:

## 2. Ригидность влагалищной части.

И это явленіе часто встрѣчается у пожилыхъ первородящихъ и зависитъ, согласно моимъ изслѣдованіямъ, отъ недостатка въ эластическихъ волокнахъ. У повторнородящихъ ригидность вла-

галищной части встрѣчается въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣ послѣднихъ родовъ прошелъ цѣлый рядъ лѣтъ, роженица близка къ климактерію, и вслѣдствіе этого въ влагалищной части началось уже старческое перерожденіе эластическихъ волоконъ. Она наблюдается, далѣе, послѣ ампутаціи влагалищной части, при сифилитическомъ затвердѣніи и при начинающемся ракъ шейки.

**Симптомы ригидности:** Несмотря на сильныя схватки, маточный зѣвъ раскрывается недостаточно. Сглаженная влагалищная часть тѣсно прилежитъ къ подлежащей части въ видѣ плотнаго края.

**Послѣдствія:** Наступаетъ вторичная слабость схватокъ или значительное растяженіе нижняго маточнаго сегмента.

**Терапія:** если ни матери, ни плоду не угрожаетъ опасность, то слѣдуетъ примѣнить наркотики, которые быстро устраняютъ часто только кажущуюся ригидность, т.-е. ведутъ къ правильной родовой дѣятельности и тѣмъ самымъ къ расширенію маточнаго зѣва. Только послѣ безуспѣшнаго примѣненія наркотическихъ средствъ, и, во всякомъ случаѣ, только послѣ разрыва пузыря слѣдуетъ приступить, при строгомъ соблюденіи антисептическихъ предосторожностей, къ поверхностнымъ надрѣзамъ края маточнаго зѣва. Дѣло въ томъ, что, если роды и послѣ поверхностныхъ надрѣзовъ затянутся, что бываетъ часто, то нанесенныя раны могутъ септически инфицироваться.

Если матери или плоду угрожаетъ опасность, то въ цѣляхъ родоразрѣшенія приходится прибѣгать къ помощи 2—4 глубокихъ разрѣзовъ, т.-е. такихъ разрѣзовъ, которые простираются до сводовъ (см. искусственное расширеніе маточнаго зѣва).

### 3. Ригидность всей шейки.

Ригидность всей шейки встрѣчается при такъ наз. выпаденіяхъ матки, существовавшихъ еще до беременности, и при далеко зашедшихъ раковыхъ заболѣваніяхъ шейки.

**Симптомы ея:** Шейка сохраняетъ всю свою длину, не сглаживается даже ея надвлагалищная часть, маточный зѣвъ не открывается <sup>1)</sup>.

**Послѣдствія тѣ же,** что и въ § 2.

**Терапія:** При ракъ—большинство случаевъ рака у беременныхъ относится къ этой категоріи—слѣдуетъ, по постановкѣ діагноза, какого бы срока ни была беременность, немедленно произвести предложенное мною влагалищное кесарское сѣченіе съ послѣдующей влагалищной экстирпацией матки (радикальное влагалищное кесарское сѣченіе). Эта операція по F e h l i n g 'у (H u m b e r t) безопаснѣе брюшной экстирпации, а въ смыслѣ продолжительности излеченія даетъ столь же благопріятные результаты. Простые надрѣзы въ этихъ случаяхъ совершенно бесполезны, такъ какъ узкая часть лежитъ выше сводовъ. При выпаденіи матки сначала слѣдуетъ спокойно выжидать; маточный зѣвъ, обыкновенно, въ концѣ концовъ поднимается вверхъ и раскрывается; и только при опасности, угрожающей матери или плоду, слѣдуетъ попытаться механически расширить шейку (см. искусственное расширение маточнаго зѣва). Если же это невозможно, то слѣдуетъ произвести консервативное влагалищное кесарское сѣченіе.

<sup>1)</sup> Въ рѣдкихъ случаяхъ сращеніе материнскихъ и зародышевыхъ яичевыхъ оболочекъ въ непосредственной близости внутренняго маточнаго зѣва бываетъ такъ плотно, что нижній маточный сегментъ не въ состояніи подниматься по яйцу вверхъ, вслѣдствіе чего каналъ шейки не расширяется. **Терапія:** Отслоеніе яичевыхъ оболочекъ пальцемъ.

#### 4. Закрытіе или сѣуженіе влагалища и влагалищнаго входа.

Они могутъ быть или врожденныя (кольцеобразное сѣуженіе) или приобрѣтенныя (образование рубцовъ послѣ язвенныхъ процессовъ, вслѣдствіе трудныхъ родовъ, инфекціонныхъ болѣзней, сифилиса).

**Т е р а п і я:** Если головка растягиваетъ рубецъ, то слѣдуетъ сдѣлать соотвѣтственные надрѣзы. Послѣ этого часто удается извлечь плодъ безъ поврежденій (*W u d e r*) и всегда удается извлечь его послѣ перфорациі. Если мать во что бы то ни стало желаетъ имѣть живого ребенка, то можетъ возникнуть вопросъ о кесарскомъ сѣченіи, въ извѣстныхъ случаяхъ—о влагалищномъ; *R. V a u p* съ успѣхомъ произвелъ влагалищное кесарское сѣченіе въ одномъ подобномъ случаѣ.

При ригидности и узости влагалища и влагалищнаго входа, что часто встрѣчается у очень юныхъ или пожилыхъ первородящихъ, слѣдуетъ поступать выжидательно, пока не наступитъ показаніе къ окончанію родовъ. Если при этомъ головка стоитъ еще надъ нижней третью влагалища, то, при желаніи извлечь ребенка бережно и быстро и избѣжать разрыва промежности, слѣдуетъ произвести разрѣзь, названный мною влагалищно-промежностнымъ (см. искусственное расширеніе нижней трети влагалища); если же головка стоитъ въ выходѣ таза, то дѣлаются простые надрѣзы входа во влагалище и затѣмъ приступаютъ къ родоразрѣшенію.

Равнымъ образомъ слѣдуетъ производить боковые надрѣзы входа во влагалище въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при произвольныхъ родахъ промежности угрожаетъ разрывъ.

Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ препятствіемъ къ родоразрѣшенію служитъ с у д о р о г а m-lі



levatoris ani (vaginismus) и гдѣ она не исчезаетъ даже при глубокомъ наркозѣ, при наличности показаній къ окончанію родовъ, слѣдуетъ также произвести влагалищно-промежностный разрѣзь, а затѣмъ уже приступить къ родоразрѣшенію. Такимъ способомъ можно навѣрное избѣжать перфорациі плода.

### 5. Закрытіе или сѣуженіе мягкихъ родовыхъ путей опухолями или опухолеподобными образованиями.

Сюда относятся слѣдующія осложненія:

1. Значительное наполненіе мочевого пузыря и прямой кишки.

**Т е р а п і я:** Опорожненіе. Катетеризація въ такихъ случаяхъ должна всегда производиться твердымъ мужскимъ катетеромъ и на поперечной кровати; мнѣ она всегда удавалась даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ безуспѣшно была испробована другими; въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ одновременно съ катетеризаціей приходилось отдавливать головку кзади со стороны влагалища.

2. Камни мочевого пузыря.

Если камень не удастся смѣстить въ благопріятномъ направленіи, то слѣдуетъ разрѣзать мочевою пузырь со стороны влагалища, извлечь камень и тотчасъ же зашить рану.

3. Міомы матки.

Полипы, преграждающіе плоду путь, должны быть удалены; міомы шейки, если онѣ достижимы, вылуцаются либо со стороны маточнаго зѣва, либо со стороны влагалища. Глубоко сидящія большія міомы тѣла матки часто въ началѣ родовъ совершенно преграждаютъ тазовой каналъ, но въ большинствѣ случаевъ ихъ удается оттѣснить кверху или же

онѣ самопроизвольно отходятъ назадъ. Если этого не происходитъ, то ихъ слѣдуетъ удалить брюшнымъ или влагалищнымъ путемъ съ сохраненіемъ матки или съ удаленіемъ ея. Въ цѣляхъ опорожненія матки слѣдуетъ производить въ этихъ случаяхъ классическое или влагалищное кесарское сѣченіе.

4. Р а к ъ препятствуетъ родоразрѣшенію не столько своей величиной, сколько тѣмъ, что онъ превращаетъ шейку въ неподатливую трубку (см. стр. 177).
5. Яичниковыя опухоли.

Въ рѣдкихъ случаяхъ послѣ разрыва влагалищнаго свода яичниковыя опухоли изгоняются самопроизвольно впереди плода.

Т е р а п і я: Въ клиникѣ, если вправленіе не удастся, идеальной операціей является влагалищная оваріотомія черезъ задній влагалищный сводъ. Природа облегчаетъ эту операцію уже тѣмъ, что опухоль низдавливается въ задній сводъ и ножка ея при этомъ вытягивается. Если матери угрожаетъ опасность внѣ клиники, то слѣдуетъ проколоть опухоль со стороны влагалища, закончить роды и затѣмъ перевезти женщину въ гинекологическую клинику, чтобы немедленно произвести оваріотомію брюшнымъ или влагалищнымъ путемъ. Если опасность угрожаетъ только плоду или, вообще, ни матери, ни плоду опасность еще не угрожаетъ, то роженицу слѣдуетъ перевезти въ гинекологическую клинику или пригласить гинеколога.

6. Опухоли тазовой клѣтчатки или костей таза.  
Т е р а п і я: Экстирпація опухоли или кесарское сѣченіе.

Если перечисленные въ этой главѣ опухоли распознаются уже во время беременности, то

слѣдуетъ посоветоваться съ гинекологомъ не произвести ли экстирпацію во время беременности. Крайне важно раннее распознаваніе рака: При кровотеченіяхъ во время беременности слѣдуетъ думать не только объ угрожающемъ выкидышѣ или предлежаніи послѣда, но и о ракѣ!

### Узкій тазъ.

Слѣдующее подраздѣленіе узкихъ тазовъ, мы приводимъ, какъ наиболѣе наглядное:

#### А. Обще-сѣуженные тазы:

1. Обще-равномѣрно-сѣуженный тазъ.
2. Обще-сѣуженный плоскій тазъ.

#### В. Частично сѣуженные тазы:

1. Тазы, сѣуженные въ прямомъ размѣрѣ:
  - a) Простой плоскій тазъ.
  - b) Рахитическій плоскій тазъ.
  - c) Спондилолистетическій тазъ.
  - d) Тазъ, уплощенный вслѣдствіе двусторонняго вывиха въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ.
2. Поперечно-сѣуженные тазы:
  - a) Кифотическій тазъ.
  - b) Воронкообразный тазъ.
  - c) Остеомаляитическій тазъ.
  - d) Поперечно-анкилотическій тазъ (R o b e r t'a).
3. Косо-сѣуженные тазы:
  - a) Анкилотически-косо-сѣуженный тазъ.
  - b) Коксальгическій тазъ.
  - c) Сколіотико-рахитическій тазъ.
4. Неправильно-сѣуженные тазы.

Къ этой группѣ относятся тазы, сѣуженные вслѣдствіе экзостозовъ, опухолей костей таза, плохо сросшихся переломовъ.

Практически важные, найчаще встрѣчающіеся

узкіе тазы, представлены ниже въ порядкѣ своей частоты, причемъ приведены типичные размѣры:

D. spin. D. crist. Conj. ext. C. diag. C. vera.

1. Простой плоскій тазъ . . . . .	25	28	18	11	9
2. Рахитическій плоскій тазъ . . . . .	27—29	28	18—13	11—6	9—4
3. Обще - суженный тазъ . . . . .	23	26	18	11	9
4. Обще - суженный плоскій тазъ . . . . .	23	26	16	9	7
Размѣры нормальнаго таза . . . . .	25 (26,3)	28 (29,3)	20	13	11

### Сущность и происхождение различныхъ формъ таза.

Плоскими тазами называются такіе, у которыхъ укорочены прямые размѣры.

Простой плоскій тазъ можетъ быть врожденнымъ (Fehling). По другимъ авторамъ, онъ возникаетъ вслѣдствіе пошенія большихъ тяжестей въ ранней юности. Въ такомъ тазу крестецъ цѣликомъ вдвинуть впередъ. Conj. vera не бываетъ менѣе 8 см. По Ahlfeld'у, такіе тазы при точномъ изслѣдованіи часто все же оказываются рахитическими.

Рахитическій плоскій тазъ можетъ быть, по Kehler'у, врожденнымъ или же, по Fehling'у, можетъ возникнуть вслѣдствіе того, что рахитъ останавливаетъ тазъ на дѣтской ступени развитія. Это объясненіе въ нѣкоторомъ отношеніи проще, чѣмъ объясненіе Litzman'n'a, по которому рахитическая форма таза возникаетъ вслѣдствіе давленія тяжести туловища на больныя кости. Это давленіе будто бы сильно оттѣсняетъ верхнюю половину крестца кпереди и книзу, въ то время какъ нижняя половина его отклоняется

при этомъ кзади. Далѣе, тѣла крестцовыхъ позвонковъ выступаютъ надъ уровнемъ крыльевъ крестца, такъ что передняя поверхность крестца принимаетъ въ поперечномъ направленіи прямой или выпуклый видъ. Оттѣсненный кпереди крестецъ производитъ посредствомъ *lig. ileo-sacralia* значительное натяженіе на подвздошныя кости, которыя и разошлись бы, если бы не были связаны въ лонномъ сочлененіи. Вслѣдствіе этого въ рахитическомъ тазу возникаетъ болѣе сильное натяженіе въ поперечномъ направленіи и расхожденіе въ стороны подвздошныхъ костей, что на живой женщинѣ сказывается уменьшеніемъ или уничтоженіемъ разницы между размѣрами *d. spinarum* и *d. cristarum*. Длина *conj. verae* въ рахитическомъ тазу можетъ понизиться до 4 см.

**Примѣчаніе.** Если въ разгаръ рахита ребенокъ пользуется нижними конечностями, то образуется такъ назыв. псевдо-остеомалаятичeskій тазъ, отличающійся отъ истиннаго остеомалаятическаго таза только своей этиологіей и меньшимъ суженіемъ. Большимъ сходствомъ съ рахитическимъ тазомъ, особенно въ измѣненіи формы крестца, отличается тазъ съ врожденнымъ расщепленіемъ симфиза<sup>1)</sup>. Вслѣдствіе того, что въ такихъ тазахъ отсутствуетъ часть передней стѣнки, въ нихъ не развивается суженіе въ прямыхъ размѣрахъ.

При общесъуженномъ тазѣ наблюдается укороченіе всѣхъ размѣровъ во всѣхъ пло-

<sup>1)</sup> За исключеніемъ одного случая Freund'a, съ этой врожденной деформацией таза всегда сочеталась эктопія мочевого пузыря. Роды бываютъ затруднены, вслѣдствіе ригидности мягкихъ частей и недостаточной дѣятельности брюшного пресса. Послѣ родовъ всегда наблюдалось выпаденіе влагалища.

скостяхъ таза, однако, это укороченіе, обычно, не превышаетъ 2 см. Это—тазъ, остановившійся, какъ по большей части и весь индивидуумъ, на дѣтской ступени развитія (*Litzman*).

Обще-сѣуженный плоскій тазъ возникаетъ на почвѣ рахита, если при послѣднемъ преждевременное окостенѣніе задержало ростъ отдѣльныхъ костей. Такой тазъ соединяетъ въ себѣ признаки обще-сѣуженнаго и рахитически-плоскаго тазовъ.

Спондилолистетическій тазъ образуется отъ того, что тѣло послѣдняго поясничнаго позвонка, вслѣдствіе перелома или врожденнаго расщепленія его дуги, соскальзываетъ впередъ по первому крестцовому позвонку, въ то время какъ дуга съ *proc. obliqui inf.* задерживается, благодаря соединенію съ *proc. sacrales* (*Neugebauer* млад.). Въ практическомъ отношеніи этотъ тазъ имѣетъ такое же значеніе, какъ и сѣуженный въ верхней своей части рахитическій тазъ, такъ какъ опустившаяся книзу и впередъ поясничная часть позвоночника сѣуживаетъ прямой размѣръ. При внутреннемъ изслѣдованіи на поясничной части позвоночника прощупывается дѣленіе аорты (*Olshausen*).

Въ тазѣ, уплощенномъ, вслѣдствіе двусторонняго вывиха въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ, уплощеніе происходитъ отъ того, что давленіе со стороны головокъ бедренныхъ костей прекращается.

Кифотическій тазъ образуется при низко-сидящемъ (поясничномъ) кифозѣ вслѣдствіе того, что верхнее колѣно кифоза отдавливаетъ кзади нижнее, а послѣднее, въ свою очередь, кзади же отдавливаетъ крестецъ. Подобно тому, какъ при глубокомъ внѣдреніи крестца (при рахитическомъ тазѣ) образуется усиленное поперечное натяженіе, точно также отдавливаніе крестца кзади—уменьшаетъ поперечное натяженіе, что и сказывается

сужениемъ поперечнаго размѣра, главнымъ образомъ выхода таза.

Воронкообразный тазъ, по Schauta образуется такимъ же образомъ, какъ и кифотическій—вслѣдствіе давленія позвоночнаго столба на крестецъ; благодаря ненормально высокому положенію мыса (при врожденной ненормальной вышиной малаго таза) давленіе это дѣйствуетъ въ направленіи кзади. Суженіе при воронкообразномъ тазѣ носитъ тотъ же характеръ, что и при кифотическомъ.

Остеомалытичeskій тазъ образуется вслѣдствіе давленія тяжести туловища и бедеръ на размягченныя остеомалыціей кости. Остеомалыція встрѣчается въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ эндемически. Въ началѣ заболѣванія наблюдаются сильныя, рвущія боли во всѣхъ членахъ. Хотя впослѣдствіи съ теченіемъ процесса суживаются прямые размѣры, все же преобладаетъ поперечное суженіе и оно можетъ доходить до полнаго уничтоженія тазоваго канала. Крайне характернымъ является клювовидная форма симфиза.

Robert'овскій тазъ образуется вслѣдствіе недоразвитія обоихъ крыльевъ крестца; причиной или—что чаще—слѣдствіемъ этого недоразвитія можетъ быть анкилозъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій.

Такимъ же образомъ возникаетъ и анкилотически-косо-суженный (Naegele'вскій) тазъ, когда процессъ протекаетъ лишь на одной сторонѣ. При этомъ, вслѣдствіе того, что давленіе бедра сосредоточивается на одной сторонѣ, происходитъ смѣщеніе подвздошной кости этой стороны вверхъ, внутрь и кзади. Смѣщенія кзади не бываетъ только въ томъ случаѣ, когда и тутъ анкилозъ является первичнымъ.

Точно такое же смѣщеніе вверхъ, внутрь и кзади бываетъ и въ коксальгическомъ тазу,

но причиной здѣсь является кокситъ; такъ какъ при кокситѣ при ходьбѣ пользуются, обыкновенно, только здоровой ногой, то и одностороннее давленіе бедра производитъ смѣщеніе на здоровой сторонѣ. Когда же пользуются больной, укороченной ногой, то тяжесть туловища падаетъ, главнымъ образомъ, на больную сторону и здѣсь тазъ оказывается косо-сѣуженнымъ на больной сторонѣ (Spiegelberg, Gussow).

И въ сколіотикор-рахитическомъ тазу имѣется точно такое же смѣщеніе.

Сѣуженіе находится на той сторонѣ, куда обращена компенсаторная выпуклость поясничной части позвоночника. На эту сторону тяжесть туловища оказываетъ бѣльшее давленіе.

До сихъ поръ причину узкихъ тазовъ мы видѣли только въ двухъ факторахъ, именно въ задержкѣ развитія и въ измѣненныхъ условіяхъ давленія тяжести туловища; третьимъ факторомъ, который слѣдуетъ упомянуть, является тяга мышцъ. Для доказательства этого вліянія мышцъ на образованіе формы таза Kehrger привелъ экспериментальныя данныя, а Gussow и клиническія—въ одномъ случаѣ сломаннаго косо-сѣуженнаго таза. Возникновеніе спондилолистического таза Breus и Kolisko объясняютъ также необходимой для удержанія равновѣсія тягой мускуловъ и связокъ.

Однако свою окончательную форму каждый тазъ получаетъ, по этимъ авторамъ, вслѣдствіе особенностей роста костей. Такъ эти авторы приходятъ къ генетической классификаціи, согласно которой сѣуженіе тазовъ вызывается слѣдующими причинами: 1) разстройства эмбриональнаго развитія и вѣматочнаго роста; 2) заболѣванія костей таза и ихъ сочлененій; 3) аномаліи позвоночника; 4) аномаліи нижнихъ конечностей; 5) аномаліи центральной нервной системы.



## Распознаваніе различныхъ формъ узкаго таза, измѣреніе таза.

Точное распознаваніе узкаго таза и опредѣленіе его формы возможно только путемъ измѣренія таза.

Для опредѣленія наичаще встрѣчающихся плоскихъ и обще-сбуженныхъ тазовъ достаточно знать разстояніе между передне-верхними остями подвздошныхъ костей (*spinae ant. sup. ossis ilei*), между гребешками подвздошныхъ костей (*crustae ossis ilei*), размѣръ *conjugatae externae* (*diameter Baudelocquii*) и *conjugatae diagonalis*. Первое разстояніе измѣряется такимъ образомъ, что указательными пальцами прощупываются обѣ ости и непосредственно кнаружи отъ нихъ при помощи указательныхъ пальцевъ прикладываютъ концы тазомѣра. Чтобы получить второй размѣръ проводятъ концы тазомѣра по наружной губѣ гребешка отъ остей кзади и берутъ наибольшее разстояніе. При измѣреніи *conj. externae* женщина ложится на лѣвый бокъ. Задней точкой для измѣренія служитъ углубленіе подъ остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка; это вдавленіе находится на 2 пальца выше линіи, соединяющей задне-верхнія ости подвздошныхъ костей; эти ости представляются глазу или ощупывающему ихъ пальцу въ видѣ двухъ углубленій <sup>1)</sup>). Фиксируя указательнымъ пальцемъ одинъ конецъ тазомѣра на задней измѣрительной точкѣ, заставляютъ женщину снова медленно лечь на спину и ставятъ другой конецъ тазомѣра на передней поверхности симфиза и именно близъ верхняго края, чтобы получить наибольшій размѣръ. Если

<sup>1)</sup> Если соединить эти 3 точки съ мѣстомъ схождения ягодичныхъ мышцъ, то получается ромбъ *Michaëlis'a*, ясно замѣтный у хорошо сложенныхъ женщинъ.

conj. diagonalis измѣряютъ на продольной кровати, то подкладываютъ подъ тазъ твердую подушку или заставляютъ женщину приподнять тазъ. Ни то, ни другое не нужно, если измѣреніе производится на поперечной кровати. Затѣмъ вводятъ указательный и средній пальцы лѣвой руки—при значительномъ суженіи достаточно и одного указательнаго—до мыса, помѣщаютъ копчикъ средняго пальца на мысѣ, а указательный плотно прижимаютъ къ лобковой дугѣ. То мѣсто лѣваго указательнаго пальца, которое касается остраго края лобковой дуги, т.-е. lig. arcuatum, отмѣчаютъ ногтемъ праваго указательнаго пальца; послѣ этого вынимаютъ пальцы въ томъ же положеніи, въ какомъ они были во влагалищѣ, и съ помощью акушерки измѣряютъ тазомѣромъ разстояніе отъ мѣтки на лѣвомъ указательномъ пальцѣ до верхушки лѣваго средняго пальца. Размѣръ conjugatae verae получаютъ, вычитая изъ conj. externa 9 см. и изъ conj. diagonalis  $1\frac{1}{2}$ —2 см. Въ случаѣ разницы въ полученныхъ числахъ, слѣдуетъ предпочесть число, полученное при вычитаніи изъ conj. diagonalis.

При измѣреніи поперечно-суженныхъ тазовъ необходимо еще измѣрять поперечный размѣръ выхода таза (см. стр. 75). Поводъ къ этому измѣренію даетъ существующій низко-сидящій кифозъ. При не очень сильномъ суженіи предположеніе о воронкообразномъ тазѣ является только во время родовъ, если головка, несмотря на то, что мягкія части податливы, схватки сильны и малый родничекъ уже повернулся кпереди, останавливается въ узкой части полости или въ выходѣ таза. Существующая хромота должна возбуждать подозрѣніе о косо-суженномъ тазѣ. Для распознаванія такого таза ощупываніе его имѣетъ большее значеніе, чѣмъ измѣреніе. Ощупываніемъ опредѣляется болѣе высокое стояніе одной изъ под-

вздошныхъ костей, болѣе отвѣсный характеръ большой половины таза и ея смѣщеніе въ сторону мыса, такъ что симфизъ не находится прямо противъ него. Впрочемъ Skutsch, Zweifel и Gauss предложили инструменты, которыми можно измѣрить всѣ внутренніе размѣры. На наличность узкаго таза указываютъ еще слѣдующіе моменты:

1. Хромота, поразительно малый ростъ, искривленіе позвоночника.

При остеомалациі ростъ уменьшается, женщины бросаются въ глаза, что ихъ платья становятся слишкомъ длинными.

2. Искривленіе и утолщеніе конечностей (остатки рахита).

3. Отвислый животъ у первородящихъ.

4. Тяжелые и продолжительные предыдущіе роды.

5. Отклоненія отъ нормальнаго теченія родовъ.

а) Преждевременное отхожденіе околоплодныхъ водъ.

б) Выпаденіе пуповины и конечностей.

с) Головка не вступаетъ въ тазъ.

д) Неправильное положеніе и членорасположеніе плода.

е) Характеръ вставленія головки.

а) При плоскомъ тазѣ: низкое стояніе большого родничка и передне-темянное вставленіе;

б) при обще-сѣуженномъ тазѣ: поразительно низкое стояніе малаго родничка;

γ) при обще-сѣуженномъ плоскомъ тазѣ: переднетемянное вставленіе и низкое стояніе малаго родничка.

Поименованныя въ пунктахъ α, β, и γ вставленія должны, впрочемъ, считаться вполне благоприятными для соотвѣтственной формы

таза, такъ какъ только при такихъ условіяхъ головка можетъ преодолѣть суженное мѣсто таза.

Такимъ образомъ узкій тазъ является причиной длиннаго ряда осложненій родовъ, но, разумѣется, не единственной. Такъ, напр., поперечное положеніе можетъ быть вызвано отвислымъ животомъ и при нормальномъ тазѣ.

## Течение родовъ при узкомъ тазѣ.

Возможность родовъ при узкомъ тазѣ зависитъ:

1. Отъ степени суженія. *Litzman* различаетъ 4 степени.

1-я степень:	<i>Conjugata vera</i>	равняется	$9\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$	см.	
2-я	»	»	»	$8\frac{1}{2}$ —7	»
3-я	»	»	»	7— $5\frac{1}{2}$	»
4-я	»	»	»	ниже $5\frac{1}{2}$	»

2. Отъ схватокъ и дѣятельности брюшнаго пресса (потугъ).

3. Отъ величины и твердости головки.

4. Отъ вставленія головки.

Этими различными факторами объясняется менѣе благопріятное теченіе позднѣйшихъ родовъ въ одномъ и томъ же случаѣ узкаго таза. Схватки дѣлаются хуже, головка больше и тверже, вставленіе ея вслѣдствіе отвислаго живота легко становится неправильнымъ, а *конфигурація* головки по этой причинѣ труднѣе.

Къ числу опасностей, которымъ подвергается обладательница слишкомъ узкаго таза, относятся тѣ, которыя перечислены на стр. 161 подъ §§ 1, 2 и 3, далѣе сдавленіе мягкихъ частей съ послѣдующимъ омертвѣніемъ, что въ послѣродовомъ періодѣ можетъ вызвать образованіе пузырно-влагалищнаго или пузырно-шесчнаго свища и разрывы сочле-

неній таза; при самопроизвольномъ теченіи родовъ разрывы тазовыхъ сочлененій наступаютъ только въ томъ случаѣ, если подѣ влияніемъ предшествовавшихъ родовъ въ хрящѣ произошли пролиферационныя измѣненія, ослабившія крѣпость сочлененія.

Опасность для плода заключается въ асфиксiи, обусловленной продолжительностью родовъ или чрезмѣрнымъ давленіемъ на черепъ. Ограниченное давленіе со стороны мыса ведетъ къ вдавленіямъ на черепѣ, сильнѣйшую степень которыхъ представляетъ ложкообразное вдавленіе; такое вдавленіе, вслѣдствіе сильнаго поврежденія мозга вызываетъ большей частью смерть плода. В а и т т рекомендуетъ выправленіе вдавленнаго мѣста штопорообразнымъ инструментомъ. Ограниченное давленіе пріобрѣтаетъ особенное значеніе также при различныхъ способахъ искусственнаго родоразрѣшенія и можетъ повести къ различнаго рода поврежденіямъ черепа (переломы съ послѣдующимъ смертельнымъ кровоизліяніемъ въ мозгъ) и остального организма.

### Терапія при плоскомъ тазѣ.

При суженіи 4-ой степени рѣчь можетъ ити только о кесарскомъ сѣченіи, такъ какъ черезъ такой узкій тазъ не проходитъ даже расчлененный на части плодъ (безусловное показаніе къ кесарскому сѣченію).

При 3-ей степени суженія представляется выборъ между кесарскимъ сѣченіемъ и перфорацией (относительное показаніе къ кесарскому сѣченію); кесарское сѣченіе производится въ тѣхъ случаяхъ, когда мать желаетъ имѣть живого ребенка.

При 2-ой и 1-ой степеняхъ суженія ребенокъ можетъ родиться самопроизволь-

и о и живымъ при хорошихъ схваткахъ, маленькой головкѣ и благопріятномъ вставленіи. Часто оказываются необходимыми поворотъ, щипцы и перфорация. При тазахъ въ 7—8 см., если данная женщина является къ врачу уже во время беременности, а профилактической поворотъ при предыдущихъ родахъ не далъ благопріятнаго результата, и въ настоящее время примѣняютъ еще искусственныя преждевременныя роды на 34—36 недѣлѣ.

По вопросу о томъ, придерживаются ли при плоскомъ тазѣ выжидательнаго метода или производятъ такъ назыв. профилактической поворотъ, т.-е. ранній поворотъ, прежде, чѣмъ мать или плодъ подвергнутся опасности, я держусь того мнѣнія, что поворотъ, произведенный опытнымъ акушеромъ съ соблюденіемъ правилъ асептики, является для матери безопаснымъ и что при такихъ условіяхъ смертность дѣтей равняется 10% и, слѣдовательно, едва превышаетъ обычную среднюю смертность дѣтей при родахъ.

На 115 случаевъ поворота и извлеченія при плоскомъ тазѣ изъ акушерской поликлиники *Chari té*, гдѣ операція часто производилась можетъ быть слишкомъ поздно, смертность матерей равнялась 0,8%, дѣтей—13%.

Польза профилактическаго поворота заключается въ томъ, что послѣдующая головка проходитъ черезъ тазъ легче, чѣмъ предшествующая, такъ какъ въ опредѣленный моментъ ее можно провести черезъ суженное мѣсто съ очень большой силой, на что въ особенности указываетъ *Gussow*. Къ тому же суженное мѣсто удается увеличить на 1 см. при помощи «*Walsherg*'овскаго висячаго положенія».

Неопытный, но соблюдающій правила антисептики акушеръ, примѣняя профилактической по-

воротъ, т.-е. производя его при подвижной головкѣ и вполнѣ открытомъ маточномъ зѣвѣ, не подвергаетъ опасности мать. но зато смерть плода вызываетъ чаще (въ 57 % случаевъ—D o h r n, W i n s k e l), чѣмъ при выжидательномъ методѣ и наложеніи щипцовъ послѣ того, какъ головка преодолѣетъ суженное мѣсто. Съ другой стороны при выжидательномъ методѣ продолжительное теченіе родовъ угрожаетъ матери большей опасностью. Но еще болѣе возрастаетъ опасность для матери, а затѣмъ и для плода, когда, послѣ предварительнаго выжиданія, въ концѣ концовъ все-таки накладываютъ щипцы на головку, стоящую еще въ суженномъ входѣ въ тазъ.

Съ этой точки зрѣнія при суженіяхъ таза 1-ой и 2-ой степени въ интересахъ матери можно было бы рекомендовать даже начинающему, но освоившемуся съ правилами антисептики, акушеру профилактической поворотъ.

Широкое примѣненіе профилактическаго поворота на практикѣ, впрочемъ, существенно ограничивается тѣмъ, что врачъ приглашается слишкомъ поздно, когда произвести поворотъ бываетъ уже трудно; въ особенности часто это бываетъ при родахъ у первородящихъ. Въ настоящее время, слѣдуя совѣту W i n t e r'a, у первородящихъ можно выждать дольше въ виду того, что въ крайнемъ случаѣ ребенка можно еще спасти съ помощью тазорасширяющей операціи. Къ такой операціи прибѣгаютъ, если, несмотря на схватки и потуги, которыя у первородящихъ еще сильны, несмотря на меньшую у нихъ величину ребенка, плодъ все-таки вопреки общему правилу не проходитъ черезъ суженное мѣсто.

Если извлеченіе послѣдующей головки не удастся, то ее слѣдуетъ перфорировать.

Если при головномъ предлежаніи головка уже плотно стоитъ во

входѣ въ тазъ, то, когда ни матери, ни плоду не угрожаетъ опасности, слѣдуетъ держаться выжидательно и ограничиваться тѣмъ, что роженицу кладутъ на бокъ, соответствующій большому родничку. Можно попытаться способствовать конфигураціи головки плода движеніями таза, переводя роженицу то въ висячее положеніе, то въ противоположное ему (S e l l h e i m). Если же матери и плоду начинаетъ угрожать опасность, то слѣдуетъ попытаться провести головку черезъ суженное мѣсто посредствомъ давленія снаружн (H o f m e i e r), причемъ женщина должна принять W a l s c h e r 'овское висячее положеніе (т.-е. со свѣшенными книзу ногами). Въ случаѣ удачи, извлеченіе щипцами становится очень легкимъ, а объ удачѣ мы можемъ судить по тому, что головка не только опускается ниже, но измѣняетъ свое вставленіе:—малый родничекъ ея опускается глубже, а стрѣловидный шовъ отходитъ отъ мыса. Если давленіе снаружн не приводитъ къ цѣли, то позволительно сдѣлать осторожную попытку наложенія щипцовъ, но при условіи, что по крайней мѣрѣ стрѣловидный шовъ отошелъ уже отъ мыса и головка такимъ образомъ до нѣкоторой степени конфигурировалась. Осторожность въ наложеніи щипцовъ выражается въ томъ, что ихъ снимаютъ, если послѣ нѣсколькихъ тракцій головка не поддается <sup>1)</sup>. Въ этихъ случаяхъ врачъ не долженъ смущаться, разъ онъ предварительно заявилъ окружающимъ, что дѣло идетъ именно о попыткѣ. Обыкновенно такое наложеніе щипцовъ на головку, стоящую еще въ суженномъ входѣ въ тазъ, не ведетъ къ цѣли. Если показаніемъ къ вмѣшательству послужила угрожающая матери опасность и тазорасширяющая операція

---

<sup>1)</sup> Такого рода операція называется по-русски «пробными щипцами». *Прим. ред.*



не можетъ быть произведена, то послѣ неудачной попытки наложенія щипцовъ слѣдуетъ произвести перфوراцію.

Если же операція предпринимается въ интересахъ плода, то нѣтъ надобности немедленно приступать къ перфораціи, при томъ условіи, конечно, что дѣйствительно была предпринята и только при строгомъ соблюденіи правилъ антисептики осторожная попытка наложенія щипцовъ. Возможно, что плодъ родится позднѣе еще самопроизвольно и живымъ. Какъ на критерій, что попытка наложенія щипцовъ была сдѣлана осторожно, я указалъ бы на то, что сердечные тоны плода послѣ такой попытки не претерпѣваютъ никакихъ измѣненій. Само собою понятно, что послѣ подобной безуспѣшной попытки необходимо тщательно наблюдать за состояніемъ матери и немедленно приступать къ перфораціи, коль скоро ей начнется угрожать опасность.

Вопросъ о томъ, будетъ ли симфизеотомія, возрожденіе которой въ послѣднее время опять такъ привѣтствуютъ во Франціи, въ состояніи удержать свое мѣсто въ оперативномъ акушерствѣ и ограничить показанія къ профилактическому повороту, кесарскому сѣченію, перфораціи и искусственнымъ преждевременнымъ родамъ, казался уже разрѣшеннымъ въ положительномъ смыслѣ, когда внѣбрюшинное кесарское сѣченіе вновь его вытѣснило. Въ Германіи Zweifel получилъ прекрасные результаты отъ симфизеотоміи, послѣ которой онъ предоставляетъ роды самопроизвольному теченію. Изъ симфизеотоміи развилась гебостеотомія (пубіотомія). Для сторонника этихъ тазорасширяющихъ операцій терапия при узкихъ тазахъ 1-ой и 2-ой степени вырисовывается въ слѣдующемъ видѣ: выжидать, не преодолѣетъ ли головка препятствіе—въ противномъ случаѣ слѣдуетъ приступить къ разсѣченію тазового кольца.

## Терапія при обще-сѣуженномъ тазѣ.

При обще-сѣуженномъ тазѣ, въ виду того, что послѣдующая головка обыкновенно не можетъ быть проведена черезъ сѣуженный тазъ съ необходимой для сохраненія жизни плода быстротой, слѣдуетъ придерживаться выжидательнаго метода, за исключеніемъ случаевъ задне-теменного вставленія, выпаденія пуповины послѣ неудачнаго вправленія и поперечнаго положенія, и стараться простымъ укладываніемъ женщины на бокъ, соотвѣтствующій малому родничку, содѣйствовать болѣе низкому опущенію послѣдняго. Если въ дальнѣйшемъ наступаетъ показаніе къ окончанію родовъ, то головка, обыкновенно, уже конфигурировалась и стоитъ, по крайней мѣрѣ, во входѣ въ тазъ или же при примѣненіи *Walsherg*'овскаго висячаго положенія и давленія снаружи она можетъ быть вдавлена во входъ въ тазъ и вставится благопріятно, т.-е. малый родничекъ опустится глубоко книзу. При этихъ условіяхъ извлеченіе щипцами удается поразительно легко, особенно если помощью соотвѣтственныхъ надрѣзовъ (см. ниже) устранить сопротивленіе со стороны маточнаго зѣва, со стороны влагалища, которое при обще-сѣуженномъ тазѣ также ненормально узко (*Freund* и авторъ) и, наконецъ, со стороны ригидной промежности—эти надрѣзы представляютъ, впрочемъ, операціи, которыя я хотѣлъ бы оставить въ рукахъ акушеровъ-спеціалистовъ;—когда головка опустится ниже, рожелицѣ снова слѣдуетъ придать положеніе для камне-сѣченія, такъ какъ такимъ путемъ лонное сочлененіе поднимается кверху и вслѣдствіе этого прямой размѣръ узкой части таза увеличивается болѣе, чѣмъ на 2 см. (*v. Küttner*).

Перфорация, слѣдовательно, можетъ быть ограничена, если отказаться отъ тазорасширяющей операціи, тѣми рѣдкими случаями, гдѣ головка, несмотря на давленіе снаружи, вообще не вступаетъ въ тазъ, и роженицѣ угрожаетъ опасность, вслѣдствіе значительнаго растяженія нижняго маточнаго сегмента. При неблагопріятномъ теченіи прежнихъ родовъ возникаетъ также вопросъ объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ и кесарскомъ сѣченіи.

### Терапія при прочихъ формахъ узкаго таза и заключеніе.

При кифотическомъ и воронкообразномъ тазѣ серіозныя расстройства родовъ наблюдаются преимущественно у первородящихъ. Это показываетъ, что препятствіемъ является не одинъ только тазъ. Произведя влагалищно-промежностной разрѣзъ въ одномъ случаѣ кифотическаго и въ одномъ случаѣ воронкообразнаго таза, гдѣ поперечный разрѣзъ выхода былъ 8 см., я легко могъ закончить извлеченіе щипцами, что передъ тѣмъ совершенно не удавалось. Если извлеченіе щипцами не удастся, то слѣдуетъ перфорировать. Равнымъ образомъ можетъ быть возбужденъ вопросъ о кесарскомъ сѣченіи, разсѣченіи таза и искусственныхъ преждевременныхъ родахъ.

При остеомалятическомъ тазѣ высокой степени суженія показано кесарское сѣченіе. Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ противъ всякаго ожиданія возможны роды *per vias naturales*, благодаря тому, что размягченныя кости растягиваются.

При поперечно-анкилотическомъ тазѣ показано кесарское сѣченіе.

При косо-сѣуженномъ тазѣ высокой степени одна половина таза совершенно пропадетъ для прохожденія плода. Въ такомъ случаѣ роды протекають по типу родовъ при обще-сѣуженномъ тазѣ и притомъ часто паразительно легко. Въ другихъ случаяхъ при еще подвижной головкѣ показанъ поворотъ съ проведеніемъ затылка черезъ болѣе широкую половину таза (E. Martin), при неподвижной головкѣ—щипцы, а въ случаѣ надобности перфорация, при неблагоприятномъ теченіи прежнихъ родовъ—кесарское сѣченіе resp. искусственные преждевременные роды.

При тазахъ, сѣуженныхъ новыми образованіями, терапия зависитъ отъ степени сѣуженія.

Согласно съ принципами современнаго акушерства практической врачъ, по нашимъ взглядамъ, долженъ придерживаться слѣдующей терапии узкаго таза:

1. Внутреннее изслѣдованіе должно производиться, также и акушерками, въ перчаткахъ или руками, приведенными какимъ-либо другимъ способомъ въ надежное асептическое состояніе.

2. Беременные или роженицы съ *conjugata vera* въ 8 см. или ниже должны направляться въ клинику или по крайней мѣрѣ къ нимъ слѣдуетъ приглашать гинеколога; при меньшихъ сѣуженіяхъ таза также слѣдуетъ поступать въ тѣхъ случаяхъ, когда прежніе роды показали, что щадящее родоразрѣшеніе *per vias naturales* невозможно.

3. Въ другихъ случаяхъ при менѣе значительномъ сѣуженіи таза слѣдуетъ спокойно выжидать родовъ, если, конечно, не имѣется какого-либо другаго показанія къ вмѣшательству. Если головка послѣ разрыва плоднаго пузыря, несмотря на сильныя схватки, не вступаетъ въ тазъ и является опасность для матери или плода, то слѣдуетъ поступить такъ, какъ указано въ § 2.

4. Перфорация живого плода въ интересахъ матери, которой угрожаетъ опасность или перфорация мертвого плода, который погибъ вслѣдствіе слишкомъ долгаго выжиданія со стороны врача, должна быть постепенно изгнана изъ ученія объ акушерскихъ операціяхъ. При подобныхъ условіяхъ акушеръ обязанъ переправить роженицу въ клинику, пригласить гинеколога или самолично произвести кесарское сѣченіе или *laparotomia*. Эта операція при такихъ условіяхъ менѣе опасна для матери и плода, чѣмъ поворотъ и высокіе щипцы.

**Осложненія родовъ, обусловленныя ненормальными препятствіями со стороны плода.**

**1. Вслѣдствіе ненормальнаго положенія, членорасположенія и вставленія головки.**

Сюда относятся:

- a) Поперечныя положенія.
- b) Задне-теменное вставленіе.
- c) Лицевыя предлежанія съ подбородкомъ, обращеннымъ въ выходѣ таза кзади или въ сторону (см. стр. 89).
- d) Выпаденіе ручки или ножки возлѣ головки.
- e) Низкое поперечное стояніе.

При a и b слѣдуетъ, если это еще возможно, произвести поворотъ, въ противномъ случаѣ—эмбриотомію resp. перфорацию. Отъ примѣненія щипцовъ при задне-теменномъ вставленіи уже *Litzmann* не получилъ никакого результата въ первомъ описанномъ имъ случаѣ. Осторожная попытка наложенія щипцовъ, по его мнѣнію, допустима только тогда, когда стрѣловидный шовъ подъ вліяніемъ давленія снаружи отходитъ отъ симфиза. Крайне важное практическое

значение имѣеть тотъ фактъ, что задне-теменное вставленіе встрѣчается при совершенно нормальномъ тазѣ; оно наблюдается при преждевременномъ разрывѣ пузыря, если головка фиксируется въ положеніи, которое при цѣломъ пузырьѣ является физиологическимъ и такимъ путемъ вставленіе головки становится патологическимъ; это осложненіе, несмотря на легкость распознаванія диагностируется (см. стр. 74) лишь рѣдко, вслѣдствіе чего могутъ произойти тяжелыя разстройства родовъ и даже разрывъ матки.

Выпаденіе ручки возможно только въ томъ случаѣ, если въ моментъ разрыва пузыря головка не выполняетъ всего входа въ тазъ. Если головка не вступаетъ въ тазъ, несмотря на то, что роженица положена на бокъ, противоположный выпаденію, то роженицу слѣдуетъ уложить на бокъ, соотвѣтствующій выпаденію и вправить ручку, заправивъ ее всей рукой выше головки и вверхъ; послѣ этого роженицу слѣдуетъ уложить опять на бокъ, противоположный выпаденію. При плоскомъ тазѣ слѣдуетъ произвести поворотъ. Если головка при выпавшей ручкѣ вколотилась въ тазъ, то слѣдуетъ выжидать, пока не явится показанія къ окончанію родовъ и тогда наложить щипцы, причемъ, разумѣется, слѣдуетъ остерегаться, чтобы не захватить щипцами и ручку.

Выпаденіе ножки возлѣ головки встрѣчается, обычно, только при умершихъ или незрѣлыхъ плодахъ или послѣ неудачныхъ попытокъ къ повороту. Однако, авторъ наблюдалъ нѣсколько случаевъ, гдѣ при цѣломъ пузырьѣ ножка зрѣлаго плода предлежала возлѣ головки и не уходила обратно даже послѣ разрыва пузыря <sup>1)</sup>. Терапія въ

<sup>1)</sup> Аналогичные случаи наблюдались послѣ разрыва пузыря также Naegele и Нескер'омъ. Послѣдній просто вправлялъ выпавшую ножку или ручку, послѣ чего почти немедленно наступали роды.

этихъ случаяхъ проста и состоитъ въ потягиваніи захваченной въ петлю ножки при одновременномъ отталкиваніи головки (двойной приемъ *Justin e Siegemundin*). Но прежде, впрочемъ, необходимо исключить роды двойнями (одинъ изъ близнецовъ въ головномъ, другой—въ ножномъ положеніи), при которыхъ этотъ приемъ можетъ вызвать неблагоприятное вколачиваніе обоихъ плодовъ въ тазъ.

Низкое поперечное стояніе головки состоитъ въ томъ, что стрѣловидный шовъ проходитъ въ поперечномъ размѣрѣ таза еще въ выходѣ.

Причины: выпаденіе передней ручки; небольшая величина головки, причемъ головка быстро проходитъ тазъ со стрѣловиднымъ швомъ въ поперечномъ размѣрѣ и вколачивается въ выходѣ въ поперечномъ размѣрѣ, который меньше прямого размѣра головки плода; дальнѣйшія причины: простой плоскій тазъ при большой головкѣ, обще-сѣуженный плоскій тазъ при нормальной величинѣ головки, воронкообразный тазъ, при которомъ головка сохранила свое поперечное положеніе до самаго выхода и тутъ также вколотила между сѣдалищными буграми, слабость схватокъ при заднемъ видѣ 1-й и 2-й затылочной позиціи, и тутъ при большой головкѣ малый родничекъ не повертывается впередъ, а останавливается на полъ-пути.

Исходъ при низкомъ поперечномъ стояніи головки бываетъ различнымъ:

1. Послѣ продолжительной остановки въ родахъ малый родничекъ все же можетъ повернуться впередъ и повертывается онъ либо въ выходѣ таза, либо въ мягкомъ родовомъ каналѣ, лежащемъ ниже выхода его (*Miget*). Послѣ поворота малаго родничка впереди ребенокъ рождается очень быстро.

2. Поворота не происходит. Головка или прорѣзывается въ поперечномъ размѣрѣ или останавливается и вызываетъ явленія сдавленія. Въ послѣднемъ случаѣ вслѣдствіе продолжительности родовъ угрожаетъ опасность и ребенку.

Такимъ образомъ безъ помощи искусства п р е д с к а з а н і е не совсѣмъ благопріятно, да и при произвольномъ теченіи родовъ велика опасность разрыва промежности.

Т е р а п і я первоначально выжидательная: укладываніе роженицы на бокъ, соотвѣтствующій малому родничку, возбужденіе схватокъ. M i g e t разсчитываетъ, что можно получить успѣшные результаты отъ попытокъ повернуть головку ручнымъ способомъ по K l e i n w ä c h t e r ' y, если головка уже выступила изъ костнаго таза. Если матери или плоду угрожаетъ опасность, то показано наложеніе щипцовъ (въ косомъ размѣрѣ). При мертвомъ плодѣ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ есть основаніе предполагать, что извлеченіе щипцами окажется труднымъ, слѣдуетъ перфорировать.

## 2. Вслѣдствіе ненормальной величины плода <sup>1)</sup>).

### а) Г о л о в к и.

Большая головка относится къ нормальному тазу такъ же, какъ нормальная головка—къ плоскому, ибо главной причиной, затрудняющей теченіе родовъ, является увеличеніе поперечныхъ

---

<sup>1)</sup> Ненормально большія дѣти являются въ нѣкоторыхъ случаяхъ вслѣдствіе ненормально большой продолжительности беременности (300 дней и болѣе)—*partus segetinus*, переносенной беременности. Въ такихъ случаяхъ иногда цѣлесообразно при послѣдующихъ беременностяхъ открывать роды, если при изслѣдованіи оказывается, что плодъ достигъ нормальной величины или уже превзошелъ ее.



размѣровъ головки. Теченіе: головка вступаетъ въ тазъ медленно или останавливается надъ нимъ. Если является показаніе къ окончанію родовъ, то слѣдуетъ попытаться вдавить головку во входъ въ тазъ или глубже—давленіемъ снаружи—въ Walsher'овскомъ висячемъ положеніи; если это удастся, то накладываются щипцы. Если это совсѣмъ не удастся, то производятъ поворотъ, такъ какъ возможно, что послѣдующая головка пройдетъ черезъ тазъ. Если же ни одна изъ этихъ операций не удастся, то при опасности для матери производятъ перфорацію.

Діагнозъ ненормально большой головки ставится путемъ исключенія (см. стр. 168). Но здѣсь еще важна дифференціальная діагностика отъ головной водянки (широкіе швы и роднички), такъ какъ при послѣдней необходимо немедленно произвести проколъ подлежащей или послѣдующей головки троакаромъ. Въмѣсто троакара можно воспользоваться канюлей для подкожныхъ вливаній.

#### б) Плечиковъ.

Ненормально большая величина плечиковъ можетъ наблюдаться у плодовъ, головка которыхъ имѣетъ нормальную величину. Распознаваніе: трудное прорѣзываніе плечиковъ. Терапія: положеніе роженицы на поперечной кровати; послѣ того, какъ удалось вдавить переднее плечико въ тазъ путемъ сильнаго опусканія книзу родившейся головки, а въ случаѣ надобности также путемъ давленія снаружи, примѣняютъ ручное resp. инструментальное—тушымъ крючкомъ—потягиваніе за легче достижимое (заднее) плечико. Въ трудныхъ случаяхъ я считаю допустимымъ даже преднамѣренный переломъ ручки, послѣ чего быстро удается низвести эту ручку и плечики

прорѣзываются легко. Во всякомъ случаѣ разумнѣе извлечь живого ребенка со сломанной ручкой, чѣмъ мертваго съ цѣлой. Если плодъ мертвъ, то для матери всего безопаснѣе произвести декапитацию плода, оттѣснить туловище назадъ и затѣмъ низвести обѣ ручки. Такъ дважды было поступлено въ акушерской поликлиникѣ Charité, а недавно также поступилъ въ одномъ случаѣ и я. Вѣдь наблюдалъ же я разрывъ симфиза при нормальномъ тазѣ, правда, съ патологически измѣненными ослабленными сочлененіями при трудномъ ручномъ освобожденіи плечиковъ. Впрочемъ этотъ ребенокъ вѣсилъ 5884 грм., окружность плечиковъ равнялась 50 см., ширина плечиковъ—17 см., въ то время, какъ окружность головки равнялась только 34 см. Эстетичнѣе, но не такъ безопасно для матери, разсѣчь ножницами ключицу (cleidotomia).

### с) Т у л о в и щ а.

**П р и ч и н ы:** отечное или эмфизематозное вздутие кожи, самыя разнообразныя опухоли внутри и на тѣлѣ плода.

**Р а с п о з н а в а н і е:** освобожденіе плечиковъ представляетъ затрудненія. Послѣ того, какъ низведены ручки, туловище все-таки не прорѣзывается. Производятъ внутреннее изслѣдованіе при надобности всей рукой и тогда препятствіе обнаруживается. Если же введеніе руки представляетъ затрудненія, то отъ него отказываются, такъ какъ распознаваніе и безъ того вѣрно.

**Т е р а п і я:** проколъ, который удобнѣе всего производить ножницами или перфораторомъ черезъ грудную клѣтку. При асцитѣ послѣ прокола діафрагмы жидкость свободно вытекаетъ. При плотныхъ опухоляхъ къ проколу прибавляютъ удаленіе внутренностей плода (exenteratio).

### 3. Вслѣдствіе уродствъ, въ частности двойныхъ уродствъ.

**Р а с п о з н а в а н і е:** прежде всего возникаетъ предположеніе о двойняхъ. Только при помощи изслѣдованія всей рукой, произведеннаго при замедленіи родовъ, констатируется сращеніе. Впрочемъ, при малыхъ плодахъ роды, по большей части, протекають самопроизвольно.

**Т е р а п і я:** Низведение всѣхъ 4-хъ ножекъ, начать извлечение съ плода, лежащаго позади; въ рѣдкихъ случаяхъ необходима эмбриотомія.

**П р и м ѣ ч а н і е.** При *hemicerphalus* освобожденіе послѣдующихъ плечиковъ представляетъ иногда нѣкоторое затрудненіе и не потому, что они ненормально широки, а потому, что недоразвитая головка лишь недостаточно расширяетъ мягкія части.

### Стремительные роды.

Такіе роды имѣють мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, когда сочетается цѣлый рядъ факторовъ, которые сами по себѣ благопріятны, именно: хорошія схватки, энергичная дѣятельность брюшного пресса, незначительное сопротивленіе со стороны материнскихъ родовыхъ путей и со стороны плода. При такихъ условіяхъ роды могутъ продолжаться только нѣсколько минутъ. Впрочемъ, чаще протекаетъ ненормально быстро только періодъ изгнанія, а родовыя боли во время періода открытія роженица просто совершенно не замѣчаетъ. Патологическій характеръ такіе роды приобрѣтають лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда акушерская помощь запаздываетъ вслѣдствіе того, что роженицы не обращаются за нею во время, несмотря

на боли періода откритія; первородящими эти боли принимаются иногда за кишечныя колики. Въ такихъ случаяхъ происходятъ разрывы промежности, а если роды застаютъ женщину въ стоячемъ положеніи (уличные роды), то пуповина можетъ разорваться и головка ребенка получить поврежденія. Въ 3-мъ періодѣ родовъ часто наступаетъ атонія матки, даже выворотъ ея, вслѣдствіе чего роженица можетъ истечь кровью.

При рациональномъ веденіи родовъ они никогда не протекутъ слишкомъ стремительно, такъ какъ, укладывая женщину на бокъ, энергично задерживая головку и хорошо защищая промежность, всегда можно замедлить прорѣзываніе головки и сдѣлать его безопаснымъ для промежности. Помощью такого искусственнаго замедленія родовъ удается устранить также и опасность послѣдующей атоніи матки, а также и ея выворота.

### Эклампсія.

Подъ *eclampsia gravidarum, parturientium et pueregarum* понимаютъ наступающія въ видѣ припадковъ тоническія и клоническія судороги у беременныхъ, роженицъ и родильницъ, сопровождающіяся потерей сознанія. Потеря сознанія продолжается и по прекращеніи приступа судорогъ, такъ что при частотѣ припадковъ больная совершенно не приходитъ въ сознаніе. Приблизительно въ 50 % случаевъ эклампсія наступаетъ во время родовъ, въ 25 % во время беременности и въ 25 % въ послѣ-родовомъ періодѣ. На долю первородящихъ приходится 84 % заболѣвшихъ эклампсіей; юныя и пожилыя первородящія resp. беременныя двойнями особенно предрасположены къ этому заболѣванію.

Этіологія. Прежде, послѣ того, какъ L e v e r въ 1843 г. открылъ, что эклампсія сопровождается альбуминурией, эклампсію разсматривали какъ урэмію или уринэмію, какъ интоксикацію крови, обусловленную задержкой въ крови амміака (F r e g i s h s) resp. креатина и креатинина, кислаго фосфорнокислаго калия и другихъ мочевыхъ солей. Въ дальнѣйшемъ приняли слѣдующее объясненіе:

Креатинъ и другія вышеупомянутыя вещества отлагаются въ корѣ большого мозга, возбуждаютъ опредѣленные моторные центры ея и вызываютъ такимъ путемъ какъ судороги, такъ и коматозное состояніе (L a n d o i s). Переполненіе крови этими веществами такимъ образомъ можетъ непосредственно вызвать симптомокомплексъ эклампсіи. Часто ближайшей причиной наступленія эклампсіи являются также раздраженіе чувствительныхъ нервовъ (наичаще полового тракта) или психическое возбужденіе, если уже имѣется интоксикація крови и въ силу этого повышенная возбудимость этихъ мозговыхъ центровъ.

Такъ какъ эклампсія наблюдалась, по большей части, при почкѣ беременныхъ, то и полагали, что это разстройство дѣятельности почки является причиной задержанія составныхъ частей мочи. Однако кріоскопическія изслѣдованія послѣднихъ лѣтъ показали, что при эклампсіи никакія составныя части мочи не задерживаются. По мнѣнію большинства авторовъ, эклампсія возникаетъ вслѣдствіе задержки въ материнской крови продуктовъ обмѣна веществъ матери или плода. Эти продукты обмѣна веществъ вѣроятно являются бѣлковыми веществами такого крупно-молекулярнаго и коллоидальнаго строенія, которыя въ нормѣ переводятся въ печени въ вещества, легко выдѣляемые мочей. Поэтому можно вмѣстѣ съ R i n a n d 'омъ предположить, что причиной задержки этихъ ве-

щество является заболѣваніе печени. Это заболѣваніе можетъ зависѣть отъ рефлкторнаго спазма сосудовъ (Spiegelberg) совершенно такъ же, какъ и при заболѣваніи почекъ, которое клинически проявляется болѣе замѣтно. Рефлкторный спазмъ сосудовъ вызывается ненормально сильнымъ раздраженіемъ нервовъ матки или нормальнымъ раздраженіемъ, но у ненормально возбудимыхъ индивидуумовъ.

Въ послѣднее время опять выдвигаютъ значеніе этого рефлкторнаго спазма сосудовъ, который Schrodter считалъ непосредственной, независящей отъ заболѣванія почекъ, причиной эклампсии, поскольку она ведетъ къ анэмии мозга. Такимъ образомъ, всѣ измѣненія, находящіяся въ тѣлѣ экламптичекъ, по Zangemeister'у, можно объяснить, не учитывая дѣйствія какого-либо яда. Спазмъ артеріальныхъ сосудовъ наступаетъ либо вслѣдствіе схватокъ, либо со схватками; благодаря этому спазму разстраиваются питаніе и дѣятельность отдѣльныхъ органовъ (жировое перерожденіе геспр. жировая инфильтрація, анэмические некрозы). При болѣе высокихъ степеняхъ дѣло доходитъ до внезапной общей остановки кровообращенія (Zirkulationshemmung), вслѣдствіе чего повышается кровяное давленіе, плазма выступаетъ изъ крови и возникаютъ кровоизліянія, особенно въ печень; внезапная анэмия мозга вызываетъ общія судороги; анэмия почекъ влечетъ за собой либо пониженное выдѣленіе воды и солей, либо полное прекращеніе мочеотдѣленія. Вслѣдствіе этихъ вторичныхъ разстройствъ дѣятельности почекъ въ

теченіи заболѣванія иногда наблюдается нѣчто подобное урэміи (вторичнаго происхожденія). Рефлекторнымъ спазмомъ сосудовъ лучше всего объясняются разнообразныя проявленія эклампсіи и въ частности то, что она наступаетъ какъ при почкѣ беременныхъ, такъ и безъ нея. При эклампсіи безъ почки беременныхъ, что наблюдается въ 5% всѣхъ случаевъ эклампсій, отсутствуетъ рефлекторный спазмъ сосудовъ почки и раздраженіе переносится непосредственно на сосуды мозга.

По другому воззрѣнію, эклампсія возникаетъ вслѣдствіе задержки ядовитыхъ веществъ, вырабатываемыхъ плодомъ.

Тутъ опять возникаетъ вопросъ о причинѣ этой задержки и при этомъ опять-таки возвращаются къ рефлекторному спазму сосудовъ, который, по мнѣнію однихъ, лишаетъ способности почку, по мнѣнію другихъ, — печень выдѣлять или разрушать эти ядовитыя вещества. Что касается этихъ ядовитыхъ веществъ, то въ послѣднее время *Z w e i f e l* высказалъ взглядъ, что тяжелые дегенеративныя процессы въ печени и почкахъ, а также и вся клиническая картина эклампсіи вызывается мясо-молочной кислотой, вырабатываемой плодомъ; по мнѣнію *H o f b a u e r*'а здѣсь играютъ роль ферменты послѣда. *L i e r t a n n* же доказываетъ, что токсинъ, вызывающій эклампсію, связанъ съ бѣлковой молекулой и образуется въ послѣдѣ, по всему вѣроятію, вслѣдствіе недостаточнаго синтеза бѣлковыхъ веществъ матери, расщепленныхъ синцитіемъ.

Эклампсію въ послѣ родовомъ періодѣ *L i e r t a n n* объясняетъ слѣдующимъ образомъ: «Въ этихъ случаяхъ печень въ состояніи задержать всю массу токсина, но не въ состояніи его нейтрализовать. Въ теченіе послѣ родового періода массы не нейтрализованнаго то

ксина переходятъ въ материнскій организмъ. Если послѣдній воспріимчивъ и ядъ находитъ *locus minoris resistentiae* (будь то въ мозгу при психическихъ возбужденіяхъ или въ почкѣ или и въ томъ и въ другомъ), то наступаетъ типическая картина эклампсіи, судороги и альбуминурия».

Старую, но всѣми оставленную теорію *Traube-Rosenstein'a* мы упоминаемъ только въ интересахъ историческаго обзора. Эта теорія объясняетъ анэмію мозга давленіемъ отека мозга, возникающаго опять-таки вслѣдствіе повышеннаго во время схватки кровяного давленія и гидрэмическаго состава крови у беременныхъ, въ особенности у беременныхъ, страдающихъ альбуминуріей. Эта теорія уже потому отпадаетъ, что беременныя и въ частности экламптики по большей части не гидрэмичны.

*Dienst* видитъ причину эклампсіи въ накопленіи ядовитаго фибринъ-фермента и фибриногена въ богатой лейкоцитами крови первородящихъ, у которыхъ сердце, печень и почки сдѣлались относительно недостаточными, вслѣдствіе особенно повышеннаго внутрибрюшнаго давленія. Въ частности фибринъ-ферментъ вызываетъ судороги, а фибриногенъ—первичную токсическую смерть паренхимы выдѣлительныхъ органовъ, главнымъ образомъ, печени, слѣдовательно и коматозное состояніе, протекающее иногда безъ судорогъ (см. ниже).

**Симптомы.** Въ большинствѣ случаевъ эклампсіи предшествуютъ предвѣстники, о которыхъ, къ сожалѣнію, врачъ лишь рѣдко узнаетъ до наступленія самой эклампсіи. Уже за нѣсколько дней и недѣль больныя часто замѣчаютъ, помимо опуханія ногъ, рукъ и лица, уменьшеніе мочеотдѣленія. Въ теченіе всего этого времени ихъ очень часто мучаютъ головныя боли. Другіе симптомы, какъ тошнота, рвота, тяжесть подъ ложечкой, сильныя желудочныя боли, головокруженіе, потемнѣніе въ глазахъ, амаурозъ и шумъ въ ушахъ



наблюдаются незадолго до приступа эклампсии.

Приступъ эклампси<sup>1)</sup> начинается легкими клоническими судорогами, поддергиваніями мускулатуры лица и конечностей; затѣмъ слѣдуетъ болѣе продолжительный стадій тоническихъ сокращеній всей мускулатуры тѣла (продолжительностью около 20 секундъ); приступъ заканчивается 3-мъ, наиболѣе продолжительнымъ стадіемъ (45 секундъ) клоническихъ судорогъ. Сознаніе совершенно угасаетъ уже съ самаго начала судорогъ и больная находится въ безсознательномъ состояніи еще нѣкоторое время послѣ приступа. Въ стадіи клоническихъ судорогъ сильныя подергиванія начинаются съ мускулатуры лица; при этомъ, обыкновенно, языкъ высовывается между челюстями и прикусывается. Затѣмъ подергиванія распространяются по всему тѣлу, причемъ нижнія конечности захватываются послѣдними. Особенно угрожающими являются ціанозъ и одутловатость лица, что наступаетъ уже въ тоническомъ стадіи вслѣдствіе затрудненнаго дыханія и кровообращенія и что сильно обезображиваетъ лицо. Позже иногда наблюдается желтуха (см. стр. 214). Каждый отдѣльный приступъ длится  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  минуты. Послѣ припадка наступаетъ глубокой сонъ съ храпомъ. Роды тѣмъ временемъ могутъ спокойно продолжаться. Если приступы становятся частыми, то сознаніе совершенно не возвращается, температура постепенно достигаетъ высокихъ градусовъ (W i n s k e l) и передъ смертью наступаютъ явленія отека легкихъ и ослабленія сердечной дѣятельности. На почвѣ кровоизліяній въ мозгъ можетъ наступить параличъ одной половины или всего тѣла. Въ тѣхъ

<sup>1)</sup> Въ тѣхъ случаяхъ, когда берутъ перевѣсь токсическія начала эклампси<sup>1)</sup> (S e i t z), припадки могутъ совершенно отсутствовать

случаяхъ, когда было довольно много приступовъ, но безъ смертельнаго исхода, сознание возвращается послѣ прекращенія эклампсіи лишь черезъ нѣсколько часовъ, даже дней. Больныя не имѣютъ понятія о томъ, что онѣ въ это время родили, а въ единичныхъ случаяхъ даже о тѣхъ событіяхъ, въ которыхъ онѣ принимали непосредственное участіе до приступа эклампсіи.

Въ тяжелыхъ случаяхъ эклампсіи наблюдается полная анурия, въ другихъ случаяхъ количество мочи уменьшено, моча содержитъ большое количество бѣлка, такъ что она при кипяченіи почти совершенно свертывается. По прекращеніи эклампсіи количество мочи быстро увеличивается, а количество бѣлка, цилиндровъ, почечнаго эпителия и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ уменьшается. Приблизительно въ 15% случаевъ слѣды бѣлка открываются еще на второй недѣлѣ послѣ родовъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ почка беременныхъ переходитъ послѣ родовъ въ хроническій нефритъ.

Если экламптические судороги появляются впервые во время родовъ при здоровыхъ почкахъ вслѣдствіе внезапнаго переполненія крови фибринъ-ферментомъ, то наступаетъ, самое большое, вторичная (вслѣдствіе усиленной работы мышцъ) незначительная альбуминурия.

Въ видѣ послѣдующихъ за болѣваніемъ наблюдаются глотательныя пневмоніи (Schluckpneumonien) и послѣродовые психозы. Последніе оканчиваются по большей части благопріятно. Я наблюдалъ также черезъ 45 часовъ послѣ послѣдняго приступа и черезъ 5 часовъ послѣ родовъ смертельное желудочное кровотеченіе вслѣдствіе некроза слизистой оболочки. Амнезія распространяется часто на многіе дни, предшествовавшіе родамъ, поэтому больной слѣдуетъ съ осторожностью сообщать о происшедшихъ родахъ.

Крайне важны взаимоотношенія между экламптическими припадками и родами. Съ одной стороны эклампсія, наступающая во время беременности, въ большинствѣ случаевъ вызываетъ роды—моментомъ, возбуждающимъ схватки, вѣроятно, является при этомъ переполненіе крови углекислотой,—съ другой стороны опорожненіе матки ведетъ въ 89 % случаевъ къ немедленному или очень быстрому прекращенію эклампсіи.

Очень часто эклампсія прекращается также со смертью плода, которая при жизнеспособныхъ плодахъ въ 49 % случаевъ обусловлена эклампсіей—именно переполненіемъ материнской крови углекислотой или, что также возможно—отравленіемъ крови плода задержавшимися ядовитыми веществами (W i n s k e l). При нежизнеспособныхъ плодахъ эклампсія всегда ведетъ къ смерти ихъ, и именно, либо тѣмъ, что она вызываетъ преждевременные роды (авторъ), либо тѣмъ, что при ней материнская кровь недостаточно окисляется, что непосредственно ведетъ къ смерти плода.

Частота эклампсіи равняется по даннымъ акушерскихъ клиникъ и поликлиникъ 1:330, по статистикѣ Вѣнскихъ родовспомогательныхъ заведеній—только 1:589; по L ö h l e i n 'y, на общее количество родовъ—1:675=0,15 %. Въ 1,5 % случаевъ эклампсія повторяется также и при послѣдующихъ родахъ, что я могъ констатировать въ 200 случаяхъ акушерской клиники Charité въ Берлинѣ<sup>1)</sup>.

Анатомическая картина: Въ почкахъ находятъ анэмію съ частичной жировой инфильтраціей почечнаго эпителия, либо различныя формы воспаленія почекъ, либо гидронефрозъ. Мутное набуханіе resp.

<sup>1)</sup> Частота эклампсіи въ Россіи по даннымъ, собраннымъ Н. Я. П р и м о: въ Москвѣ 0,81%, въ Петербургѣ 1,36%. Повторность 5,2%. *Прим. ред.*

жировое перерождение и некрозъ кромѣ почечнаго эпителия очень часто наблюдаются въ печени, сердца и слизистой оболочкѣ желудка; въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти измѣненія обусловлены совмѣстнымъ съ эклампсией дѣйствіемъ продолжительнаго наркоза. Въ такихъ случаяхъ наблюдается также и желтуха. Кромѣ этихъ измѣненій, вызванныхъ интоксикаціей, иногда длительнымъ наркозомъ, наблюдаются еще и такія измѣненія, которыя обусловлены непосредственно судорогами. Сюда относятся жировая эмболія (Virchow), а также эмболы изъ печеночныхъ клѣтокъ (Jürgens) въ легкихъ, почкахъ и мозгу. Такія эмболіи въ легкихъ легко вызываютъ отекъ, въ другихъ органахъ—небольшія кровоизліянія; болѣе значительныя кровоизліянія, въ частности кровоизліянія въ мозгъ, зависятъ отъ разрыва сосудовъ, обусловленнаго повышеніемъ кровяного давленія во время экламптического приступа. Въ мозгу находятъ, помимо этого, отекъ мозговыхъ оболочекъ, анэмію, а иногда и гиперемію. Отношеніе ихъ къ эклампсіи упомянуто уже выше.

По Schmorl'ю въ печени находятся геморрагическіе и анэмическіе некрозы, далѣе въ печени, легкихъ и почкахъ—постоянно множественныя тромбы, которые Schmorl поэтому и считаетъ патогномонистичными для эклампсіи. Dienst даетъ ихъ возникновенію очень правдоподобное объясненіе.

Въ связи съ судорогами и вызваннымъ ими разстройствомъ дыханія въ легкихъ часто наступаетъ гиперемія и отекъ; какъ правило наблюдаются также глотательныя пневмоніи (Schluckpneumonien), которыя являются слѣдствіемъ безсознательнаго состоянія экламптичекъ.

Діагнозъ эклампсіи по большей части легокъ. Судороги съ потерей сознанія могутъ быть еще только эпилептического характера или зависѣть отъ заболѣваній мозга. Эпилептические припадки именно во время родовъ наступаютъ крайне рѣдко и дѣло ограничивается однимъ или немногими припадками. Помимо того, обыкновенно и анамнезъ указываетъ на существованіе эпилепсіи. При заболѣваніяхъ мозга наблюдаются параличи, въ частности, при менингитѣ—предшествующая лихорадка. Напротивъ, симптомы почки беременныхъ отсутствуютъ, какъ при менингитѣ, такъ и при

эпилепсии. Еще труднѣе смѣшать съ эклампсией тѣ подергиванія, которыя зависятъ отъ анэміи мозга и наблюдаются незадолго до смерти при большихъ потеряхъ крови. При истерическихъ судорогахъ отсутствуетъ потеря сознанія. Если на лицо нѣтъ судорогъ, то существующее сопорозное состояніе можетъ зависѣть отъ эклампсии, отъ заболѣваній мозга, а также отъ опьянѣнія, какъ это пришлось наблюдать Spiegelberg'у. Въ послѣднемъ случаѣ дѣло выяснилось благодаря запаху выдыхаемаго воздуха и рвотныхъ массъ. По моимъ наблюденіямъ, распознаваніе эклампсии трудно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не распознана беременность. Въ Берлинѣ женщины, заболѣвшія эклампсией на улицѣ, часто перевозятся въ пріютъ для эпилептиковъ, гдѣ ихъ и лечатъ далѣе какъ эпилептичекъ.

**Прогнозъ.** Смертность матерей отъ эклампсии—на основаніи 400 случаевъ эклампсии въ обѣихъ Берлинскихъ акушерскихъ клиникахъ—равняется около 25 %, согласно новѣйшей статистикѣ W u d e r'a—20 % <sup>1)</sup>. Смертность при эклампсии, наступившей до родовъ, немного выше; при эклампсии, наступившей послѣ родовъ—немного ниже.

Предсказаніе для матерей зависитъ прежде всего отъ числа приступовъ. Оно неблагоприятно, если число приступовъ выше 10, хотя ввидѣ исключенія выздоровленіе можетъ наступить и послѣ значительно большаго числа приступовъ. Такъ, R o s e n s t e i n наблюдалъ выздоровленіе послѣ 81 приступа. Съ другой стороны уже послѣ немногихъ приступовъ, даже послѣ одного (P f a n n e n s t i e l и авторъ) можетъ наступить

---

<sup>1)</sup> Смертность отъ эклампсии въ Россіи значительно ниже. По даннымъ Н. Я. Примо для Спб. Клини. Повивальнаго Института всего 7,9%. *Прим. ред.*

смертельное кровоизліяніе въ мозгъ или жировая эмболія легкихъ. Далѣе, даже и при немногихъ припадкахъ можетъ наступить жировое перерожденіе важныхъ для жизни органовъ. Дальнѣйшими моментами, ухудшающими предсказаніе, являются возможность возникновенія глотательной пнеймоніи и послѣродовыхъ маній. Лучшее предсказаніе дастъ *esclampsie petite*, наступающая безъ альбуминурии въ концѣ 2-го періода родовъ. Въ этихъ случаяхъ припадки обыкновенно прекращаются съ окончаніемъ родовъ.

Въ большинствѣ случаевъ эклампсіи мы все-таки не можемъ сразу сказать, что данный случай легокъ, даже если число припадковъ невелико и пульсъ у больной хорошъ. Поэтому предсказаніе въ каждомъ случаѣ эклампсіи сомнительно. На благоприятный исходъ мы можемъ рассчитывать лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда при свободномъ дыханіи и хорошемъ пульсѣ удастся провести роды до наступленія слѣдующаго приступа. Дѣло въ томъ, что послѣ опорожненія матки эклампсія въ 89% случаевъ прекращается немедленно или очень скоро.

Быстрое опорожненіе матки улучшаетъ предсказаніе и для плодовъ, изъ которыхъ при терапіи, примѣнявшейся до сихъ поръ, умирало около 50%.

Терапія: Во многихъ случаяхъ можно соотвѣтственнымъ леченіемъ предотвратитъ эклампсію. Беременнымъ съ явленіями почки беременныхъ необходимо немедленно предписать строгую молочную діету. Далѣе, слѣдуетъ вызвать усиленный діафорезъ назначеніемъ теплыхъ полныхъ ваннъ или влажныхъ обертываній, а также водой *Waldungen* или другой ей подобной. По *Dienst*у лимонадъ вызываетъ усиленное образованіе антитромбина въ печени.

Если при почкѣ беременныхъ во время родовъ

замѣчается уменьшеніе мочеотдѣленія и увеличеніе количества бѣлка, если появляются головныя боли, рвота, потемнѣніе въ глазахъ и боль подъ ложечкой, то роды слѣдуетъ закончить оперативнымъ путемъ, чтобы предупредить эклампсію, которая иначе разразится во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ. Если эклампсія уже имѣется на лицо, если это даже эклампсія безъ судорогъ, то здѣсь въ особенности единственно рациональной терапіей является немедленное опорожненіе матки, подъ глубокимъ хлороформнымъ наркозомъ. Такимъ путемъ, какъ доказалъ я, эклампсія въ 93,75 % случаевъ прекращается или немедленно или очень скоро; что касается опасности отъ операціи, то по сравненію съ опасностью отъ эклампсіи, она минимальна, при условіи, конечно, что операція производится антисептически и противъ частыхъ послѣдующихъ атоническихъ кровотеченій примѣняется введенная мною тампонація маточно-влагалищнаго канала іодоформной марлей. Немедленное опорожненіе матки показано во всякомъ періодѣ беременности, такъ какъ эклампсія въ первые 7 мѣсяцевъ все же всегда ведетъ къ гибели плода—или тѣмъ, что она непосредственно вызываетъ его смерть или тѣмъ, что она вызываетъ роды. Положеніе, защищаемое въ особенности S c h a u t a'ой, что операціи ухудшаютъ предсказаніе при эклампсіи, вѣрно только для тѣхъ случаевъ, когда родоразрѣшающія операціи производятся безъ глубокаго наркоза. При здоровыхъ легкихъ эфиръ слѣдуетъ предпочесть хлороформу. Родоразрѣшеніе экламптической безъ примѣненія глубокаго наркоза должно считать ошибкой. Съ другой стороны при эклампсіи не рационаленъ и слишкомъ продолжительный нар-

к о з ь, такъ какъ онъ ведетъ къ бронхо-пнеймоніямъ или къ жировому перерожденію важныхъ для жизни органовъ, что наркозъ вызываетъ или самъ по себѣ, или совмѣстно съ экламптической интоксикаціей. Если при эклампсіи имѣется значительное растяженіе матки, то смерть можетъ послѣдовать послѣ немногихъ вдыханій хлороформа (смерть отъ хлороформа въ собственномъ смыслѣ). Въ такихъ случаяхъ рекомендуется до начала какого бы то ни было наркоза разорвать плодный пузырь, чтобы уменьшить объемъ матки. Такъ какъ хлораль превращается въ крови въ хлороформъ, то примѣненіе его имѣетъ тѣ же дурныя стороны, что и примѣненіе хлороформа. Такъ какъ существующая при эклампсіи интоксикація крови вызываетъ жировое перерожденіе сердца, то при эклампсіи опасно и назначеніе большихъ дозъ м о р ф і я. Согласно этимъ основнымъ положеніямъ, впервые установленнымъ мною, лечение экламптики сводится къ слѣдующему:

Прежде всего больную хлороформируютъ, затѣмъ ее помѣщаютъ на поперечную кровать и производятъ наружное и внутреннее изслѣдованіе. Передъ внутреннимъ изслѣдованіемъ дезинфицируютъ руки, наружные половые органы и влагалище 1% растворомъ лизоформа и спускаютъ мочу (мочу надо сохранить и впослѣдствіи изслѣдовать!). Если имѣется полное открытіе, если головка своимъ наибольшимъ размѣромъ вставилась или вставляется при энергичномъ давленіи снаружи по меньшей мѣрѣ во входъ таза, то слѣдуетъ послѣ профилактическаго впрыскиванія эрготина наложить щипцы. Щипцы накладываются въ косомъ размѣрѣ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ стрѣловидный шовъ проходитъ въ косомъ или поперечномъ размѣрахъ. Если тазовое дно или промежность оказываетъ значи-



тельное сопротивление къ извлеченію щипцами, то въ дѣлахъ бережнаго и быстрого освобожденія головки, это сопротивление устраняется путемъ односторонняго болѣе или менѣе глубокаго надрѣза промежности и влагалища (посредствомъ С o w r e g'овскихъ ножницъ).

Послѣ родоразрѣшенія послѣдъ выжимается подъ продолжающимся глубокимъ наркозомъ или же при сильномъ кровотеченіи удаляется ручнымъ способомъ. Если же атонія продолжается, то, въ случаѣ безуспѣшности горячихъ маточныхъ спринцеваній, показана тампонація маточно-влагалищнаго канала. Затѣмъ зашиваются надрѣзы и разрывы промежности и только послѣ этого прекращаютъ наркозъ.

Если при полномъ открытіи маточнаго зѣва головка стоитъ подвижно надъ входомъ или имѣется поперечное положеніе, то подъ глубокимъ наркозомъ слѣдуетъ также произвести поворотъ или извлеченіе. При ягодичныхъ предлежаніяхъ низводятъ ножку, а затѣмъ дѣлаютъ извлеченіе, такъ же, какъ и при ногоположеніяхъ.

Если маточный зѣвъ открытъ недостаточно, то его необходимо расширить искусственно.

Въ 80% случаевъ это расширеніе немедленно достигается глубокими надрѣзами шейки, въ 10% случаевъ приходится прибѣгать къ механическому расширенію и въ 10% его комбинируютъ съ кровавымъ расширеніемъ (о техникахъ см. ниже). Такое комбинированное расширеніе состоитъ въ томъ, что при эклампсіи у первородящихъ послѣдніе три мѣсяца беременности прежде всего подъ глубокимъ наркозомъ пальцемъ или зондомъ расширяютъ шейку, разрываютъ пузырь, производятъ механическое расширеніе метрейринтеромъ, а затѣмъ, въ случаѣ надобности, дѣлаютъ еще и разрѣзъ по метрейринтеру (см. ниже). Послѣ этого обыкновенно приступаютъ къ повороту и извлеченію. Это сочетаніе механическаго и кроваваго расширенія замѣняетъ со-

бою искусственные преждевременные роды, которые въ подобныхъ случаяхъ вслѣдствіе ихъ длительного теченія вмѣсто спасенія могутъ повлечь за собой какъ разъ смертельный исходъ. Поэтому теперь съ полнымъ основаніемъ и отказались отъ преждевременныхъ родовъ въ томъ видѣ, какъ они до сихъ поръ производились.

Эти 3 способа, предложенные мною и испытанные выдающимися акушерами, обыкновенно даютъ практическому врачу возможность въ послѣдніе три мѣсяца беременности и въ началѣ родовъ быстро, бережно и безопасно разрѣшить экламптичку *per vias naturales* живымъ ребенкомъ. Благодаря этимъ способамъ классическое кесарское сѣченіе становится излишнимъ и, въ виду его опасности, допустимо только на умирающей и при нерасширяющейся шейкѣ, а въ остальныхъ случаяхъ съ успѣхомъ замѣняется влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ. Послѣднее—даже и не принимая его въ видѣ болѣе простаго разрѣза по метрейринтеру—стало излюбленной операціей, именно при эклампсіи послѣ того, какъ В и т т присоединился къ моему взгляду на необходимость ранняго родоразрѣшенія при эклампсіи. Благодаря влагалищному кесарскому сѣченію В и т т'у и В е і т'у удалось свести смертность при эклампсіи до немногихъ процентовъ.

Дальнѣйшая способность къ зачатію этими способами не нарушается и послѣдующіе роды протекаютъ поразительно легко.

Если акушеръ не можетъ, или не считаетъ себя въ правѣ рѣшиться на эту операцію, вслѣдствіе недостаточнаго опыта, то во всякомъ случаѣ онъ долженъ разорвать пузырь, ввести въ матку кольпейринтеръ, наполнить его водой до величины дѣтской головки и потягивать трубку кольпейринтера, прикрѣпивъ ее петлей къ ножному краю кровати, такъ, чтобы существовало постоянное

натяженіе (это—внутриматочный кольпейризмъ или правильнѣе—метрейризмъ).

Несмотря на наркозъ наступають сильныя схватки и кольпейринтеръ быстро изгоняется, послѣ чего родоразрѣшеніе заканчивается съ меньшими затрудненіями.

Если ясно, что плодъ мертвъ, то и здѣсь выждать было бы ошибкой, даже при недостаточно открытомъ маточномъ зѣвѣ. Въ такихъ случаяхъ перфорация и краниотракція представляютъ намъ возможность извлечь плодъ даже и черезъ недостаточно открытый маточный зѣвъ—правда, и здѣсь часто примѣняютъ надрѣзъ маточнаго зѣва, чтобы предотвратить глубокіе, сильно кровоточащіе разрывы шейки.

Если плодъ живъ, но при дальнѣйшемъ выжиданіи несомнѣнно погибнетъ—а это всегда бываетъ, когда эклампсія наступаетъ въ первые 7 мѣсяцевъ беременности,—то и въ этихъ случаяхъ въ интересахъ матки показано быстрое родоразрѣшеніе (въ случаѣ надобности—путемъ влагалішнаго кесарскаго сѣченія).

Я рассматриваю продолжительный наркозъ при эклампсіи только какъ грустную необходимость, ибо, хотя онъ и подавляетъ судороги симптоматически, зато съ другой стороны сильно вредитъ организму въ другомъ, уже описанномъ, отношеніи, такъ что, какъ я это доказалъ, нѣкоторыя экламптички погибають не отъ эклампсіи, а отъ продолжительнаго наркоза. Наиболее безопаснымъ, а для практическаго врача и наиболее удобнымъ является примѣненіе морфийнаго наркоза (0,03 pro dosi, 0,1—0,2 pro die!) въ видѣ подкожныхъ инъекцій. Этотъ наркозъ показанъ при всѣхъ послѣродовыхъ эклампсіяхъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ акушеръ не намѣренъ немедленно приступить къ родоразрѣшенію.

Одновременно слѣдуетъ вызвать діурезъ назна-

ченіємъ воды *Wildungen* или *kalium aceticum* или подкожнымъ вливаніемъ солевого раствора <sup>1)</sup>. Въ случаѣ надобности можно посредствомъ *drastica* достигъ отвлеченія на кишечникъ. *Winckel* назначаетъ съ этой цѣлью *Extr. Aloes*, *Extr. Colocynth.* апа 1,5. *M. f. pill.* № 30, по 2—3 пилюли по утрамъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда пациентка не въ состояніи болѣе глотать, *Zweifel* рекомендуетъ вводить *Ac. tart.* 2,5, *Aq. font.* 300,0 посредствомъ введеннаго въ носъ *Nélaton*'овскаго катетера. При сильно напряженномъ пульсѣ, по *Zweifel*'ю, приносить пользу также и кровопусканіе.

Для леченія послѣродовой эклампсіи *Lierpman* изъ клиники *Bumt'a* составилъ слѣдующую наглядную таблицу:

Ядъ эклампсіи оказываетъ вредное вліяніе на:	Клиническій симптомъ	Назначенія
1. Паренхиму почекъ.	Малое количество мочи, бѣлокъ, цилиндры.	Подкожное вливаніе физиологическаго раствора поваренной соли отъ 2000 до 4000 куб. см. При полнокровіи — кровопусканіе <i>Diuretin</i> 1,0 <i>Fol. Digit. pulv.</i> } <i>Camphor. trit.</i> } 3 раза въ день по порошоку. aa 0,1

<sup>1)</sup> Чтобы избѣгать раздраженія почекъ поваренной солью, лучше примѣнять *Ringer*'овскій растворъ: *N. chlor.* 7,5, *Kal. chlor.* 0,42, *Calc. chlor.* 0,24, *Aq. destil.* ad 1000,0—или изотоническій, т.-е. 5,4% растворъ винограднаго сахара.

Ядъ эклампсіи оказываетъ вредное вліяніе на:	Клиническій симптомъ	Назначенія			
2 Сердце.	Быстрый пульсъ, легко сжимае- мый, нитевидный.	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Coffein. natr. salicyl. <sup>1)</sup> Aq. dest. steril. aa 5,0</td> <td style="border: none; font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="border: none; vertical-align: middle;">Этого раствора и кам- фарнаго масла прибли- зительно по 15 gr. pro die.</td> </tr> </table>	Coffein. natr. salicyl. <sup>1)</sup> Aq. dest. steril. aa 5,0	}	Этого раствора и кам- фарнаго масла прибли- зительно по 15 gr. pro die.
Coffein. natr. salicyl. <sup>1)</sup> Aq. dest. steril. aa 5,0	}	Этого раствора и кам- фарнаго масла прибли- зительно по 15 gr. pro die.			
3 Мозгъ.	<p>a) Коматозное со- стояніе, b) поверхностное дыханіе, вслѣд- ствіе паралича дыхательнаго центра,</p> <p>c) затѣмъ отекъ легкихъ, d) судороги.</p>	<p>Искусственное дыханіе, примѣняемое въ продол- женіе многихъ дней съ перерывами въ <math>\frac{1}{2}</math> часа; въ перерывахъ обливанія холодной водой. Холод- ныя обертыванія.</p> <p>Какъ можно меньше narcotica, лучше всего 3 gr. хлораль - гидрата pro dosi въ клизмѣ. — Морфій только при силь- номъ безпокойствѣ 0,03 pro dosi.</p>			

При послѣродовой эклампсіи и ануріи такъ же, какъ и при непуэрперальномъ нефритѣ, E d e b o h l s рекомендовалъ декапсуляцію почекъ и достигъ такимъ путемъ излеченія.

<sup>1)</sup> По Россійской фармакопее высшій суточный приемъ Coffeini natro salicylici—2,0. *Прим. Ред.*

## Кровотеченія до и во время родовъ.

1. Кровотеченія изъ лопнувшего веннаго узла вульвы или влагалища. Терапія: обкалываніе, въ случаѣ необходимости, предварительно прижатіе кровотокащаго мѣста; тампонація влагалища.
2. Кровотеченіе вслѣдствіе рака шейки. Терапія: см. стр. 177. Въ этихъ случаяхъ до начала родоразрѣшенія кровотеченіе слѣдуетъ остановить тампонаціей влагалища іодоформной марлей.

Ракъ шейки часто смѣшиваются съ предлежаніемъ послѣда.

3. Кровотеченіе вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія послѣда.
  - а) При нормальномъ прикрѣпленіи.

Причины: Замедленіе разрыва пузыря, нефритъ (Winter), травмы, натяженіе слишкомъ короткой пуповины, сильныя сокращенія матки послѣ разрыва пузыря при многоводіи и послѣ рожденія перваго близнеца.

Кровотеченіе можетъ быть внутреннимъ и наружнымъ. Въ первомъ случаѣ, только при совершенно вялой маткѣ, до разрыва пузыря теряется столько крови, что женщина погибаетъ отъ внутренняго кровотеченія. Все же въ литературѣ описано приблизительно 200 подобныхъ случаевъ, гдѣ погибла половина матерей и почти всѣ дѣти. Причина преждевременнаго отдѣленія послѣда лежала въ изслѣдованныхъ случаяхъ въ эндометритѣ, который въ свою очередь, по большей части, былъ вызванъ нефритомъ. Въ двухъ случаяхъ v. Weiss нашелъ главнымъ образомъ воспалительныя измѣненія мускулатуры матки. Въ обоихъ случаяхъ наступили послѣдова-

тельные атоническія кровоточенія, не поддававшіяся даже тампонаціи іодоформной марлей, такъ что въ одномъ случаѣ женщина истекла кровью, въ другомъ—K o f f e r могъ спасти женщину только посредствомъ операціи R o g g o. Въ обоихъ случаяхъ я попробовалъ бы примѣнить одну только тампонаду ватой, но въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ допускаю и операцію, такъ какъ самъ съ успѣхомъ оперировалъ на умиравшихъ. Въмѣсто экстирпаціи матки D ö d e r l e i n и K r ö n i g рекомендуютъ перевязку art. spermaticae et hypogastricae.

Первоначально с и м п т о м ы носятъ тотъ же характеръ, какъ и вообще при внутреннемъ кровоточеніи. Безъ всякаго внѣшняго повода или послѣ незначительной травмы появляются тяжелый коллапсъ, поблѣднѣніе, едва ощутимый пульсъ, зѣвота, одышка, рвота и т. д. При этомъ больная испытываетъ сильныя боли въ животѣ и чувствуетъ будто что-то внутри ея разрывается. Матка упруго-эластична, напряжена, чрезвычайно чувствительна при давленіи, части плода или совѣзмъ не прощупываются, или прощупываются съ трудомъ, схватки отсутствуют. Если наступаютъ эти явленія, то слѣдуетъ приступить къ родоразрѣшенію: у первородящихъ при закрытой и сглаженной шейкѣ прибѣгаютъ къ глубокимъ надрѣзамъ шейки; у многорожавшихъ шейку расширяютъ механически (см. ниже), въ случаѣ надобности, присоединяя разрѣзь по метрейтринтеру; затѣмъ дѣлаютъ поворотъ и пвлеченіе. Если плодъ уже умеръ, что почти всегда и бываетъ въ подобныхъ случаяхъ, то при недостаточно открытомъ маточномъ зѣвѣ слѣдуетъ произвести перфوراцію головки и краниотракцію.

Если послѣ родовъ, несмотря на тампонацію матки, кровоточеніе не останавливается, то слѣдуетъ экстирпировать матку влагалищнымъ или брюшнымъ путемъ.

Если наружное кровотечение зависит от замедления разрыва пузыря и продолжается послѣ полного открытія, то пузырь слѣдуетъ разорвать. Дальнѣйшее отдѣленіе послѣда послѣ этого прекращается, кровотечение во всякомъ случаѣ не усиливается, и даже совершенно прекращается вслѣдствіе болѣе сильнаго сокращенія матки послѣ разрыва пузыря. Если маточный зѣвъ открытъ недостаточно, а пузырь еще цѣль, то при наружномъ кровотеченіи слѣдуетъ примѣнить тампонацію влагалища, причемъ необходимо наблюдать, не появятся ли признаки рнутренняго кровотеченія, наличность которыхъ требуетъ немедленнаго удаленія тампона и примѣненія вышеописаннаго леченія. Послѣ разрыва пузыря отдѣленіе послѣда можетъ произойти только вслѣдствіе значительнаго уменьшенія матки (при многоводіи, при двойняхъ послѣ рожденія перваго плода). Послѣ разрыва пузыря тампонація всегда противопоказана. И въ этихъ случаяхъ при сильномъ кровотеченіи терапия заключается въ опорожненіи матки.

б) При прикрѣпленіи послѣда въ нижнемъ сегментѣ матки:

### **Placenta praevia (предлежаніе послѣда).**

Подъ placenta praevia понимаютъ прикрѣпленіе послѣда на внутреннемъ маточномъ зѣвѣ или вплотную около него. Безъ рациональной помощи эта аномалія представляетъ одно изъ опаснѣйшихъ осложненій, какъ для беременной женщины, такъ и для плода. Такъ какъ послѣдъ образуетъ нижній полюсъ яйца, который съ началомъ схватокъ отдѣляется отъ стѣнокъ матки, то при предлежаніи послѣда съ началомъ родовъ начинаютъ отдѣляться отъ стѣ-



нокъ матки нижня части послѣда. Съ каждой схваткой послѣдъ отдѣляется все больше и больше и такимъ образомъ кровотеченіе изъ мѣста, къ которому была прикрѣплена отдѣлившаяся часть послѣда, все усиливается. Дѣло въ томъ, что необходимыя для остановки кровотеченія сокращенія и ретракція мѣста прикрѣпленія послѣда (плацентарной площадки) наступаютъ только послѣ рожденія ребенка. Такимъ образомъ женщинамъ съ *placenta praevia* угрожаетъ опасность истечь кровью.

Различаютъ *placenta praevia totalis*, *lateralis* и *marginalis* (полное, боковое и краевое предлежаніе послѣда). При первой формѣ внутренній маточный зѣвъ совершенно закрытъ тканью послѣда, при второй—закрытъ только частью, а при третьей—край послѣда только касается внутренняго маточнаго зѣва. Употребляя эти обозначенія, необходимо для ясности прибавлять также и величину открытія маточнаго зѣва. Въ самомъ дѣлѣ, если надъ внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ, какъ это обыкновенно и бываетъ, лежитъ только небольшая часть послѣда, то при незначительно открытомъ маточномъ зѣвѣ мы имѣемъ *placenta praevia totalis*, которая при дальнѣйшемъ открытіи превращается въ *placenta praevia lateralis* и, наконецъ, въ *placenta praevia marginalis*; это происходитъ потому, что съ увеличеніемъ открытія маточнаго зѣва въ него вступаютъ все большія части нижняго полюса яйца, а послѣдъ образуетъ только часть нижняго полюса. Исключеніе представляетъ только *placenta praevia centralis*, когда центръ послѣда находится близъ внутренняго маточнаго зѣва и слѣдовательно послѣдъ образуетъ самую низкую часть яйца. Въ такихъ случаяхъ и при полномъ открытіи маточный зѣвъ совершенно закрытъ тканью по-

слѣда. И такъ, чѣмъ больше открытіе маточнаго зѣва, при которомъ мы находимъ placenta praevia totalis, тѣмъ болѣе данныхъ предполагать, что это полное предлежаніе является здѣсь вмѣстѣ съ тѣмъ и центральнымъ, что placenta praevia totalis является въ то же время и placenta praevia centralis. Само собой понятно, что прогнозъ при placenta praevia centralis является наиболѣе неблагоприятнымъ.

Причинъ предлежанія послѣда слѣдуетъ искать въ эндометритѣ, который можетъ повести къ болѣе глубокому прикрѣпленію <sup>1)</sup> яйца—какъ, почему—этого мы не знаемъ. Женщины съ placenta praevia, какъ правило, страдали бѣлями и чрезмѣрно сильными менструаціями. Далѣе, у нихъ находятъ ненормально плотное прикрѣпленіе послѣда и яйцевыхъ оболочекъ, а также образованіе на послѣдѣ бѣлаго кольца; все это—ненормальности, которыя зависятъ отъ эндометрита. Такъ какъ многорожавшія чаще страдаютъ эндометритомъ, то и placenta praevia встрѣчается у нихъ въ 3 раза чаще, чѣмъ у первородящихъ. Что касается частоты этого заболѣванія, то на 1500 родовъ приходится 1 случай предлежанія послѣда (W i n c k e l) <sup>2)</sup>.

Симптомомъ при placenta praevia является кровотеченіе. Кровотеченія очень часто насту-

<sup>1)</sup> Теорія Hofmeier-Kaltenbach'a, по которой при placenta praevia послѣдъ развивается книзу въ области decidua reflexa и слѣдовательно предлежаніе послѣда образуется только вторично, въ послѣднее время нашла себѣ значительное подтвержденіе со стороны Keilmann'a. Однако Ahlfeld, къ которому присоединяется и Wimm,—доказалъ, что и первично яйцо можетъ очень хорошо прикрѣпиться надъ узкимъ просвѣтомъ внутренняго маточнаго отверстія.

<sup>2)</sup> По даннымъ Московской акушерской клиники (проф. Н. И. П о б ѣ д и н с к і й) предлежаніе послѣда встрѣчается 1 разъ на 250 родовъ. *Прим. Ред.*

паютъ уже въ послѣдніе мѣсяцы беременности и ведутъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ предлежанія послѣда къ преждевременнымъ родамъ. Такія кровотечения во время беременности зависятъ отъ развитія нижняго маточнаго сегмента въ послѣдніе мѣсяцы беременности. При этомъ мѣсто прикрѣпленія такъ растягивается, что послѣдъ отдѣляется. Если прикрѣпленіе послѣда къ стѣнкѣ матки очень плотно, то это можетъ препятствовать расправленію нижняго сегмента (Вауер); въ такихъ случаяхъ кровотеченіе отсутствуетъ до начала срочныхъ родовъ. Для роженицы это, конечно, благоприятнѣе, чѣмъ повторныя кровотечения во время беременности, которыя ослабляютъ ее ко времени родовъ.

Кровотеченія во время беременности могутъ достигать значительной силы. Въ иныхъ случаяхъ женщина просыпается и видитъ себя плавающей въ крови; смертельное кровотеченіе можетъ даже наступить безъ единой схватки!

Если отдѣленіе послѣда вызывается только началомъ родовой дѣятельности, то кровотеченіе начинается съ первой схваткой и постепенно усиливается, такъ какъ каждая послѣдующая схватка все болѣе и болѣе отдѣляетъ послѣдъ, вслѣдствіе чего увеличивается кровоточащая поверхность маточной стѣнки. При этомъ смерть отъ кровотечения можетъ наступить до рожденія ребенка. Съ другой стороны при *placenta praevia lateralis* и *marginalis* кровотеченіе во время родовъ можетъ остановиться самопроизвольно вслѣдствіе того, что послѣ разрыва пузыря прекращается дальнѣйшее отдѣленіе послѣда; при этомъ прекращается и кровотеченіе изъ открытыхъ уже сосудовъ матки, такъ какъ предлежащая часть плода, опускаясь въ тазъ, плотно прижимаетъ отдѣлившуюся часть послѣда къ мѣсту ея прежняго прикрѣпленія. При *placenta praevia centralis* самопроизвольная

остановка кровотока во время родовъ встрѣчается гораздо рѣже; въ наиболѣе благоприятныхъ случаяхъ она наступаетъ только тогда, когда послѣдъ совершенно отдѣлился отъ маточной стѣнки, а роженица уже близка къ смерти отъ кровопотери. Въ этихъ случаяхъ послѣдъ можетъ родиться раньше плода (*pro lapsu placentaе*) и предлежащая часть послѣдняго какъ бы тампопируетъ мѣсто прикрѣпленія послѣда.

Само собой понятно, что при *placenta praevia* и плоду угрожаетъ серьезная опасность. Вслѣдствіе паденія кровяного давленія у матери обмѣнъ газовъ въ послѣдѣ (*Runge*) разстраивается и плодъ часто погибаетъ отъ асфиксіи раньше, чѣмъ у матери обнаружится угрожающее ея жизни малокровіе. Если отдѣляется  $\frac{1}{3}$  послѣда, то плодъ умираетъ вслѣдствіе того, что теперь дыхательная поверхность слишкомъ мала, чтобы покрыть его потребность въ кислородѣ. Остальная дыхательная поверхность послѣда можетъ быть далѣе ограничена тѣмъ, что предлежащая часть плода сдавливаетъ не только отдѣлившуюся часть послѣда, но и прикрѣпленную еще его часть. Въ силу этого кровообращеніе уменьшается на еще большемъ протяженіи (самоубійство плода). Только въ видѣ исключенія плодъ погибаетъ, истекая непосредственно своей собственной кровью. Это бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда ткань послѣда глубоко надрывается во время схватокъ, при внутреннемъ изслѣдованіи, или при комбинированномъ поворотѣ. Въ общемъ же кровь, вытекающая изъ послѣда, исходитъ изъ его вскрытыхъ межворсинчатыхъ пространствъ и, слѣдовательно, принадлежитъ матери.

**Р а с п о з н а в а н і е** предлежанія послѣда легко. При кровотокахъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности въ началѣ родовъ слѣдуетъ всегда подумать о *placenta praevia*. Въ такихъ случаяхъ всегда

слѣдуетъ производить внутреннее изслѣдованіе и оно приводитъ къ вѣрному заключенію, если удастся провести палецъ до внутренняго маточнаго зѣва. При этомъ здѣсь вмѣсто гладкой, эластичной поверхности плоднаго пузыря прощупывается шероховатая ткань послѣда, а при *placenta praevia lateralis*—прощупывается и то, и другое. Если маточный зѣвъ закрыть, то заподозрить предлежаніе послѣда можно потому, что влагалищная часть представляется поразительно мягкой и предлежащая часть стоитъ высоко и прощупывается со стороны влагалища, какъ бы черезъ толстую подушку.

Впрочемъ, меня довольно часто приглашали къ больнымъ, гдѣ предполагали *placenta praevia*, но гдѣ на самомъ дѣлѣ былъ ракъ шейки. Въ одномъ случаѣ я опредѣлилъ *hemisephalus*, гдѣ кровоточившіе губчатые остатки мозга плода были приняты за *placenta praevia*.

**Предсказаніе при *placenta praevia*** зависитъ какъ для матери, такъ и для плода отъ своевременности вмѣшательства и характера помощи. Такъ приблизительно на 50 случаевъ *placenta praevia* я потерялъ только одну мать (слѣдовательно, 2% смертности), которая была доставлена ко мнѣ безъ пульса; акушерка затампонировала эту роженицу послѣ разрыва пузыря при закрытомъ маточномъ зѣвѣ и она истекла кровью буквально въ собственную матку. Матка была туго наполнена кровью, такъ что вслѣдствіе ея напряженія не представлялось возможнымъ произвести комбинированнаго поворота; въ виду этого я произвелъ быструю перфорацию головки и извлекъ плодъ при помощи краниокласта; послѣдъ былъ немедленно удаленъ, матка и влагалище затампонированы и сдѣлано было подкожное вливаніе раствора поваренной соли. Послѣ родоразрѣшенія женщина не потеряла ни одной

капли крови, но все же спустя приблизительно  $\frac{1}{2}$  часа погибла отъ прежней потери крови.

**Т е р а п і я.** При кровотеченіяхъ во время беременности, которыя при закрытомъ маточномъ зѣвѣ мы только предположительно можемъ отнести на счетъ *placenta praevia*, слѣдуетъ предписать абсолютное постельное содержаніе и Доверовы порошки. Если, несмотря на это, кровотеченіе все же продолжается или усиливается, то показана тампонація влагалища, которую, по *Zw e i f e l'ю*, слѣдуетъ производить по крайней мѣрѣ въ теченіе недѣли и самое лучшее въ клиникѣ, чтобы уберечь женщину отъ смертельнаго кровотеченія. Если маточный зѣвъ проходимъ для одного пальца, то кровотеченіе можно остановить слѣдующими способами:

1. Р а з р ы в о м ъ п у з ы р я.

Тогда дальнѣйшее отдѣленіе послѣда прекращается, кровотеченіе изъ мѣста прикрѣпленія отдѣлившейся уже части послѣда также останавливается, какъ только подлежащая часть опустится ниже и прижметъ отдѣлившійся лоскутъ сперва къ мѣсту его прежняго прикрѣпленія, а засимъ и къ стѣнкѣ таза. Но для этого необходимы схватки, которыя часто отсутствуютъ; и даже тогда, когда схватки имѣются, сама *placenta praevia totalis* или *lateralis* представляетъ механическое препятствіе для опусканія подлежащей части. Поэтому эту терапію можно рекомендовать только при *placenta praevia marginalis*, при которой послѣдъ только касается маточнаго зѣва.

2. Плотной тампонаціей влагалища (само собой понятно, что въ виду опасности внутренняго кровотеченія ее нельзя примѣнять послѣ разрыва пузыря).

Опасности септической инфекции, бывшія раньше довольно значительными, теперь въ виду антисептического выполненія тампонаціи (см. стр. 148) во всякомъ случаѣ отпадаютъ; тампонація на нѣкоторое время останавливаетъ кровотеченіе благодаря тому, что нижній маточный сегментъ плотно прижимается къ яйцу, а слѣдовательно и къ отдѣлившейся части послѣда. Однако при смѣнѣ тампоновъ роженица можетъ потерять много крови, а эту смѣну слѣдуетъ производить время отъ времени опять, чтобы убѣдиться, не открылся ли маточный зѣвъ настолько, что можно произвести родоразрѣшеніе. Тампонація, по внѣшнимъ причинамъ, легко можетъ заставить акушера произвести родоразрѣшеніе при недостаточно раскрытомъ маточномъ зѣвѣ. При этомъ, однако, происходятъ разрывы чрезвычайно богатаго сосудами нижняго сегмента матки, и это угрожаетъ женщинѣ опасностью истечь кровью.

### 3. Комбинированнымъ поворотомъ на ножку (Vrahton Nicks).

Благодаря разрыву пузыря дальнѣйшее отдѣленіе послѣда прекращается, кровотеченіе изъ раскрытыхъ уже сосудовъ маточной стѣнки останавливается вслѣдствіе того, что низведенная ножка тампонируетъ кровоточащее мѣсто. Операция производится легче подъ наркозомъ. У малокровныхъ роженицъ слѣдуетъ для наркоза предпочесть эфиръ (см. наркозъ). При комбинированномъ поворотѣ лишь крайне рѣдко встрѣчается надобность въ прободеніи самага послѣда, чтобы попасть въ полость яйца. Большой частью съ той или другой стороны удается дойти до яйцевыхъ оболочекъ, для чего иногда отдѣляютъ часть послѣда.

Преимущества комбинированного поворота:

- a) Его можно применить немедленно по прибытии къ кровоточащей женщинѣ. (Внутренній маточный зѣвъ, разъ при placenta praevia наступило мало-мальски значительное кровотечение, пропускаетъ палець!).
- b) Какъ только поворотъ совершенъ, дальнѣйшаго кровотечения не происходитъ. (Если послѣ комбинированнаго поворота кровь еще немного выдѣляется, то слѣдуетъ потянуть ножку и поддержать ее нѣкоторое время въ такомъ положеніи!)
- c) Опасность септической инфекціи сведена до минимума, такъ какъ вмѣшательство весьма кратковременно.
- d) Послѣ поворота назначеніемъ analeptica можно поднять силы роженицы, благодаря чему она лучше переноситъ физиологическую потерю крови въ послѣродовомъ періодѣ.
- e) Такъ какъ извлечение производится только при живомъ плодѣ и притомъ лишь послѣ полного самопроизвольнаго открытія маточнаго зѣва, то послѣдовый періодъ протекаетъ гораздо глаже, чѣмъ при старомъ способѣ, когда послѣ тампонаціи быстро заканчивали родоразрѣшеніе при недостаточно открытомъ маточномъ зѣвѣ.
- f) Лечение не отнимаетъ слишкомъ много времени, а главное производитъ значительный моральный эффектъ, такъ какъ послѣ короткаго и единственнаго вмѣшательства врача кровотечение окончательно останавливается.

Смертность матерей равняется при старыхъ способахъ, описанныхъ въ §§ 1 и 2, 30 %, а при болѣе новомъ способѣ комбинирован-



наго поворота—4,5%. (На 35 случаевъ комбинированнаго поворота я не потерялъ ни одной большой).

Смертность дѣтей при обоихъ способахъ одинакова, именно 60%.

Такая высокая смертность дѣтей является отрицательной стороной комбинированнаго поворота. Другой недостатокъ этого способа состоитъ въ томъ, что практическій врачъ часто не въ состояніи выполнить комбинированнаго поворота. Когда маточный зѣвъ пропускаетъ только 1 палецъ, низведеніе ножки удастся только такимъ способомъ, что палецъ заводятъ за ножку и крѣпко вмѣстѣ съ шейкой прижимаютъ ее къ лонному сочлененію: все время прижимая ножку къ лонному сочлененію, ее вмѣстѣ съ пальцемъ постепенно проводятъ черезъ шейку. Симфизъ при этомъ замѣняетъ до нѣкоторой степени второй палецъ.

Упомянутые недостатки отсутствуютъ въ способѣ, предложенномъ мною въ 1892 г. Этотъ способъ заключается въ введеніи тонкостѣннаго кольпейринтера въ матку и отличается отъ своихъ предшественниковъ (Madugovics, Schauta, Mauger) тѣмъ во-первыхъ, что пузырь разрывается и кольпейринтеръ вводится во вскрытую полость яйца (внутри—амниальный метрейризь) и, во-вторыхъ, тѣмъ, что къ трубкѣ кольпейринтера прилагается умѣренное, но постоянное и самодѣйствующее натяженіе. Впослѣдствіи этотъ способъ въ особенности рекомендовался Küstner'омъ.

Кровотеченіе останавливается тѣмъ, что кольпейринтеръ совершенно такъ же, какъ опустившаяся предлежащая часть плода, сверху прижимаетъ отдѣлившуюся часть послѣда къ кровоточащему мѣсту его прежняго прикрѣпленія. Разорвать пузырь въ нѣкоторыхъ случаяхъ нелегко.

Вмѣсто того, чтобы при placenta praevia totalis перфорировать послѣдъ, лучше отдѣлять подлежащую часть его настолько, чтобы достигнуть яйцевыхъ оболочекъ, а затѣмъ вскрыть послѣднія при помощи корнцанга. Свернутый въ трубочку кольпейринтеръ захватываютъ корнцангомъ; въ такомъ видѣ его легко можно провести въ полость матки черезъ всякую шейку, которая пропускаетъ палець. Затѣмъ трубка кольпейринтера соединяется съ трубкой ирригатора и, поднимая послѣдній, кольпейринтеръ наполняютъ  $\frac{1}{2}$  литра воды. Послѣ этого конецъ трубки кольпейринтера посредствомъ петли изъ бинта перекидываютъ черезъ ножной край кровати и натягиваютъ ее, не причиняя роженицѣ сильной боли. На концы петли накладываетъ защемляющій пинцетъ или ихъ просто перевязываютъ.

Вскорѣ по введеніи кольпейринтера наступаютъ сильныя схватки, которыя въ трехъ изъ первыхъ семи моихъ случаевъ изгнали его въ теченіе трехъ часовъ. Въ двухъ изъ этихъ случаевъ плодъ родился тотчасъ по изгнаніи кольпейринтера, въ третьемъ вслѣдствіе возобновившагося кровотеченія былъ произведенъ внутренній поворотъ и извлеченіе. При этомъ способѣ внутриматочнаго кольпейриза (правильнѣе—м е й т р е й р и з а) врачъ, слѣдовательно, долженъ быть всегда на готовѣ, чтобы послѣ самопроизвольнаго рожденія кольпейринтера можно было своевременно остановить кровотеченіе путемъ родоразрѣшенія. Если кольпейринтеръ не изгоняется, то его можно оставить въ маткѣ самое большее на 12 часовъ, послѣ чего его извлекаютъ потягиваніемъ за нижній конецъ и немедленно приступаютъ къ внутреннему повороту и извлеченію.

Кровотеченіе останавливается этимъ способомъ безусловно надежно; далѣе, примѣненіе этого способа дѣлаетъ подчасъ излишнимъ поворотъ.

Если же все-таки появляются показанія къ вмѣшательству, то, по извлеченіи кольпейринтера, шейка настолько расширена, что можно немедленно произвести внутренній поворотъ и тутъ же извлечь плодъ, благодаря чему значительно увеличиваются шансы сохранить жизнь плода. Кипяченіемъ кольпейринтеръ дезинфицируется такъ надежно, что продолжительное пребываніе его въ маткѣ не представляетъ никакой опасности септической инфекции. При *placenta praevia* и ригидной шейкѣ во время беременности я съ успѣхомъ произвелъ влагалищное кесарское сѣченіе. *Vumm, Döderlein* и *Nijhoff* рекомендуютъ эту операцію даже и въ концѣ беременности. Я въ одномъ такомъ случаѣ имѣлъ смертельный исходъ, правда въ этомъ случаѣ роженица потеряла много крови. По *Weisbieg'u, Vumm* на 12 такихъ операцій имѣлъ одинъ смертельный случай, трое дѣтей были выписаны живыми. Въ послѣднее время я рекомендую производить при *placenta praevia* влагалищное кесарское сѣченіе по метрейринтеру (см. ниже). Если, напр., по введеніи метрейринтера плоду начинаетъ угрожать опасность, то по туго натянутому баллону разсѣкаютъ сперва переднюю губу, затѣмъ передній сводъ и, наконецъ, отсепаровавъ кверху мочевоі пузыря, самую шейку, до тѣхъ поръ, пока баллонъ не выйдетъ наружу. Если разрѣзъ достигъ брюшинной складки, а баллонъ все еще не можетъ быть извлеченъ, то его оттягиваютъ кверху и по немъ разсѣкаютъ еще заднюю губу, задній сводъ на 1—2 см., а засимъ, отсепаровавъ брюшину *Duglase*, и заднюю стѣнку шейки. Теперь производятъ внутренній поворотъ и извлеченіе. Благодаря давленію баллона, операція производится въ обезкровленной области, какъ при способѣ *Esma rch'a*.

В е r n a u s, К r ö n i g и другіе авторы предложили производить при placenta praevia также классическое кесарское сѣченіе.

Что касается послѣдоваго періода, то здѣсь необходимо по возможности беречь кровь у роженицы, и безъ того уже обезкровленной. Эта задача тѣмъ труднѣе, что бѣдный мускулатурой нижній маточный сегментъ и въ нормѣ сокращается довольно плохо. Когда же имѣется предлежаніе послѣда, то и при нормальномъ сокращеніи матки кровотеченіе изъ чрезвычайно богатаго сосудами нижняго маточнаго сегмента бываетъ въ послѣдовомъ періодѣ больше, чѣмъ при нормальномъ прикрѣпленіи послѣда. По этой причинѣ уже въ концѣ родовъ слѣдуетъ позаботиться о возможно болѣе плотномъ сокращеніи тѣла матки путемъ инъекцій эрготина. Благодаря эрготину сжимаются артеріальныя вѣточки, которыя снабжаютъ нижній маточный сегментъ и вступаютъ въ стѣнку матки на высотѣ кольца сокращенія, и такимъ путемъ уменьшается кровоснабженіе мѣста прикрѣпленія послѣда (H o f m e i e r). Далѣе, слѣдуетъ заботиться объ опорожненіи мочевого пузыря, слѣдить рукой за сокращеніемъ матки, но массировать ее—только при кровотеченіи; черезъ  $\frac{1}{2}$  часа послѣ родовъ послѣдъ надо выжать. Если выжиманіе послѣда не удастся, а кровотеченіе продолжается, несмотря на массажъ, то слѣдуетъ отдѣлить послѣдъ ручнымъ способомъ (въ перчаткѣ). Отдѣленіе послѣда, такъ же, какъ и комбинированный поворотъ при placenta praevia, отнюдь не слѣдуетъ производить въ боковомъ положеніи, такъ какъ при этомъ женщинѣ угрожаетъ смертельная в о з д у ш н а я э м б о л і я (O l s h a u s e n). Если кровотеченіе продолжается и послѣ отдѣленія послѣда, то слѣдуетъ немедленно затампонировать матку и влагалище, чтобы уберечь обезкровленную женщину даже и отъ незначительной дальнѣйшей кро-

вопотери. При этомъ влагалище должно быть плотно выполнено ватой (см. кровотеченіе послѣ родовъ).

При производствѣ комбинированнаго поворота наркозъ безусловно необходимъ, а при отдѣленіи послѣда онъ крайне пріятенъ. Въ принципѣ въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ, конечно, предпочесть эфирный наркозъ, но примѣненіе его на практикѣ встрѣчаетъ нѣкоторыя препятствія (опасность пожара, болѣе продолжительный періодъ возбужденія, громоздкая маска и громоздкая же бутылка для эфира).

4. К р о в о т е ч е н і я в с л ѣ д с т в і е р а з р ы в а м а т к и и л и п р о н и к а ю щ а г о в ѣ б р ю ш н у ю п о л о с т ь р а з р ы в а в л а г а л и щ а (с о і r a r o g h e x i s).

Этимъ кровотечениямъ предшествуютъ, какъ правило, признаки сильнаго растяженія нижняго маточнаго сегмента; самый же разрывъ наступаетъ или самопроизвольно, или при попыткахъ къ родоразрѣшенію (поворотъ при поперечномъ положеніи!). Вѣрными признаками разрыва являются, кромѣ кровотечения, коллапсъ и подвижность предлежащей части, бывшей раньше неподвижной. Далѣе діагнозъ подтверждается тѣмъ, что около плода, выступившаго въ брюшную полость, прощупывается пустая уменьшившаяся матка. Различаютъ полные и неполные разрывы. При послѣднихъ брюшина не разрывается, но и при неполномъ разрывѣ можетъ наступить смертельное кровотеченіе (L e o r o l d).

Кромѣ упомянутыхъ разрывовъ наблюдаются еще самопроизвольные

р а з р ы в ы тѣла матки, обусловленные рубцами послѣдней (послѣ бывшаго кесарскаго сѣченія, энуклеаціи міомъ, прободеній матки кюреткой, при слабости ея мускулатуры). Эти разрывы могутъ вызвать быстрое смертельное кровотеченіе даже во время беременности. Тутъ только чревосѣченіе можетъ спасти больную.

П р е д с к а з а н і е безъ быстрой врачебной помощи абсолютно плохое. Женщины погибають отъ шока, кровотечения или сепса.

Въ принципѣ наилучшей терапіеи является чревосѣченіе; послѣднее даетъ возможность удалить плодъ и послѣдъ, зашить разрывы, отыскать кровоточащія сосуды, а въ случаѣ надобности ампутировать тѣло матки. Менѣе серіознымъ и быстрѣе выполнимымъ вмѣшательствомъ является влагалищная экстирпація разорванной матки. Эту операцію впервые съ успѣхомъ произвелъ я. Наложить швы на разрывъ матки также можно влагалищнымъ путемъ: вскрываютъ передній сводъ, отсекають кверху мочевой пузырь, перевязываютъ и разсѣкають одну или обѣ *lig. cardinalia* (авторъ—см. стр. 253). Въ частной практикѣ эти способы большей частью непримѣнимы. Тутъ слѣдуетъ разрѣшить женщину *per vias naturales* посредствомъ поворота или прободенія головки, а затѣмъ черезъ разрывъ затампонировать іодоформной марлей брюшную полость, полость матки и влагалище. Этотъ способъ, впервые примѣненный мною, уже далъ благопріятные результаты въ нѣсколькихъ случаяхъ. При этомъ тампонъ, который хорошо прощупывается, цѣлесообразно прижать къ маткѣ со стороны брюшныхъ покрововъ. Такимъ путемъ удается

достигнуть полной остановки очень сильного кровотечения; а на остановку кровотечения я съ самого начала обращалъ больше вниманія, чѣмъ на дренирующее значеніе марли; что имѣетъ лишь второстепенное значеніе. *Leopold* доказалъ, какую большую роль играетъ на самомъ дѣлѣ кровотеченіе при разрывѣ матки. Слѣдовательно, простой дренажъ совершенно не достаточенъ. Тампонъ удаляется черезъ 24—48 часовъ. Если еще до разрыва матки занесена септическая инфекция, то, конечно, результатъ самой удачной операціи дѣлается сомнительнымъ.

5. Въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ кровотеченіе непосредственно послѣ разрыва пузыря можетъ произойти изъ сосудовъ плода; именно, въ тѣхъ случаяхъ, когда существуетъ *insertio velamentosa* и развѣтвленіе сосудовъ пуповины приходится какъ разъ надъ маточнымъ зѣвомъ. Распознать источникъ кровотечения можно, конечно, только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ еще при цѣломъ пузырьѣ въ толщѣ яйцевыхъ оболочекъ удалось прощупать одинъ или нѣсколько пульсирующихъ и не смѣщающихся тяжей.

Въ такихъ случаяхъ съ профилактической цѣлью слѣдуетъ попытаться задержать разрывъ пузыря тампонаціей влагалища и, какъ только шейка совершенно раскроется, приступить къ родоразрѣшенію. Если пузырь разрывается при недостаточно еще открытомъ маточномъ зѣвѣ, то также показано возможно быстрое родоразрѣшеніе—у первородящихъ съ помощью глубокихъ надрѣзовъ влагалищной части, при условіи, что акушеръ владѣетъ техникой этой операціи.

Если при этомъ осложненіи акушеръ является къ роженицѣ уже послѣ разрыва пузыря, то приступитъ къ родоразрѣшенію его заставляетъ прогрессирующее ухудшеніе сердцебіенія плода.

Впрочемъ, въ этихъ случаяхъ можетъ и не быть кровотеченія и плодъ все же можетъ умереть (отъ асфиксіи), если при разрывѣ яйцевыхъ оболочекъ ни одинъ сосудъ не разрывается, но плодъ, проходя черезъ разрывъ, сдавливаетъ сосуды, расположенные по краямъ этого разрыва.

### Кровотеченія послѣ рожденія плода.

Кровотеченія послѣ рожденія плода раздѣляютъ слѣдующимъ образомъ:

**A.** Кровотеченія изъ полости матки.

1. Кровотеченія до отхожденія послѣда (послѣдовья кровотеченія).
2. Кровотеченія послѣ отхожденія послѣда.

**B.** Кровотеченія изъ разрывовъ шейки.

**C.** Кровотеченія изъ разрывовъ влагалища.

**D.** Кровотеченія изъ разрывовъ промежности.

**E.** Кровотеченія изъ разрывовъ клитора.

**F.** Кровотеченія при выворотѣ матки.

**G.** Кровотеченія въ околовлагалищную клетчатку (*thrombus* или *haematoma vaginae et vulvae*).

**H.** Позднія кровотеченія.

#### **A.** Кровотеченія изъ полости матки.

1. Кровотеченія до отхожденія послѣда.



Кровотеченія изъ полости матки до отхожденія послѣда происходятъ оттого, что послѣдовыя схватки слишкомъ слабы и поэтому отдѣляютъ лишь часть послѣда. Кровь при этомъ течетъ изъ мѣста прикрѣпленія отдѣлившейся части послѣда, такъ какъ раскрытые сосуды маточной стѣнки закрываются лишь послѣ изгнанія послѣда благодаря плотному сокращенію и ретракціи матки.

Послѣдовыя схватки бываютъ слишкомъ слабы:

1. Если при утомленной маткѣ онѣ вызываются преждевременнымъ растираніемъ и попытками къ выжиманію (послѣда).

Растираніе вялой, атоничной матки при отсутствіи какъ наружнаго, такъ и внутренняго кровотеченія является ошибкой. Въ этихъ именно случаяхъ послѣдъ еще вполне прикрѣпленъ. Растираніе вызываетъ при этомъ лишь слабыя схватки и онѣ отдѣляютъ послѣдъ лишь частично. Нужно дать утомленной мышцѣ время собраться со свѣжими силами. Правда, это часто длится часами, даже днями. При такихъ условіяхъ врачъ не можетъ безотлучно оставаться при больной, съ другой стороны у нея можетъ въ любой моментъ наступить сильное кровотеченіе, а тромбозъ расширенныхъ маточныхъ сосудовъ и притомъ на большомъ протяженіи можетъ повести къ эмболии. Нѣкоторые акушеры находятъ выходъ изъ этой диллемы въ томъ, что они отдѣляютъ послѣдъ ручнымъ способомъ, если его не удастся выдѣлить по *Stédé* въ теченіе 2-хъ часовъ послѣ рожденія ребенка.

Въ такихъ случаяхъ я возлагалъ большія надежды на тампонацію матки. Въ одномъ случаѣ частичнаго отдѣленія послѣда кровотеченіе продолжалось, несмотря на тампонацію. Съ другой стороны, въ одномъ случаѣ полнаго приращенія послѣда его легко удалось выжать черезъ 24 часа

вслѣдъ за удаленіемъ тампона, причемъ въ теченіе всего этого времени кровотеченія совершенно не было.

2. Если матка сильно растянута (при многоводіи, двойняхъ).

3. Послѣ быстрого оперативнаго или самопроизвольнаго опорожненія матки (стремительные роды).

4. Послѣ переутомленія мускулатуры матки (продолженіе вторичной слабости схватокъ въ послѣдовомъ періодѣ).

5. При слабости маточной мускулатуры (у очень юныхъ или пожилыхъ первородящихъ, у много-родящихъ).

6. При общемъ плохомъ питаніи (частота кровотеченій у женщинъ изъ пролетаріата).

7. При наполненномъ мочевомъ пузырьѣ.

**Р а с п о з н а в а н і е:** Однимъ прикосновеніемъ къ маткѣ опредѣляется недостаточное сокращеніе ея и чрезмѣрно сильное наружное кровотеченіе или признаки внутренняго кровотеченія, какъ то: малокровіе, сильное растяженіе вялой матки, которая можетъ занимать всю брюшную полость, тогда какъ при хорошемъ сокращеніи она, правда, можетъ стоять выше пупка, но зато лишь немного переходитъ по ту и другую сторону средней линіи.

Если затѣмъ при внутреннемъ кровотеченіи матка твердѣетъ благодаря массажу, то изъ половыхъ органовъ извергается большое количество крови. Далѣе, слѣдуетъ тотчасъ же опредѣлить, не происходитъ ли кровотеченіе отчасти также и изъ разрыва промежности или клитора; помимо этого, слѣдуетъ подумать о возможности разрыва шейки.

Въ терапіи (см. также стр. 169) нужно придерживаться опредѣленнаго порядка и прибѣгать къ слѣдующимъ мѣропріятіямъ.

1. Опорожненіе мочевого пузыря.

2. Растираніе матки (также ея задней стѣнки) обѣими руками и инъекція эрготина (0,3).

3. Горячее спринцеваніе матки ( $40^{\circ}$  R) 1% растворомъ лизоформа.

4. Спринцеваніе матки ледяной антисептической жидкостью (NB., если подъ рукой имѣется такъ сильно охлажденная, предварительно прокипяченная вода, а кровотеченіе умѣренное).

Если послѣ этого матка энергично сокращается, то слѣдуетъ примѣнить способъ Credé. Напротивъ, если при отсутствіи или слабости сокращеній кровотеченіе продолжается, такъ что жизни женщины угрожаетъ опасность, то необходимо приступить къ ручному отдѣленію послѣда. Ручное отдѣленіе послѣда всегда является серіозной операціей, такъ какъ даже обеззараженная рука можетъ перенести находящіеся въ половомъ каналѣ патогенные микроорганизмы къ мѣсту прикрѣпленія послѣда.

5. Производство отдѣленія послѣда: роженицу кладутъ въ ягодично-спинное положеніе, дезинфицируютъ руки, надѣваютъ резиновые перчатки, покрываютъ животъ стерильнымъ полотенцемъ, дезинфицируютъ наружные половые органы и влагалище; наркозъ. Въ то время, какъ лѣвая рука снаружи вдавлиываетъ матку въ тазъ такъ глубоко, что иногда маточный зѣвъ показывается даже наружу, правая рука проникаетъ вдоль пуповины въ полость матки. Если надъ внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ рука встрѣчаетъ отдѣлившуюся долю послѣда, то она отсюда и начинается отдѣленіе, разрывая пилящими движеніями тонкіе, натянутые между послѣдомъ и стѣнкой матки тяжи, причемъ ладонная поверхность руки всегда должна быть обращена къ послѣду. Наружная рука должна при отдѣленіи послѣда охватывать матку и сильно давить ее внизъ. Такимъ образомъ рука посте-

пенно проникаетъ до угловъ<sup>1)</sup>, гдѣ отходятъ трубы; здѣсь отдѣленіе всегда представляется наиболѣе труднымъ и должно облегчаться противодавленіемъ соответственной части помощью наружной руки. Если яйцевыя оболочки окутываютъ оперирующую руку, то ихъ слѣдуетъ разорвать. Никогда не слѣдуетъ потягивать за отдѣленные части; выдавливать послѣдъ наружу надо давленіемъ сверху. Если верхняя периферія послѣда совершенно отдѣлена, то не бѣда, если ниже послѣдъ остается еще прикрѣпленнымъ на небольшомъ участкѣ. Полуоборотомъ послѣда, захваченнаго сверху всею рукою, его легко отдѣлить совсѣмъ.

Если послѣдъ сидитъ справа, то отдѣленіе его правой рукой въ иныхъ случаяхъ удастся только тогда, когда женщину укладываютъ на правый бокъ. Но при этомъ является опасность воздушной эмболіи. Поэтому лучше извлечь правую руку, продезинфицировать лѣвую и ввести ее въ полость матки.

Если отдѣленная доля послѣда лежитъ высоко, то сначала слѣдуетъ дойти до мѣста прикрѣпленія пуповины и оттуда уже прощупать край послѣда. Если нигдѣ не удастся найти отдѣлившейся части, то, разорвавъ яйцевыя оболочки, отдѣленіе слѣдуетъ начинать съ края послѣда. Если край послѣда не прощупывается достаточно ясно, то въ какомъ-нибудь мѣстѣ слѣдуетъ произвести прободеніе послѣда до стѣнки матки и отсюда начинать отдѣленіе.

---

<sup>3)</sup> Во многихъ случаяхъ задержаніе послѣда обусловливается именно прикрѣпленіемъ его на этомъ мѣстѣ; болѣе слабая мускулатура этого мѣста не въ состояніи вызвать самопроизвольнаго отдѣленія послѣда (Tubenecken-Placenta). Тутъ по отдѣленіи послѣда легко можетъ возникнуть параличъ плацентарной площади.

Послѣ удаленія послѣда необходимо еще разъ ввести руку въ матку, чтобы убѣдиться, не остались ли тамъ какія-нибудь части его.

Иногда внутренній маточный зѣвъ бываетъ сужень (матка въ формѣ песочныхъ часовъ) и пропускаетъ только 2—4 пальца. И въ такихъ случаяхъ мнѣ всегда удавалось ручное отдѣленіе послѣда путемъ соответственнаго примѣненія паружнаго давленія и введенія всей руки во влагалище. Въ этихъ случаяхъ, которые могутъ возникнуть вслѣдствіе назначенія до родовъ *secale*, можетъ совершенно не быть кровотечения. Несмотря на это, *Thorn* рекомендуетъ въ этихъ случаяхъ практическому врачу послѣ безуспѣшнаго примѣненія подъ наркозомъ приѣма *Stedé* низвести матку и черезъ 2 часа послѣ родовъ отдѣлить послѣдъ ручнымъ способомъ.

Если это не удастся, то больную слѣдуетъ перевести въ клинику для производства влагалищнаго кесарскаго сѣченія. До этой операциі я рекомендую затампонировать маточно-влагалищный каналъ.

2. К р о в о т е ч е н і я п о с л ѣ у д а л е н і я п о с л ѣ д а.

Въ этомъ случаѣ продолжаютъ дѣйствовать вышеупомянутыя причины, матка остается вялой, просвѣты сосудовъ, оканчивающихся на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда, остаются открытыми. Терапія та же, что и приведенная въ §§ 1—4. Но если кровотеченіе продолжается и послѣ этихъ мѣропріятій, то слѣдуетъ ввести руку въ полость матки и удалить ручнымъ способомъ части послѣда или яйцевыхъ оболочекъ, которыя могли тамъ задержаться. Если оболочки находятся уже во влагалищѣ, то ихъ слѣдуетъ захватить корнцангомъ, путемъ закручиванія превратить въ тяжъ и осторожно извлечь. Въ тѣхъ случаяхъ, когда кровотеченіе продолжается при пустой маткѣ слѣдуетъ

произвести тампонацію маточно-влагалищнаго канала по моему способу. Этотъ способъ ведетъ къ остановкѣ кровоточенія двоякимъ путемъ:

1. Возбужденіемъ энергичнаго сокращенія, т.-е. продолжительной ретракціи матки.

2. Прижатіемъ кровоточащей плацентарной площадки.

Тампонація при соблюденіи антисептики является безусловно безопаснымъ вмѣшательствомъ, чего нельзя утверждать, напр., о liq. ferri. Поэтому на тампонацію не слѣдуетъ болѣе смотрѣть какъ на ultimum refugium, а примѣнять ее, когда выше-названныя средства не ведутъ къ немедленной остановкѣ кровоточенія.

Въ качествѣ матеріала для тампонаціи лучше всего пользоваться вчетверо сложеннымъ стерилизованнымъ бинтомъ изъ 5% іодоформной марли, шириною въ ладонь и длиною въ 5 м.; его хранятъ исключительно для этой цѣли въ особой жестяной коробкѣ (коробка № 1; см. стр. 63 и 149). Согласно моимъ наблюденіямъ опасно пользоваться простой стерильной марлей, такъ какъ съ ней можно занести зародыши изъ влагалища или шейки на мѣсто прикрѣпленія послѣда. Эти зародыши обезвреживаются іодоформной марлей, простой же стерильной марлей—конечно, нѣтъ; даже стерилизованная салициловая марля не обезвреживаетъ ихъ. Если подъ рукою рекомендуемаго мною матеріала не имѣется, то можно взять полоску полотна, предварительно прокипяченнаго и выжатаго въ карболовой кислотѣ. Но въ такомъ случаѣ необходимо, помимо этого, затампонировать влагалище вываренной ватой, такъ какъ полотно обладаетъ небольшою способностью къ всасыванію.

Техника тампонаціи: женщина укладывается на поперечную кровать съ умѣренно

приподнятой верхней частью туловища (чтобы избежать воздушной эмболии). Подъ контролемъ

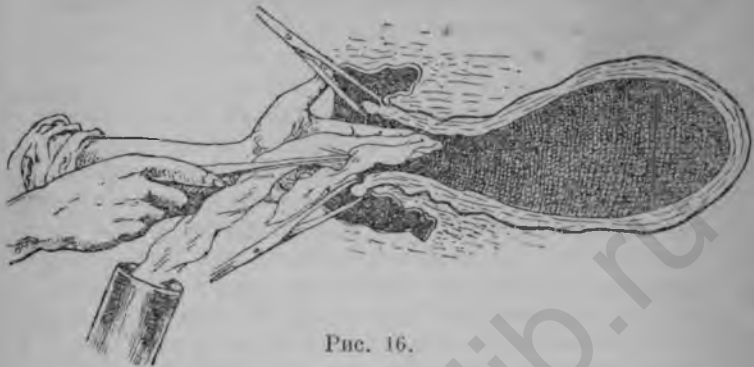


Рис. 16.

указательнаго и средняго пальцевъ лѣвой руки возможно выше захватываютъ 2 пулевыми щипцами обѣ губы и производятъ шейку въ половую щель. Если это не удастся, даже при помощи давленія снаружи, то можно или ввести желобоватое зеркало во влагалище или два пальца лѣвой руки въ шейчный каналъ (см. рис. 16); подъ руководствомъ этихъ пальцевъ, а при примѣненіи зеркала, разумѣется, просто подъ контролемъ глаза при помощи длиннаго анатомическаго пинцета вводятъ конецъ полоски марлеваго бинта изъ жестяной коробки непосредственно въ матку.



Рис. 17.

Боковой стороной мизинца освободившейся теперь лѣвой руки ощупываютъ снаружи, дѣйствительно ли конецъ пинцета доведенъ до дна матки (см. рис. 17); засимъ указа-

тельный и средній пальцы лѣвой руки, оставшіеся въ асептическомъ состояніи, опять вводятъ въ каналъ шейки и съ помощью пинцета проводятъ по нимъ въ дно матки новый отрѣзокъ бинта. Можно также оставлять оба пальца въ шейкѣ. Тогда, чтобы убѣдиться, доведена ли верхушка пинцета до самаго дна, конецъ пинцета прижимаютъ къ ладони лѣвой руки и фиксируютъ его 4-мъ пальцемъ, освободившейся теперь правой рукой охватываютъ дно матки и прощупываютъ его верхушку. Иногда, чтобы облегчить это прощупываніе приходится осторожно продвинуть пинцетъ кверху въ лѣвой рукѣ.

Въ интересахъ асептики животъ роженицы передъ тампонаціей слѣдуетъ накрывать стерильнымъ полотенцемъ. Такимъ образомъ вся матка постепенно плотно выполняется марлей сверху донизу. Если акушерка, охвативъ матку подъ полотенцемъ, энергично вдавлиываетъ ее въ тазъ, то можно обойтись и безъ пулевыхъ щипцовъ. Само собой понятно, что вмѣсто пинцета можно пользоваться корнцангомъ; можно также вводить бинтъ въ матку всей рукой, но этотъ способъ страшно болѣзненъ и неудобенъ. За тампонаціей матки слѣдуетъ тампонація влагалища, которая производится, смотря по надобности, слабѣе или туже; при кровотеченіяхъ изъ нижняго маточнаго сегмента (при *placenta praevia* и разрывахъ шейки) тампонація влагалища заканчивается ватными тампонами, которые не такъ проницаемы. Въ случаяхъ тяжелаго кровотеченія у очень чувствительныхъ женщинъ показанъ наркозъ;—наркозъ дается съ той цѣлью, чтобы изъ-за болевыхъ ощущеній женщины врачу не пришлось прекратить тампонацію слишкомъ рано. Если при абсолютной атоніи матки сокращенія не появляются и послѣ тампонаціи маточно-влагалищнаго канала, и напротивъ, матка начинаетъ растягиваться вслѣд-



ствіе внутренняго кровотеченія, то ее слѣдуетъ прижать къ тампону снаружи. Если разрывъ шейки исключенъ, а наружное кровотеченіе продолжается, несмотря на комбинированную тампонацію марлей и ватой, то въ такомъ случаѣ я выполнилъ бы и полость матки тампонами изъ сухой салициловой ваты. Ни тотъ, ни другой случай не встрѣчались мнѣ ни разу. Зато въ одномъ случаѣ колоссальнаго растяженія матки я безъ предварительной тампонаціи съ успѣхомъ удалилъ матку у умиравшей женщины (см. стр. 224).

Кровотеченіе, наступающее черезъ  $\frac{1}{2}$ —2 часа спустя послѣ тампонаціи, вызывается обыкновенно сильнымъ сокращеніемъ матки, которое и выжимаетъ кровь изъ марлеваго тампона. Тутъ не нужно тампонировать дополнительно, а напротивъ, необходимо совсѣмъ удалить тампонъ.

Отъ атоническаго кровотеченія послѣ родовъ умираетъ около 0,03 % всѣхъ родильницъ или другими словами: Въ одной Пруссіи отъ истеченія кровью послѣ родовъ ежедневно погибаетъ одна родильница! Большая часть этихъ случаевъ могла бы быть спасена описаннымъ способомъ. Хотя всѣ признаютъ кровоостанавливающее значеніе тампонаціи, но ей ставятъ въ упрекъ, что она легко можетъ внести инфекцію. Съ цѣлью избѣгнуть инфекціи слѣдуетъ при ощупываніи дна матки прикрывать животъ женщины стерилизованнымъ холотенцемъ. Далѣе, слѣдуетъ заботиться о томъ, чтобы стерильный марлевый бинтъ не инфицировался бы зародышами по пути къ маткѣ. Съ этой цѣлью прежде всего стерилизуютъ коробку № 1 и инструменты кипяченіемъ или обжиганіемъ на спирту. На руки надѣваютъ перчатки, широкимъ заднимъ зеркаломъ обнажаютъ

влагалищную часть и захватывают пулевыми щипцами переднюю губу. Если лѣвой рукой щипцы сильно тянуть книзу, то зеркало держится само, правая рука освобождается, и ею можно съ помощью пинцета захватывать бинтъ изъ приоткрытой, захваченной между колѣнами коробки, и вводить этотъ бинтъ въ матку. Если бинтъ немного выпадаетъ за край коробки, то вреда отъ этого не происходитъ, такъ какъ и наружная сторона коробки обеззаражена. Отъ прикосновенія къ промежности защищаетъ зеркало. Если подъ руками не имѣется зеркала, то въ стерилизованномъ полотенцѣ вырѣзають центральное отверстіе и прикрѣпляютъ его края къ влагалищной части.

## **В. Кровотеченія изъ разрывовъ шейки.**

Если матка хорошо сократилась и нѣтъ никакихъ наружныхъ поврежденій, то всякое значительное кровотеченіе происходитъ изъ бокового разрыва шейки<sup>1)</sup>; притомъ такой разрывъ большей частью простирается выше влагалищнаго свода и часто не только захватываетъ стѣнку матки, но проникаетъ еще и въ parametrium. Вслѣдствіе этого могутъ надорваться крупныя вѣтви маточной артеріи и даже сама маточная артерія и это можетъ вызвать помимо наружнаго кровотеченія к р о в о и з л і я н і е въ ш и р о к у ю с в я з к у. Такіе глубокіе разрывы, при которыхъ, въ рѣдкихъ случаяхъ, разрывомъ захватывается даже и брюшина (проникающіе разрывы шейки), встрѣчаются, впрочемъ, только въ тѣхъ случаяхъ, когда при недо-

---

<sup>1)</sup> Если отсутствуетъ какое бы то ни было поврежденіе и матка хорошо сокращена, то при кровотеченіи слѣдуетъ подумать, что источникъ кровотеченія лежитъ въ разорвавшемся аневризматическомъ сосудѣ полости матки. Терапія: тампонація матки.

статочно открытомъ маточномъ зѣвѣ извлеченіе было сдѣлано съ грубой силой.

При подозрѣніи на разрывъ шейки опытный акушеръ сумѣетъ и непосредственно прощупать такой разрывъ. Распознаваніе можетъ сдѣлаться затруднительнымъ, когда одновременно существуетъ кровотеченіе ex atonia uteri и изъ разрыва шейки. Въ этихъ случаяхъ тампонація маточно-влагалищнаго канала имѣетъ особенное значеніе, такъ какъ она останавливаетъ кровотеченіе изъ обоихъ источниковъ. Далѣе, она останавливаетъ и кровотеченіе изъ возможныхъ разрывовъ влагалища и промежности и при разрывахъ клитора даетъ возможность распознать, что кровотеченіе происходитъ не изъ влагалища. Этотъ методъ, слѣдовательно, предъявляетъ гораздо меньшія требованія къ диагностической опытности начинающаго, который при сильномъ кровотеченіи легко можетъ растеряться. Если при кровотеченіи изъ маточной артеріи ватно-марлевая тампонація не останавливаетъ его, то она во всякомъ случаѣ значительно уменьшаетъ его, такъ что имѣется возможность съ большимъ спокойствіемъ сдѣлать приготовленія къ наложенію швовъ, *resp.* обкалыванію со стороны свода. Обкалываніе производится послѣ низведенія обѣихъ маточныхъ губъ пулевыми щипцами подъ руководствомъ указательнаго и средняго пальцевъ лѣвой руки; оно на практикѣ является болѣе легкимъ, чѣмъ наложеніе швовъ на кровоточащій разрывъ. Для обкалыванія лучше всего пользоваться иглой *Desshaup's*.

При глубокихъ, проникающихъ въ клѣтчатку, разрывахъ шейки наложеніе швовъ не приносило пользы даже въ рукахъ очень опытныхъ акушеровъ; кровотеченіе только превращалось изъ наружнаго во внутреннее. Если въ подобныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ тампонаціи, то марлю слѣдуетъ,

конечно, вводить черезъ разрывъ въ глубь клѣтчатки. Такимъ путемъ, слѣдовательно—простой тампонаціей, мнѣ въ большинствѣ случаевъ удавалось остановить кровотеченіе, причемъ оно ни разу не возобновлялось черезъ 24 часа, когда удаляли тампонъ.

Тѣмъ не менѣе бываютъ случаи, гдѣ съ цѣлью остановить кровотеченіе приходится удалить матку влагалищнымъ путемъ. Въ извѣстныхъ случаяхъ, по моимъ наблюденіямъ, достаточно вскрыть сводъ на пораженной сторонѣ, отсепаровать мочевой пузырь и (въ особенности при проникающихъ разрывахъ) вскрыть Дугласъ съ цѣлью перевязать соответствующую широкую связку болѣе или менѣе высоко, а въ случаѣ надобности и отдѣлить ее отъ матки. При этомъ является возможность сильно низвести матку и можно удобно зашить ея пораненія.

При атоническихъ кровотеченіяхъ и кровотеченіяхъ изъ разрывовъ шейки *Витт* при неудачѣ описанной терапіи или невозможности ее примѣнить рекомендуетъ обезкровливаніе по *Мотбургу*, т.-е. возможно болѣе крѣпкое перетягиваніе живота въ области талии резиновой трубкой (можно также, напр., резиновой трубкой отъ ирригатора). Въ противоположность этому *Гаусс* выступаетъ въ защиту стараго способа прижатія аорты, для чего онъ предложилъ собственный компрессорій; *Крониг* и *Додерлейн* рекомендуютъ перевязку аа. spermaticae и hypogastricae путемъ чревосѣченія.

### **С. Кровотеченія изъ разрывовъ влагалища.**

Обыкновенно они бываютъ незначительны. О разрывѣ влагалища слѣдуетъ подумать въ томъ случаѣ, если кровотеченіе происходитъ при хорошо сократившейся маткѣ, если не прощупывается

разрыва шейки и не видно каких-либо наружных повреждений. Если разрывъ доступенъ, то его зашиваютъ, если нѣтъ—кровотеченіе останавливаютъ тампонаціей разрыва.

Значительныя кровотеченія изъ разрывовъ влагалища происходятъ только въ томъ случаѣ, если дѣло идетъ о проникающихъ разрывахъ влагалища или о лопнувшихъ венозныхъ узлахъ. И въ томъ и въ другомъ случаѣ слѣдуетъ по возможности зашить поврежденія и лишь въ крайнемъ случаѣ—затампонировать.

#### **Д. Кровотеченія изъ разрывовъ промежности.**

Они могутъ быть по началу очень сильными. Диагнозъ ставится на основаніи осмотра наружныхъ половыхъ органовъ.

**Т е р а п і я:** Временная тампонація, затѣмъ наложеніе швовъ (см. стр. 83).

#### **Е. Кровотеченія изъ разрывовъ клитора.**

Даже при разрывѣ клитора длиною въ  $\frac{1}{2}$ —1 см. кровотеченіе можетъ быть столь сильнымъ, что женщина истекаетъ кровью. **Р а с п о з н а в а н і е:** Осматриваютъ наружные половые органы; вводятъ полоску марли во влагалище, причемъ выясняется, что кровь течетъ изъ области симфиза, а не изъ влагалища. **Т е р а п і я:** Швы, иногда временная тампонація.

**Р е з ю м э:** При кровотеченіяхъ послѣ отхожденія послѣда асептическая тампонація маточно-влагалищнаго канала стерилизованной 5% іодоформной марлей или салициловой ватой является для врача безопаснымъ и надежнымъ средствомъ, чтобы въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ остановить кровотеченіе, откуда бы

оно ни исходило, а въ случаяхъ разрывовъ кли-  
тора—распознать и его источникъ.

Отъ кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ пе-  
гибаетъ въ среднемъ около 0,1 % всѣхъ роженицъ.

## Г. Кровотеченія при выворотѣ матки.

П р и ч и н ы выворота.

1. Потягиваніе за пуповину при прикрѣплен-  
номъ еще послѣдѣ (старый способъ извлеченія от-  
дѣлившагося послѣда).

2. Примѣненіе приема *С r e d é* при вялой маткѣ.

3. Чрезмѣрно сильное примѣненіе брюшного  
пресса.

4. Стремительные роды.

С и м п т о м ы: Явленія шока, сильное кро-  
вотеченіе въ томъ случаѣ, если послѣдъ уже ча-  
стично отдѣлился.

Р а с п о з н а в а н і е: Опухоль передъ на-  
ружными половыми органами или во влагалищѣ;  
въ то же время матка на ея нормальномъ мѣстѣ  
отсутствуетъ.

П р е д с к а з а н і е: При отсутствіи быстрой  
помощи—очень дурное.

Т е р а п і я: Ручное отдѣленіе послѣда, впра-  
вленіе, а при продолжающемся кровотеченіи—там-  
понація матки.

## Г. Кровотеченія въ околовлагалищную клѣтчатку.

(*Thrombus* или *haematoma vaginae*  
*et vulvae*.)

Э т і о л о г і я: Опускающаяся головка смѣ-  
щаетъ влагалище книзу, что при извѣстныхъ об-  
стоятельствахъ ведетъ иногда къ разрывамъ со-  
судовъ въ околовлагалищной клѣтчаткѣ. Сна-

чала головка дѣйствуетъ какъ тампонъ, такъ что кровь можетъ скопиться лишь послѣ родовъ.

**Симптомы:** Сильныя боли въ области срамной губы или влагалища, въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ—малокровіе.

**Діагнозъ:** Видимая въ половой щели или ощущаемая во влагалищѣ синеватая, эластическая или флюктуирующая опухоль. Въ рѣдкихъ случаяхъ она простирается до боковыхъ краевъ матки или еще выше до почекъ.

**Предсказаніе:** при цѣлесообразной терапіи—благопріятно.

**Терапія:** ледяныя примочки, плотная тампонація влагалища кольцеобразнымъ, наполненнымъ ледяной водой. Если опухоль растеть и грозитъ разрывомъ, если наступаютъ явленія грознаго малокровія, если всасываніе опухоли въ послѣдствіи замедляется или она нагнаивается—показанъ смѣлый разрѣзъ, промываніе полости лизоформомъ и тампонація іодоформной марлей. Если опухоль простирается выше—въ брюшную полость и внутреннее кровотеченіе продолжается, то въ клиникѣ слѣдовало бы считать показаннымъ чревосѣченіе съ обнаженіемъ кровоточащихъ сосудовъ, т.-е. то, что *Leopold* рекомендуетъ, когда имѣется haematoma при неполномъ разрывѣ матки. Если произвести чревосѣченіе невозможно, то рекомендуется давящая повязка на животъ и прижатіе аорты.

## Н. Позднія кровотеченія.

Кровотеченія, наступающія лишь въ послѣродовомъ періодѣ, называютъ поздними. Они зависятъ отъ недостаточной ретракціи матки, отъ задержанія остатковъ плоднаго яйца или кровяныхъ сгустковъ, которые отлагаются на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда (плацен-

тарный полипъ); далѣе они зависятъ отъ присутствія новообразованій (миомъ, карциномъ), отъ неправильныхъ положеній матки (*retroflexio, inversio uteri chronica*), или отъ разрыва аневризматическихъ сосудовъ матки. Лечение заключается въ слѣдующемъ: ручное удаление ненормального содержимаго матки (въ случаѣ надобности примѣняется предварительное расширение ламинаріей или тампонаціей, см. стр. 147); удаление опухолей или даже всей матки; вправление матки при неправильныхъ ея положеніяхъ; введеніе кольца при *retroflexio*; устраненіе атоніи матки и кровотеченій изъ аневризмъ тампонаціей маточно-влагалищнаго канала, если горячія спринцеванія матки и *secale* не приносятъ пользы. Если атонія продолжается и далѣе послѣродового періода (*atonia chronica* по *Lomerу*), то показано примѣненіе постоянного тока, причѣмъ положительный полюсъ вводится въ полость матки.

### Лечение послѣдствій кровотеченій, малокровія.

Прежде всего слѣдуетъ возмѣстить потерянную жидкость. Скорѣе всего это достигается вливаніемъ теплой воды въ прямую кишку. Слизистая оболочка кишки всасываетъ воду, какъ губка и пульсъ подымается въ теченіе нѣсколькихъ минутъ. Этотъ способъ оказывается безрезультатнымъ въ тѣхъ единичныхъ случаяхъ малокровія, гдѣ у женщинъ, даже не находящихся въ обморочномъ состояніи, временно парализованъ *sphincter ani*. Если подъ руками имѣется приборъ для влагалищныхъ спринцеваній *Behm'a*, то посредствомъ его можно закрыть отверстіе задняго прохода. Если такого прибора нѣтъ, то слѣдуетъ произвести подкожное вливаніе 1—2 литровъ 0,8% раствора поваренной соли (*Mün-*



с h m e u e r - L e o r o l d); для такихъ вливаній слѣдуетъ брать съ собою только большую канюлю, приспособленную къ трубкѣ irrigатора, и нѣсколько порошковъ поваренной соли по 8,0. Иглу вкалываютъ въ кожу подъ грудью, въ верхней части бедра и между лопатками. Лучше вливать по 200 gr. во многихъ мѣстахъ, такъ какъ иначе могутъ произойти обширные некрозы фасцій, которые въ дальнѣйшемъ требуютъ серьезнаго оперативнаго вмѣшательства и легко ставятся въ вину врачу.

Дальнѣйшія мѣропріятія: забота о свѣжемъ воздухѣ, низкое положеніе головы, обертываніе и возвышенное положеніе конечностей (autotransfusio), горячія бутылки, крѣпкое вино, шампанское, водка, ромъ, крѣпкій кофе (1 лоть на чашку)— все это однако слѣдуетъ давать чайными ложечками, такъ какъ при малокровіи существуетъ склонность къ рвотѣ; далѣе инъекціи ol. camphorati по 1 куб. см. черезъ  $\frac{1}{4}$ —1 часъ.

### Сдавленіе resp. выпаденіе пуповины.

Пуповина, вообще говоря, сдавливается только въ тѣхъ случаяхъ, когда она выпадаетъ, т.-е., послѣ разрыва пузыря, когда она прощупывается рядомъ съ подлежащей частью или подъ нею.

Исключенія: Обвитая вокругъ шеи пуповина можетъ быть сдавлена въ концѣ періода изгнанія между шей и симфизомъ (G. Veit). Однако плодъ при этомъ рождается большей частью въ асфиксіи, а не мертвымъ. Обвитіе становится опаснѣе въ случаѣ наложенія щипцовъ, если пуповина придавливается концами ложекъ (Hesker).

Этіологія предлежанія и выпаденія пуповины зависитъ отъ недостаточнаго выполненія таза подлежащей частью,

что имѣеть мѣсто при узкомъ тазѣ, поперечномъ положеніи, ногоположеніи, отвисломъ животѣ и многоводіи. При такихъ условіяхъ длинная пуповина, конечно, выпадаетъ легче, чѣмъ короткая или нѣсколько разъ обвитая. Подъ п р е д л е ж а н і е м ъ пуповины понимаютъ расположеніе ея около подлежащей части или подъ послѣдней при цѣломъ еще пузырьѣ. Распознаваніе основывается на томъ, что за яйцевыми оболочками просупывается пульсирующей и смѣщающейя тяжь. Предлежаніе пуповины опасно постольку, поскольку подлежащая пуповина выпадаетъ при разрывѣ пузыря. Если в ы п а в ш а я пуповина еще пульсируетъ, то ее ни съ чѣмъ другимъ смѣшать пельзя <sup>1)</sup>. При выпаденіи пуповины плодъ умираетъ, коль скоро подлежащая часть плотно устанавливается въ тазу, а плодъ не рождается въ теченіе нѣсколькихъ минутъ. Это часто имѣеть мѣсто при тазовыхъ предлежаніяхъ и рѣдко при головныхъ. Поэтому предсказаніе при головныхъ предлежаніяхъ менѣе благоприятно.

Терапія: При п р е д л е ж а н і и пуповины женщину слѣдуетъ уложить на тотъ бокъ, куда отклонилась подлежащая часть. Если послѣдняя при этомъ вступаетъ въ тазъ, то въ благоприятномъ случаѣ она оттѣсняетъ плавающую въ околоплодной жидкости пуповину отъ маточнаго зѣва. Далѣе, тампонаціей влагалища, лучше всего посредствомъ кольпейринтера, стараются предотвратить преждевременный разрывъ плоднаго пузыря.

При в ы п а д е н і и н е п у л ь с и р у ю щ е й пуповины къ оперативному вмѣшательству слѣдуетъ прибѣгать лишь въ томъ случаѣ, когда

---

<sup>1)</sup> Описаны, впрочемъ, случаи, когда врачи принимали выпавшую черезъ разрывъ влагалища петлю кишекъ за пуповину, дважды перевязывали эту петлю и перерѣзали ее, а матку, принятую ими за послѣдъ, вырывали черезъ разрывъ.

имѣется показаніе со стороны матери. При головномъ предлежаніи и выпаденіи пульсирующую пуповину <sup>1)</sup> наилучшимъ способомъ будетъ поворотъ и извлеченіе, произведенные опытной рукой, при условіи, что маточный зѣвъ вполне открытъ. Если же маточный зѣвъ открытъ недостаточно, то, по предложенію F e h l i n g'a, опытный акушеръ долженъ произвести комбинированный поворотъ, не низводя однако ножку очень низко во влагалище (ножку—чтобы она не ускользнула назадъ—слѣдуетъ захватить петлей!); напротивъ, начинающій долженъ попытаться вправить выпавшую пуповину. Вправление слѣдуетъ производить по возможности всей рукой и быстро. Съ этой цѣлью женщину укладываютъ на бокъ, соотвѣтствующій выпаденію, а послѣ удавшагося вправления—на противоположный. Для вправления выпавшей пуповины O l s h a u s e n горячо рекомендуетъ колѣнно-локтевое положеніе. Послѣ удавшагося вправления необходимо внимательно слѣдить за сердцебіеніемъ плода, такъ какъ петля пуповины можетъ снова немного спуститься внизъ, а затѣмъ и снова подвергнуться сдавленію. Въ клиникахъ при постановкѣ показанія не считаются болѣе съ недостаточнымъ открытіемъ маточнаго зѣва: В и т т и и D ö d e r l e i n съ успѣхомъ производили влагалищное кесарское сѣченіе при цѣлой шейкѣ.

Если, какъ это часто бываетъ, выпаденіе пуповины наблюдается при плоскомъ тазѣ, выпаденіи ручки или неблагопріятномъ вставленіи головки, то слѣдуетъ произвести поворотъ, не пытаясь предварительно вправить пуповину. Равнымъ об-

---

<sup>1)</sup> Практикантъ долженъ въ этомъ случаѣ уложить роженицу на тотъ бокъ, который соотвѣтствуетъ выпаденію съ той цѣлью, чтобы головка отклонилась еще больше и пуповина, такимъ образомъ, не подвергалась сдавленію.

разомъ слѣдуетъ, конечно, произвести поворотъ и при поперечномъ положеніи. При ягодичномъ предложеніи слѣдуетъ низвести переднюю ножку и приступить къ извлеченію, если пуповина начинаетъ пульсировать медленнѣе или слабѣе. При ногоположеніи слѣдуетъ спокойно выждать, пока не наступитъ замедленіе пульсаціи пуповины.

Если головка плотно установилась въ тазу, а пуповина еще пульсируетъ, что бываетъ рѣдко, то показано наложеніе щипцовъ.

### Асфиксія плода.

Подъ асфиксіей или мнимой смертью понимаютъ такое состояніе, когда нѣтъ дыханія, но сердце еще бьется.

Асфиксія развивается внутриутробно, при недостаточномъ притокѣ кислорода къ крови плода. Вслѣдствіе того, что дыхательный центръ раздражается кровью, богатой углекислотой, плодъ начинаетъ дѣлать преждевременныя дыхательныя движенія. Однако, дыхательныя движенія постепенно снова прекращаются, такъ какъ раздражимость дыхательнаго центра вслѣдствіе недостаточнаго подвоза кислорода понижается, а поэтому крайне бѣдная кислородомъ или богатая углекислотой кровь не вызываетъ уже дыхательныхъ движеній. Если плодъ рождается въ такомъ состояніи мнимой смерти, то терапія должна преслѣдовать слѣдующія 3 задачи:

1. Удаленіе аспирированныхъ массъ.
2. Подвозъ кислорода.
3. Оживленіе энергіи кровообращенія.

Эти 3 задачи выполняются различнымъ образомъ, смотря по степени асфиксіи.

Если дѣло идетъ о первой степени мнимой смерти, о такъ наз. синей асфик-

си, при которой лицо цианотично, но тонусъ мышц и рефлекторная возбудимость сохранены, то дыханіе можетъ быть восстановлено рефлекторно, при помощи сильныхъ раздраженій кожи. Съ притокомъ кислорода кровообращеніе оживаетъ и аспирированныя массы удаляются собственными движеніями плода (рвотныя движенія и кашель). У каждаго асфиктического младенца слѣдуетъ прежде всего перевязать пуповину и пальцемъ удалить изъ ротика аспирированныя массы. Если ребенокъ на это реагируетъ рвотными движеніями, то мы имѣемъ первую степень асфиксіи. Такого младенца погружаютъ въ теплую ванну. Если этого еще недостаточно для возбужденія энергичныхъ вдыханій, то грудку съ нѣкоторой высоты обливаютъ холодной водой или погружаютъ ребенка на минуту въ ведро съ холодной водой. Если и это не помогаетъ, то ребенка нѣсколько разъ энергично похлопываютъ по ягодицамъ. И въ этихъ случаяхъ нужно индивидуализировать. Нѣкоторые младенцы скорѣе реагируютъ на удары, чѣмъ на холодную воду. Если дыханіе восстанавливается, то время отъ времени слѣдуетъ снова очищать зѣвъ отъ слизи. Помимо этого можно также примѣнить рекомендованныя *La b o r d e* емъ ритмическія вытягиванія языка и держать ребенка нѣкоторое время головкой внизъ. Если появляются очень сильныя хрипы и при вдыханіи втягивается подложечная область, то обыкновенно достаточно нѣсколькихъ качаній по *S c h u l t z e*, чтобы вывести долой слизистыя массы, и крайне рѣдко приходится прибѣгать къ катетеризаціи трахеи, которая при синей асфиксіи представляетъ для начинающаго очень большія затрудненія.

При второй степени асфиксіи, при такъ наз. блѣдной мнимой смерти, мышечный тонусъ и рефлекторная возбудимость угасаютъ.

Вслѣдствіе этого никакими раздраженіями не удается уже возбудить дыханіе, а, напротивъ, необходимо прежде всего приступить къ и с к у с т в е н н о м у дыханію. Наилучшимъ способомъ искусственнаго дыханія является способъ *V. S. Schultze*. Тутъ во-первыхъ, экскурсія грудной клѣтки самая широкая, во-вторыхъ, этотъ способъ начинается выдыхательнымъ движеніемъ, посредствомъ котораго удаляются аспирированные массы, если онѣ только не слишкомъ тягучи и, въ третьихъ, *Schultze*'вскія качанія поднимаютъ сердечную дѣятельность, причемъ выдыхательное движеніе проталкиваетъ кровь изъ вѣнъ въ сердце, а выдыхательное—изъ сердца въ артеріи.

Ребенка, находящагося въ глубокой асфиксіи, также погружаютъ на минуту въ теплую ванну, съ цѣлью очистить его отъ крови и меконія. Затѣмъ его захватываютъ обѣими руками за плечики такимъ образомъ, чтобы большіе пальцы помѣщались на передней поверхности груди, указательные—со стороны спинки въ подмышечныхъ впадинахъ, а остальные 3 пальца въ косомъ направленіи вдоль спинной поверхности грудной клѣтки. При этомъ головка поддерживается локтевыми краями запястій. Теперь, врачъ захватываетъ вышеописаннымъ способомъ ребенка и, немного разставивъ ноги, держитъ его передъ собой въ опущенныхъ внизъ рукахъ; затѣмъ онъ подбрасываетъ ребенка вверхъ такъ, чтобы путемъ сгибанія позвоночника въ области поясничныхъ позвонковъ тазъ и нижнія конечности ребенка перевѣсились впередъ—при этомъ происходитъ выдыханіе. Если въ этомъ положеніи ребенка слегка встряхивать, то аспирированные массы очень часто вытекаютъ наружу изъ ротика и носа. Послѣ этого ребенка съ нѣкоторой силой снова отбрасываютъ въ его прежнее положеніе—при этомъ происходитъ вдыханіе и воздухъ часто проникаетъ въ трахею

съ яснымъ шумомъ. Ни при вдыханіи, ни при выдыханіи грудная клѣтка не должна сдавливаться руками, а шея ребенка должна быть вытянута. При несоблюденіи этихъ правилъ младенцу можно причинить поврежденія. Приблизительно послѣ каждаго 6 качаній ребенка, во избѣжаніе сильнаго охлажденія, необходимо погружать въ теплую ванну.

Если качанія не вызываютъ желательнаго эффекта, т.-е. не наступаетъ самопроизвольнаго дыханія, а дѣятельность сердца становится даже слабѣе, то необходимо ввести катетеръ въ трахею и высосать аспирированныя массы. Причиной неудачи качаній часто оказывается характеръ аспирированныхъ массъ: онѣ могутъ быть такъ тягучи, что даже изъ катетера ихъ не удастся удалить простымъ вдуваніемъ воздуха, а приходится промывать его водой для удаленія ихъ. Если послѣ катетеризаціи возобновить качаніе, то успѣхъ получается поразительный: кожа краснѣетъ, дѣятельность сердца становится энергичнѣй, появляются легкія самопроизвольныя дыхательныя движенія, короче говоря, асфиксія второй степени переходитъ въ асфиксію первой степени, и тогда показаны мѣропріятія, уже описанныя выше.

O l s h a u s e n рекомендуетъ въ случаѣ глубокой мнимой смерти сперва отсосать слизь, затѣмъ уже производить искусственное дыханіе; послѣднее производится такимъ образомъ, что 8-ю пальцами охватываютъ спинку, а большими пальцами грудину; послѣднюю сильно надавливаютъ кзади, а затѣмъ внезапно прекращаютъ давленіе. Если этотъ способъ не даетъ результата, то слѣдуетъ приступить къ вдуванію воздуха или качаніямъ по S c h u l t z e. Вдуваніе воздуха имѣетъ, по мнѣнію S c h u l t z e, тотъ недостатокъ, что колебанія въ давленіи, столь благотворно вліяющія на сердечную дѣятельность, здѣсь крайне незначительны. Кромѣ того, начинающіе очень

200  
часто вводятъ катетеръ вмѣсто трахеи въ пищеводъ. Искусство введенія катетера заключается въ томъ, что указательнымъ пальцемъ лѣвой руки доводятъ конецъ катетера до входа въ гортань; затѣмъ гортань слегка отдавливаютъ спереди и теперь, отнявъ немного указательный палецъ, продвигаютъ катетеръ правой рукой какъ разъ по средней линіи.

Попытокъ къ оживленію не слѣдуетъ прекращать до тѣхъ поръ, пока замѣчается хотя бы слабая сердечная дѣятельность; оживленіе слѣдуетъ продолжать до тѣхъ поръ, пока ребенокъ не начнетъ продолжительно и сильно кричать, энергично двигая конечностями и открывая глаза, пока кожа не приметъ розово-красной окраски.

Далѣе, ребенка кладутъ на бочекъ, чтобы слизъ свободно вытекала изъ ротика и внимательно за нимъ наблюдаютъ. Если дыханіе ребенка становится поверхностнымъ и онъ только жалобно стонетъ, то его слѣдуетъ по нѣскольку разъ въ день купать и такъ или иначе вызывать раздраженіе кожи.

Что касается предсказанія, то оно съ самаго начала благопріятно, если сердце работаетъ правильно, хотя и бьется слабо и медленно. Неблагопріятны тѣ случаи, гдѣ сердечная дѣятельность неправильна и слаба, хотя бы при этомъ время отъ времени и наблюдались самопроизвольныя дыхательныя движенія.

У асфиктическихъ дѣтей слѣдуетъ слѣдить за тщательной перевязкой пуповины, такъ какъ у такихъ дѣтей кровяное давленіе въ пупочныхъ артеріяхъ бываетъ повышено.

Возраженія противъ качаній, помимо самого В. S. S c h u l t z e, были опровергнуты и R u n g e. Качаній не слѣдуетъ примѣнять при переломахъ конечностей и ключицы и также при кровоизліянiяхъ въ мозгъ; у недоношенныхъ дѣтей качанія недѣйствительны.



## Патологія послѣродового періода.

Наиболѣе важнымъ и опаснымъ заболѣваніемъ послѣродового періода является р о д и л ь н а я г о р я ч к а. Отъ нея умираетъ около 0,5% всѣхъ рожениць, значительно большее число приобрѣтаетъ во время протекавшаго съ повышеніемъ температуры послѣродового періода различныя заболѣванія полового тракта; эти заболѣванія влекутъ за собой серіознѣйшія расстройства.

Родильная горячка есть р а н е в а я и п ф е к ц і я (S e m m e l w e i s), обусловленная прониканіемъ микроорганизмовъ (*streptococcus*, рѣже *staphylococcus pyogenes*, *bacterium coli*, пневмококки) въ раны, имѣющіяся у роженицы и родильницы на промежности, во влагалищѣ, на шейкѣ и въ маткѣ.

Зараженіе кокками происходитъ вслѣдствіе прикосновенія къ ранамъ нечистыми пальцами и инструментами и, именно, чаще всего во время родовъ. Путемъ строгой антисептики возможно, слѣдовательно, ограничить заболѣваемость родильной горячкой. До настоящаго времени введеніе антисептики понизило смертность только въ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ—въ послѣднихъ, впрочемъ, до минимума (0,1%), а въ частной практикѣ пониженіе смертности лишь незначительно (H e g a r, D o h r n). Причина

этого печальнаго явленія лежитъ въ томъ, что настоящая антисептика не стала еще общимъ достояніемъ врачей и акушерокъ или не проводится въ достаточной мѣрѣ.

Что касается вопроса о самозараженіи, то мнѣнія по этому поводу раздѣлились. Прежде всего самозараженіе можетъ быть ошибочно принято въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ на самомъ дѣлѣ имѣло мѣсто зараженіе, если роженица изслѣдовала самое себя.

Настоящаго самозараженія, т.-е. внѣдренія встрѣчающихся во влагалищѣ микроорганизмовъ въ живую ткань, по *В и т н'у*, вообще не существуетъ. Эти организмы могутъ, правда, вызвать разложеніе омертвѣвшихъ частей и интоксикацію птомаинами, но отнюдь не послѣродовую раневую инфекцію. Въ связи съ этимъ у никогда не изслѣдованныхъ роженицъ встрѣчаются въ послѣродовомъ періодѣ лихорадочныя заболѣванія, но протекаютъ они легко. По *A h l f e l d'у* встрѣчаются единичныя тяжелыя, кончающіяся даже смертельно, родильныя горячки, обусловленныя самозараженіемъ; при этомъ *A h l f e l d* обозначаетъ именемъ «самозараженіе» какъ интоксикацію птомаинами, такъ и раневую инфекцію, вызванную микроорганизмами гніенія и воспаления, которые постоянно находятся во влагалищѣ. Взгляды *A h l f e l d'а* нашли въ послѣднее время существенное подтвержденіе въ изслѣдованіяхъ *W a l t h a r d'а*, согласно которымъ стрептококки влагалища (анаэробы—*S c h o t t m ü l l e r*) могутъ стать патогенными при пониженіи сопротивленія со стороны тканей.

Другимъ вопросомъ, неоднократно обсуждавшимся за послѣднее время, является вопросъ о тождественности рожистыхъ кокковъ со стрептококками родильной горячки (*W i n c k e l*); въ этой тождественности въ настоящее время нельзя

болѣе сомнѣваться. Много спорили также и о взаимоотношеніи между скарлатиной и родильной горячкой. Скарлатина не въ состояніи вызвать родильной горячки, но зато можетъ обусловить дифтеритическія заболѣванія слизистыхъ оболочекъ полового тракта. Согласно этому всѣ случаи, описанные, какъ заболѣваніе скарлатиной въ послѣродовомъ періодѣ, слѣдуетъ разсматривать какъ септическія экзантемы (A h l f e l d). Наблюдаются случаи истинной дифтеріи полового тракта, которые съ успѣхомъ излечиваются сывороткой.

Стрептококковая инфекция можетъ или остаться мѣстной, ограничиваясь ранами промежности, влагалища, шейки и эндометрія, или, проникая въ вены, она вызываетъ тромбозы, пиэмию, септицемию; проникая въ лимфатическіе пути—metritis dissecans, пуэрперальный параметритъ, периметритъ и перитонитъ.

Мѣстная инфекция вызываетъ пуэрперальные язвы, септическій эндометритъ и септическій эндосальпингитъ. Въ сѣромъ, покрывающемъ раны и внутреннюю поверхность матки, налетѣ находятъ очаги стрептококковъ. При мѣстномъ заболѣваніи инфицированныя ткани отдѣляются отъ здоровыхъ рѣзкой грануляціонной полосой (B u m m). Если послѣдняя не образуется, то стрептококки проникаютъ преимущественно въ вены плацентарной площадки; въ благоприятныхъ случаяхъ они распространяются изъ vena iliaca interna et externa въ vena femoralis и образуютъ здѣсь тромбъ безъ гнойнаго расплавленія, т.-е. phlegmasia alba dolens; затѣмъ стрептококки отмираютъ вслѣдствіе реакціи организма. Гнойное расплавленіе тромбовъ въ vena hypogastrica или spermatica ведетъ къ хронической пиэмии, при которой отъ распавшихся тромбовъ отрываются

частицы и вызывают эмболическіе метастатическіе абсцессы. При острой пиэмии наблюдаются язвы на стѣнкѣ вены безъ тромбоза. Клинически эти формы проявляются потрясающими ознобами съ послѣдующимъ сильнымъ повышеніемъ температуры въ теченіе многихъ часовъ. Если стрептококки обладаютъ значительной вирулентностью, то они совершенно не вызываютъ какихъ-либо патолого-анатомическихъ измѣненій, а ведутъ къ быстрой смерти отъ септицеміи.

При *metritis disseicans* дѣло доходитъ до некроза значительныхъ участковъ мускулатуры матки, которые и извергаются вслѣдствіе отслаивающаго нагноенія.

Пуэрперальный параметритъ представляетъ собою флегмону клѣтчатки таза. При этомъ образуется экссудатъ, который при изслѣдованіи и можно прощупать около матки; этотъ экссудатъ можетъ всосаться или нагноиться и самопроизвольно вскрыться—большей частью въ прямую кишку. Пуэрперальный периметритъ возникаетъ, если стрептококки по лимфатическимъ путямъ матки или по трубамъ достигаютъ брюшины и, если при этомъ сращенія матки съ прямой кишкой, петлями тонкихъ или сальникомъ, или сращенія вокругъ брюшныхъ отверстій трубъ отграничатъ воспаленную брюшину отъ брюшной полости. Если же этихъ сращеній не образуется, то происходитъ общее воспаление брюшины.

Изъ числа различныхъ септическихъ заболѣваний *Olshausen* выдвигаетъ еще *endocarditis ulcerosa*, какъ зачастую единственное мѣсто локализациі сепсиса. Въ качествѣ очень постоянныхъ симптомовъ при этомъ заболѣваніи наблюдаются мозговые явленія и кровоизліянія въ сѣтчатку. Предсказаніе абсолютно плохое.

Обособленной, но рѣдкой формой раневой инфекции у роженицъ и новорожденныхъ является *tetanus* (столбнякъ). Въ одномъ случаѣ смертельнаго столбняка въ разводкахъ, засѣянныхъ маточнымъ отдѣляемымъ, взятымъ при жизни, *Neuse* удалось получить наряду съ *staphylococcus aureus albus* и бациллу столбняка. Роды у этой женщины были закончены оперативнымъ путемъ. Эти же микроорганизмы оказались въ сорѣ, взятомъ съ пола изъ-подъ ея кровати. И этотъ случай подтверждаетъ ученіе о томъ, что столбнякъ можетъ возникнуть тогда, когда другія бактеріи, вызывающія некротическое воспаление и значительное скопленіе лейкоцитовъ, подготовили почву для бациллъ *tetanus*'а. Въ связи съ этимъ предохранительныя мѣры противъ столбняка совпадаютъ съ мѣрами противъ септической инфекции.

При леченіи пуэрперальнаго столбняка слѣдуетъ испробовать впрыскиваніе столбняканаго антитоксина *Behring*'а.

Часто заболѣваніе въ послѣродовомъ періодѣ вызываются гонорройной инфекціей. Послѣродовой періодъ благопріятствуетъ восхожденію гонорреи, приобретенной еще во время беременности, иными словами, воспаление переходитъ со слизистой оболочки матки на трубы, яичники и брюшину таза. Тутъ можно говорить о своего рода самозараженіи. Далѣе, первое совокупленіе, которое иногда—*horribile dictu*—совершается незадолго до родовъ или въ первые же дни послѣродового періода, можетъ повести къ свѣжей септической или гонорройной инфекціи и къ смертельному перитониту.

Знакомство съ послѣродовой гонорреей крайне важно. Это заболѣваніе часто принимается, какъ врачами, такъ и публикой за родильную горячку и вина за это заболѣваніе неосновательно приписывается лицу, проводившему роды. Если еще до

родовъ не удалось получить анамнестическихъ и объективныхъ данныхъ, говорящихъ за наличность гонорреи, если отъ врача скрывается имѣвшее мѣсто совокупленіе, то выяснитъ истинное положеніе вещей можетъ только бактериологическое изслѣдованіе маточнаго секрета или полученнаго путемъ операціи содержимаго трубъ или брюшной полости.

Послѣ родово́й перитонитъ, обусловленный зараженіемъ отъ соприкосновенія съ инфекціонными началами, можетъ быть далѣе вызванъ аппендицитомъ или перекручиваніемъ яичниковой опухоли; здѣсь необходимо немедленно удалить источникъ заболѣванія.

Наряду съ септической инфекціей, т.-е. съ внѣдреніемъ микроорганизмовъ въ вены или лимфатическіе сосуды, существуетъ еще путридная интоксикація, называемая также сепреміей. При этомъ заболѣваніи дѣло идетъ о размноженіи гнилостныхъ бактерій въ мертвыхъ тканяхъ внутри полового тракта (отпадающая оболочка, остатки послѣда и яйцевыхъ оболочекъ, кровяные сгустки, умершій плодъ) и о всасываніи ихъ продуктовъ—различныхъ птомаиновъ, подробно изученныхъ Бриггомъ.

Такимъ образомъ эта болѣзнь является чисто мѣстной. Зародыши гніенія внѣдряются только въ отпадающую оболочку (*endometritis putrida*) и извергаются вмѣстѣ съ ней путемъ демаркаціоннаго воспаленія. Симптомы гнилостной лихорадки заключаются въ зловонныхъ отдѣленіяхъ и лихорадкѣ, которая начинается безъ потрясающаго озноба. Потрясающій ознобъ появляется только тогда, когда въ кровяное русло попадаетъ значительное количество птомаиновъ, слѣдовательно, въ особенности послѣ оперативнаго удаленія гнилостныхъ массъ, когда естественно

вновь вскрываются кровеносные и лимфатическіе сосуды. Въ силу этого еще до опорожненія матки слѣдуетъ предупредить больную и окружающихъ, что послѣ операціи наступитъ потрясающій знобъ съ послѣдовательнымъ, часто крайне высокимъ повышеніемъ температуры; тутъ же ихъ слѣдуетъ утѣшить тѣмъ, что эта лихорадка продержится только 12—24 часа. При мозговыхъ явленіяхъ больной необходимо сдѣлать холодную ванну.

Отъ всасыванія птомаиновъ изъ разлагающихся лохій зависитъ также и одностороннее повышение температуры у родильницъ, а также и *lochiometra* (застой лохій). Лохіи, находящіяся во влагалищѣ, всегда содержатъ зародыши гніенія. Если эти зародыши по широко зіяющей шейкѣ или задержаннымъ и свисающимъ во влагалище яйцевымъ оболочкамъ поднимаются вверхъ въ полость матки, то они разлагаютъ маточный секретъ; если лохіи не могутъ свободно оттекать, то образующіеся при этомъ яды всасываются раневой поверхностью матки. Свободный оттокъ можетъ быть задержанъ также и ключьями яйцевыхъ оболочекъ, при посредствѣ которыхъ наступило разложеніе маточныхъ лохій. Ту же роль, въ смыслѣ задержки свободного оттока лохій, можетъ играть и кровяной сгустокъ или сильная *anteflexio uteri*. Такимъ-то образомъ возникаетъ *lochiometra*. Ея клиническая картина состоитъ въ слѣдующемъ: отдѣленіе лохій прекращается и наступаетъ лихорадка. При изслѣдованіи или при промываніи матки выдѣляется большое количество дурно пахнущихъ лохій, послѣ чего лихорадка прекращается.

Хотя, такимъ образомъ, предсказаніе при гнилостной интоксикаціи при соответственномъ леченіи, т.-е. удаленіи гнилостныхъ массъ, въ общемъ благоприятно, все же при особой ядовитости всосавшихся птомаиновъ можетъ наступить

смерть при явленіяхъ ослабленія сердечной дѣятельности. Далѣе, встрѣчаются также с м ѣ ш а н н ы я ф о р м ы, гдѣ одновременно имѣется и интоксикація и септическая инфекція: нѣкоторые авторы принимаютъ (см. выше), что при наличности гнилостныхъ процессовъ зародыши влагалища, обычно, не патогенные, могутъ стать патогенными.

О б щ и м ъ с и м п т о м ъ всѣхъ формъ родильной горячки, какъ это показываетъ уже самое названіе, является лихорадка. Она наступаетъ обыкновенно на 3-ій день послѣродового періода, и при болѣе тяжелой инфекціи сопровождается потрясающимъ ознобомъ. Пульсъ ускоренъ; въ тяжелыхъ случаяхъ онъ скоро становится очень частымъ, а, если лихорадка держится безъ пониженій, то и малымъ. Если же, какъ это бываетъ при піэміи, выпадаютъ періоды иногда въ нѣсколько дней, когда лихорадка отсутствуетъ, то пульсъ и общее самочувствіе остаются въ теченіе недѣль и даже мѣсяцевъ поразительно хорошими.

При піэміи діагнозъ можно поставить на основаніи одного только характера лихорадки. Характернымъ для піэміи являются безлихорадочные промежутки, за которыми каждый разъ слѣдуетъ потрясающій ознобъ съ послѣдовательнымъ повышеніемъ температуры. Легко распознается также послѣродовой перитонитъ. Одновременно съ высокой температурой здѣсь наблюдается: мучительная рвота, выраженіе лица, какъ у тяжело больной, языкъ сухъ и бурого цвѣта, пульсъ очень частый и слабый, животъ вздутъ, какъ барабанъ, и крайне болѣзненъ.

Также легко распознается и р h e g m a s i a a l b a d o l e n s. Больныя жалуются на сильныя боли въ ногѣ; нога при этомъ сильно отекаетъ, становится твердой, чувствительной при давленіи,



а кожа ея принимаетъ бѣловатую окраску. Подъ Пупартовой связкой прощупывается особенно болѣзненный тяжъ—затромбозированная бедреная вена. Впрочемъ тромбозъ бедренной вены не всегда бываетъ септического происхожденія. При недостаточной ретракціи матки асептичeskій тромбозъ маточныхъ венъ можетъ простираться до бедренной вены включительно. По Mahler'у въ этихъ случаяхъ кривая пульса при нормальной температурѣ поднимается ступенчатообразно.

Пуэрперальныя язвы распознаются путемъ осмотра промежности, а при болѣе высокомъ положеніи ихъ—съ помощью зеркала. Язвы шейки напоминаютъ своимъ внѣшнимъ видомъ эндометрій. Чтобы точно опредѣлить специфическаго возбудителя инфекціи платиновой петлей или стерильнымъ инструментомъ берутъ небольшое количество отдѣляемаго язвы, а отдѣляемое матки собираютъ при помощи трубочки Döderlein'a. Отдѣляемое изслѣдуютъ въ мазкахъ или сначала дѣлаютъ посѣвы на подходящія питательныя среды.

Если имѣется лихорадка и дурно пахнуція послѣродовыя очищенія, то отсутствіе налетовъ на шейкѣ и влагалищныхъ ранахъ говоритъ за гнилостную интоксикацію.

Послѣ наружнаго изслѣдованія и изслѣдованія помощью зеркала, о чемъ мы говорили до сихъ поръ, слѣдуетъ произвести бимануальное изслѣдованіе въ перчаткѣ, причемъ влагалище предварительно проспирцовывается дезинфицирующей жидкостью. При бимануальномъ изслѣдованіи опредѣляется величина, возможная болѣзненность и подвижность матки, наличность припухлостей около и позади матки; такія припухлости могутъ быть затромбозированными венами, пара-или периметритическими экссудатами, pyosalpinx'ами или

яичниковыми абсцессами; помимо этого определяется также и проходимость шейки. При подозрѣніи на гнилостную интоксикацію слѣдуетъ обследовать полость матки, въ случаѣ надобности предварительно расширивъ каналъ шейки палочкой ламинариі; дѣлается это для того, чтобы определить нѣтъ ли въ маткѣ остатковъ яйца, и для того, чтобы удалить ихъ; послѣ этого матка основательно промывается. При гнилостной интоксикаціи это такъ наз. мѣстное леченіе родильной горячки даетъ наилучшіе результаты, въ то время, какъ при настоящей септической инфекціи умерщвленіе зародышей по большей части уже не удастся, такъ какъ они быстро проникаютъ въ болѣе глубокія ткани, куда уже не проникаетъ дѣйствіе дезинфицирующаго средства. Но все-таки и при септическомъ эндометритѣ, который распознается по налетамъ на ранахъ шейки и нахожденію стрептококковъ въ отдѣляемомъ матки, слѣдуетъ произвести основательное промываніе матки. Для этой цѣли примѣняютъ обычные антисептическіе растворы, причемъ однако слѣдуетъ избѣгать растворовъ карболовой кислоты и сулемы, въ виду ихъ ядовитости. Излюбленными въ настоящее время дезинфицирующими веществами являются 1—2% растворъ лизола или лизоформа и 50% алкоголь. Полость матки промывается 5—10 литрами этихъ растворовъ. Если же, несмотря на это, лихорадка не падаетъ или уже имѣются другія проявленія послѣродового заболѣванія (экссудаты, перитонитъ), то дальнѣйшее мѣстное леченіе путемъ образованія новыхъ пораненій можетъ создать новыя ворота для септическихъ зародышей и тѣмъ самымъ даже повредить. Исходя изъ этой точки зрѣнія, нужно признать, что рекомендованное при гнилостномъ и септическомъ эндометритѣ выскабливаніе помощью кюретки является обоюдоострымъ методомъ ле-

ченія. Напротивъ, методомъ болѣе безопаснымъ, чѣмъ выскабливаніе, и болѣе продолжительнымъ въ смыслѣ дѣйствія, чѣмъ промываніе, является тампонація маточно-влагалищнаго канала іодоформной марлей; кромѣ того, тампонація вызываетъ хорошее сокращеніе и ретракцію и путемъ суженія кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ затрудняетъ всасываніе септического яда. Съ этой же цѣлью при родильной горячкѣ въ случаѣ вялости матки назначаютъ спорынью.

Если имѣются послѣродовыя язвы, то послѣ промыванія матки ихъ смазываютъ болѣе крѣпкими растворами дезинфицирующихъ средствъ—іодной настойкой, чистой карболовой кислотой, формалиномъ въ 4—10% растворѣ, чистымъ Perhydrol'емъ (30% свободная отъ кислотъ перекись водорода).

Итакъ, слѣдуетъ помнить, что мѣстное леченіе показано лишь до тѣхъ поръ, пока заболѣваніе ограничивается одной только внутренней поверхностью полового тракта. Если причина лихорадки не выяснена, то спринцеваніе влагалища *геср.* матки, произведенное при строгомъ соблюденіи правилъ антисептики, не можетъ повредить, но можетъ принести существенную пользу. Такимъ путемъ удастся устранить *lochiometram*, если даже ея и не распознали.

Если послѣродовыя очищенія имѣютъ дурной запахъ, и наряду съ этимъ имѣется экссудатъ въ параметрії, или уже общій перитонитъ или шѣмія, то слѣдуетъ ограничиться спринцеваніемъ влагалища. Въ остальномъ здѣсь показано общее леченіе, направленное на возможно продолжительное поддержаніе силъ больной. Если нѣтъ рвоты, которая препятствуетъ какому бы то ни было введенію жидкости, то здѣсь умѣстно, по

примѣру R u n g e, назначеніе алкоголя въ самыхъ разнообразныхъ видахъ. Часто благодаря этому появляется хорошій аппетитъ, такъ что больнымъ можно назначить укрѣпляющую, легко варимую пищу. При наступленіи сонливости назначаютъ ванны (30 C). R u n g e наблюдалъ хорошіе результаты отъ ваннъ также и при піэміи. При боляхъ оказываетъ иногда хорошія услуги пузырь со льдомъ. За исключеніемъ случаевъ остраго перитонита, при которомъ въ случаѣ необходимости назначается опій, слѣдуетъ заботиться о правильномъ стулѣ, назначая даже легкія слабительныя (Kalomel. 0,1—0,2).

Чтобы способствовать рассасыванію экссудатовъ, въ послѣдствіи слѣдуетъ перейти къ тепло-влажнымъ гидropатическимъ обертываніямъ и леченію ихтіоломъ. Нагноившіеся экссудаты, ячичниковые абсцессы, pyosalpinx'ы (см. мой Vademecum по Гинекологіи) и различные абсцессы при піэміи должны быть вскрыты. Я доказалъ, что нагноенія тазовыхъ сочлененій, при отсутствіи другихъ септическихъ пораженій, даютъ безусловно благоприятное предсказаніе, если только они вскрываются своевременно. При нагноеніи лоннаго сочлененія разрѣзь проводится по передней поверхности симфиза. Часто является необходимымъ сдѣлать противоотверстіе на внутренней поверхности бедра. При нагноеніи крестцово-подвздошнаго сочлененія слѣдуетъ вскрывать абсцессъ, гдѣ только возможно, снаружи. Если же абсцессъ, напротивъ, сильно вдается внутрь, но не достижимъ со стороны влагалища, то въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ избрать разрѣзь, предложенный S ä n g e r'омъ; этотъ разрѣзь проводится сбоку отъ вульвы и задняго прохода и разсѣкаетъ *sacrum ischio-rectale*, а затѣмъ и *m. levatorem ani*.

Легко примѣнимое на практикѣ леченіе общаго сепсиса состоитъ въ предложенномъ W e r-

pit'z'omъ вливаніи многихъ литровъ физиологическаго раствора поваренной соли въ кишечникъ. Подобная терапия—между прочимъ и при леченіи неукротимой рвоты беременныхъ—въ Германіи особенно горячо рекомендовалась Вейм'омъ. Ноббауер, кромѣ ежедневнаго вливанія  $\frac{1}{2}$  литра раствора поваренной соли, назначалъ внутрь по 5 g. про діе нуклеина по Ноббасzewsku съ цѣлью вызвать искусственный гиперлейкоцитозъ; онъ сообщаетъ о поразительно благоприятныхъ результатахъ такого леченія.

Отъ жаропонижающихъ средствъ акушеры совершенно отказались, такъ какъ они боятся разстройствъ пищеварительной дѣятельности и связаннаго съ этимъ затрудненія въ питаніи, которыя этими средствами вызываются. Между тѣмъ, все же можно рекомендовать слѣдовать совѣту Сигсханап'а, который въ легкихъ и среднихъ по тяжести случаяхъ очень хвалитъ продолжительное назначеніе антипирина, какъ средства специфическаго вліяющаго на родильную горячку. Антипиринъ назначается ежедневно въ количествѣ 2—4 g. по 0,5 на приѣмъ. Такія дозы по большей части хорошо переносятся сердцемъ, особенно, если при соответственныхъ показаніяхъ, одновременно назначаются analeptica. При появленіи экзантемъ на почвѣ приѣма антипирина, не слѣдуетъ прекращать назначенія этого средства, такъ какъ эти экзантемы проходятъ сами собой. Антипиринъ не только понижаетъ температуру, но благотворно вліяетъ на самый болѣзненный процессъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ я наблюдалъ поразительные результаты отъ chinini hydrobromici (по 0,5, 2—4 раза въ день).

Въ послѣднее время заинтересовались также сывороточнымъ леченіемъ родильной горячки.

О благопріятныхъ результатахъ съ антистрептококковой сывороткой Agonson'a сообщали, напр., Mainzer, Groschmann, Orfer, Hoffmann и Hanel. Въ частности Hanel сообщаетъ объ одномъ случаѣ тяжелаго сепсиса, гдѣ втиранія колларгола не дали результата, тогда какъ 100 куб. см. упомянутой сыворотки, впрыснутые въ теченіе 24 часовъ подъ кожу живота, устранили лихорадку и вызвали полное излеченіе.

По Wimm'у сыворотка дѣйствительна въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ стрептококки не проникли глубже эндометрія. Поэтому сыворотку, тѣмъ болѣе, что она не обладаетъ побочнымъ вреднымъ дѣйствиємъ, слѣдуетъ назначать возможно раньше; въ случаяхъ, подозрительныхъ въ смыслѣ инфекціи—даже съ профилактической цѣлью и въ большихъ дозахъ (50 куб. см. и болѣе, приблизительно 2—3 дня подъ рядъ). Вскорѣ послѣ впрыскиванія появляются лейкоциты, содержащіе кокковъ (фагоцитозъ)—въ этомъ Wimm видитъ положительное доказательство въ пользу дѣйствительности сыворотки.

Къ этимъ взглядамъ Wimm'a присоединяется и Martin. Отъ колларгола онъ не видѣлъ никакого успѣха.

При другихъ локалізаціяхъ стрептококковъ (параметральныхъ флегмонахъ, перитонитическихъ и плевритическихъ воспаленіяхъ и экссудатахъ, при нагноившихся тромбахъ венъ, нагноеніяхъ суставовъ и метастатическихъ абсцессахъ, при эндокардитическихъ отложеніяхъ и септическихъ пневмоніяхъ) сыворотка, по Wimm'у, оказывается совершенно недѣйствительной—точно такъ же, какъ и колларголь.

Что касается лечебнаго дѣйствія предложеннаго В. Седѣ колларгола, то мнѣнія по этому вопросу вообще сильно раздѣ-

лились. Внутривенныя вливанія должны производиться въ *vena mediana* самое большее 2% раствора въ количествѣ до 10—60 куб. см. Для практическаго врача во всякомъ случаѣ проще введеніе *per rectum*. Впрочемъ, *Küstner* не видѣлъ отъ такого способа никакой пользы. *E. Frankel* хвалилъ внутривенное вливаніе колларгола, какъ средства, облегчающаго борьбу организма съ внѣдрившимися въ него болѣзнетворными зародышами. Такъ какъ колларголь безвреденъ, то практическому врачу можно было бы рекомендовать примѣнять колларголь — *Heuden* въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ антистрептококковая сыворотка была примѣнена безъ успѣха. По *Osterloh* колларголь также, какъ и сыворотка, примѣняется при нелокализованномъ сепсисѣ. *Rosenstein* предлагаетъ слѣдующій способъ внутривеннаго вливанія: больную придвигаютъ на край постели; опущенную внизъ руку дезинфицируютъ въ локтевомъ сгибѣ и перетягиваютъ плечо однимъ ходомъ бинта (если имѣется, то резиноваго) такъ, чтобы его легко можно было удалить или ослабить. Вслѣдствіе этого одна изъ венъ (*cephalica* или *mediana*) становится замѣтной. Въ нее вкалываютъ хорошо налаженный и наполненный шприцъ, причемъ его немного приподымаютъ, чтобы случайно оставшіеся еще въ немъ пузырьки воздуха поднялись кверху. Если по канюльѣ вытекаетъ нѣсколько капель венозной крови, то это показываетъ, что игла попала въ просвѣтъ вены. Для того, чтобы игла не продвигалась изъ просвѣта вены въ ея стѣнку, что можетъ случиться при ослабленіи бинта и вызванной этимъ подвижности шприца, *Rosenstein* предложилъ дѣлать на разстояніи 4—5 мм. отъ конца канюли пуговку, благодаря чему канюля не можетъ проникнуть дальше

202  
(фабрикантъ такого шприца: *Georg Haertel*—Бреславль).

По способу *Sredé* игла вводится въ вену безъ шприца, засимъ, когда вытечетъ нѣсколько капель крови, на нее насаживаютъ шприцъ. Этотъ способъ не совсѣмъ безопасенъ, такъ какъ въ иглѣ можетъ быстро образоваться маленькій тромбъ, который и попадаетъ при впрыскиваніи въ кровяной токъ. Находится ли игла въ венѣ или нѣтъ—это тотчасъ же узнается по тому, что вливаемая жидкость исчезаетъ, не образуя вздутія и не вызывая боли. У полныхъ особъ вливаніе въ вены можетъ быть очень труднымъ и произвести его можно только послѣ разрѣза кожи. *Kausch* принципиально рекомендуетъ обнаженіе вены. Инъекціи сулемы (0,005, 2 раза въ день) и *argatoxyl'a* (3—4 g. внутримышечно) также примѣнялись съ хорошимъ успѣхомъ.

При нѣкоторыхъ локализацияхъ септического процесса по старому возникаетъ вопросъ о хирургическомъ леченіи.

Что касается оправданія экстирпациі матки при родильной горячкѣ, что *Sirrel* произвелъ впервые съ успѣхомъ при *endometritis putrida*, то по этому вопросу не удастся установить общепринятыхъ правилъ. Тѣмъ не менѣе я все же наблюдалъ больныхъ шѣміей, выздоровѣвшихъ послѣ этой операціи; въ этихъ случаяхъ на основаніи температурной кривой, на основаніи общаго плохого состоянія больныхъ, наконецъ, на основаніи того, что было найдено при операціи, я приходилъ къ твердому убѣжденію, что безъ операціи эти больныя погибли бы. Если матка вслѣдствіе гнойнаго пропитыванія околоматочной клѣтчатки поднята высоко кверху и къ задней стѣнкѣ таза и оказывается въ этомъ положеніи неподвижной, если шейка настолько дрябла, что щипцы (*Museux*)



прорѣзываются въ ея ткани, то въ такихъ случаяхъ экстирпацію матки надо производить путемъ брюшного чревосѣченія.

А с с h, производя при послѣродовомъ сепсисѣ радикальную операцію, также получилъ довольно хорошіе результаты.

Впрочемъ, въ этихъ случаяхъ мнѣ удавалось иногда сохранять у молодыхъ женщинъ матку и придатки на одной сторонѣ, благодаря тому, что я отдѣлялъ болѣе пораженную широкую связку и соотвѣтствующіе придатки вплоть до самаго влагалища отъ матки, а затѣмъ и отъ стѣнки таза. Засимъ культи широкой связки и гнойно инфильтрированная боковая сторона матки покрывалась іодоформной марлей, конецъ которой выводился во влагалище; чтобы отдѣлить большую сторону отъ остальной брюшной полости брюшину мочевого пузыря сшивали надъ ней съ прямой кишкой. Въ одномъ подобномъ случаѣ я разсѣкъ перегородку между двумя абсцессами, которые находились на относительно здоровой сторонѣ частью въ связкѣ, частью въ передней стѣнкѣ матки; соединивъ ихъ такимъ образомъ въ одну полость, я дренировалъ ее черезъ передній сводъ. Больная выздоровѣла.

Итакъ въ такихъ случаяхъ не всегда должно жертвовать маткой, а вмѣсто экстирпаціи матки можно произвести экстирпацію одной широкой связки.

Поэтому неправильны слова Н а е с к е l'я, который говоритъ, что не увѣнчались успѣхомъ попытки полностью удалить инфекціонный очагъ, изсѣкая затромбозированныя вены параметрія при одновременной экстирпаціи матки. Точно также невѣрно мнѣніе Н а е с к е l'я, будто эта область является «недоступной для тампонаціи, въ виду ея глубокаго положенія». Напротивъ, экстирпація матки при двустороннемъ и полное изсѣче-

ніе связки при одностороннемъ заболѣваніи даютъ полную возможность провести прекрасный дренажъ во влагалище; въ то же время большую область можно совершенно отдѣлить отъ брюшной полости, обшивая ее брюшиной мочевого пузыря. Впрочемъ, установка показанія и производство этой операціи требуетъ, чтобы врачъ былъ специалистомъ-гинекологомъ, опытнымъ въ производствѣ современныхъ влагалищныхъ операцій, такъ какъ иссѣченіе связки съ сохраненіемъ матки и придатковъ одной стороны при извѣстныхъ условіяхъ можетъ быть произведено также и влагалищнымъ путемъ, именно путемъ моею *colpocoeliotomia anterior-lateralis*.

Перевязка венъ по *Trendelenburg's* оказалась бы въ такихъ случаяхъ совершенно бесполезной, такъ какъ тутъ необходимо удалить гной и дренировать оставленные на мѣстѣ гнойно инфильтрированныя части.

*Wim* рекомендуетъ производить эту перевязку венъ внѣбрюшиннымъ путемъ при хронической піэміи, если матка хорошо инволютировалась, а патологически измѣненнымъ при лихорадкѣ и потрясающихъ ознобахъ оказывается только утолщеніе венъ. Въ извѣстныхъ случаяхъ тутъ перевязываются обѣ *venae spermaticae et hypogastricae*. Односторонней перевязкой упомянутыхъ венъ *Wim* излечилъ также одинъ случай острой піэміи послѣ выкидыша. *Haeskel* при хронической піэміи съ успѣхомъ произвелъ перевязку всѣхъ четырехъ венъ.

Я твердо убѣжденъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ піэміи, особенно при одностороннемъ тромбофлебитѣ, полное иссѣченіе одной широкой связки съ послѣдующимъ влагалищнымъ дренажемъ и отграниченіемъ брюшной полости отъ

полости таза брюшиной пузыря окажется еще болѣе умѣстнымъ, чѣмъ простая перевязка венъ, хотя бы соединенная съ ихъ изсѣченіемъ.

Изъ неоперативныхъ способовъ леченія гноекровія *Витт* больше всего возлагаетъ надежды на образованіе искусственныхъ нарывовъ посредствомъ подкожныхъ впрыскиваній скипидара (2—5 куб. см. въ мускулатуру области икры) по *Fochier*.

При общемъ септическомъ перитонитѣ я, согласно своимъ наблюденіямъ, считаю наилучшей терапіей экстирпацію матки и придатковъ съ послѣдующей тампонаціей полости таза іодоформной марлей—эта экстирпація, гдѣ возможно, должна производиться влагалищнымъ путемъ. Экстирпаціей матки устраняется на большомъ протяженіи первичный болѣзненный очагъ, а при влагалищной операци, благодаря возвышенному положенію грудной клѣтки создаются благопріятныя условія для обильнаго оттока перитонеальнаго экссудата, что, благодаря всасывающей способности марли, продолжается еще нѣсколько часовъ и послѣ операци.

Леченіе *phlegmasia alba dolens resp.* тромбоза венъ бедра, какъ септическихъ, такъ и асептическихъ формъ, состоитъ въ возвышенномъ и абсолютно покойномъ положеніи ноги, такъ какъ движенія ся могутъ вызвать смертельную легочную эмболию. Больныя могутъ вставать лишь послѣ того, какъ пульсъ въ теченіе трехъ недѣль даетъ нормальное число ударовъ. Гидропатическія обертыванія и смазыванія всей ноги ихтіоль-вазогеномъ (отнюдь не втираніе, которое можетъ повести къ отрыву тромба) умень-

шаютъ боли и способствуютъ всасыванію. Для ухода за подобной больной необходимы два лица, такъ какъ при пользованіи подкладнымъ судномъ приподымать больную слѣдуетъ крайне осторожно. Пользоваться подкладнымъ судномъ слѣдуетъ только для испражнений; что же касается мочеиспусканія, то для этой цѣли просто подставляютъ клювообразное судно.

Опасность эмболии угрожаетъ и при асептическомъ тромбозѣ маточныхъ венъ, коль скоро акушеръ вынужденъ удалять остатки послѣда вслѣдствіе кровотеченія. Смертельный исходъ, который можетъ наступить непосредственно за вмѣшательствомъ, въ этихъ случаяхъ несправедливо ставить въ вину акушеру!

Остатки пурперального сепсиса могутъ повести къ хроническому заболѣванію и обусловить безплодіе, такъ наз. безплодіе послѣ перваго ребенка («Ein Kind-Sterilität»). Параметритическіе и периметритическіе тяжи вызываютъ смѣщенія матки и яичниковъ, а также закрытіе трубъ. Pyosalpinx'ы и яичниковые абсцессы поддерживаютъ боли и разстраиваютъ общее состояніе здоровья; они могутъ также стать причиной новыхъ повторныхъ вспышекъ перитонита. Сращенія сальника, кишекъ и червеобразнаго отростка съ половыми органами вызываютъ болѣзненные расстройства пищеваренія, въ худшемъ случаѣ— даже заворотъ кишекъ (ileus).

Леченіе этихъ остатковъ послѣродового сепсиса относится къ области гинекологіи. Если на лицо нѣтъ жизненныхъ показаній, то радикальную операцію по поводу pyosalpinx'овъ и яичниковыхъ абсцессовъ, т.-е. изсѣченіе ихъ, слѣдуетъ производить лишь черезъ годъ послѣ родовъ, такъ какъ только къ этому времени стрептококки въ гною погибаютъ.

Послѣ счастливо перенесеннаго сепсиса могутъ

развиться также психозы (Hansen, Olshausen).

Только тогда, когда исследование половых органов не дало никаких данных для объяснения лихорадки, его слѣдуетъ искать въ другихъ вызывающихъ лихорадку моментахъ. Запоръ долженъ быть отнесенъ къ числу подобныхъ моментовъ и для того, чтобы исключить уже съ самаго начала эту причину при лихорадкѣ, возникшей безъ явной причины, даютъ слабительное. Далѣе, у женщинъ, которыя потеряли много крови во время родовъ, а также и послѣ психическихъ возбужденій наблюдаются преходящія повышенія температуры. Очень часто исходнымъ пунктомъ лихорадки являются груди. Черезъ трещины на соскахъ микроорганизмы вѣдряются въ интерстиціальную ткань и такимъ путемъ развивается флегмона. Противоположностью этого *mastitis interstitialis* является болѣе рѣдкая *mastitis parenchymatosa*, вызываемая вѣдреніемъ кокковъ въ молочные ходы. Первоначальное леченіе—противовоспалительное, а если образуется абсцессъ, то дѣлается разрѣзъ. Трещины лечатся примочками изъ 1—3% раствора уксусно-кислаго глинозема. При простыхъ трещинахъ во время кормленія на сосокъ надѣваютъ колпачекъ, а при грудницѣ ребенка немедленно отнимаютъ отъ больной груди.

Сильныя кровотеченія въ послѣродовомъ періодѣ (см. стр. 258) лечатся такъ же, какъ и во время родовъ. Остатки яйца, а также развившіеся на этой почвѣ плацентарные и децидуальные полипы должны удаляться ручнымъ путемъ. Если сильно кровоточитъ пустая матка, то прежде всего слѣдуетъ примѣнить впрыскиваніе эрготина

и горячія спринцеванія. Если же несмотря на это кровотеченіе продолжается, то слѣдуетъ затампонировать полость матки іодоформной марлей, а при недостаточномъ сокращеніи матки также и влагалище—салициловой ватой.

При недостаточномъ обратномъ развитіи <sup>1)</sup> матки наступаютъ кровотечения, которыя ослабляютъ родильницу не столько своей силой, сколько своей продолжительностью. Эти кровотечения быстрѣе всего устраняются выскабливаніемъ. Правда, при этомъ иногда можетъ имѣть мѣсто колоссальное кровотеченіе и легко можетъ произойти прободеніе матки. Если и въ этихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ тампонаціи, то необходимо и матку, и влагалище (влагалище салициловой ватой) затампонировать крайне плотно, такъ какъ здѣсь можно достигнуть остановки кровотечения только путемъ прижатія. Не специалистъ поступитъ лучше, если въ этихъ случаяхъ ограничится сначала назначеніемъ *ergotini*, *hydrastini hydrochlorici* «Вауег» или *hamamel. virg.* и горячихъ спринцеваній влагалища.

Кровотеченія при *retroflexio uteri* устраняются выправленіемъ матки и введеніемъ кольца. Эти мѣропріятія слѣдуетъ примѣнить уже черезъ 14 дней послѣ родовъ. Если, помимо этого, примѣняются еще холодные влагалищныя души, то *retroflexio*, даже существовавшая уже раньше, зачастую излечивается въ короткій срокъ на продолжительное время. Поэтому о предложен-

---

<sup>1)</sup> Чрезмѣрное обратное развитіе матки (*superinvolutio*) развивается изъ физиологической лактаціонной атрофіи вслѣдствіе слишкомъ продолжительнаго кормленія, либо возникаетъ на почвѣ тяжелаго септического заболѣванія половыхъ органовъ, resp. истощающихъ общихъ заболѣваній. За родильную горячку можетъ быть принято прободеніе кишокъ (аппендицитъ) и туберкулезъ въ послѣродовомъ періодѣ.

ной мною *vagionofixati*'и, посредствомъ которой удастся достигнуть излеченія *retroflexi*'и на продолжительное время, слѣдуетъ подумать лишь долгое время спустя послѣ родовъ. Она технически выполнима даже черезъ  $\frac{1}{4}$  года послѣ родовъ. Если при этой операціи брюшинное отверстіе зашивается изолированно, то въ дальнѣйшемъ въ теченіи родовъ не наступаетъ никакихъ разстройствъ!

Подслизистыя міомы, карциномы и злокачественныя хоріонэпителиомы также вызываютъ въ послѣродовомъ періодѣ кровотеченія; иногда, помимо кровотеченій, онѣ ведутъ и къ гнилостному распаду. Въ этихъ случаяхъ показана экстирпація міомы *resp.* матки.

### Внезапная смерть во время беременности, родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ.

Во время беременности можетъ наступить очень быстрая смерть вслѣдствіе кровотеченій изъ венознаго узла на бедрѣ или наружныхъ половыхъ органовъ, а также вслѣдствіе истеченія кровью при *placenta praevia*. Равнымъ образомъ во время родовъ наблюдаются случаи внезапной смерти (при разрывѣ и при выворотѣ матки), обусловленной частью сильнымъ кровотеченіемъ, частью шокомъ, либо вызванной тяжелыми заболѣваніями сердца или легкихъ. Въ этихъ случаяхъ распознаваніе въ общемъ легко. Однако, встрѣчается цѣлый рядъ такихъ смертныхъ случаевъ, гдѣ женщины, на видъ совершенно здоровыя, погибаютъ внезапно, и гдѣ въ первое время причина смерти совершенно не ясна; въ этихъ случаяхъ въ прежнее время очень часто удовлетворялись диагнозомъ «смерть отъ истощенія». Патологическая анатомія и вскрытія въ значительной

степени раскрыли загадочность такихъ смертныхъ случаевъ.

Нескер первый, въ связи съ изслѣдованіями *Vigsho w'a*, проложившими новые пути въ ученіи относительно тромбоза и эмболии, нашель у внезапно умершей родильницы тромбозъ бедра вены и эмболию обѣихъ вѣтвей легочной артеріи. Тромбозъ глубокихъ венъ таза и бедра исходитъ, по *Spreling'u*, всегда изъ мѣста прикрѣпленія послѣда и, какъ я это часто наблюдалъ, изъ инфицированныхъ разрывовъ промежности и шейки. Однако, не всѣ тромбозы и присоединяющіяся къ нимъ эмболии находятся въ зависимости отъ септической инфекціи, какъ это утверждали въ послѣднее время. Тромбы на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда образуются какъ во время беременности, вслѣдствіе преждевременнаго, самопроизвольнаго или искусственнаго отдѣленія послѣда (напр., при введеніи катетера съ цѣлью вызвать преждевременные роды), такъ и во время и послѣ родовъ— вслѣдствіе атоніи матки. Вслѣдствіе недостаточнаго сокращенія матки тромбы проникають, по *Franke n h ä u s e r'u*, въ маточную стѣнку болѣе глубоко, а затѣмъ силою послѣдующихъ сокращеній матки легко прогоняются въ венозный кругъ. Такимъ образомъ смертельная легочная эмболія можетъ, слѣдовательно, наступить уже во время беременности или во время родовъ. Правда, большая часть случаевъ наблюдается все-таки только въ послѣродовомъ періодѣ, поэтому то именно и важно, какъ это подчеркиваетъ ученикъ *Dohrn'a Spreling*, своевременно установить наличность тромбоза и назначить абсолютный постельный покой, чтобы въ подобныхъ случаяхъ предупредить эмболию. Тромбозъ плацентарной площадки или венъ влагалища распространяется почти исключительно въ глубокія вены таза и бедра, что въ послѣднемъ случаѣ вызываетъ симпто-



мокомплексъ phlegmasia alba dolens (см. стр. 274 и 285). При тромбозѣ однѣхъ венъ таза наблюдаются колющія, рвущія боли въ глубинѣ таза, а также, что врядъ ли можно просмотрѣть, значительное растяженіе поверхностныхъ венъ бедра соответствующей стороны. Крайне важнымъ симптомомъ является нарастаніе частоты пульса при нормальной температурѣ (M a h l e r, L e o r o l d, W y d e r). Если происходитъ эмболія, то смертельный исходъ наступаетъ либо молниеносно (вслѣдъ за тѣмъ или инымъ движеніемъ родильницы или растираніемъ ея опухшаго бедра), либо же больныя борются часами, даже днями, борются съ сильнѣйшей одышкой и слабостью сердца. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ наблюдали даже выздоровленіе при леченіи возбуждающими и отхаркивающими средствами (A h l f e l d, D o h r n, авторъ).

Аналогичное явленіе мы имѣемъ въ в о з д у ш н о й э м б о л і и, которая, какъ полагаетъ O l s h a u s e n, является причиной многихъ загадочныхъ смертныхъ случаевъ. Разумѣется, доказать, что въ данномъ случаѣ произошла воздушная эмболія можно только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вскрытіе производится вскорѣ послѣ смерти и гдѣ, слѣдовательно, можно исключить посмертное образование газовъ въ сосудистой системѣ (на почвѣ гніенія).

Клиническая картина воздушной эмболіи соответствуетъ таковой же при эмболіи легочной артеріи, возникшей вслѣдствіе отрыва кровяной пробки. Входными воротами для воздуха является мѣсто прикрѣпленія послѣда; прониканіе воздуха въ открытые сосуды плацентарной площадки дѣлается возможнымъ, если давленіе въ брюшной полости становится отрицательнымъ (при боковомъ и колѣнно-локтевомъ положеніяхъ, при низкомъ положеніи головы) и, если къ тому же рука опе-

ратора даетъ воздуху свободный доступъ къ мѣсту прикрѣпленія послѣда. Такимъ образомъ можетъ наступить смертельный исходъ отъ воздушной эмболии при предлежаніи послѣда и разрывѣ матки, если послѣдъ отдѣлится частично или цѣликомъ (O l s h a u s e n). Поэтому при подобныхъ условіяхъ поворотъ лучше всего производить при положеніи роженицы на спинѣ. Воздухъ можетъ проникнуть въ матку также и при промываніи послѣдней, если изъ трубки не будетъ спущена первая порція жидкости, смѣшанная съ пузырьками воздуха. Наконецъ, я наблюдалъ одинъ смертельный исходъ отъ воздушной эмболии при выкидышѣ, гдѣ студентъ-практикантъ тщетно, въ теченіе часа пытаюсь отдѣлить послѣдъ ручнымъ способомъ, положительно вогналъ воздухъ въ широко зіявшіе сосуды мѣста прикрѣпленія послѣда.

Далѣе, значительное количество смертныхъ случаевъ происходитъ вслѣдствіе внутренняго кровотеченія. Къ числу ихъ я отнесу: кровотеченіе въ полость матки при преждевременномъ отдѣленіи послѣда, истеченіе кровью вслѣдствіе разрыва беременной трубы—рядомъ съ трубной беременностью можетъ быть одновременно и нормальная, маточная беременность,—кровотеченіе изъ разорванныхъ перитонитическихъ сращеній (H o l o w k o); далѣе, смерть вслѣдствіе разрыва сердца на почвѣ совершенно свѣжаго міокардита, скрыто протекавшаго въ послѣродовомъ періодѣ (S p r i e g e l b e r g), вслѣдствіе разрыва аорты (H e i n r i c i u s), вслѣдствіе апоплексіи, особенно при эклампсіи, гдѣ уже послѣ одного припадка наблюдалась смертельная апоплексія (P f a n n e n s t i e l и авторъ), вслѣдствіе истеченія кровью изъ круглой язвы желудка. Я наблюдалъ одинъ подобный случай, гдѣ на 16-ый день послѣ родовъ наступила смерть при явленіяхъ внутренняго истеченія кровью; въ этомъ случаѣ

больная со времени родовъ страдала жестокими желудочными болями и одинъ разъ у нея per gestum выдѣлилась кровь. Такъ какъ здѣсь на лицо была лихорадка и зловонныя послѣродовыя очищенія, то надо думать, что язва была вызвана септическимъ эмболомъ.

Перечисленные случаи безъ вскрытія остаются по большей части невыясненными, отмѣтимъ однако, что описаны случаи, гдѣ и при вскрытіи за исключеніемъ значительнаго переполненія кровью грудной и брюшной полостей и малокровія мозга ничего не находили, такъ что и вскрытіе не объясняло причины смерти (N e t z e l). Эти случаи дѣлаютъ вѣроятнымъ предположеніе, что частичное или полное опорожненіе матки (аналогично съ пункцией при асцитѣ) можетъ повести къ такому малокровію мозга, что въ результатѣ является внезапная смерть.

Strassk наблюдалъ смерть отъ урэміи, причемъ вскрытіе дало отрицательный результатъ. Я доказалъ, что продолжительный, глубокий хлороформный наркозъ, примѣнявшійся въ прежнее время при эклампсіи, можетъ повести къ летальному исходу вслѣдствіе жирового перерожденія важныхъ для жизни органовъ. Насколько, слѣдовательно, непродолжительный и глубокий или поверхностный, но болѣе продолжительный наркозъ является цѣннымъ при оперативномъ окончаніи родовъ или для успокоенія судорожныхъ схватокъ, настолько же слѣдуетъ остерегаться наркоза одновременно и продолжительнаго и глубокаго.

Что касается леченія, то профилактика эмболии была разобрана уже выше. Лечение воздушной эмболии поскольку вообще ее приходится лечить, заключается такъ же, какъ и при эмболии легочной артеріи, въ назначеніи возбуждающихъ средствъ. Въ случаяхъ внутренняго кровотеченія

въ брюшную полость при благопріятныхъ условіяхъ (въ клиникѣ), показано чревосѣченіе, посредствомъ котораго иногда удается спасти и мать и плодъ. Чтобы при эклампсіи избѣжать продолжительнаго наркоза и мозговыхъ кровоизліяній, а также возможно скорѣе устранить припадки и существующую интоксикацію, показано возможно быстрое родоразрѣшеніе, которое можетъ быть произведено въ нѣсколько минутъ путемъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія.

Если ясно, что мать гибнетъ или уже мертва, то при жизнеспособномъ и живомъ плодѣ показано быстрое родоразрѣшеніе съ цѣлью спасти по крайней мѣрѣ плодъ. Если родовые пути не подготовлены или ихъ не удастся быстро расширить болѣе простыми способами кроваваго или механическаго расширенія автора, то въ такихъ случаяхъ показано классическое или влагалищное кесарское сѣченіе. Оно должно быть произведено по всѣмъ правиламъ искусства и произведенные разрѣзы должны быть тщательно защищены. Впрочемъ, плодъ можетъ быть изгнанъ изъ родового канала силою газовъ гніенія и послѣ смерти матери (роды въ гробу).

Такимъ же образомъ можетъ произойти и по-смертный выворотъ послѣродовой матки.

**Добавленіе: нѣкоторыя правила для составленія исторіи родовъ.**

Кто прочелъ главу объ акушерскомъ изслѣдованіи, тотъ почерпнетъ изъ нея правила для составленія журнала родовъ. Тѣмъ не менѣе мы здѣсь еще разъ укажемъ на самое важное.

Въ журналѣ должно быть указано:

## А п а м н е з ь.

1. Имя, социальное положеніе, возрастъ, сколько времени замужемъ, число и теченіе прежнихъ родовъ и живы ли дѣти (при неблагоприятномъ теченіи необходимо разспросить о рахитѣ и измѣрить тазъ).
2. Послѣдняя менструація; первое шевеленіе плода.
3. Считаетъ ли себя роженица на послѣднемъ мѣсяцѣ беременности и если нѣтъ, то на какомъ.
4. Начало родовъ, характеръ и дѣйствіе схватокъ до прибытія акушера.
5. Произошелъ ли разрывъ пузыря и когда именно.

## Н а р у ж н о е и з с л ѣ д о в а н і е.

6. Общее самочувствіе роженицы въ началѣ наблюденія (температура, пульсъ, высота стоянія кольца сокращенія, другіе могущіе броситься въ глаза симптомы, какъ-то: сильная возбужденность, сильныя потуги, кровотеченія, судороги, одышка и т. д.).
7. Положеніе и жизнь плода—частота и мѣсто сердцебіенія, степень наполненія мочевого пузыря.

## П е р в о е в н у т р е н н е е и з с л ѣ д о в а н і е.

8. Степень наполненія прямой кишки.
9. Величина открытія маточнаго зѣва при первомъ внутреннемъ изслѣдованіи; сглаженъ ли шейный каналъ или онъ еще сохранился (и какой длины?) .
10. Свойство краевъ маточнаго зѣва (ригидность у пожилыхъ первородящихъ, поразительная мягкость при предлежаніи послѣда, раковое перерожденіе).

11. Цѣль ли еще пузырь.
12. Какая часть предлежитъ и какъ низко она стоитъ.
13. Позиція и вставленіе предлежащей части (поразительно низкое стояніе малаго родничка, низкое стояніе большого, передне-и заднетеменные вставленія).
14. Нѣтъ ли выпаденія мелкихъ частей или пуповины и пульсируетъ она или нѣтъ.
15. Даетъ ли оцупываніе таза указаніе на сѣуженіе его, т.-е. достижимъ ли мысъ однимъ пальцемъ, resp. легко ли обводятся пальцемъ боковыя стѣнки таза.
16. Не слишкомъ ли узка нижняя треть влагалища, не слишкомъ ли напряжена промежность.

#### О п и с а н і е т е ч е н і я р о д о в ъ .

17. Когда послѣдовалъ разрывъ пузыря.
18. Когда наступило полное открытіе маточнаго зѣва.
19. Наблюдались ли угрожающія матери или плоду явленія и когда они наступили (повторное измѣреніе температуры, выслушивание сердцебіенія плода).

Студентъ-практикантъ, занимающійся въ акушерской поликлиникѣ или клиникѣ, обязанъ, даѣе, отмѣтить слѣдующее:

20. Результатъ изслѣдованія врача-ассистента, если таковой былъ приглашенъ (размѣры таза).
21. Было ли примѣнено оперативное пособіе и какого рода.
22. При какомъ открытіи маточнаго зѣва оно было предпринято и при цѣломъ ли пузырьѣ.

23. Былъ ли ребенокъ еще живъ до операціи, родился ли живымъ и остался ли въ живыхъ.—Размѣры плода и, по возможности, его вѣсъ.
24. Когда и какимъ образомъ удаленъ послѣдъ, родился ли онъ самопроизвольно, вышелъ ли онъ и оболочки цѣликомъ.
25. Состояніе матери и тѣ или иныя понадобившіяся пособія послѣ родовъ (попытки оживленія плода, наложеніе швовъ на разрывы промежности, массажъ матки и т. д.).

Для послѣ родового періода слѣдуетъ заготовить второй журналъ, въ который заносятся тѣ или иныя расстройства послѣродового періода, ихъ теченіе и терапія. Слѣдуетъ отмѣтить день, когда больная вышла изъ-подъ наблюденія, и при этомъ особо отмѣтить, каково было въ этотъ день состояніе матери и ребенка, въ частности, какъ развивался ребенокъ и какъ онъ вскармливался, прощупывалась ли еще снаружи матка и оказалась ли она при комбинированномъ изслѣдованіи въ нормальной *anteflexio*.

Только составленный по такому принципу журналъ можетъ быть использованъ для научныхъ цѣлей; только такой журналъ пріучаетъ и воспитываетъ начинающаго въ методическомъ изслѣдованіи и правильной оцѣнкѣ отдѣльныхъ наблюденій.

---

# Ученіе объ акушерскихъ операціяхъ.

---

## Уголовная и гражданская отвѣтственность акушера.

По нѣмецкому уголовному уложенію врачевныя операціи относятся къ числу увѣчій, нанесеніе которыхъ не вмѣняется въ вину лишь въ томъ случаѣ, когда врачъ получилъ соотвѣтственное разрѣшеніе пациента, а въ случаѣ его несовершеннолѣтія или безсознательнаго состоянія—его законнаго представителя (опекуна) и когда операція произведена по всѣмъ правиламъ искусства. Въ противномъ случаѣ врачъ можетъ быть обвиненъ въ умышленномъ нанесеніи увѣчья или нанесеніи увѣчья по небрежности и приговоренъ къ тюремному заключенію и, кромѣ того, можетъ быть удовлетворенъ гражданскій искъ о возмѣщеніи убытковъ, понесенныхъ пострадавшимъ. Поэтому врачъ долженъ гарантировать себя отъ подобныхъ случайностей и застраховаться отъ профессиональной отвѣтственности (большинство нѣмецкихъ врачей застраховано въ Stuttgart'скомъ союзѣ). Въ тѣхъ же цѣляхъ врачу слѣдуетъ испрашивать согласіе больного на операцію въ присутствіи свидѣтелей; искусственный выкидышъ, прободеніе живого



плода и кесарское сѣченіе—операциі, при которыхъ въ особенности необходимо совѣщаніе съ другимъ врачомъ и присутствіе товарища во время операциі; помимо всего этого, каждая операциа должна выполняться по научно признаннымъ показаніямъ и по всѣмъ правиламъ искусства. Въ виду этого слѣдуетъ, по возможности, приглашать второго врача уже для веденія наркоза, соблюдать правила антисептики, имѣть при себѣ необходимые инструменты и избѣгать побочныхъ поврежденій. Что касается побочныхъ поврежденій, то среди нихъ наиболѣе печальную роль въ судебно-медицинскомъ отношеніи сыграли разрывы матки геср. прободеніе свода (щипцами при недостаточно открытомъ маточномъ зѣвѣ или же рукой, введенной въ матку для отдѣленія послѣда). При разрывахъ матки экспертиза можетъ, правда, указать на возможность самопроизвольнаго разрыва, зато она должна признать наличность преступной небрежности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ врачъ, не распознавъ разрыва, проникъ черезъ разрывъ въ брюшную полость и нанесъ поврежденія кишечнику пациентки или гдѣ врачъ, принявъ за пуповину петлю кишки матери, перевязалъ и перерѣзалъ ее или, наконецъ, гдѣ врачъ, предполагая, что удаляетъ послѣдъ, оторветъ всю матку. Кромѣ того, судъ всегда разсматриваетъ какъ преступную небрежность тѣ случаи, гдѣ врачъ послѣ подобныхъ вмѣшательствъ или послѣ тщетныхъ попытокъ разрѣшить роженицу, оставляетъ ее въ безпомощномъ состояніи.

Бывали случаи, когда на врача подавали жалобы по поводу того, что онъ не сдѣлалъ необходимой операциі, напр., не зашилъ разрыва промежности 3-ей степени.

Поврежденія плода рѣже служатъ поводомъ къ жалобѣ на врача или акушерку, такъ какъ они могутъ произойти и при произвольныхъ родахъ;

помимо этого, акушеръ, освобождая ручку при ежегодныхъ предлежаніяхъ, бываетъ иногда вынужденъ сломать ручку, чтобы получить живого ребенка. Эти случаи вѣняются въ вину только тогда, когда врачъ не распознаетъ поврежденія, особенно отрыва эпифиза плечевой кости, и не исправитъ неправильнаго положенія ручки наложеніемъ соотвѣтственной повязки.

Сравнительно недавно одинъ врачъ былъ приговоренъ къ тюремному заключенію за то, что онъ далъ акушеркѣ лепешку *hydrargyri oxysuanati* «для растворенія ея въ литрѣ воды», а акушерка этотъ дезинфицирующий растворъ, предназначенный для спринцеванія, дала роженицѣ внутрь, результатомъ чего была смерть послѣдней.

Само собой понятно, что врачъ-экспертъ, принимая во вниманіе трудности врачебной дѣятельности въ частной практикѣ, всегда проявитъ въ своихъ заключеніяхъ извѣстную снисходительность къ погрѣшностямъ противъ искусства, допущеннымъ товарищами.

## Акушерскій инструментарій.

Лучше всего, если инструменты изготовлены цѣликомъ изъ металла; укладывать ихъ нужно въ особо приспособленныя футляры; изъ такихъ футляровъ самыми дорогими являются металлическіе ящики, приготовленные для дезинфекціи сухимъ жаромъ. Инструменты помѣщаются въ этихъ ящикахъ въ вставной рамѣ, которая вынимается и тогда въ металлическій ящикъ, наполненный антисептическимъ растворомъ, кладутъ тѣ инструменты, которые необходимы въ данный моментъ. Раму съ остальными инструментами, чтобы ихъ не загрязнить, ставятъ на внутреннюю по-

верхность откинутой крышки ящичка. Такой ящичек можно использовать также для кипячения инструментовъ. Недостатки металлическихъ ящичковъ, помимо дороговизны, заключаются въ томъ, что они тяжелы, и въ томъ, что по минованіи надобности приходится тратить много труда на укладываніе инструментовъ въ раму. Послѣ ме-



Рис. 18

таллическихъ ящичковъ заслуживаютъ рекомендаціи парусиновыя сумки, которыя можно вываривать и стерилизовать текучимъ паромъ (Fritsch). Кожа-ныя сумки не заслуживаютъ рекомендаціи въ виду того, что ихъ трудно чистить; ими можно пользо-ваться безъ опасности только въ томъ случаѣ, если инструменты непосредственно передъ упо-

требленіемъ кипятятся или проводятся черезъ спиртовое пламя. Такъ какъ карманныя футляры удобнѣе всего для быстро-го выниманія и уклады-ванія инструмен-товъ, то я дол-гое время поль-зовался футля-ромъ изъ аз-беста, который совмѣстно съ ин-струментами сте-рилизуется су-химъ жаромъ. Теперь я польду-юсь двумя алю-



Рис. 19.

миніевыми ящичками, которые и дешевы, и легки. Въ одномъ ящичкѣ помѣщаются инструменты, въ

другомъ—другія принадлежности. Оба ящика, въ свою очередь, помѣщаются въ чехлѣ изъ темнаго брезента. Въ сумкѣ, которая вѣситъ около 20 ф., находятся слѣдующіе инструменты:

1 щипцы Naegle, 1 краниокласть A u v a r d-  
D ü h r s s e n ' a <sup>1)</sup>, 2 пулевыхъ щипцовъ съ кре-  
мальерой, 2 клем-  
мы, 1 тонкіе щипцы  
Muzeux, 2 кюретки,  
1 тампоподержатель  
по D ü h r s s e n ' y,  
1 толстый катетеръ  
F r i t s c h - B o z e m a n n ' a, 1 стеклян-  
ная трубка, 1 пей-  
зильберный мужской  
катетеръ, 1 ножницы  
S i e b o l d ' a, 1 игло-  
держатель H e g a r ' a,  
1 коробка съ крѣп-  
кими, полукругло—  
изогнутыми иглами,  
1 ножницы C o w p e r ' a, 1 зубчатый



Рис. 20.

пинцетъ, 2 пинцета для перевязки сосудовъ, 1 скаль-  
пель, 1 пугочатый ножъ, 1 бритва въ металлической  
оправѣ, 1 канюля для подкожныхъ вливаній въ  $3\frac{1}{2}$  mm.  
толщины, 1 канюля для внутривенныхъ вливаній, 1  
щипецъ P r a v a z ' a со стекляннымъ или металличе-

1) Этотъ краниокласть пригоденъ, по моимъ наблюде-  
ніямъ, для всѣхъ уменьшающихъ головку операций и из-  
готавливается, согласно моей модификаціи, Медицинскимъ  
торговымъ домомъ (Karlstrasse, 31). Этотъ торговый домъ  
вырабатываетъ, помимо всѣхъ указанныхъ въ этой книгѣ  
инструментовъ и аппаратовъ, также и разборный тазо-  
мѣръ G ö t m a n n ' a, наилучшій для точныхъ измѣреній,  
по не совсемъ удобный. Употребляемые мною аппараты  
для стерилизаціи горячимъ воздухомъ, а также и паромъ  
выполнены согласно новѣйшимъ принципамъ фабри-  
кой L a u t e n s c h l ä g e r ' a, Berlin. Впрочемъ, инстру-  
менты можно стерилизовать въ духовомъ шкапу кухон-  
ной печи. При подобной стерилизаціи необходимъ только  
термометръ со шкалой до 200° C, такъ какъ надо избѣ-  
гать повышенія температуры свыше 170° C.

скимъ поршнемъ въ металлическомъ футлярѣ, 2 зеркала D o u e n ' a (см. рис. 19).

Во второмъ ящикѣ находятся:

3 большихъ склянки для лизоформа, карболовой кислоты, хлороформа, 3 маленькихъ склянки для камфорнаго масла, морфия, эрготина (erg. dialys., aq. destil., glucerini aa 3,0) и 66,6% ѣдкаго патра, 2 коробки № 1 и 2 по D ü h r s s e n ' y (см. рис. 20, 21 и 22), 2 метрейринтера Champetier de Ribes, одинъ поменьше, другой побольше, 1 сифонная трубка по Z w e i f e l ' ю, 1 максимальный термометръ, 1 термометръ для ваншъ, 1 коробка съ трахеальными катетерами (№ 12 Chargière), 1 стетоскопъ, 1 сантиметровая лента, 1 хлороформная маска и капельница, 1 мензурка, 2 щетки для рукъ, 1 стеклянная трубка, 1 ногтещетка, 1 ящикъ S c h i m m e l b u s c h ' a съ шелкомъ, простерилизованнымъ текущимъ паромъ или съ кумоль-кэтгуттомъ K r ö n i g ' a



Рис. 21.

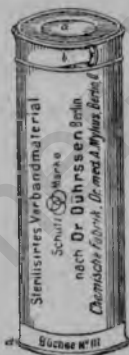


Рис. 22.



Рис. 23.

Рис. 21 — коробка (№ 1) для тампонаціи матки (въ разрѣзѣ). Рис. 22 и 23 — коробка (№ 3), предназначенная для влагалищной тампонаціи акушеркой и содержащая теперь согласно предписанію только 6 іодоформныхъ ватныхъ тампоновъ; *b* — полоска жести, посредствомъ которой закрывается крышка; *c* — кольцо, при помощи котораго отрывается полоска жести.

(кэтгутъ № 3, стерилизованный сухимъ паромъ), 1 коробочка съ нѣсколькими порошками поваренной соли à 8,0 для приготовления физиологическаго раствора

поваренной соли, которая затѣмъ подщелачивается нѣсколькими каплями ѣдкаго натра.

Въ чехлѣ, помимо этихъ двухъ ящиковъ, свободно помѣщаются: тазомѣръ Collin'a, резиновыя перчатки, резиновый фартукъ, халатъ, спиртовка для кипяченія инструментовъ и снимокъ съ находящихся инструментовъ.

Значительно меньшую сумку съ наборомъ акушерско-гинекологическихъ инструментовъ я собралъ недавно для торговаго дома «Med. Warenhaus»—эту сумку удобно брать съ собой при поѣздкѣ на велосипедѣ.

## Подраздѣленіе акушерскихъ операцій.

### 1.5. Подготовительныя операціи.

- а) Искусственный выкидышь и преждевременные роды.
- б) Искусственное расширеніе мягкихъ родовыхъ путей.
  1. Шейки (посредствомъ надрѣзовъ влагалищной части, влагалищнаго кесарскаго сѣченія, механическаго расширенія).
  2. Нижней трети влагалища.
  3. Половой щели.
- в) Поворотъ.
- д) Искусственное расширеніе таза (симфизоотомія и гебостеотомія—пубіотомія).

### 2. Операціи, улучшающія положеніе плода.

- а) Поворотъ.
- б) Ручное исправленіе неблагоприятныхъ вставленій головки.
- в) Вправленіе выпавшей пуповины и конечностей.

## 3. Родоразрѣшающія операціи.

Per vias naturales.

- a) Извлеченіе за попку или ягодицы.
- b) Щипцы.
- c) Выжиманіе по Kristeller'у. (Этотъ способъ примѣняется въ связи съ другими операціями).
- d) Влагалищное кесарское сѣченіе.
- e) Перфорация и краниотракція resp. краниоклазія.
- f) Декапитация (обезглавливаніе), экзентерация (удаленіе внутренностей изъ грудной и брюшной полости).

Съ сохраненіемъ  
жизни плода.

Съ умерщвленіемъ  
плода.

- g) 1. Классическое, 2. Надлобковое кесарское сѣченіе, 3. Операція Porro.

## 4. Операціи послѣдоваго періода и позднѣйшаго времени.

- a) Удаленіе частей послѣда.
- b) Промываніе матки.
- c) Тампонація маточно-влагалищнаго канала.
- d) Наложеніе швовъ на разрывы промежности и клитора.
- e) Вторичное наложеніе швовъ на раны промежности.

## Приготовленія къ акушерской операціи.

## 1. Наркозъ.

Въ акушерствѣ по большей части примѣняется хлороформный наркозъ. Извѣстный англійскій акушеръ Simpson, впервые примѣнившій хлороформъ какъ наркотическое средство—примѣ-

нить его какъ разъ въ акушерскихъ случаяхъ съ цѣлью устранить родовую боль. Что касается техники наркоза, то прежде всего слѣдуетъ указать на главную ошибку, которую дѣлаютъ при хлороформированіи начинающіе. Ошибка эта заключается въ томъ, что въ началѣ вмѣсто нѣсколькихъ капель они наливаютъ хлороформъ цѣлыми граммами и тотчасъ же удаляютъ маску, какъ только прикосновеніе къ вѣску не вызываетъ смыканія вѣкъ. Хлороформъ слѣдуетъ наливать только капля за каплей, сначала около 30 капель въ минуту—до тѣхъ поръ, пока совершенно не исчезнетъ рефлексъ роговицы. Въ дальнѣйшемъ достаточно 9—10 капель въ минуту для поддержанія глубокаго наркоза.

Что касается мѣръ предосторожности при наркозѣ, то до начала хлороформированія необходимо удалить изъ полости рта всякія постороннія тѣла (вставныя челюсти!); въ теченіе всего наркоза необходимо неослабно слѣдить за пульсомъ и дыханіемъ. Если дыханіе прерывается, то слѣдуетъ немедленно при помощи тонкаго Музеух вытянуть языкъ. Если же, несмотря на это, дыханіе становится поверхностнымъ или совершенно останавливается, если зрачки, которые при хорошемъ наркозѣ узки и не реагируютъ (*P. Strassman*), расширяются и не реагируютъ, если, наконецъ, лицо принимаетъ мертвенное выраженіе, а губы становятся ціанотичными, то слѣдуетъ, немедленно приступить къ искусственному дыханію, самое удобное по способу *Silvestera*. Съ этой цѣлью голова опускается ниже, операторъ беретъ оба предплечія больного близъ локтевого сустава и вытягиваетъ обѣ руки возможно дальше надъ плечами и головой—этимъ производится вдыханіе; затѣмъ, согнувъ подъ прямымъ угломъ предплечія, прижимаютъ плечи плотно къ боковымъ поверхностямъ грудной клѣтки—в ы д ы х а н і е.



Эти движенія не должны производиться слишкомъ быстро—приблизительно 20 движеній въ минуту. Если, какъ это обыкновенно бываетъ въ подобныхъ случаяхъ, падаетъ и сердечная дѣятельность, то необходимо впрыснуть камфору или эфиръ.

Искусственное дыханіе слѣдуетъ производить до тѣхъ поръ, пока не наступитъ равномерное самопроизвольное дыханіе.

Менѣе важнымъ является остановка дыханія, наступающая иногда въ періодѣ возбужденія въ видѣ «спастической асфиксіи». Въ этихъ случаяхъ входъ въ гортань закрывается занавшимъ назадъ языкомъ. Это наступаетъ, слѣдовательно, при еще сохранныхъ рефлексахъ. Дыханіе тотчасъ же возстанавливается, какъ только вытягиваютъ языкъ. Если челюсти плотно сжаты, то, чтобы открыть ротъ, выдвигаютъ нижнюю челюсть. Послѣднее производятъ по способу Esmarch-Heiberg'a. Оба указательные пальцы помѣщаютъ на восходящія вѣтви нижней челюсти и сильно надавливаютъ ихъ кпереди. Если это не удастся, то вводятъ роторасширитель между зубами и, раздвигая его, отдавливаютъ нижнюю челюсть книзу.

Большинство «асфиксій отъ хлороформа» являются первичными разстройствами дыханія. Если начинающееся разстройство дыханія распознается, то дѣло не доходитъ до смерти отъ хлороформа. Въ рѣдкихъ случаяхъ первичнымъ является параличъ сердца. Онъ по большей части ведетъ къ смерти. Помимо уже описанныхъ оживляющихъ приемовъ, въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ еще примѣнить непосредственный массажъ сердца по M a a s s'у; онъ заключается въ сильномъ сдавливаніи области сердца (приблизительно 120 разъ въ минуту).

Если во время наркоза наступаетъ рвота, то при первыхъ же рвотныхъ движеніяхъ слѣдуетъ

повернуть голову больного на бокъ съ той цѣлью, чтобы рвотныя массы не попали въ гортань. То же самое слѣдуетъ дѣлать по окончаніи наркоза. Чтобы избѣжать рвоты во время наркоза, слѣдуетъ, какъ только голова повернута на бокъ, налить на маску побольше хлороформа и снова держать ее у лица больного.

Послѣ наркоза рвота прекращается быстрѣе всего въ тѣхъ случаяхъ, когда пациентка не получаетъ никакой пищи, даже жидкостей. При очень большой жаждѣ больнымъ назначаютъ простыя полосканія рта, глотокъ чая; analeptica слѣдуетъ давать при остромъ малокровіи, но только небольшими дозами resp. въ видѣ клизмъ.

**Примѣненіе наркоза на практикѣ.** Тотъ фактъ, что въ акушерствѣ практической врачъ почти совсѣмъ не прибѣгаетъ къ наркозу, объясняется боязнью врача брать на себя помимо производства операціи еще и веденіе наркоза, а также тѣмъ, что трудно быстро пригласить второго врача. Однако такое основаніе недостаточно для того, чтобы лишать роженицу благъ наркоза и его слѣдуетъ производить слѣдующимъ образомъ: больную кладутъ на поперечную кровать; прежде всего акушеръ дезинфицируетъ самого себя, затѣмъ роженицу; послѣ этого онъ берется исключительно за наркозъ. Какъ только исчезаетъ рефлексъ роговицы, акушеръ еще разъ моетъ щеткой руки, надѣваетъ резиновыя перчатки и приступаетъ къ операціи.

Непродолжительность большинства акушерскихъ операцій даетъ возможность закончить операцію надъ захлороформированной такимъ образомъ роженицей. Если заранѣе предвидится, что операція будетъ довольно продолжительна, то при помощи Музеух вытягиваютъ ея языкъ и поручаютъ акушеркѣ наливать на маску время отъ времени 1—2 капли хлороформа, повторяя это

только тогда, когда маска совершенно перестанет издавать запах хлороформа.

Такимъ образомъ избѣгаютъ тѣхъ тяжелыхъ асфиксій, которыя наблюдаются при глубокомъ наркозѣ и обязаны своимъ происхожденіемъ слишкомъ большому количеству хлороформа; что же касается асфиксій, которыя получаютъ въ началѣ наркоза (параличь сердца), то акушеръ отъ нихъ обезпеченъ, пока онъ самъ ведетъ исключительно наркозъ. Если акушеръ поступаетъ указаннымъ образомъ, то въ случаѣ неудачнаго исхода ему нечего бояться уголовнаго преслѣдованія.

Значеніе наркоза въ акушерствѣ заключается въ слѣдующемъ:

1. У очень чувствительныхъ или беспокойныхъ, вслѣдствіе боли, только наркозъ позволяетъ поставить точный діагнозъ; наркозъ въ этихъ случаяхъ долженъ быть лишь поверхностнымъ: онъ даетъ возможность сосчитать пульсъ плода и матери, причемъ пульсъ матери подъ наркозомъ не зависитъ отъ психическаго возбужденія роженицы. При напряженныхъ и узкихъ половыхъ частяхъ только подъ наркозомъ удастся, во-первыхъ, подробно обследовать полость таза съ цѣлью опредѣленія его внутреннихъ размѣровъ, а во-вторыхъ, выяснить высоту стоянія и вставленіе головки. Благодаря тому, что подъ наркозомъ можно всесторонне ощупать головку, опредѣлить направленіе швовъ и положеніе родничковъ удастся даже при наличности большой головной опухоли. Эти данныя, полученные благодаря наркозу, часто значительно отличаются отъ прежнихъ и даютъ намъ сплошь и рядомъ существенныя точки опоры для правильной терапіи.

2. Наркозъ облегчаетъ и самую акушерскую терапію. Крайне важно въ этомъ отношеніи выключеніе дѣйствія брюшного пресса, благодаря чему наружная рука, надавливая на матку, получаетъ возможность оказывать содѣйствіе внутренней рукѣ; этимъ путемъ значительно облегчается и внутренній, и комбинированный поворотъ, отдѣленіе послѣда и при выкидышѣ и при нормальныхъ родахъ; иногда же эти операціи, вообще, возможно произвести только подъ наркозомъ. Засимъ, выключеніе брюшного пресса путемъ наркоза даетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ возможность вправить въ большой тазъ опухоли, суживающія каналъ малаго таза; далѣе, при ягодичныхъ положеніяхъ получается возможность низвести ягодицы изъ таза во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онѣ не опустились еще достаточно низко, чтобъ можно было извлечь ихъ ручнымъ способомъ. Если, слѣдовательно, при плотно вкоченныхъ ягодицахъ является показаніе къ извлеченію, то при подобныхъ условіяхъ, благодаря глубокому наркозу, нѣтъ необходимости прибѣгать къ опасному или трудному примѣненію тупого крючка, петли или другихъ аналогичныхъ инструментовъ:— тутъ вполне возможно превратить ягодичное положеніе въ ногоположеніе, а затѣмъ легко извлечь за ножку. Наконецъ, глубокій наркозъ облегчаетъ введеніе нѣсколькихъ пальцевъ или даже всей руки въ недостаточно еще открытый маточный зѣвъ. Въ такихъ случаяхъ иногда получается впечатлѣніе, какъ будто глубокій наркозъ устранилъ существовавшее судорожное сокращеніе.
3. Наркозъ является самостоятельнымъ терапевтическимъ аген-

т о м ъ, ускоряющимъ роды. Хотя изслѣдованія, произведенныя W i n s k e l'емъ, R o u l l e t'омъ и D ö n h o f f'омъ при нормальныхъ родахъ дали противоположный результатъ, но нужно принять во вниманіе, что эти изслѣдованія производились на роженицахъ изъ низшихъ классовъ. Я же располагаю цѣлымъ рядомъ наблюденій, гдѣ у чувствительныхъ первородящихъ изъ высшихъ классовъ роды останавливались въ концѣ періода изгнанія, несмотря на хорошія схватки, останавливались вслѣдствіе того, что роженицы изъ боязни усиленія болей задерживали дѣятельность брюшного пресса. Въ этихъ случаяхъ достаточно было совершенно легкаго наркоза, состоявшаго изъ нѣсколькихъ капель хлороформа въ началѣ каждой схватки и не вызывавшаго даже аналгезіи, чтобы возобновить дѣятельность брюшного пресса и такимъ путемъ быстро закончить роды (*parcose à la reine*) <sup>1)</sup>.

Въ такихъ случаяхъ, которые стоятъ на границѣ нормы, я рекомендую примѣненіе наркоза въ концѣ родовъ съ цѣлью устранить родовыя боли и такимъ путемъ ускорить роды. По той же самой причинѣ я примѣняю вышеописанный, легкій наркозъ съ перерывами при с у д о р о ж н ы х ъ с х в а т к а х ъ, слѣдовательно, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣятельность схватокъ слаба, но онѣ чрезвычайно болѣзненны и гдѣ даже въ перерывахъ между схватками матка не достаточно расслабляется. Въ этихъ случаяхъ маточный зѣвъ, до того времени открытый на 1—2 см., часто при минимальномъ

<sup>1)</sup> Французскій терминъ объясняется тѣмъ, что такой наркозъ былъ впервые примѣненъ S i m p s o n'омъ при родахъ у англійской королевы Викторіи. *Прим. ред.*

012

наркозъ въ теченіе 2—3 часовъ совершенно открывается и вскорѣ послѣ этого роды, не подвигавшіеся въ теченіе нѣсколькихъ дней, заканчиваются.

Если преслѣдуется одна только цѣль избавить роженицу отъ болей при правильныхъ схваткахъ и хорошей дѣятельности брюшного пресса, то наркозъ слѣдуетъ примѣнять лишь при дѣйствительно сильныхъ боляхъ, да и то лишь въ случаѣ, если ни уговоры, ни увѣщанія, ни назначеніе морфія, опія или хлорала не даютъ результата. Но и въ этихъ случаяхъ наркозъ не долженъ длиться болѣе 4-хъ часовъ, такъ какъ при болѣе продолжительномъ наркозѣ я не разъ наблюдалъ внезапное паденіе сердечной дѣятельности плода и при помощи щипцовъ извлекалъ дѣтей въ глубокой асфиксіи. Этому не слѣдуетъ удивляться послѣ того, какъ *Z w e i f e l* доказалъ, что хлороформъ переходитъ въ кровь плода. Въ виду возможности такой глубокой асфиксіи требуется самое тщательное наблюденіе за дѣятельностью сердца плода.

Итакъ, я рекомендую непродолжительный, но глубокой наркозъ при большинствѣ акушерскихъ операций — при простыхъ выходныхъ щипцахъ часто бываетъ достаточно легкаго наркоза; такой же наркозъ необходимъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ при внутреннемъ изслѣдованіи въ цѣляхъ точнаго распознаванія. Болѣе продолжительный наркозъ, но лишь поверхностный и съ перерывами я рекомендую въ цѣляхъ ускоренія родовъ при нѣкоторыхъ аномаліяхъ изгоняющихъ силъ или для устраненія чрезмѣрной болѣзненности схватокъ при нормальныхъ въ остальномъ родахъ. При порокахъ сердца, болѣзняхъ легкихъ и почекъ наркозъ, въ общемъ, **п р о т и в о п о к а з а н ъ**; въ частности наркозъ противопоказанъ при сепсисѣ, эклампсіи,

столбнякъ матки и остромъ малокровіи. Во всѣхъ этихъ случаяхъ допустимъ лишь непродолжительный наркозъ; проведенный съ соблюденіемъ всѣхъ мѣръ предосторожности, въ цѣляхъ возможно быстраго окончанія родовъ. Практическому врачу вмѣсто хлороформа можно горячо рекомендовать инъекцію одной ампулы *Seromorphin'a Riedel's*.

Эфирный наркозъ не слѣдуетъ примѣнять при родахъ ночью въ небольшихъ помѣщеніяхъ, въ виду опасности взрыва. Впрочемъ и хлороформъ при керосиновомъ и газовомъ освѣщеніи выдѣляетъ свободный хлоръ и соляную кислоту (*Stobwasser, Kull*), что можетъ даже вызвать воспаленіе легкихъ (*Zweifel*). По этой причинѣ небольшія помѣщенія должны основательно провѣтриваться по окончаніи родовъ съ примѣненіемъ наркоза.

## 2. Дезинфекція, положеніе роженицы и т. д.

Описанная на стр. 66 и 69 дезинфекція должна повторяться передъ каждой акушерской операціей и, если прямая кишка наполнена, каждой операціи слѣдуетъ предпосылать клизму. Напротивъ, мочу слѣдуетъ спускать уже послѣ дезинфекціи наружныхъ половыхъ органовъ. Если предвидится необходимость въ надрѣзахъ влагалищнаго входа, то необходимо предварительно подъ наркозомъ обрить промежность и нижнюю половину большихъ срамныхъ губъ. Наиболѣе удобнымъ положеніемъ больной при большинствѣ операцій является ягодично-спинное, потому что при такомъ положеніи акушеръ имѣетъ возможность свободно двигать руками въ стороны. Ноги роженицы сгибаются въ колѣняхъ и прижимаются къ животу—и кто-нибудь изъ помощниковъ, сѣвъ на кровати рядомъ съ роженицей, легко удержи-

ваетъ ихъ въ такомъ положеніи одной рукой. Лучше всего, если акушерка, помѣстившись по правую сторону роженицы, лѣвой рукой будетъ удерживать сверху лѣвую голень роженицы, прижимая тѣмъ самымъ и бедро къ ея животу; въ то же время правую ногу роженицы акушерка прижимаетъ къ ея животу своимъ лѣвымъ плечомъ и лѣвой половины грудной клѣтки. Такимъ образомъ правая рука акушерки остается совершенно свободной. Во избѣжаніе атоніи, крайне цѣлесообразно до начала операціи сдѣлать больной инъекцію эрготина. Непосредственно передъ операціей слѣдуетъ еще разъ произвести точное изслѣдованіе. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ до операціи производилось внутреннее изслѣдованіе подозрительнымъ въ смыслѣ асептики лицомъ, я послѣ операціи, тотчасъ по выдѣленіи послѣда, промываю матку (см. ниже).

## Искусственный выкидышъ и преждевременные роды.

Искусственный выкидышъ слѣдуетъ производить только въ случаѣ серіозной болѣзни матери и послѣ совѣщанія съ товарищемъ. Лучше всего производить искусственный выкидышъ такимъ образомъ: при помощи зонда или длиннаго анатомическаго пинцета до самаго дна матки вводится узкая полоска іодоформной марли, а затѣмъ матку тампонируютъ такъ плотно, какъ это только возможно; въ случаѣ надобности вводятъ въ каналъ шейки еще и вываренную палочку ламинариі. Черезъ 24—48 часовъ силою энергичныхъ схватокъ все содержимое матки изгоняется самопроизвольно или же шейка становится вполне проходимою для одного пальца. При раннихъ вы-



кидыпахъ тотчасъ же приступаютъ къ выскабливанію (см. стр. 152—156), а при позднихъ, т.е. съ 4-го мѣсяца, выжидаютъ самопроизвольнаго рожденія плода, и затѣмъ либо выжимаютъ послѣдъ по способу Н ö p i n g'a, либо отдѣляютъ его ручнымъ способомъ. Если выжиманіе послѣда не удастся и нѣтъ большой надобности снѣшить, то еще разъ тампонируютъ матку. Такая тампонада часто ведетъ къ самопроизвольному изгнанію послѣда.

Въ прежнее время наиболѣе распространеннымъ способомъ возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ былъ способъ Кгаузе. Онъ состоитъ въ томъ, что при ягодично-спинномъ положеніи женщины въ матку вводится эластическій бужъ, продезинфицированный погруженіемъ на нѣсколько часовъ въ 0,1% растворъ сулемы. Бужъ вводится по передней стѣнкѣ матки и какъ можно выше, причемъ имъ дѣлаютъ движенія въ различныхъ направленіяхъ. Введеніе бужа облегчается тѣмъ, что въ каналъ шейки предварительно помѣщаютъ палець. Полоска іодоформной марли, вложенная въ шейку и влагалище, защищаетъ бужъ отъ выпаденія. По прошествіи 12—24 часовъ наступаютъ схватки. Если способъ Кгаузе не ведетъ къ цѣли, то слѣдуетъ разорвать плодный пузырь способомъ (S c h e e l'я). Если роды подвигаются впередъ медленно, то, по предложенію F e h l i n g'a, опытному акушеру слѣдуетъ произвести комбинированный поворотъ, причемъ, однако, ножки должны быть низведены лишь настолько, чтобы онѣ лежали во влагалищѣ. Наиболѣе вѣрнымъ способомъ является модификація способа Вагнеса и Тагнiera: захвативъ шейку щипцами Музеух, въ матку при помощи корнцанга вводятъ изображенный на рис. 28 кольпейринтеръ или еще лучше конусообразный баллонъ

Champetier de Ribes - R. Müller'a<sup>1)</sup>; баллонъ наполняютъ среднимъ количествомъ воды, а затѣмъ такъ фиксируютъ его трубку къ ножному концу кровати (см. стр. 235), чтобы на баллонъ производилось не сильное, но постоянное натяженіе. Такъ какъ искусственные преждевременные роды имѣютъ цѣлью сохранить жизнь плода, то ихъ, вообще говоря, не слѣдуетъ вызывать ранѣе 34-ой недѣли беременности. По R. Müller'у можно выжидать до тѣхъ поръ, пока головка подъ давленіемъ руками снаружи еще легко вступаетъ въ малый тазъ.

## Искусственное расширение шейки.

Эта операція, за исключеніемъ случаевъ склеиванія наружнаго отверстія (*conglutinatio*) (см. стр. 174), показана только тогда, когда какая-либо опасность, угрожающая матери или плоду, заставляетъ произвести родоразрѣшеніе.

### 1. Кровавое расширение.

Кровавое расширение должно производиться только въ тѣхъ случаяхъ, когда вся надвлагалищная часть шейки уже совершенно открыта, когда, слѣдовательно, недостаточное открытіе ограничивается одной только влагалищной частью. При подобныхъ условіяхъ влагалищная часть представляетъ собою болѣе или менѣе толстый и широкій край наружнаго маточнаго зѣва (рис. 25, *oe*), и отходитъ кругомъ отъ стѣнокъ влагалища (*y a*). Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ этотъ край образуетъ

<sup>1)</sup> Въ экстренныхъ случаяхъ можно произвести родоразрѣшеніе въ нѣсколько минутъ посредствомъ обычнаго влагалищнаго кесарскаго сѣченія или такого жъ сѣченія по метрейринтеру.

еще небольшой выступъ, т.-е. еще не сгладившуюся часть шейки (рис. 24). Такой способъ открытія встрѣчается обыкновенно только у первородящихъ; у многородящихъ же при недостаточномъ открытіи маточнаго зѣва самое узкое мѣсто, въ большинствѣ

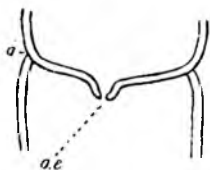


Рис. 24.

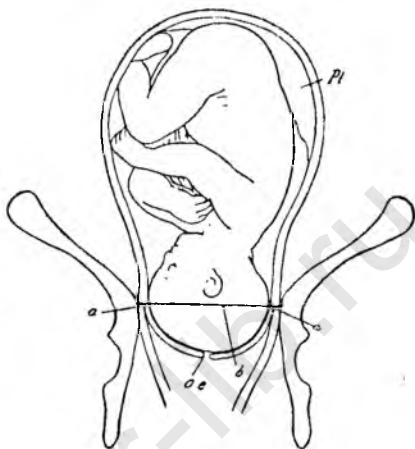


Рис. 25.

случаевъ, лежитъ выше мѣста прикрѣпленія влагалища (рис. 26).

Относительно поверхностныхъ надрѣзовъ шейки см. стр. 175.

Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ недостаточное открытіе ограничивается только влагалищной частью и гдѣ матери или плоду угрожаетъ серьезная опасность, акушеръ<sup>1)</sup>, обладающій опытомъ въ распознаваніи, техникѣ и асептикѣ и снабженнѣй выше названными инстру-

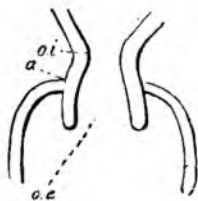


Рис. 26.

<sup>1)</sup> Въ томъ, что начинающій или врачъ, не отвѣчающій современнымъ требованіямъ асептики, можетъ при при-

ментами, въ настоящее время, по моему мнѣнію, обязанъ при живомъ плодѣ расширить маточный зѣвъ посредствомъ 4 глубокихъ, т. - е. простирающихся до мѣста прикрѣпленія влагалищной части разрѣзовъ и произвести родоразрѣшеніе.

Съ помощью этого способа (онъ впервые былъ предложенъ Skutsch'emъ, а выполненъ впервые мною), можно ограничить перфوراцію или предупредить внутриутробную смерть живого плода; можно избавить мать отъ попытокъ форсированнаго извлеченія; можно, наконецъ, согласно моимъ наблюденіямъ, произвести родоразрѣшеніе даже при еще совершенно закрытомъ маточномъ зѣвѣ и даже въ случаѣ надобности (напр., при тяжелой эклампсіи) уже въ послѣдніе мѣсяцы беременности.

При этомъ способѣ расширенія шейки значительныхъ кровотеченій, какъ я это показалъ, не бываетъ и поэтому нѣтъ надобности въ послѣдующемъ наложеніи швовъ на произведенные разрѣзы. Если послѣ родовъ имѣется все-таки кровотеченіе, то при атоніи матки оно останавливается тампонаціей маточно-влагалищнаго канала (см. стр. 248), если же матка хорошо сократилась, то—достаточно тампонаціи шейки и влагалища. Наблюдавшіяся при насѣчкахъ влагалищной части

---

мнѣніи этихъ насѣчекъ нанести женщинѣ тяжелое поврежденіе, я ни на минуту не сомнѣваюсь и считаю поэтому, что практическій врачъ въ этихъ случаяхъ долженъ по возможности приглашать для консультаціи спеціалиста. Несравненно опаснѣе этихъ насѣчекъ, за которыя на меня такъ сильно нападали, является методъ Bossi. Этотъ методъ, такъ необдуманно рекомендованный, заключается въ томъ, что шейку матки расширяютъ особымъ металлическимъ инструментомъ съ нѣсколькими вѣтвями, которыя раздвигаются посредствомъ винта.

сильныя кровотеченія происходили оттого, что дѣлались только поверхностные надрѣзы, которые затѣмъ уже сами разрывались выше мѣста прикрѣпленія влагалища. Что касается первичной септической инфекціи глубокихъ разрѣзовъ, которой раньше вполне основательно боялись, то ее можно избѣгать, придерживаясь строгой асептики. Инфекція этихъ разрѣзовъ при соблюденіи мѣръ асептики возможна только какъ вторичное явленіе на почвѣ разложенія маточнаго отдѣляемаго. Эта опасность въ значительной мѣрѣ понижается, если послѣ родовъ произвести основательное промываніе полости матки антисептическимъ растворомъ или затампонировать маточно-влагалищный каналъ 20% іодоформной марлей (см. ниже). Впрочемъ, когда при наличности разложенія маточнаго содержимаго и при недостаточномъ открытіи маточнаго зѣва родоразрѣшеніе производится безъ насѣчекъ, то обыкновенно происходятъ болѣе значительные разрывы, которые, какъ рваныя раны, являются болѣе благопріятной почвой для внѣдренія септического начала, чѣмъ гладкія рѣзаныя раны.

Техника насѣчекъ, которыя иногда производятся неправильно, а поэтому и съ плохими результатами, заключается въ слѣдующемъ:

1. Необходимо производить 4 насѣчки. Нѣкоторые полагаютъ, что можно ограничиться двумя боковыми разрѣзами, такъ какъ и эти два разрѣза превращаютъ влагалищную часть въ два дряблыхъ лоскута. Однако при извлеченіи эти лоскуты, казавшіеся столь податливыми, плотнымъ кольцомъ охватываютъ подлежащую часть и препятствуютъ ея опусканію.
2. Что касается порядка, въ какомъ производить насѣчки, то слѣдуетъ придерживаться слѣдующаго: 1-ый разрѣзъ производится сзади,

два послѣдующихъ—по бокамъ, а послѣдній—спереди.

3. Полнаго вниманія заслуживаетъ совѣтъ *Zweifel*'я производить разрѣзы между двумя зажимами. Зажимы проводятся подъ контролемъ указательнаго и средняго пальцевъ лѣвой руки до мѣста прикрѣпленія влагалищной части къ влагалищу и затѣмъ замыкаются. Въ то время, какъ акушерка потягиваетъ за ручки зажимовъ, слегка изогнутыми ножницами *Siebold*'а легко удаётся разсѣчь влагалищную часть подъ контролемъ обоихъ пальцевъ между обоими зажимами. Если затѣмъ оба зажима нѣсколько минутъ не снимать, то одновременно достигается и полная остановка кровотеченія. Если мѣсто не позволяетъ, то иногда достаточно наложить одинъ зажимъ, особенно по бокамъ. Но и помощью одного зажима край маточнаго зѣва достаточно закрѣпляется, а конецъ даже одного зажима служить уже достаточнымъ указателемъ, гдѣ нужно закончить разрѣзъ.

Въ клинической обстановкѣ разрѣзы шейки производятся на операціонномъ столѣ и послѣ введенія большихъ плоскихъ зеркалъ (*Douep*'а). По опорожненіи матки, разрѣзы зашиваются катгутовымъ узловатымъ швомъ; въ частной практикѣ такое наложеніе швовъ является болѣе затруднительнымъ.

Если подъ руками не имѣется зеркалъ или надежнаго помощника для держанія ихъ, то необходимо обращать вниманіе на то, чтобы при разрѣзахъ передней и задней стѣнокъ ладонная поверхность фиксирующаго пальца была обращена влѣво, а при лѣвомъ боковомъ разрывѣ—кпереди. И при правомъ боковомъ разрѣзѣ я направлялъ

ладонную поверхность фиксирующих пальцев впереди. Для этого необходимо встать справа от роженицы, которая лежит на поперечной кровати съ притянутыми къ животу бедрами, и передъ введеніемъ обоихъ пальцевъ (во влагалище) повернуть лѣвую руку такъ, чтобы большой палецъ былъ направленъ книзу. Наложение этого правосторонняго разрѣза представляется наиболѣе труднымъ; онъ иногда проходитъ не совсѣмъ вправо, а вправо и кзади.

Если задній разрѣзъ не удастся провести до мѣста прикрѣпленія влагалища, вслѣдствіе того, что головка уже опустилась слишкомъ низко, то можно удлинить передній разрѣзъ въ толщѣ свода. Такъ какъ мочевоу пузырь приподнять кверху, то въ сводѣ, когда послѣ разрѣза ткани разслоятся, можно видѣть или прощупать надвлагалищную часть шейки и разсѣчь ее на 1—2 см. При помощи такого «рудиментарнаго влагалищнаго кесарскаго сѣченія» можно обойтись и безъ боковыхъ разрѣзовъ. Можно даже обойтись и безъ послѣдующаго наложенія швовъ, а, если и накладываютъ шовъ, то непрерывный и только на переднюю стѣнку.

Устранивъ препятствіе со стороны маточнаго зѣва, довольно часто приходится еще заботиться объ устраненіи препятствія и со стороны нижней трети влагалища (см. стр. 331). Сочетаніе обѣихъ этихъ операций или каждая изъ нихъ въ отдѣльности показаны, главнымъ образомъ, при эклампсіи, при замедленіи родовъ вслѣдствіе преждевременнаго, иногда искусственнаго разрыва пузыря, затѣмъ, при родахъ у пожилыхъ первородящихъ, у которыхъ продолжительные роды могутъ угрожать опасностью жизни матери или плода. У пожилыхъ первородящихъ смертность матерей и дѣтей вдвое выше обычной средней. Такая болѣе высокая смертность объясняется тѣмъ, что у по-

жилыхъ первородящихъ мягкія части ригидны и представляютъ большія затрудненія, какъ для самопроизвольныхъ родовъ, такъ и для искусственнаго окончанія ихъ. Двумя гладкими разрѣзами удастся устранить всякое препятствіе со стороны мягкихъ частей и тогда можно наложить щипцы, между тѣмъ до сихъ поръ при вышеуказанныхъ трехъ осложненіяхъ, какъ выжиданіе, такъ и родоразрѣшеніе являлось часто одинаково пагубнымъ и для матери и для плода, чаще, впрочемъ, для одного плода.

Въ этихъ случаяхъ извлеченіе щипцами значительно облегчается примѣненіемъ давленія на головку снаружи и наложеніемъ щипцовъ въ косомъ размѣрѣ.

Рис. 27 представляетъ влагалищную часть одной первородящей съ открытіемъ зѣва на 1 палець, при разсмотрѣніи ея снизу; на этомъ же рисункѣ указано число и направленіе разрѣзовъ, произведенныхъ мною пе-

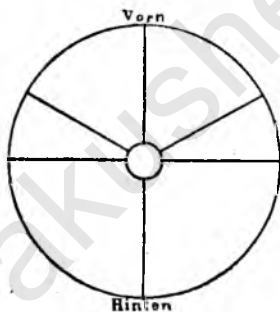


Рис. 27.



Рис. 28.

редъ наложеніемъ щипцовъ. Показаніемъ къ этимъ разрѣзамъ послужила тяжелая эклампсія. Наложеніе щипцовъ было легкимъ, ребенокъ родился живымъ и остался въ живыхъ; послѣродовой періодъ протекалъ нормально. Больше, чѣмъ обыкновенно, число разрѣзовъ объясняется



тѣмъ, что два боковыхъ разрѣза не вполне достигали свода. Въ тѣхъ случаяхъ, когда за этимъ слѣдятъ, можно ограничиться 4-мя разрѣзами. Согласно статистикѣ, собранной въ 1893 г., я на 27 случаевъ глубокихъ разрѣзовъ шейки имѣлъ одну смерть матери и одну смерть плода. Во всѣхъ этихъ 27 случаяхъ удалось избѣжать перфораци; въ 24-хъ изъ нихъ роды были закончены наложеніемъ щипцовъ, въ 2-хъ—поворотомъ и извлеченіемъ и въ 1-мъ—низведеніемъ ножки и извлеченіемъ. Такимъ образомъ смертность для матерей составила въ этихъ случаяхъ 3,7%, т. е. оказалась равной или даже меньше смертности матерей при перфораци. Смертельный исходъ въ одномъ случаѣ объясняется тѣмъ, что уже до операці существовалъ сепсисъ при эклампсіи.

21 изъ этихъ оперированныхъ были подъ наблюденіемъ болѣе года и у 15 изъ нихъ (71,4%) послѣдовали вторые легкіе и благополучные роды.

## 2. Механическое расширеніе.

Механическое расширеніе показано главнымъ образомъ у многорожавшихъ, у которыхъ недостаточно открыта надвлагалищная часть шейки. Оно часто достигается введеніемъ въ шейку нѣсколькихъ пальцевъ, паль-руки или всей руки. Къ механическому расширенію присоединяютъ комбинированный или внутренній поворотъ на ножку и извлеченіе. Однако, вслѣдствіе препятствій, оказываемыхъ недостаточно открытымъ маточнымъ зѣвомъ, плодъ часто погибаетъ при (слишкомъ медленномъ) извлеченіи. Поэтому метрейризмъ, при которомъ полное открытіе достигается посредствомъ резинового баллона, является особенно цѣннымъ для практическаго врача въ виду простой техники. Если баллонъ примѣняется для расширенія влагалища, то его называютъ кольпейринтеромъ, если же онъ вводится въ матку для расширенія зѣва—метрейринтеромъ.

Этотъ способъ, предложенный Madugowitz'емъ, Schauta'ой и Mäurer'омъ, къ которому мы можемъ причислить и расширеніе

баллонами Вагнеса и Тагнйер, получили права гражданства въ Германіи послѣ доклада, прочитаннаго мною на гинекологическомъ конгрессѣ въ Бреславлѣ (1893 г.). Съ другой стороны я дополнилъ методику приложеніемъ къ метрейринтеру постоянного самодѣйствующаго натяженія.

Этотъ способъ показанъ въ цѣляхъ вызванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ и вообще для ускоренія родовъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при сохранившейся, закрытой или немногочисленной открытой, шейкѣ опасность, угрожающая матери или плоду, требуетъ быстраго родоразрѣшенія.

Метрейризмъ не требуетъ наркоза и производится слѣдующимъ образомъ: непремѣннымъ условіемъ является проходимость канала шейки для одного пальца <sup>1)</sup>. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ шейка не пропускаетъ и одного пальца, ее необходимо расширить металлическими расширителями (Негаг'а) или, если не нужно спѣшить, — палочкой ламинариі, для чего такъ же, какъ и для послѣдующаго введенія баллона, зеркалами на операціонномъ столѣ обнажаютъ влагалищную часть и захватываютъ обѣ губы пулевыми щипцами. При недостаткѣ въ помощникахъ переднюю губу захватываютъ пулевыми щипцами подъ контролемъ указательнаго и средняго пальцевъ лѣвой руки, затѣмъ вводятъ заднее зеркало и предла-

<sup>1)</sup> Болѣе значительное растяженіе зѣва, какъ напр., помощью убійственнаго инструмента Bossi и другихъ подобныхъ инструментовъ съ раздвигающимися посредствомъ винта вѣтвями, можетъ быть достигнуто грубой силой и отнюдь не должно примѣняться на практикѣ.

гаютъ акушеркѣ держать оба инструмента. Если палецъ, введенный въ шейку, чувствуетъ, что стѣнки ея мало растяжимы, то первоначально удастся ввести только тонкостѣнный кольпейринтеръ *Wagn'a* или метрейринтеръ *Champretier de Ribes-Müller'a* малаго размѣра. Прокипяченный баллонъ погружается въ растворъ лизоформа, отчего онъ дѣлается скользкимъ, свертывается въ возможно тонкую трубочку, затѣмъ захватывается корнцангомъ, специальной клеммой или моимъ длиннымъ пинцетомъ для тампонаціи и въ такомъ видѣ подъ контролемъ пальца проводится за внутренній маточный зѣвъ; если шейка не пропускаетъ баллона вмѣстѣ съ пальцемъ, то баллонъ вводится подъ контролемъ одного зрѣнія въ направленіи кзади и кверху. Во всякомъ случаѣ послѣ введенія баллона необходимо возможно выше въ матку ввести палецъ, чтобы давленіемъ на баллонъ удержать его отъ обратнаго выскальзыванія при выведеніи корнцанга и наполненіи баллона жидкостью. Наполненіе жидкостью легче всего достигается тѣмъ, что трубку ирригатора соединяють съ баллономъ посредствомъ крана. Само собой понятно, что предварительно надо опредѣлить количество необходимой для наполненія баллона жидкости (400 — 640 gr.). При вливаніи 640 gr. жидкости объемъ баллона *Champretier de Ribes'a* равняется объему головки новорожденнаго — съ окружностью въ 33 см.

Когда баллонъ наполненъ, кранъ запирается, влагалище выполняется марлей и больная укладывается въ кровать. Самодѣйствующее натяженіе прилагается мною слѣдующимъ образомъ: къ ножному концу кровати прикрѣпляется петля изъ шнура; конецъ трубки баллона перекидывается черезъ эту петлю и трубка натягивается до тѣхъ поръ, пока пациентка переноситъ натяженіе;

засимъ оба колѣна трубки связываются или захватываются зажимомъ.

Очень скоро послѣ этого наступаютъ схватки, которыя при примѣненіи баллона *Chamretier de Ribes* изгоняютъ баллонъ въ нѣсколько часовъ; теперь можно приступить къ родоразрѣшенію помощью поворота и извлечения, которые и выполняются безъ всякихъ затрудненій.

Дѣйствіе кольпейринтера *Wagn'a* не такъ надежно, къ тому же посредствомъ его не достигается полного открытія. Поэтому его слѣдуетъ примѣнять лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда подъ руками имѣется только большой баллонъ *Chamretier* и ввести его не удастся; если же баллонъ *Wagn'a* вызываетъ недостаточно сильныя схватки, то его слѣдуетъ замѣнить баллономъ *Chamretier*. Если необходима большая быстрота, напр., при тяжелой эклампсіи, то слѣдуетъ попытаться немедленно же извлечь наполненный баллонъ руками. Если при этомъ въ вульвѣ показывается шейка (рис. 29), но извлечь изъ нея баллона не удастся, то слѣдуетъ воздержаться отъ болѣе сильнаго влеченія, такъ какъ иначе можно нанести опасныя для жизни разрывы шейки. Если заставить акушерку держать баллонъ въ натянутомъ положеніи, то при этихъ условіяхъ производство влагалищнаго кесарскаго сѣченія является очень легкой и почти безкровной операциею.

Это сочетаніе механическаго и кроваваго расширенія существенно упрощаетъ влагалищное кесарское сѣченіе и я полагаю, что со временемъ оно займетъ въ обиходѣ врача-практика такое же мѣсто, какъ поворотъ и щипцы. Въ цѣляхъ изученія этого «разрѣза по метрейринтеру» (*Mètreinguterschneitt*) я построилъ специальный, де-

шевый фантомъ, на которомъ можно также упражняться, какъ въ простомъ введеніи метрейритера, такъ и въ тампонаціи матки.

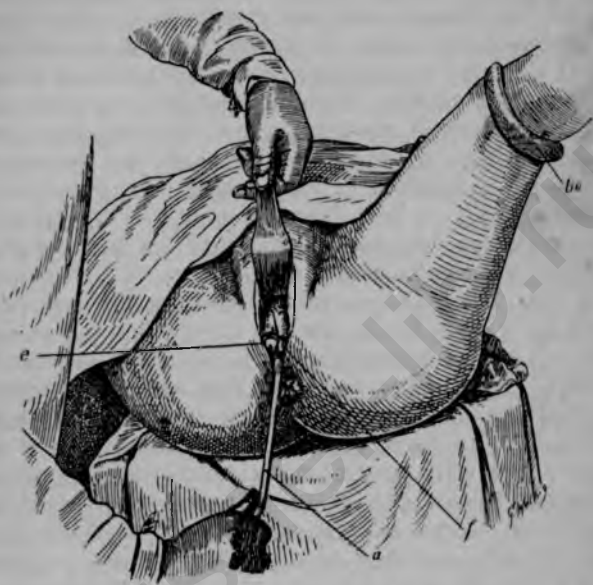


Рис. 29. (Метрейризь). Рубцовая влагалищная часть и рубцовая же передняя стѣнка влагалища, низведенная ассистентомъ до самаго входа во влагалище *e*—правая, *f*—лѣвая половина передней губы, между ними виденъ рубецъ стараго шечно-влагалищнаго разрыва.

На этомъ фантомѣ, точно такъ же, какъ и на живой, передняя губа захватывается пулевыми щипцами, вводится баллонъ, который наполняется жидкостью; далѣе передняя губа разсѣкается ножницами въ сагиттальномъ направленіи, разрѣзь удлинняется до передняго свода, мочевоу пузыря отсепаровывается отъ передней влагалищной стѣнки, а затѣмъ тупымъ путемъ—зеркаломъ *Do*

у е п'а—отодвигается отъ передней стѣнки шейки; въ заключеніе передняя стѣнка шейки разрѣкается до того мѣста, гдѣ брюшина крѣпко съ ней сращена. Если теперь баллонъ можно извлечь безъ труда, то предварительно у верхняго конца разрѣза проводятъ нить, за которую въ дальнѣйшемъ очень удобно стягивать матку для наложенія швовъ на разрывъ шейки. Если напротивъ, баллонъ извлечь не удастся, то разрѣкаютъ еще заднюю губу, задній сводъ, а, наконецъ, отодвинувъ брюшину Дугласа, и заднюю стѣнку шейки; разрѣзъ этотъ дѣлаютъ въ 1—3 см. По D ö d e r l e i n'у можно ограничиться однимъ разрѣзомъ задней стѣнки шейки безъ разсѣченія свода.

При сглаженной шейкѣ, но недостаточномъ открытіи наружнаго зѣва метрейризовъ менѣе пригоденъ, такъ какъ введеніе баллона при плотно стоящей головкѣ представляетъ большія затрудненія и, кромѣ того, онъ легко выскальзываетъ обратно при наполненіи жидкостью. Все же практическій врачъ можетъ и въ этихъ случаяхъ попытаться ввести метрейринтеръ и только въ случаѣ неудачи перейти къ кровавому расширенію посредствомъ вышеописанныхъ насѣчекъ влагалищной части<sup>1)</sup>. И эти насѣчки легче производить по натянутому баллону. Въ дальнѣйшемъ опусканіе баллона книзу указываетъ, достаточно ли для его прохожденія двухъ среднихъ разрѣзовъ. Если баллонъ вышелъ, то можно немедленно приступить къ родоразрѣшенію посредствомъ наложенія щипцовъ или поворота (при подвижной головкѣ).

<sup>1)</sup> Эти разрѣзы въ литературѣ принято называть глубокими насѣчками по D ü h r s s e n'у. Но они разсѣкаютъ только влагалищную часть шейки. Когда же хотятъ разсѣчь всю шейку, то тутъ уже слѣдуетъ произвести влагалищное кесарское сѣченіе по D ü h r s s e n'у.

### 3. Влагалищное кесарское сѣченіе.

Стремясь путемъ безопаснаго устраненія препятствій со стороны мягкихъ частей сдѣлать возможнымъ родоразрѣшеніе при опасности, угрожающей жизни матери или плода, я выработалъ операцію влагалищнаго кесарскаго сѣченія.

Влагалищное кесарское сѣченіе дѣлаетъ возможнымъ опороженіе матки влагалищнымъ путемъ при всевозможныхъ препятствіяхъ со стороны мягкихъ частей въ области нижнихъ отдѣловъ матки: при этомъ совершенно не нужно, чтобы операціи предшествовали схватки, слѣдовательно, ее можно дѣлать въ любое время беременности (вмѣсто искусственныхъ выкидыша и преждевременныхъ родовъ)—при вполне сохранившейся и закрытой шейкѣ. Сущность этой операціи, согласно моему первому предложенію, котораго и теперь придерживается особенно *Витт*, заключается въ томъ, что передній сводъ вскрываютъ **└** разрѣзомъ, мочевою пузырѣ и пузырно-маточную складку отсепаровываютъ тупымъ путемъ отъ передней стѣнки матки, а затѣмъ сагиттально разрѣзаютъ обнаженную такимъ образомъ переднюю стѣнку шейки и матки. При доношенныхъ, а въ особенности при крупныхъ плодахъ я рекомендую также разрѣзать и заднюю стѣнку шейки, предварительно вскрывъ задній сводъ, и отсепаровавъ тупымъ путемъ брюшину *Дугласа*. Во всякомъ случаѣ въ маткѣ слѣдуетъ сдѣлать такое отверстіе, чтобы черезъ него могъ свободно пройти большой мужской кулакъ, а при разрѣзѣ по метрейринтеру—баллонъ, величиной съ головку плода. Въ матку вводятъ руку и производятъ поворотъ и извлеченіе плода. Затѣмъ удаляютъ послѣдъ и накладываютъ швы на сдѣланныя раны (рис. 30).

Такимъ образомъ, при этой операціи брюшная полость, обыкновенно, не вскрывается, въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ это, какъ исключеніе, и случается, брюшная полость вскрывается въ наиболѣе безо-

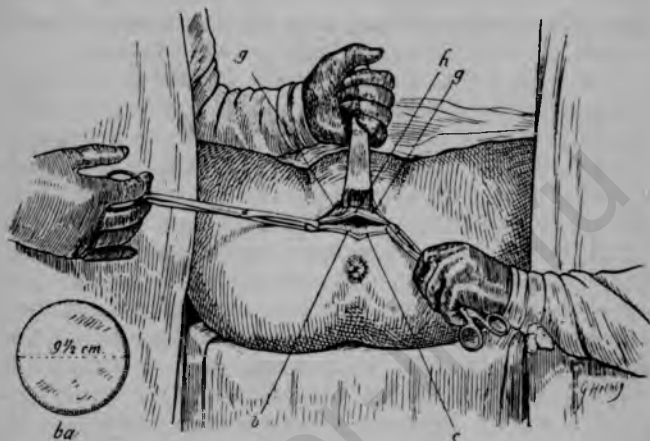


Рис. 30. (Разрѣзь по метрейринтеру по опорожненіи матки). *bc*—задняя, низведенная во входъ во влагалище, губа; *gg*—края передняго разрѣза влагалища; *ba*—основаніе окружности извлеченнаго баллона; *h*—верхній край передняго разрѣза матки.

пасномъ мѣстѣ и кишечникъ при этомъ не затрагивается.

Слѣдовательно, при благоприятныхъ внѣшнихъ условіяхъ влагалищное кесарское сѣченіе является наилучшей операціей во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ метрейринтеромъ или совсѣмъ нельзя расширить шейку, или нельзя этого сдѣлать достаточно быстро. Такъ какъ эта операція производится только при опасности для матери или плода, то за ней всегда должно слѣдовать опорожненіе матки. Въ виду того, что при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи опорожненіе матки возможно только по-



средствомъ поворота и извлеченія или наложенія щипцовъ, то спеціальная техника ея описана въ главѣ о родоразрѣшающихъ операціяхъ (см. ниже).

## Искусственное расширеніе нижней трети влагалища.

Относительно расширенія суженнаго влагалища см. стр. 178.

Нормальное узкое влагалище первородящихъ оказываетъ сопротивленіе подлежащей части только въ своей нижней трети. Здѣсь и сама влагалищная трубка уже и, кромѣ того, она плотно охватывается мышечнымъ кольцомъ изъ *m. levator ani*, а далѣе книзу—изъ *m. constrictor cunni*. При произвольныхъ родахъ это сопротивленіе постепенно преодолевается тѣмъ, что головка медленно опускается внизъ и растягиваетъ какъ влагалище, такъ и вышеупомянутыя мышечныя кольца. Если же, при необходимости родоразрѣшенія, головка или ягодицы, стоявшія до этого высоко, сравнительно быстро проводятся черезъ влагалище, то это постепенное растяженіе невозможно. По этой причинѣ извлеченіе или совсѣмъ не удается или, если и удается, то цѣною многочисленныхъ и обширныхъ разрывовъ и ушибовъ влагалища, вышеупомянутыхъ мышечныхъ колець и промежности. Часто плодъ рождается мертвымъ, вслѣдствіе продолжительнаго извлеченія.

Сопротивленіе со стороны влагалища и промежности устраняется однимъ или двумя разрѣзами, предложенными мною въ 1888 г. и названными **влагалищно-промежностными** 1);

1) Къ врачу, производящему эти разрѣзы я предъявляю тѣ же требованія, что и при производствѣ насѣчекъ на маточномъ звѣвѣ (см. стр. 317).

при этихъ разрѣзахъ разрѣкается не только *m. constrictor cunni*, но надрѣзается и *m. levator ani*. Эти разрѣзы показаны въ тѣхъ случаяхъ, когда у первородящихъ, вслѣдствіе сопротивленія со стороны мягкихъ частей, не подвигается впередъ головка, стоящая выше дна таза при извлеченіи щипцами, или высокостоящія ягодицы при извлеченіи за попку. Разрѣзы эти слѣдуетъ дѣлать, когда край входа во влагалище напрягается уже достаточно сильно, а подлежащая часть не поддается извлеченію; про-



Рис. 31.

ще ихъ дѣлать ножницами Siebold'a, которыя продвигаются въ глубь влагалища на 4 см., а разрѣзъ дѣлается приблизительно въ 3 см. Величина разрѣза опредѣляется по длинѣ кожной раны на промежности. Если удовлетворяются однимъ разрѣзомъ, что въ послѣдствіи выгоднѣе для полного восстановленія нормальныхъ анатомическихъ отношеній, то слѣ-

дуетъ еще болѣе углубить разрѣзъ, если извлеченіе встрѣчаетъ еще препятствія; тутъ рана влагалища и промежности можетъ достигнуть длины въ 5—6 см. Разрѣзъ проводится по серединѣ между заднимъ проходомъ и сѣдалищнымъ бугромъ (см. рис. 31). Въ верхней трети онъ захватываетъ только стѣнку влагалища, въ средней—прощупываемыя напряженныя мышечныя волокна, а въ нижней—жировой слой ягодичной области.

Рис. 31 на анатомическомъ препаратѣ изображаетъ длину и направленіе двухстороннихъ влагалищно-

промежностныхъ разрѣзовъ. Пунктирная линия справа указываетъ, насколько необходимо удлинить разрѣзъ при одностороннемъ сѣченіи. Эллиптическая линия изображаетъ край мягкихъ частей въ томъ видѣ, въ какомъ онъ облегаетъ низведенную часть плода послѣ разрѣзовъ. Отсюда видно, что благодаря разрѣзамъ почти весь выходъ таза становится свободнымъ для прохожденія подлежащей части.

Кровотеченіе, которое часто бываетъ довольно сильнымъ, первоначально останавливается давлениемъ со стороны низведенной подлежащей части; послѣ рожденія плода—тампонаціей или временнымъ наложеніемъ зажимовъ, а послѣ изгнанія послѣда—наложеніемъ швовъ. Если ввести во влагалище баллонъ, наполнить его жидкостью до величины головки новорожденного, а затѣмъ сильно натянуть книзу, то по баллону влагалищно-промежностные разрѣзы можно произвести почти безкровно. Кромѣ того выходъ баллона изъ влагалища показываетъ, какъ и при разрѣзѣ по метрейринтеру, что расширение достаточно. Такимъ образомъ различаютъ два разрѣза по баллону: **м а т о ч н ы й** (Metreurynterschnitt) и **в л а г а л и щ н ы й**.

Что касается наложенія швовъ, то необходимо замѣтить, что какъ при одностороннихъ, такъ и при двустороннихъ влагалищно-промежностныхъ разрѣзахъ *m. constrictor cunni* кверху оттягивается гораздо сильнѣе, вслѣдствіе чего получается совершенно неправильная фигура раны (см. рис. 32)

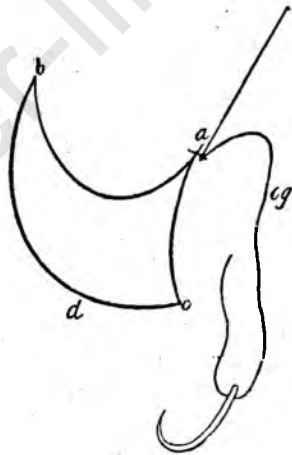


Рис.32.

и 33). Правильно шить ее можно только такъ: прежде всего подо всей раной отъ *c* къ *b* проводить большую, снабженную толстой іодъ-кэтгутовой ниткой или силквормомъ иглу. Если затѣмъ натянуть концы этой нитки (ss) или захватить ихъ зажимомъ, то получается фигура, изображенная на рис. 34; верхнюю часть этой фигуры, которая находится во влагалищѣ, зашиваютъ непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ (*cg*), нижнюю же вслѣд-

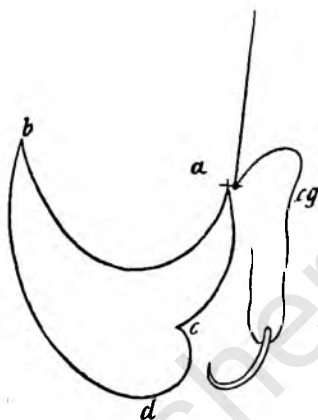


Рис. 33.

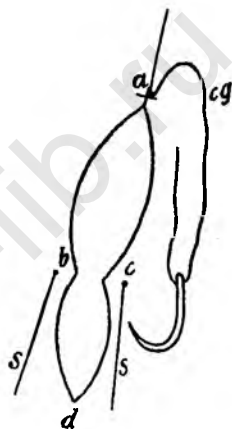


Рис. 34.

ствіе болѣе сильнаго напряженія—узловатымъ швомъ изъ іодъ-кэтгута или силкворма.

Непрерывнымъ швомъ захватываютъ только края слизистой оболочки влагалища, такъ какъ промежностные швы проводятся подо всей раной, въ достаточной степени стягиваютъ ее и предохраняютъ отъ образованія кармана. Если влагалищные швы проводить глубже, то легко можно захватить и прямую кишку. Чтобы избѣжать этого во всѣхъ случаяхъ, слѣдуетъ и швы на промежность накладывать такъ, чтобы они проходили

подъ самымъ дномъ раны. Послѣ наложенія швовъ слѣдуетъ произвести изслѣдованіе *per rectum*, чтобъ убѣдиться не прошелъ ли все-таки одинъ изъ швовъ въ прямую кишку. Если это окажется, то петлю захватываютъ пинцетомъ, перерѣзаютъ со-ответственный узловатый шовъ на промежности съ обѣихъ сторонъ узла и удаляютъ нитку съ помощью пинцета со стороны прямой кишки. Такимъ путемъ по возможности избѣгается ин-фекція раны со стороны прямой кишки. Если послѣ этого рана на промежности зияетъ, то вво-дятъ лѣвый указательный палецъ въ прямую кишку и накладываютъ на промежность еще одинъ узловатый шовъ.

Въ единичныхъ случаяхъ я зашивалъ всю рану непрерывнымъ катгутовымъ швомъ. Хотя такой шовъ и болѣе удобенъ, все же его, вообще говоря, рекомендовать нельзя, такъ какъ при такомъ швѣ, въ случаѣ надобности, нельзя удалить находящуюся въ прямой кишкѣ петлю нитки, не разрушая при этомъ всего шва. Вслѣдствіе этого можетъ или совсѣмъ не получиться первичнаго натяженія или образоваться, какъ это было въ одномъ случаѣ, прямокишечно-влагалищный свищъ.

Единственно подходящимъ положеніемъ жен-щины при наложеніи швовъ является положеніе на поперечной кровати. Помощь со стороны обу-ченного персонала желательна, но не необходима. До наложенія швовъ, а при щипцахъ и до наложе-нія послѣднихъ, слѣдуетъ сбрить волосы. Въ по-слѣродовомъ періодѣ къ наружнымъ половымъ органамъ прикладываютъ на нѣсколько часовъ примочки изъ  $\frac{1}{2}$ —1% раствора лизоформа или же ихъ обмываютъ послѣ cadaго мочеиспусканія и закладываютъ іодоформной марлей.

При соблюденіи мѣръ антисептики исключена всякая возможность септической ин-фекціи этихъ разрѣзовъ.

Если разрѣзы не заживаютъ *per primam*, то, начиная съ 8-го дня, показано вторичное наложение узловатаго шва изъ силкворма (см. стр. 87) на гранулирующую рану промежности. Такой шовъ я не разъ накладывалъ съ успѣхомъ. Если сращеніе раны не достигается и такимъ путемъ, то необходимо впослѣдствіи произвести *colporrhineorrhaphi*'ю съ изолированнымъ шиваніемъ обнаженныхъ краевъ *m. levatoris*.

### Искусственное расширеніе входа во влагалище.

Въ качествѣ самостоятельной операціи искусственное расширеніе входа во влагалище производится только тогда, когда при самопроизвольныхъ родахъ или при искусственномъ извлеченіи головки или ягодицъ, стоящихъ уже въ выходѣ таза, промежность оказываетъ сопротивленіе или угрожаетъ разрывомъ. Въ этихъ случаяхъ производятъ разрѣзы промежности (*episiotomia*): Пуговчатымъ ножомъ или ножницами *С о w r e g'a* разрѣзаютъ сбоку отъ задней спайки напряженный край кожи, причемъ въ цѣляхъ болѣе легкаго послѣдующаго шиванія разрѣзь проводятъ медиально отъ сѣдалищнаго бугра. Края раны сильно оттягиваются и сзади въ видѣ напряженнаго края обнаруживается фасція; этотъ край фасціи разсѣкается вторымъ ударомъ. Если извлеченіе все еще оказывается затруднительнымъ, то разрѣзь углубляютъ, причемъ въ такихъ случаяхъ приходится иногда разсѣкать весь *m. constrictor cunni*, что гораздо лучше, чѣмъ если, вслѣдствіе слишкомъ поверхностнаго разрѣза, произойдетъ еще разрывъ промежности. Помимо этого одинъ глубокій разрѣзь промежности выгоднѣе двухъ поверхностныхъ. Шиваніе двухъ разрѣзовъ про-

должается дольше и стянутый между ними лоскутъ заживаетъ гораздо хуже.

Если разсѣченъ весь *constrictor cunni*, то получается опять-таки рис. 32, съ той лишь разницей, что разрѣзь не простирается такъ далеко во влагалище. Если разсѣчены только кожа или фасція съ поверхностными волокнами *m. constrictoris cunni*, то получается рис. 35, при этомъ также прежде всего слѣдуетъ соединить точки *b* и *c* узловатымъ швомъ.

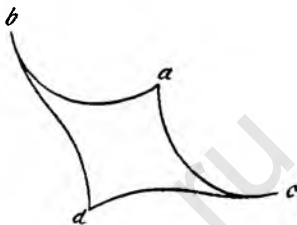


Рис. 35.

Послѣдующее леченіе то же, что и при влагалищно-промежностныхъ насѣчкахъ.

## Симфизеотомія (лоносѣченіе) и гебстеотомія (пубіотомія).

Симфизеотомія заключается въ разсѣченіи лоннаго сочлененія, а гебстеотомія (пубіотомія),— въ разсѣченіи одной изъ лобковыхъ костей у самаго лоннаго сочлененія въ цѣляхъ расширенія узкаго таза. Такъ какъ путемъ этихъ операцій достигается расхожденіе концовъ костей на 6—8 см., то прямой и поперечный размѣры увеличиваются приблизительно на 2 см. Такъ какъ большой поперечный размѣръ (*d. biparietalis*) головки можетъ при конфигураціи уменьшиться съ 9 до  $8\frac{1}{2}$  см., то ясно, что съ помощью этихъ операцій головка плода можетъ еще пройти черезъ тазъ съ *s. vera* въ  $6\frac{1}{2}$  см. Симфизеотомія была впервые выполнена въ 1777 г. *Sigault*омъ (Парижъ), затѣмъ совершенно забыта и лишь въ 1866 г. ее вновь оживилъ *Morisoni* (Неа-

поль). Своимъ дальнѣйшимъ улучшеніемъ она обязана *Pinard'y* (Парижъ) и главнымъ образомъ *Zweifel'ю*, который въ 1906 г. предложилъ подкожную симфизеотомию; эта операція равноцѣнна подкожной гебостеотоміи.

Гебостеотомія была предложена *Gigli*; впервые она была съ успѣхомъ произведена *Bonardi* (Lugano) въ 1897 г. въ крестьянской избѣ при помощи изобрѣтенной *Gigli* пилы. Первоначально гебостеотомія была открытой, т.-е. мягкія части разсѣкались до костей; въ 1904 г. *Döderlein* ввелъ подкожную гебостеотомію, благодаря чему ему удалось понизить смертность при этой операціи въ 217 случаяхъ до 4,1%.

Подкожная симфизеотомія по *Zweifel'ю*, которую онъ успѣшно провелъ въ 12 случаяхъ, производится слѣдующимъ образомъ:

Проводятъ продольный разрѣзъ по бѣлой линіи и пальцемъ, проведеннымъ черезъ этотъ разрѣзъ въ савин *Retzii*, отодвигаютъ мочевою пузырь; узкимъ пуговчатымъ ножомъ съ лезвіемъ въ 4—5 мм. надрѣзаютъ заднюю сторону хряща какъ можно глубже; затѣмъ вкалываютъ въ кожу на 1 см. выше клитора проводную иглу (иглу *Wilm'a*), отодвигаютъ кожу книзу и проводятъ иглу вплотную подъ нижнимъ краемъ дугообразной связки (*lig. arcuatum*) или черезъ самую дугообразную связку позади симфиза кверху; къ верхнему концу проводной иглы прилаживается проволочная пила, которая протягивается книзу обратнымъ выведеніемъ проводной иглы.

Чтобы по возможности пощадить мягкія части, вторично проводятъ проводную иглу спереди лоннаго хряща подъ кожей со стороны разрѣза къ мѣсту выкола и протягиваютъ также подкожно и спереди проволочную пилу. Такимъ образомъ весь хрящъ оказывается охваченнымъ проволочной пилой. Нѣсколькими—3-мя—5-ю—движеніями пилы



разсѣкаютъ дугообразную связку и остатокъ хряща.

Затѣмъ, тотчасъ же зашиваютъ разрѣзъ бѣлой линіи, жепщину переносятъ въ постель и сгибаютъ ея ноги. Если остатокъ дугообразной связки будетъ препятствовать родамъ и не разорвется самъ во время схватокъ, то всегда легко можно провести пуговчатый (Pott'овъ) ножъ черезъ вколъ къ волокнамъ lig. arcuati и постепенно перерѣзать ихъ волокно за волокномъ также подкожно подъ контролемъ пальца, введеннаго во влагалище.

Въ дальнѣйшемъ роды предоставляются собственному теченію.

Впослѣдствіи наступаетъ соединительнотканное соединеніе лобковыхъ костей, которое нисколько не вліяетъ на прочность тазового кольца, а, напротивъ, ведетъ къ стойкому расширенію таза, благодаря чему дальнѣйшіе роды въ большинствѣ случаевъ могутъ протекать самопроизвольно. Это преимущество отпадаетъ при гебостеотоміи, которая ведетъ къ костному сращенію таза. Кромѣ того, при гебостеотоміи возможны значительныя кровотеченія изъ а. pudenda, а при подкожномъ способѣ вкалыванія иглы— и пораненія мочевого пузыря.

При подкожномъ способѣ, который предпочитается Витм'омъ, пила Gigli проводится вокругъ кости совершенно подкожно при помощи иглы. Подкожный разрѣзъ по Döderlein'у заключается въ томъ, что проводится поперечный разрѣзъ въ 2—3 см. надъ tuberculum pubicum. Этотъ разрѣзъ проникаетъ до кости и черезъ него проводятъ указательный палецъ въ перчаткѣ по задней поверхности кости. По пальцу проводятъ тупую иглу вокругъ кости и надъ ея остриемъ, которое появляется медиально отъ большой срамной губы, дѣлаютъ надрѣзъ. Зубчикомъ, сдѣланнымъ на остриѣ иглы, захватываютъ петлю пилы и протягиваютъ ее къ верх-

нему отверстию, послѣ чего безъ затрудненій перепиливаютъ кость сзади.

И послѣ гебостеотоміи дальнѣйшее теченіе родовъ предоставляется силамъ природы: такимъ путемъ вѣрнѣе всего избѣгаютъ опасныхъ разрывовъ влагалища или влагалища и мочевого пузыря, сообщающихся съ костью. Въ тѣхъ случаяхъ, когда показано оперативное родоразрѣшеніе *Döderlein*, по моему предложенію, совѣтуетъ при узкомъ влагалищѣ дѣлать глубокіе влагалищно-промежностные надрѣзы, чтобы этимъ путемъ предотвратить разрывы влагалища вблизи разсѣченныхъ костей. Предложенная мною комбинація гебостеотоміи съ влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ тоже была уже съ успѣхомъ выполнена: *Henkel*—въ случаѣ предлежанія послѣда при узкомъ тазѣ, моимъ бывшимъ ассистентомъ *Dr. Blas*—при узкомъ тазѣ и лихорадкѣ.

Тазорасширяющія операциі даютъ возможность, какъ указываетъ *Zweifel*, вести роды при узкомъ тазѣ болѣе выжидательно. Даже при суженіи 2-ой степени роды протекаютъ произвольно поразительно чисто. Если же роды все-таки не наступаютъ, то при живомъ плодѣ, сильныхъ схваткахъ и нормальной температурѣ показана тазорасширяющая операциія. Такимъ образомъ, лучше всего отказаться отъ профилактическаго поворота и высокихъ щипцовъ, а искусственные преждевременные роды—совсѣмъ не примѣнять въ виду плохихъ результатовъ для дѣтей.

Тазорасширяющія операциі въ ихъ современномъ видѣ существенно обогащаютъ оперативное акушерство и позволяютъ значительно ограничить область примѣненія кесарскаго сѣченія, перфорациі живого плода и искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Тѣмъ не менѣе я вмѣстѣ съ *Neg* сомнѣваюсь, удержатся ли на долгое время эти операциі,

несмотря на современные улучшения ихъ и хорошия результаты. Операція, которая уже теперь съ ними конкурируетъ—это внѣбрюшинное кесарское сѣченіе.

### Внѣбрюшинное или надлобковое кесарское сѣченіе.

Этотъ методъ введенъ въ акушерство F r a n k'омъ S e l l h e i m'омъ и L a t z k o. Онъ состоитъ въ томъ, что передняя стѣнка маточной шейки обнажается подбрюшинно путемъ продольнаго и поперечнаго (по P f a n n e n s t i e l'ю) разрѣза надъ симфизомъ. Съ этой цѣлью, раздвинувъ прямыя мышцы живота, мочевой пузырь отодвигаютъ тупымъ путемъ вправо, а переходную маточно-пузырную складку брюшины—кверху; вскрываютъ тонкую стѣнку шейки и извлекаютъ ребенка щипцами или поворотомъ. Послѣ выдѣленія послѣда нанесенныя раны зашиваютъ непрерывнымъ кэтгутымъ швомъ.

Въ подозрительныхъ въ смыслѣ инфекціи или уже инфицированныхъ случаяхъ необходимъ тщательный дренажъ вскрытой клѣтчатки; дренажъ можетъ быть исключительно влагалищнымъ. Для этого необходимо вскрыть передній сводъ и разсѣчь переднюю стѣнку шейки; мой бывшій ассистентъ D r. S o l m s дѣлаетъ это при помощи влагалищнаго кесарскаго сѣченія resp. при помощи разрѣза по метрейринтеру, а кожу онъ разсѣкаетъ, какъ R i t g e n въ предложенной имъ операціи *gastro-elytrotomia*, выше и параллельно Пупартовой связкѣ. Эту операцію, произведенную нами впервые, можно назвать *laparo-colpohysterotomia*. Я назвалъ ее въ шутку «р о ж д е н і е Б у д д ы», такъ какъ по одному индусскому сказанію Будда вышелъ изъ бока своей матери,

не причиняя ей ни страха, ни боли. Послѣдъ выдѣляется черезъ влагалище, разрѣзъ шейки зашивается также со стороны влагалища, предшеечное пространство выполняютъ со стороны влагалища іодоформной марлей и поверхъ его закрывается паховой разрѣзъ снаружи. При этомъ разрѣзѣ приходится дважды перевязывать и разрѣзать въ пространствѣ *В o g g o s' a a. epigastrica inf.* и иногда круглую связку (авторъ). Изучать этотъ разрѣзъ слѣдовало бы при занятіяхъ по оперативной хирургіи. Я держусь того мнѣнія, что эта операція можетъ производиться въ частной квартирѣ съ меньшей опасностью, чѣмъ классическое кесарское сѣченіе и технику этой операціи, такъ же какъ и перфорации, должны изучать всѣ.

Если не примѣняютъ этого комбинированнаго метода, при которомъ для извлеченія ребенка можно воспользоваться верхнимъ отдѣломъ влагалища, то часто невольно вскрываютъ брюшину и тогда, конечно, всѣ преимущества этой операціи пропадаютъ. Такъ *D ö d e r l e i n* на 50 случаевъ внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія все же 18 разъ вскрылъ брюшную полость, причемъ потерялъ 3 матерей и 6 дѣтей. У *K ü s t n e r' a* на 60 случаевъ умерло 2 оперированныхъ, у которыхъ брюшина была случайно вскрыта.

## Поворотъ.

Поворотомъ называется искусственное перемѣщеніе головки или тазового конца плода къ входу таза.

Мы производимъ поворотъ на основаніи трехъ показаній:

1. Въ качествѣ подготовительной операціи при извлеченіи.

Сюда относятся тѣ случаи, гдѣ матери или

плоду угрожаетъ опасность или гдѣ плодъ можетъ каждую минуту подвергнуться опасности (напр. при выпаденіи пуповины), извлеченіе же за головку (щипцами) невозможно, вслѣдствіе высокаго стоянія ея. Для того, чтобы при этихъ условіяхъ можно бы извлекать за ножку, мы должны сперва произвести поворотъ на ножку, т.-е. превратить головное положеніе въ пожное.

2. Съ цѣлью улучшенія положенія плода.

Прототипомъ этихъ случаевъ является поперечное положеніе, такъ какъ, вообще говоря, въ этомъ положеніи плодъ не можетъ родиться самопроизвольно. Тутъ же слѣдуетъ запомнить, что такъ же неблагопріятно, какъ и при поперечномъ положеніи, роды могутъ протекать при нормальныхъ головныхъ положеніяхъ, если имѣется узкій тазъ, при нѣкоторыхъ ненормальныхъ положеніяхъ или вставленіяхъ головки, какъ напр. при задне-теменномъ вставленіи, при лобномъ и лицевомъ предлежаніяхъ, при выпаденіи ручки или узкомъ тазѣ; во всѣхъ такихъ случаяхъ головка не вступаетъ въ тазъ, плодъ можетъ умереть, а мать пострадать отъ разрыва матки.

3. При предлежаніи послѣда съ цѣлью низвести ягодицы во входъ таза и тѣмъ остановить кровотеченіе.

Различаютъ нѣсколько видовъ поворота:

1. Наружный поворотъ,
  - а) простымъ укладываніемъ женщины,
  - б) наружными приемами.
2. Комбинированный поворотъ.
3. Внутренній поворотъ.

Н а р у ж н ы й поворотъ примѣняется только при поперечныхъ положеніяхъ, пока еще цѣль

пузырь. При этомъ стараются перемѣстить къ входу въ тазъ ту часть плода—обыкновенно это бываетъ головка,—которая лежитъ къ нему ближе всего; для этого женщину укладываютъ на бокъ, соответствующій данной части. Если простое укладываніе женщины не приводитъ къ цѣли, то во время перерыва между схватками пытаются одной рукой отдавить нижестоящую часть къ тазовому входу, а другой—вторую крупную часть отдавливаютъ ко дну матки.

Для удачнаго выполненія этой операціи брюшные покровы и стѣнка матки не должны быть слишкомъ напряженными (въ извѣстныхъ случаяхъ можетъ понадобиться наркозъ) и плодъ долженъ быть подвижнымъ.

Если удалось свести головку или ягодицы внизъ ко входу въ тазъ, то ихъ необходимо удерживать еще нѣкоторое время въ такомъ положеніи руками, такъ какъ иначе онѣ снова отклоняются. Это отклоненіе очень легко происходитъ также въ тѣхъ случаяхъ, когда не наступаетъ схватокъ. До нѣкоторой степени надежнымъ средствомъ фиксированія подлежащей части является искусственный разрывъ пузыря, но онъ противопоказанъ до тѣхъ поръ, пока маточный зѣвъ не достигаетъ, хотя бы приблизительно, полного открытія. Изъ вышесказаннаго слѣдуетъ, что наружный поворотъ по своимъ результатамъ—операція крайне ненадежная, а въ тѣхъ случаяхъ, когда одновременно съ нимъ прибѣгаютъ къ преждевременному разрыву пузыря—то иногда и опасная. Посему можно, пожалуй, попытаться произвести наружный поворотъ, но отнюдь не слѣдуетъ разрывать пузырь при недостаточно открытомъ маточномъ зѣвѣ. Если наружный поворотъ не удастся, то ограничиваются укладываніемъ роженицы на бокъ, и въ остальномъ держатся строго выжидательно. Поперечное положеніе становится опаснымъ только

послѣ разрыва пузыря. Тогда какъ до разрыва пузыря схватки только расширяють маточный зѣвъ, послѣ разрыва онѣ сильнѣе растягивають нижній маточный сегмент<sup>1)</sup>, такъ какъ прогнать плечики черезъ тазъ имѣ не удастся; это растяженіе нижняго сегмента тѣмъ быстрѣе ведетъ къ разрыву матки, чѣмъ сильнѣе схватки. Поэтому, какъ только послѣдовалъ разрывъ пузыря, слѣдуетъ немедленно произвести поворотъ на ножку (но не на головку, такъ какъ она легко снова отклоняется); притомъ, если маточный зѣвъ пропускаетъ лишь 1—2 пальца, то дѣлають комбинированный поворотъ, если же маточный зѣвъ пропускаетъ всю руку<sup>2)</sup>, то—внутренній поворотъ всей рукой. Среднее положеніе между комбинированнымъ и внутреннимъ поворотомъ занимаетъ поворотъ полу-рукой, при которомъ большой палецъ остается во влагалищѣ.

Подъ словомъ «поворотъ» обычно принято понимать внутренній поворотъ на

1) Если не было неудачныхъ попытокъ къ родоразрѣшенію, если не давали *secale*, то по *Winteg'u* сильное растяженіе нижняго маточнаго сегмента наступаетъ только послѣ почти полнаго открытія; поэтому можно выжидать съ поворотомъ до этого времени, не опасаясь за мать.

2) Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ поперечное положеніе осложняется преждевременнымъ разрывомъ пузыря, особенно дѣльнымъ является предварительное расширение зѣва внутриматочнымъ кольпейринтеромъ (метрейризомъ). Этотъ способъ слѣдуетъ предпочесть методу *Winteg'a*, который выжидаетъ до тѣхъ поръ, пока маточный зѣвъ не достигнетъ самопроизвольно приблизительно полнаго открытія, чтобы тогда тотчасъ за поворотомъ сдѣлать и извлеченіе. Дѣло въ томъ, что при такомъ откладываніи поворота производство его становится значительно труднѣе, а плоду грозитъ большая опасность, чѣмъ, если произвести поворотъ раньше, а затѣмъ немедленно извлечь, использовавъ для этого предварительное расширение.

ножку; этотъ поворотъ былъ уже извѣстенъ древнимъ индусамъ, затѣмъ онъ былъ забытъ и вновь открытъ въ XVI-мъ столѣтїи знаменитымъ *Ambroise'омъ Paré*, изобрѣтателемъ перезвязки кровеносныхъ сосудовъ.

### Комбинированный поворотъ.

Техника комбинированнаго поворота: женщину кладутъ на поперечную кровать, наркотизируютъ, дезинфицируютъ, какъ и при всякой операціи, спускаютъ мочу и затѣмъ вводятъ во влагалище ту руку, которая будучи поставлена ребромъ, направлена къ ножкамъ—при 1-мъ поперечномъ положенїи лѣвую. Указательный и средній пальцы этой руки проводятъ въ полость матки и ими отталкиваютъ плечико въ сторону головки, въ тоже время—и это самое главное — наружная рука сильно оттѣсняетъ ягодицы книзу. При этомъ обыкновенно одна ножка приближается къ пальцамъ, которые ее и захватываютъ, и тутъ же, разорвавъ пузырь, низводятъ черезъ шейку во влагалище. Если захватить ножку трудно, то можетъ оказаться болѣе выгоднымъ оттѣснить ягодицы отъ входа въ тазъ въ ту сторону, гдѣ ранѣ находилась головка (*Kaltenbach*). При этомъ ножки опускаются внизъ. Если ножка время отъ времени понадается подъ пальцы, но захватить ее нельзя, то нужно предварительно разорвать пузырь. Чтобы провести ножку черезъ маточный зѣвъ однимъ пальцемъ, надо прижать ее къ симфизу вмѣстѣ съ нижнимъ маточнымъ сегментомъ. Въ симфизѣ, такимъ образомъ, приобращаютъ точку опоры, которая замѣняетъ акушеру второй палець.

При головныхъ предлежанїяхъ головку отталки-



ваютъ въ сторону, противоположную ножкамъ, слѣдовательно, при 1-й позиціи—влѣво.

Тому, кто умѣетъ широко пользоваться наружной рукой, комбинированный поворотъ удается даже еще долгое время послѣ разрыва пузыря.

Какъ сказано выше, примѣненіе комбинированнаго поворота можетъ быть въ значительной степени ограничено механическимъ расширеніемъ шейки (см. также стр. 235).

Послѣ комбинированнаго поворота необходимо слѣдить за сердцебіеніемъ плода. Если оно совсѣмъ не выслушивается или замедлено, то изслѣдуютъ степень открытія маточнаго зѣва. Часто маточный зѣвъ вполне открывается вслѣдъ за поворотомъ, такъ что непосредственно послѣ комбинированнаго поворота можно произвести и извлеченіе.

### Внутренній поворотъ (всей рукой).

Слѣдующія условія необходимы для производства внутренняго поворота:

1. Предлежащая часть должна обладать еще извѣстной подвижностью и кольцо сокращенія должно стоять надъ симфизомъ на ширину ладони или только немного выше.
2. Маточный зѣвъ долженъ пропускать всю руку.

Легче всего производить поворотъ при цѣломъ пузырьѣ и полномъ открытіи. Поэтому, если встрѣтится случай поперечнаго положенія при цѣломъ пузырьѣ, то слѣдуетъ выждать раскрытія маточнаго зѣва и только тогда приступать къ внутреннему повороту. Если пузырь разрывается преждевременно, какъ это часто бываетъ при поперечномъ положеніи, то слѣдуетъ расширить маточный зѣвъ метрейринтеромъ, а затѣмъ немедленно произвести поворотъ.

Приготовленія акушера и роженицы тѣ же, что и при всякой операци. Глубокой наркозъ тутъ особенно цѣненъ. Такъ какъ вслѣдъ за поворотомъ часто приходится производить извлеченіе, причемъ младенцы рождаются болѣе или менѣе асфиктичными, то необходимо позаботиться о томъ, чтобы были наготовѣ теплая вода для ванны и холодная вода, а также и нагрѣтыя пеленки; затѣмъ слѣдуетъ выварить предназначенную для перевязки пуповины тесемку, которую въ крайнемъ случаѣ можно примѣнить и какъ петлю для поворота, и приготовить трахеальный катетеръ.

Самый поворотъ я охотнѣе всего производжу на поперечной кровати; начинающему же слѣдуетъ рекомендовать производить поворотъ при положеніи роженицы на томъ боку, которому соотвѣтствуютъ ножки, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда брюшко плода обращено кпереди. Въ полость матки вводится та рука, которая, будучи поставлена ребромъ, обращена къ ножкамъ, т.-е. въ правой сторонѣ женщины оперируютъ лѣвой рукой и наоборотъ. При производствѣ поворота на поперечной кровати операторъ сидитъ между бедрами роженицы, а при боковомъ положеніи женщины сзади нея.

Поворотъ производится въ 3 приема:

1. Проведеніе руки черезъ влагалище и маточный зѣвъ (въ концѣ схватки!).
2. Захватываніе ножки.
3. Поворотъ плода.

ad 1. Ту руку, которую проводятъ во влагалище, складываютъ конусомъ, причемъ тыльная сторона ея должна быть обращена въ сторону; если для дезинфекціи рукъ примѣняется лизоформъ, то нѣтъ надобности смазывать ее жиромъ. У первородящихъ входъ во влагалище можетъ быть такъ узокъ, что ввести руку совсѣмъ не удастся, а самое влагалище—столь неподатливо, что разрывается

при введеніи кисти. Въ такихъ случаяхъ показано начать операцію влагалищно-промежностнымъ разрѣзомъ. Если удалось провести руку черезъ маточный зѣвъ, то прежде всего слѣдуетъ оттѣснить подлежащую часть кверху и въ ту сторону, гдѣ нѣтъ ножекъ.

Если пузырь еще цѣлъ, то при употребленіи перчатокъ безразлично, разорвать ли его въ маточномъ зѣвѣ и произвести поворотъ внутри яйцевыхъ оболочекъ, или же сначала проникнуть между яйцевымъ пузыремъ и стѣнкой матки до ножекъ. Послѣдній приемъ еще болѣе облегчаетъ поворотъ.

ad 2. Достигнуть ножки можно двоякимъ образомъ:

а) Направляясь по поверхности брюшка плода прямо къ ножкѣ (нѣмецкій путь). Если, напр., ножки лежатъ сзади и справа, т.-е. при поперечномъ положеніи головка слѣва, спинка кпереди, то оперирующую руку слѣдуетъ проводить прямо вверхъ вдоль праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія. Неопытный врачъ можетъ при этомъ захватить вмѣсто ножки ручку. Поэтому начинающему, по крайней мѣрѣ при переднихъ видахъ, скорѣе можно рекомендовать второй способъ.

б) Направляясь вдоль по нижней лежащей сторонѣ плода до бедра, а отсюда внизъ по бедру къ ножкѣ (французскій путь).

Роль наружной руки столь же важна, какъ и внутренней. Она фиксируетъ матку и вначалѣ оттѣсняетъ ягодицы навстрѣчу внутренней рукѣ. Если захватить ножку внутренней рукой не удастся, то наружной рукой слѣдуетъ, отдавливая яго-

дицы, давить на самую ножку такъ, чтобы она отошла отъ туловища и приблизилась навстрѣчу внутренней рукѣ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда внутренняя рука не находитъ достаточно пространства, чтобы дойти до ножки, то бедро слѣдуетъ плотно прижать къ брюшку и тогда указательнымъ и среднимъ пальцами удастся перейти на голень и захватить ступню въ области лодыжекъ между обоими пальцами.

При поперечномъ положеніи со спинкой обращенной впередъ (т.-е. при переднемъ видѣ) поворотъ производятъ на нижележащую ножку, при заднемъ видѣ—на вышележащую; если имѣется головное предлежаніе, то поворотъ всегда производится на переднюю ножку.

Только при этомъ условіи низведенная ножка поворачивается впередъ и въ дальнѣйшемъ роды протекаютъ безъ перекручиванія туловища. Все же при заднемъ видѣ поперечнаго положенія съ выпаденіемъ ручки, какъ вполнѣ справедливо указываетъ *Z w e i f e l*, лучше производить поворотъ на нижележащую ножку съ цѣлью избѣжать слишкомъ большого вращенія плода.

Какъ правило, поворотъ производится на одну ножку, потому что закинутая вверхъ другая ножка совмѣстно съ бедрами сильнѣе растягиваетъ мягкія части и такимъ образомъ облегчаетъ быстрое прохожденіе головки.

ad 3. Чтобы повернуть плодъ, оттягиваютъ ножку въ сторону живота, а наружная рука въ то же время оттѣсняетъ головку кверху. Поворотъ считается оконченнымъ, какъ только колѣно показывается наружу въ половой щели.

Поворотъ можетъ быть труднымъ:

1. При схваткѣ. Т е р а п і я: выжиданіе.

2. Вслѣдствіе того, что ягодицы упрутся въ

подвздошную кость. Т е р а п і я: слѣдуетъ сильно потянуть ножку въ сторону головки.

3. Вслѣдствіе того, что болѣе крупная часть плода крѣпко охвачена растянутымъ нижнимъ маточнымъ сегментомъ. Т е р а п і я: захваченную уже ножку слѣдуетъ захватить въ петлю изъ тесемки, предназначенной для перевязки пуповины. Если ножку не удастся низвести до половой щели, то посредствомъ длиннаго пинцета слѣдуетъ ввести петлю во влагалище или матку и пальцами, удерживающими захваченную ножку, надвинуть ее на послѣднюю. Послѣ того, какъ удалось захватить петлей первую ножку, низводятъ вторую. Такимъ образомъ въ маткѣ становится немного просторнѣе и поворотъ часто совершается легко. Если поворотъ и тутъ не удастся, то прежде всего слѣдуетъ убѣдиться, живъ ли еще плодъ. Въ этомъ можно быстро убѣдиться, если, какъ это часто бываетъ, между пальцами попадаетъ пуповина. Если она болѣе не пульсируетъ, то слѣдуетъ прекратить дальнѣйшія попытки къ повороту и произвести эмбриотомію. Если плодъ еще живъ, то слѣдуетъ захватить петлей и вторую ножку, а затѣмъ оттягивать обѣ ножки книзу и въ то же время другой рукой, введенной во влагалище, осторожно оттѣснить плечико кверху и къ средней линіи (двойной пріемъ Justine Siegemundin). Если и этотъ пріемъ не ведетъ къ цѣли, то его не слѣдуетъ производить насильственно, такъ какъ при этомъ можетъ произойти разрывъ матки, а слѣдуетъ приступить къ эмбриотоміи.

Впрочемъ, при сильномъ растяженіи нижняго маточнаго сегмента приступать къ повороту слѣдуетъ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ плодъ еще живъ, и производить поворотъ сразу на обѣ ножки. Если же плодъ мертвъ, то необходимо съ самаго начала отка-

заться отъ всякой попытки къ повороту и произвести эмбриотомію.

Съ теоретической точки зрѣнія при поперечномъ положеніи съ сильнымъ растяженіемъ нижняго сегмента и при живомъ плодѣ можетъ возникнуть вопросъ и о кесарскомъ сѣченіи. На практикѣ примѣненіе его зависитъ отъ цѣлаго ряда соображеній, которыя болѣе подробно разсмотрѣны въ главѣ о кесарскомъ сѣченіи (см. ниже).

Проще представляется терапия при *tetanus*'ѣ (столбнякѣ) матки, т.-е. при тоническомъ ея сокращеніи, которое можетъ развиваться послѣ употребленія *sesale*, послѣ манипуляцій надъ маточнымъ зѣвомъ, послѣ неудачныхъ попытокъ къ повороту, но при поперечныхъ положеніяхъ наблюдается также и самопроизвольно. Если *tetanus* не прекращается и подѣ глубокимъ наркозомъ, то плечико такъ плотно вколачивается во входѣ въ тазъ, что вообще не представляется возможнымъ проникнуть возлѣ него рукой и акушеру ничего другого не остается, какъ произвести эмбриотомію.

Картина такъ наз. затянувшася или запущеннаго поперечнаго положенія складывается изъ сильнаго растяженія нижняго маточнаго сегмента *resp.* столбняка матки и изъ гніенія умершаго плода. Женщина рождаетъ уже нѣсколько дней, она лихорадитъ, пульсъ ея слабъ и ускоренъ, выдѣленія зловонны, ручка большей своей частью выпала наружу и представляетъ признаки гніенія. Плечико повидимому или на самомъ дѣлѣ вколотилось въ тазъ.

Выпаденіе ручки при поперечныхъ положеніяхъ постольку непріятно для акушера, поскольку оно обусловливается низкимъ стояніемъ плечика, что можетъ затруднить поворотъ; пріятнымъ же оно является въ томъ отношеніи, что

въ дальнѣйшемъ при извлеченіи не будетъ надобности освобождать ручку. Выпавшая ручка никогда не препятствуетъ производству поворота. Ее захватываютъ въ петлю, которую и заставляютъ при производствѣ поворота умѣренно натягивать. Особенно важно это постоянное потягиваніе въ сторону брюшка при извлеченіи, такъ какъ иначе ручка легко запрокидывается за затылокъ и при послѣдующемъ потягиваніи за петлю ломается.

Выпаденіе пуповины встрѣчается, по Winkler'ю, въ 9% всѣхъ поперечныхъ положеній. Выпаденіе пуповины при поперечныхъ положеніяхъ ни въ какомъ отношеніи не измѣняетъ терапіи. Вправление пуповины при поперечномъ положеніи никогда не дѣлается.

### Извлеченіе за ножку.

Извлеченіе за ножку дѣлается только тогда, когда опасность, угрожающая матери или плоду, требуетъ окончанія родовъ. Исключеніемъ является ногоположеніе, образовавшееся послѣ поворота. Въ этихъ случаяхъ нѣкоторые акушеры рекомендуютъ немедленно производить извлеченіе, при условіи, что на лицо нѣтъ противопоказанія, т.-е. если маточный зѣвъ вполне открытъ. Въ рукахъ опытнаго акушера такой образъ дѣйствій является вполне цѣлесообразнымъ; начинающій же поступитъ правильнѣе, если послѣ поворота станетъ слѣдить за сердцебіеніемъ плода и приступитъ къ извлеченію только въ томъ случаѣ, если сердцебіеніе совсѣмъ не выслушивается или замедляется въ теченіе продолжительнаго времени. Дѣло въ томъ, что на практикѣ смертность дѣтей при одномъ поворотѣ не выше, чѣмъ при поворотѣ и извлеченіи (приблизительно отъ 50 до 60%),

между тѣмъ при извлеченіи матери могутъ быть нанесены различныя поврежденія.

Условія, необходимыя для извлеченія:

1. Пузырь долженъ быть разорванъ.
2. Маточный зѣвъ долженъ быть вполне открытъ.
3. Тазъ не долженъ быть слишкомъ узкимъ.
4. Головка плода не должна быть слишкомъ большой.

ad 3. При плоскомъ тазѣ 1-й и 2-й степени послѣдующая головка проходитъ черезъ тазъ легче, чѣмъ подлежащая; по этой именно причинѣ при плоскомъ тазѣ и производятъ поворотъ на ножку <sup>1)</sup>).

ad 4. Чрезмѣрное развитіе плода часто распознается только при извлеченіи и распознается потому, что, несмотря на нормальный тазъ и полное открытіе, плодъ не поддается дальнѣйшему извлеченію.

Первое условіе легко выполняется путемъ разрыва пузыря, второе — различными способами расширенія шейки. Если ногоположеніе образуется искусственно, то расширеніе шейки необходимо предпосылать повороту. Если извлеченіе производится безъ предварительнаго расширенія шейки, то извлечь туловище плода обыкновенно удается, но затѣмъ маточный зѣвъ часто судорожно сокращается и кольцомъ охватываетъ шейку плода; освободить головку можно тогда только разорвавъ шейку матки, что можетъ повлечь за собой кровотеченіе, угрожающее жизни матери. Въ подобныхъ случаяхъ можно спасти плодъ, быстро произведя влагалищное кесарское сѣченіе. Влеченіемъ за туловище плода акушерка стягиваетъ шейку матки въ наружную половую щель, а акушеръ ножницами разсѣкаетъ переднюю губу и

---

<sup>1)</sup> Это и есть такъ наз. «профилактическій поворотъ».  
*Прим. ред.*



передній сводъ, а засимъ, отсепаровавъ мочевоу пузырь, разсѣкаетъ и переднюю стѣнку шейки выше кольца, охватывающаго шею плода.

Если освобожденіе головки вслѣдствіе сокращенія маточнаго зѣва не удастся, то слѣдуетъ спокойно выжидать. Черезъ нѣкоторое время, иногда подъ наркозомъ, сокращенная шейка ослабляется и головка или рождается самопроизвольно, или легко выводится при помощи приѣма *Veit'a*. Вводя палецъ въ ротикъ плода, можно дать воздуху доступъ къ его органамъ дыханія.

Готовясь къ извлеченію за ножку или ягодицы, слѣдуетъ позаботиться о различныхъ средствахъ для оживленія плода, а роженицу слѣдуетъ уложить на поперечную кровать. Наркозъ очень желателенъ, но долженъ быть глубокимъ. Особенно затрудняется освобожденіе ручекъ, когда женщина вслѣдствіе боли или въ состояніи полунаркоза оттягиваетъ свой тазъ въ глубину постели.

**Техника операціи:** если ножка находится еще во влагалищѣ, то ее слѣдуетъ извлекать указательнымъ и среднимъ пальцами той руки, къ которой обращено брюшко плода. При полномъ ногоположеніи вводятся три среднихъ пальца, причемъ средній палецъ помѣщается между обѣими ножками. При неполномъ ногоположеніи—какъ только становится возможнымъ—захватываютъ завернутую въ пеленку ножку обѣими руками такимъ образомъ, чтобы большіе пальцы помѣщались на задней поверхности. Одноименная рука помѣщается снереда и чѣмъ больше выступаетъ наружу ножка, тѣмъ выше слѣдуетъ ее захватывать обѣими руками. Извлекать нужно сильно книзу. При 1-й позиціи задняя сторона ножки должна всегда оставаться обращенной влѣво, при 2-й позиціи—вправо. Когда наружу покажется переднее бедро, то большой палецъ передней руки слѣдуетъ помѣстить на крестецъ, указательный—

на гребешокъ подвздошной кости, а остальными—охватить бедро. Указательный палецъ задней руки (но отнюдь не вмѣстѣ со среднимъ!) вводится со стороны спинки въ заднюю паховую складку, большой помѣщается на крестецъ и тогда начинаютъ извлекать обѣими руками, равномерно потягивая за весь тазъ; такъ извлекаютъ до тѣхъ поръ, пока наружу не покажется уголь лопатки. Начинающіе очень склонны охватывать туловище плода выше таза, но этого дѣлать не слѣдуетъ, такъ какъ этимъ путемъ можно причинить смертельный разрывъ печени. Иногда послѣ прорѣзыванія пупка приходится передней рукой немного ослабить сильно натянутую пуповину. Если запрокинутая вверхъ ножка не опускается сама собой, то отводить ее отъ брюшка слѣдуетъ только тогда, когда въ половой щели прощупывается уголь лопатки.

При полномъ ногоположеніи каждую ножку захватываютъ соименной рукой и постепенно продвигаютъ руки до ягодицъ.

Наиболѣе частымъ поврежденіемъ при до сихъ поръ описанной части извлеченія является переломъ бедра. Онъ происходитъ или оттого, что въ задній паховой сгибъ вводятся два пальца (пріемъ излюбленный начинающими), или оттого, что извлекаютъ, хотя однимъ пальцемъ, но не прямо за паховой сгибъ, а за бедро или, наконецъ, оттого, что дѣлаютъ извлеченіе за переднюю ножку слишкомъ сильно кпереди.

Леченіе перелома бедра, по весьма практичному предложенію *Credé*, заключается въ томъ, что бедро вытягиваютъ кверху по туловищу и, пользуясь туловищемъ какъ шиной, прибинтовываютъ къ нему ножку на 14 дней. Ребенку такое положеніе не причиняетъ неудобствъ,

такъ какъ точное такое положеніе имѣлось уже раньше въ маткѣ.

Освобожденіе ручекъ и головки было уже описано на стр. 93. Если при извлеченіи нарушенъ естественный механизмъ родовъ, то оно проходитъ не всегда гладко. Если ручки сильно запрокинуты кверху, то, чтобы достигнуть локтя, приходится ввести 4 пальца или даже всю руку. Такъ какъ здѣсь приходится проводить руку рядомъ съ туловищемъ, то при этомъ можетъ разорваться даже очень широкое влагалище. Въ такомъ случаѣ получается разрывъ промежности 2-й или 3-й степени.

Поэтому слѣдуетъ подумать, не лучше ли при большомъ плодѣ и узкомъ влагалищѣ вводить только два пальца и низводить ручку за плечико и притомъ со стороны брюшка плода. При этомъ—самое большее—можетъ произойти переломъ плеча или ключицы,—и тотъ и другой переломъ заживаетъ въ теченіе 8-ми дней, тогда какъ разрывъ промежности 3-й степени требуетъ гораздо больше времени для своего заживленія, которое, къ тому же и не всегда наступаетъ. Въ этихъ же случаяхъ, особенно у первородящихъ, можетъ возникнуть вопросъ, не лучше ли быстро произвести влагалищно-промежностный разрѣзъ. Разрѣзъ этотъ даетъ такой просторъ, что рядомъ съ туловищемъ удастся провести четыре пальца. Въ то время, какъ разрывъ промежности всегда ставится въ вину акушеру, разрѣзъ, напротивъ, никогда не вызоветъ нареканій. Точно также обстоитъ дѣло и съ переломомъ. Если приходится низводить ручку за плечико, то необходимо тутъ же заявить, что роды можно закончить только путемъ искусственного перелома ручки. Если ручка сломается, то это не бѣда, если же она, какъ это часто бываетъ, уцѣлѣетъ, то слава акушера отъ этого только возрастаетъ.

Переломы плеча и ключицы заживаютъ безъ осложненій въ 8—14 дней: при переломѣ плеча ручка просто прибинтовывается къ грудной клѣткѣ, при переломѣ ключицы накладывается S e u r e'овская повязка изъ липкаго пластыря.

Если задняя ручка запрокидывается вверхъ за затылокъ, то, поворачивая туловище, ее перемѣщаютъ кпереди и сперва освобождаютъ другую. При большомъ числѣ извлеченій я ни разу не примѣнялъ другихъ мѣръ. Мнѣ, вообще, кажется важнымъ, чтобы при этой и безъ того сложной операциіи учащіеся изучали какъ можно меньше модификацій.

Что касается освобожденія головки, то намъ остается еще сказать, что долженъ дѣлать акушеръ въ тѣхъ случаяхъ, когда подбородокъ остается обращеннымъ кпереди. Такое положеніе подбородка въ большинствѣ случаевъ обусловливается неправильнымъ вращеніемъ туловища; его, слѣдовательно, можно избѣжать, если извлекать правильно, удерживая спинку обращенной въ сторону. Если при содѣйствіи давленія спаружи акушеру удастся ввести палецъ въ ротикъ плода, то онъ можетъ оттянуть подбородокъ въ сторону и кзади. Если это невозможно и плодъ уже мертвъ, то слѣдуетъ произвести перфорацию послѣдующей головки. Если плодъ еще живъ, то въ тѣхъ случаяхъ, когда головка стоитъ еще надъ тазомъ, по F r i t s c h'у, слѣдуетъ наложить щипцы. При этомъ туловище должно быть сильно приподнято кверху. Если же, напротивъ, малый родничекъ прощупывается уже сзади, то слѣдуетъ примѣнить П р а ж с к і й п р і е мъ въ обратномъ направленіи, т.-е. вилообразно охватить пальцами плечики и, приподнявъ ножки, возможно сильнѣе тянуть за нихъ по направленію къ животу матери.

Изъ безчисленныхъ поврежденій плода, которыя могутъ произойти при извлеченіи

за ножку, практически наиболѣе важны поврежденія конечностей. Изъ нихъ мы коснемся еще въ нѣсколькихъ словахъ о т р ы в а діафиза отъ э п и ф и з а головки плеча, что такъ часто ошибочно принимаютъ за вывихъ. Постояннымъ признакомъ этого поврежденія является, по К ü s t n e r'у, вращеніе плечевой кости внутрь. Если оно не распознается, то въ результатѣ получается полная нетрудоспособность ручки. Лечение, по К ü s t n e r'у, заключается въ томъ, что супинированное предплечье прибинтовывается къ поврежденной плечевой кости, такъ что кисть лежитъ на поврежденномъ плечикѣ; затѣмъ, въ подмышечную впадину вкладывается подушечка и плечевая кость вмѣстѣ съ предплечьемъ фиксируется къ грудной клѣткѣ.

П а р а л и ч и в е р х н е й . к о н е ч н о с т и , которые мнѣ пришлось наблюдать, исчезали сами собой въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Если этого не происходитъ, то 2—3 раза въ недѣлю, начиная съ 4-й недѣли, надо примѣнять слабый фарадическій токъ (S e e l i g m ü l l e r).

### Извлеченіе за ягодицы.

Показаніемъ къ этой операціи служитъ опасность, угрожающая матери или плоду. Предварительныя условія тѣ же, что и при извлеченіи за ножку. Но такъ какъ извлеченіе за ягодицы гораздо труднѣе, чѣмъ извлеченіе за ножку, то сначала всегда слѣдуетъ попытаться низвести одну ножку<sup>1)</sup> и извлекать уже за нее. Низвести ножку, по моимъ

<sup>1)</sup> Въ двухъ случаяхъ низводятъ ножку, не приступая сейчасъ же къ извлеченію: во-первыхъ, при предлежаніи послѣда, если по низведеніи ножки ягодицы плотно устанавливаются въ тазу и кровотеченіе останавливается и во-вторыхъ, при выпаденіи пуповины, если она хорошо пульсируетъ и послѣ низведенія ножки.

наблюдениямъ, подъ глубокимъ наркозомъ можно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ягодицы стоятъ еще настолько высоко, что ввести указательные пальцы въ оба паховые сгибы не удастся. Если же оба паховые сгибы достижимы, то ягодицы сравнительно легко извлекаются; въ случаѣ надобности примѣняютъ надрѣзы промежности.

Чтобы низвести ножку, роженицу укладываютъ на поперечную кровать, причемъ въ тѣхъ случаяхъ, когда брюшко плода обращено болѣе впередъ, ее кладутъ на бокъ, соответствующій ножкамъ; затѣмъ вводятъ ту руку, которая обращена къ брюшку плода, слегка отодвигаютъ ягодицы въ сторону спинки и захватываютъ ножку, если она находится вблизи; если ножка далеко, то проникаютъ концами пальцевъ по поверхности передняго бедра вверхъ до подколенной впадины, прижимаютъ ее къ плоду, отчего голень приближается, тогда ее захватываютъ пальцами и затѣмъ по голени добираются до ступни. Если операція производится при незначительномъ количествѣ околоплодныхъ водъ и удобнѣе захватить и низвести заднюю ножку, то, конечно, избираютъ для извлеченія ее.

Если бы вышеописанный способъ не привелъ къ цѣли, то подъ контролемъ указательнаго и средняго пальцевъ лѣвой руки вводятъ тупой крючекъ въ тотъ паховой сгибъ, который легче достижимъ (обычно: передній). Если не произвести слишкомъ грубыхъ тракцій, то удастся избѣжать значительныхъ поврежденій. Часто, однако, вслѣдствіе продолжительной операціи плодъ рождается мертвымъ.

### Извлеченіе щипцами.

Щипцы были изобрѣтены англичаниномъ Chamberlen'омъ въ XVII столѣтіи, но изъ корысто-

любія онъ держаль свое изобрѣтеніе въ секретѣ, такъ что Ralfun изъ Гента изобрѣлъ ихъ въ XVIII столѣтіи во второй разъ.

Въ Германіи повсюду употребляются щипцы Naegle. Устройство этихъ щипцовъ мы предполагаемъ извѣстнымъ.

Показаніемъ къ извлеченію щипцами служитъ опасность, угрожающая матери или плоду.

Щипцы, однако, могутъ быть наложены только тогда, когда на лицо имѣются слѣдующія условія:

1. Головка своей наибольшей окружностью должна стоять по меньшей мѣрѣ во входѣ въ тазъ.
2. Маточный зѣвъ долженъ быть вполне открытъ или самопроизвольно, или искусственно.
3. Пузырь долженъ быть разорванъ.
4. Головка не должна быть ни слишкомъ большой, ни слишкомъ малой, ни мацерированной.
5. Тазъ не долженъ быть слишкомъ узкимъ.

Третье условіе выполнимо во всѣхъ случаяхъ. Если головка слишкомъ велика, а тазъ слишкомъ узокъ, то головка не вступаетъ въ тазъ; если головка мала или мацерирована, то она обыкновенно такъ быстро проходитъ черезъ тазъ, что вопросъ о щипцахъ, вообще, не поднимается. Слѣдовательно, строго говоря, при извлеченіи щипцами принимаются во вниманіе только первыя два условія. Однако, и пятое условіе должно быть сохранено для того, чтобы напоминать, что накладывать щипцы при узкомъ тазѣ можно только при особенныхъ обстоятельствахъ.

Давленіе сверху, производимое схватками и потугами, щипцы замѣняютъ тягою снизу. Идеальными щипцами были бы такіе, которые совсѣмъ не сдавливали бы головку. Но щипцы могутъ держаться на головкѣ только въ силу того, что они

сжимають ее въ поперечномъ размѣрѣ приблизительно на 1 см. Равнымъ образомъ и давленіе на родовые пути матери должно быть возможно меньше. Вотъ почему слѣдуетъ воздерживаться отъ маятникообразныхъ движеній.

Никогда не слѣдуетъ накладывать щипцовъ изъ-за простой слабости схватокъ. Если же условія практики заставляютъ акушера отступить отъ этого правила, то онъ только въ томъ случаѣ долженъ приступить къ операци, если она навѣрное будетъ легкой; это можно предвидѣть, если головка стоитъ въ удобномъ для наложенія щипцовъ размѣрѣ таза (*Zangenegesch*t), т.-е. если она стоитъ въ выходѣ и малый родничекъ обращенъ впередъ и когда, кромѣ того, нельзя ожидать значительнаго сопротивленія ни со стороны мягкихъ частей, ни со стороны таза (сѣуженный выходъ таза при кифотическомъ и воронкообразномъ тазахъ!). Эти условія, обыкновенно, бывають на-лицо только у многорожавшихъ. У первородящихъ никогда нельзя знать заранѣе, не причинять ли щипцы значительныхъ ушибовъ и разрывовъ, герр. не явится ли необходимость произвести боковые надрѣзы, чтобы предотвратить разрывъ промежности. Въ самомъ дѣлѣ, возможность оградить отъ поврежденій мягкія части зависитъ не только отъ ширины полового канала, но и отъ его растяжимости. Однако, степень этой растяжимости точно опредѣлить не удастся, но во всякомъ случаѣ у первородящихъ она значительно меньше, чѣмъ у многорожавшихъ.

Извлеченіе щипцами, произведенное изъ-за простой слабости схватокъ, можетъ повести къ крайне печальнымъ послѣдствіямъ, если акушеръ ошибется въ опредѣленіи высоты стоянія и



в ставленія головки! Операцію, которую предъ тѣмъ считали очень легкой, приходится заканчивать во что бы то ни стало. Вслѣдствіе труднаго извлеченія щипцами плодъ рождается мертвымъ, матери наносятся тяжелыя поврежденія или она в послѣдствіи погибаетъ отъ сепсиса, такъ какъ при такой необдуманной и неожиданно трудной операціи обыкновенно дѣлають промахи и въ отношеніи антисептики, а случай былъ такого рода, что при спокойномъ выжиданіи окончился бы самопроизвольно и благополучно.

### Приготовленія и техника извлеченія щипцами.

Такъ какъ основательная дезинфекція возможна только на поперечной кровати, то и самую операцію производять также на поперечной кровати. Отъ наркоза слѣдуетъ отказаться только въ томъ случаѣ, когда дорога каждая минута, напр. при выпаденіи пуповины, когда головка уже вступила въ тазъ, а пуповина еще пульсируетъ. Въ 1% растворъ лизоформа кладуть не только щипцы, но также катетеръ, маточный катетеръ и ножницы С o w r e g'a. Далѣе, ставятъ наготовѣ малую коробку (№ 2) съ іодоформной марлей, чтобы имѣть возможность затампонировать, въ случаѣ надобности, раны отъ сдѣланныхъ насѣчекъ или разрывы влагалища. Непосредственно передъ операціей слѣдуетъ еще разъ произвести тщательное изслѣдованіе. При этомъ иногда находятъ, что головка стоитъ выше, чѣмъ предполагалось, что сзади имѣется еще широкій край маточнаго зѣва и т. д.

Принимая во вниманіе устройство щипцовъ мы поймемъ, что тазовая ихъ кривизна, для того чтобы совпадать съ кривизной таза, должна быть обращена своею вогнутостью впередъ. При такомъ положеніи

щипцовъ въ тазу, лѣвая ложка, снабженная замкомъ, находится въ лѣвой сторонѣ таза, а правая— въ правой. Поперечный размѣръ щипцовъ совпадаетъ съ поперечнымъ размѣромъ таза. Но, кромѣ того, щипцы должны захватывать головку вполне опредѣленнымъ образомъ, т.-е. въ маломъ поперечномъ размѣрѣ (*d. bitemporalis*); слѣдовательно, этотъ размѣръ долженъ также совпадать съ поперечнымъ размѣромъ щипцовъ. При только что описанномъ положеніи щипцовъ въ тазу, они могутъ захватить головку правильно только въ томъ случаѣ, когда малый родничекъ обращенъ кпереди (теменные предлежанія мы оставляемъ пока въ сторонѣ). Но это бываетъ только въ выходѣ таза. Изъ вышесказаннаго слѣдуетъ, что щипцы лежатъ правильно въ тазу и въ то же время правильно облегчаютъ головку только тогда, когда головка стоитъ въ выходѣ таза и малый родничекъ обращенъ кпереди. Первоначально мы и рассмотримъ операцію наложенія щипцовъ, когда головка стоитъ только что описаннымъ, удобнымъ для наложенія щипцовъ, образомъ (*zangenegesh*t).

Указательный и средній пальцы правой руки вводятся въ лѣвую сторону таза вверхъ по головкѣ, какъ можно выше такъ, чтобы ложка щипцовъ на возможно большемъ протяженіи прошла подъ контролемъ пальцевъ. Такимъ образомъ надежно предотвращается одновременное захватываніе щипцами края маточнаго зѣва, если онъ еще существуетъ, или выпавшей ручки.

Затѣмъ берутъ въ лѣвую руку рукоятку лѣвой ложки щипцовъ между большимъ и указательнымъ пальцами, какъ писчее перо, и помѣщаютъ ее въ правый пахъ матери. При такомъ положеніи ложки верхушка ея вводится между правыми

пальцами и головкой. Если теперь опустить рукоятку и въ то же время отвести ее къ средней линіи, то смоченная лизоформомъ ложка почти сама собой проникаетъ вверхъ такимъ образомъ, что правильно помѣщается въ тазу и хорошо облегаетъ головку. Если встрѣчается какое-нибудь препятствіе поступательному движенію ложки, то его не должно преодолѣвать грубой силой, но слѣдуетъ вводить ложку въ какомъ-нибудь другомъ направленіи, причемъ въ случаѣ надобности большимъ пальцемъ правой руки подталкиваютъ ложку впередъ. Если ложка, послѣ наложенія, обнаруживаетъ наклонность къ смѣщенію, то поручаютъ акушеркѣ фиксировать ее изъ-подъ лѣваго бедра роженицы. Наложеніе правой ложки производится такимъ же образомъ, но со стороны лѣваго паха и правой рукой. Если обѣ ложки введены правильно, то остается только сблизить обѣ рукоятки и вдвинуть вырѣзку правой ложки въ замокъ. При этомъ замокъ долженъ отстоять отъ половой щели самое большее на ширину ладони, и обращенъ онъ къ симфизу.

Теперь правую руку помѣщаютъ на рукоятку такимъ образомъ, что указательный и средній пальцы ложатся на боковые крючки. Другой рукой обхватываютъ концы рукоятокъ. Затѣмъ операторъ производитъ тракцію въ направленіи рукоятокъ и по мѣрѣ опусканія головки постепенно поднимаетъ ихъ вверхъ. Сила влеченія отнюдь не должна усиливаться тяжестью тѣла оператора, напротивъ, плечевыя кости должны прилегать къ грудной клѣткѣ, чтобы можно было въ любой моментъ прекратить влеченіе. Если показаніемъ къ наложенію щипцовъ, какъ это должно было бы быть всегда, послужила опасность, угрожавшая матери или плоду, то слѣдуетъ извлекать головку такъ быстро, какъ это позволяетъ сопротивленіе со стороны мягкихъ частей. Если

000

извлечение производится по всѣмъ правиламъ, то оно быстро утомляетъ, такъ что приходится уменьшать силу влеченія, но лишь настолько, чтобы головка не уходила назадъ. Такимъ образомъ операція слагается изъ отдѣльныхъ «тракцій» и промежутковъ между ними—«интерваловъ». У многорожавшихъ часто удается извлечь низкостоящую головку одной тракціей, у первородящихъ это возможно только въ томъ случаѣ, если сопротивление со стороны мягкихъ частей устранено посредствомъ насѣчекъ. Если головка поддается влеченію и промежность начинаетъ напругаться сильнѣе, то во что бы то ни стало слѣдуетъ предохранить промежность отъ разрыва, такъ какъ при извлеченіи щипцами разрывы происходятъ легче, чѣмъ при самопроизвольныхъ родахъ. Для этого акушеръ располагаетъ тремя средствами:

1. Осторожное извлеченіе. Начинаящій почти всегда дѣлаетъ слѣдующую ошибку: обрадовавшись тому, что головка опустилась, онъ извлекаетъ такъ же сильно или еще сильнѣе, тогда какъ именно теперь необходимо время отъ времени изъ всѣхъ силъ удерживать головку, когда она прорѣзывается подъ дѣйствіемъ схватки или потуги, вызванной рефлекторнымъ путемъ.

2. Снимать щипцы, какъ только указательнымъ и среднимъ пальцами лѣвой руки удастся отдавливать лобъ впередъ со стороны задней части промежности (измѣненный способъ Ritgen'a). Правой рукой размыкаютъ замокъ, осторожно выводятъ обѣ ложки и въ случаѣ надобности удерживаютъ головку во время одной схватки, а затѣмъ лѣвой рукой выводятъ головку въ перерывѣ между схватками.

3. Боковой надрѣзъ входа во влагалище. Его слѣдуетъ производить въ

тѣхъ случаяхъ, когда головка не подвигается впередъ во время тракцій, вслѣдствіе сопротивленія со стороны очень сильно напряженной промежности. Въ то время, какъ дѣлають надрѣзь, лѣвой рукой слѣдуетъ посредствомъ щипцовъ задерживать головку, чтобы она прорѣзалась не слишкомъ быстро и не причинила еще разрыва промежности. Если и послѣ надрѣза извлеченіе оказывается труднымъ, то надрѣзь слѣдуетъ углубить.

Вывести плечики первоначально пытаются путемъ выжиманія и затѣмъ лишь приступаютъ къ ручному извлеченію ихъ. Если ребенокъ рождается въ асфиксіи, то слѣдуетъ тотчасъ же перевязать и перерѣзать пуповину. Пока акушеръ занимается оживленіемъ младенца, акушерка должна слѣдить за маткой. Если разрывы влагалища или раны отъ насѣчекъ кровоточатъ, то акушеръ долженъ оставить ребенка и приступить къ тампонаціи нижней трети влагалища. Изрѣдка приходится накладывать зажимы. Послѣ выдѣленія послѣда накладываютъ окончательные швы.

Если малый родничекъ стоитъ еще сбоку (низкое поперечное стояніе) или спереди и нѣсколько въ сторону, то щипцы слѣдуетъ накладывать въ косомъ размѣрѣ. Съ этой цѣлью замкнутые щипцы приближаютъ къ наружнымъ половымъ органамъ въ томъ положеніи, въ какомъ они должны лежать въ тазу, т.-е. такъ, чтобы верхушка и вогнутость щипцовъ была обращена въ сторону малаго родничка, слѣдовательно, влѣво (при переднемъ видѣ 1-й позиціи) или вправо (при переднемъ видѣ 2-й позиціи). Если теперь, сохраняя косое положеніе щипцовъ, разомкнуть замокъ, то сразу же видно, какая ложка ляжетъ спереди и какая сзади. Сначала вводятъ переднюю ложку; вводятъ ее сбоку и

затѣмъ постепенно проводятъ на мѣсто, для чего рукоятку опускаютъ сильно книзу, а верхушку внутренними пальцами отдавливаютъ кверху. Задняя ложка вводится вслѣдъ затѣмъ болѣе кзади.

**Примѣчаніе.** Если собираются наложить щипцы въ косомъ размѣрѣ при другихъ головныхъ предлежаніяхъ, то верхушку и вогнутость ихъ слѣдуетъ направлять въ сторону той части, которая должна повернуться кпереди, напр. при лицевыхъ предлежаніяхъ—въ сторону подбородка.

Хотя при косомъ наложеніи щипцы послѣ замыканія рѣдко ложатся такъ, какъ имѣлось въ виду первоначально, все же благодаря косому наложенію извлеченіе значительно облегчается или вообще, становится возможнымъ только при такомъ наложеніи. При косомъ наложеніи щипцовъ черепъ плода сдавливается гораздо меньше; что касается матери, то разсуждая, правда, теоретически можно было бы ожидать болѣе значительныхъ разрывовъ мягкихъ частей, вслѣдствіе большей экскурсіи щипцовъ.

Если головка стоитъ во входѣ въ тазъ, то слѣдуетъ попытаться въ всячемъ *Walsher*'овскомъ положеніи давленіемъ снаружи вдавить головку глубже. Это удастся не только при нормальномъ, но иногда и при плоскомъ тазѣ. Опусканіе головки узнается по тому, что уже не удастся достигнуть мыса, а при плоскомъ тазѣ—по тому еще, что стрѣловидный шовъ отходить отъ мыса и малый родничекъ опускается ниже, а часто одновременно и кпереди.

Если и теперь (у первородящихъ) извлеченіе встрѣчаетъ еще затрудненія, то ихъ устраняютъ промежностными или влагалищно-промежностными насѣчками.

Если головка, несмотря на давленія снаружи,

остается во входѣ въ тазъ и вставленіе ея при этомъ, можетъ быть, неблагопріятно для извлеченія (передне-теменное вставленіе, низкое стояніе большого родничка), то допустима лишь осторожная попытка наложенія щипцовъ, причеиъ ложки вводятся подъ контролемъ полу-руки. Если головка не опускается послѣ нѣсколькихъ тракцій, произведенныхъ *lege artis*, то слѣдуетъ снять щипцы и въ случаѣ опасности для матери произвести прободеніе головки плода.

Если акушеръ съ самаго начала заявитъ, что щипцы накладываются только въ видѣ попытки, то публика никогда не поставитъ ему въ вину неудавшагося извлеченія. Если же оно удастся, то его слава, какъ врача, еще больше возрастаетъ. Если при такихъ пробныхъ в ы с о к и х ъ щ и п ц а х ъ имѣется нормальный тазъ, то щипцы слѣдуетъ накладывать въ косомъ размѣрѣ съ вогнутостью къ малому родничку. При плоскомъ тазѣ и низкомъ стояніи большого родничка щипцы слѣдуетъ накладывать въ поперечномъ размѣрѣ (см. кромѣ того стр. 194).

Если головка стоитъ еще подвижно надъ входомъ въ тазъ, то прежде всего является вопросъ только о поворотѣ. Если поворотъ вслѣдствіе сильнаго растяженія нижняго маточнаго сегмента представляется слишкомъ опаснымъ, то въ этихъ случаяхъ заслуживаютъ рекомендаціи щипцы *Tarnier* съ осевыми тракціями; преимущество этихъ щипцовъ заключается по *Freund* въ томъ, что съ ихъ помощью подвижную головку можно легче свести въ тазъ. Но прежде, чѣмъ накладывать эти щипцы, лучше и здѣсь сначала попытаться вдавить головку въ тазовой каналъ.

При высокихъ щипцахъ влеченіе должно первоначально производиться сильно книзу. Чтобы въ этихъ случаяхъ своевременно распознать со-

скальзываніе щипцовъ, часто прибѣгаютъ къ пробнымъ тракціямъ, т.-е. кладутъ лѣвую руку на правую и одновременно два пальца лѣвой руки приставляютъ къ головкѣ. Если два пальца удерживать у головки, то при соскальзываніи щипцовъ лѣвая рука смѣщается съ правой.

Если большо́й родничекъ повернулся кпереди, то щипцы слѣдуетъ накладывать въ поперечномъ размѣрѣ, если стрѣловидный шовъ проходитъ въ косомъ направленіи, то щипцы накладываютъ косо, такъ чтобы въ дальнѣйшемъ большо́й родничекъ поворачивался кпереди. Стремленіе повернуть малый родничекъ впередъ помощью искусственныхъ вращеній щипцами устарѣло. Если стрѣловидный шовъ проходитъ поперечно, слѣдовательно, дѣло идетъ еще не о теменномъ предлежаніи, а о простомъ низкомъ стояніи большо́го родничка, и если при этомъ головка прошла уже тазовой входъ, то слѣдуетъ примѣнить наружное давленіе. Если послѣ этого малый родничекъ опустится ниже, то щипцы слѣдуетъ накладывать косо, по направленію къ малому родничку; если большо́й родничекъ продолжаетъ стоять ниже, то щипцы слѣдуетъ накладывать такимъ образомъ, чтобы кпереди повернулся большо́й родничекъ. Если при теменныхъ положеніяхъ имѣется небольшая круглая головка, если, какъ это бываетъ у многорожавнихъ, мягкія части никакого сопротивленія не оказываютъ или сопротивленіе (у первороженицъ) устранено искусственнымъ путемъ, то извлеченіе щипцами—легко; при другихъ же условіяхъ оно труднѣе: такъ же трудно, какъ и при лобныхъ и лицевыхъ предлежаніяхъ; дѣло въ томъ, что широкій затылокъ долженъ пройти не только по длинной задней стѣнкѣ таза, но и прорѣзаться изъ-за промежности.

Съ Z w e i f e l'emъ я могу безусловно согласиться только въ томъ, что при теменныхъ предлежаніяхъ



не слѣдуетъ извлекать по шаблону книзу до тѣхъ поръ, пока лобъ не появится въ половой щели. Рукоятка щипцовъ обыкновенно уже раньше принимаетъ направленіе кверху, и если производить влеченіе въ этомъ направленіи, то вывести головку можно легко.

Лобныя и лицевыя предлежанія не требуютъ специальныхъ указаній относительно способа извлеченія щипцами. Такъ какъ при этихъ предлежаніяхъ промежность въ общемъ подвергается большей опасности, то щипцы слѣдуетъ снимать, какъ только послѣ прорѣзыванія лба геср. подбородка становится возможнымъ охватить затылокъ со стороны задней части промежности.

Впрочемъ при лобныхъ и лицевыхъ предлежаніяхъ извлеченіе щипцами возможно только въ тѣхъ случаяхъ, когда лобъ геср. подбородокъ уже нѣсколько повернулись кпереди. И этотъ поворотъ кпереди почти всегда уже совершенъ, когда наступаетъ показаніе къ окончанію родовъ. Только въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ подбородокъ остается обращеннымъ кзади и въ нижнемъ отдѣлѣ таза. Наложеніе щипцовъ при подобныхъ условіяхъ является погрѣшностью противъ искусства! Если подбородокъ обращенъ въ сторону, то допустима попытка наложенія щипцовъ. Впрочемъ, въ нѣсколькихъ подобныхъ случаяхъ, наблюдавшихся мною, мнѣ ни разу не удалось извлечь ребенка щипцами. Во всѣхъ этихъ случаяхъ головки были очень большія и долихоцефалическія.

Итакъ, если при лицевыхъ предлежаніяхъ съ подбородкомъ, обращеннымъ кзади, плоду начинается угрожать опасность, а поворотъ уже невозможенъ, то роды слѣдуетъ предоставить силамъ природы. Если же опасность угрожаетъ матери, то слѣдуетъ произвести перфорацию. Въ тѣхъ случаяхъ, когда подбородокъ обращенъ въ

сторону, можно передъ перфوراціей осторожно наложить пробные щипцы.

### Предсказаніе при извлеченіи щипцами.

Если акушеръ приступаетъ къ операціи лишь послѣ тщательнаго изслѣдованія, на основаніи точно опредѣленныхъ показаній, при строгомъ соблюденіи антисептическихъ предосторожностей, если онъ заблаговременно снимаетъ щипцы, не форсируя извлеченіе, то сама по себѣ операція не угрожаетъ матери большею опасностью, чѣмъ произвольныя роды. Такъ, на 206 извлеченій щипцами въ клиникѣ Leorold'a ни одна изъ матерей не погибла отъ этой операціи; изъ дѣтей умерло 12%, слѣдовательно, только на 1% больше, чѣмъ общая смертность дѣтей въ первые восемь дней послѣ родовъ по Нескег'у; и это, несмотря на то, что изъ 206 дѣтей въ 87% случаевъ показаніемъ къ извлеченію щипцами послужила наступившая уже асфиксія. Я также на 92 случая извлеченій щипцами не потерялъ ни одной матери отъ этой операціи, а изъ дѣтей погибло только 5 (5,4%). Со времени этой давней статистики послѣдующія операціи, произведенныя впоследствии, дали столь же благопріятные результаты.

Если же щипцы накладываются безъ тщательнаго изслѣдованія и точно опредѣленныхъ показаній, а извлеченіе производится во что бы то ни стало, то неизбѣжнымъ послѣдствіемъ такого образа дѣйствій являются обширные разрывы мягкихъ частей матери (прободеніе задняго свода), даже разрывы тазовыхъ костей и ихъ сочлененій и многообразныя поврежденія черепа плода (съ кровоизліяніями въ мозгъ). Если врачъ относится къ операціи не только безъ всякой критики, но еще, какъ это часто бываетъ, не соблюдаетъ и анти-

септических предосторожностей, то кромѣ плода часто погибаетъ и мать.

Даже послѣ легкихъ извлеченій щипцами наблюдаются параличи лицевого нерва и ручекъ. Они проходятъ сами по себѣ. Чтобы плодъ не погибъ отъ давленія верхушекъ щипцовъ на пуповину, обвитую вокругъ шеи (H e s k e r), слѣдуетъ произвести вышереккомендованное быстрое извлеченіе.

## Перфорация и краниотракція resp. кранио-клазія.

Перфорация живого плода показана въ тѣхъ случаяхъ, когда матери угрожаетъ опасность, но ни наложеніе щипцовъ, ни поворотъ съ извлеченіемъ, ни кесарское сѣченіе не возможны.

Когда плодъ мертвъ, то его всегда слѣдуетъ уменьшить, если всякій иной способъ родоразрѣшенія оказывается труднымъ. Перфорация необходима чаще всего при несоотвѣтствіи между головкой и тазомъ или при неблагоприятномъ вставленіи головки.

Условія для производства перфораци:

1. Пузырь долженъ быть разорванъ.
2. Маточный зѣвъ долженъ пропускать перфораторъ.

Для производства перфораци я предпочитаю пожницеобразный перфораторъ N a e g e l e всѣмъ другимъ, примѣняемымъ до сего времени. Главное его преимущество въ томъ, что его можно примѣнить во всѣхъ случаяхъ. Далѣе, онъ требуетъ наименьшей затраты силъ. Если въ полость черепа нельзя проникнуть черезъ шовъ или родничекъ, то нѣсколькими буравящими движеніями легко можно перфорировать самыя черепныя кости. Вслѣдствіе этого головка не такъ

сильно отгибается кверху, и нижний маточный сегментъ. растянутый и безъ того, страдаетъ меньше, а фиксированіе головки снаружи удастся легче. По этой причинѣ, а также и потому, что этотъ перфораторъ быстрѣ проникаетъ въ мягкія части и кости, онъ и соскальзываетъ не такъ легко. Тѣми же преимуществами обладаетъ и краніокласть

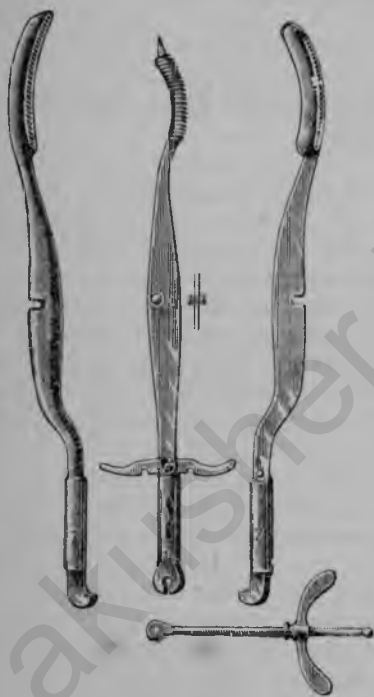


Рис. 36.

А u v a r d'a, внутреннюю вѣтвь котораго я снабдилъ заостреннымъ обоюдоострымъ концомъ (см. рис. 36), благодаря чему этотъ инструментъ дѣлаетъ перфораторъ Naegele излишнимъ.

Производятъ операцію на поперечной кровати. 2—4 пальца лѣвой руки проводятъ къ наиболѣе доступному мѣсту головки такимъ образомъ, чтобы ихъ тыльная поверхность была обращена кзади. Въ то время, какъ ассистентъ обѣими руками фиксируетъ головку во

входѣ въ тазъ, акушеръ правой рукой вонзаетъ въ черепъ сильно опущенный перфораторъ; вонзивъ все остріе, перфораторъ рас-



тотчасъ же приступитъ къ извлеченію черепа, такъ какъ опасность, угрожающая матери, требуетъ быстрого окончанія родовъ. Для того, чтобы сдѣлать возможнымъ извлеченіе при недостаточно открытомъ маточномъ зѣвѣ, особенно у первородящихъ, цѣлесообразно и въ этихъ случаяхъ дѣлать 1—2 глубокихъ насѣчки на шейкѣ. Если ихъ не дѣлаютъ, то, какъ правило, получается разрывъ шейки, который тянется далеко въ сводъ; такой разрывъ можетъ сильно кровоточить. У пожилыхъ первородящихъ можетъ понадобиться надрѣзъ промежности или влагалищно-промежностной надрѣзъ.

Извлеченіе слѣдуетъ производить:

1. Обыкновеннымъ краниокластомъ (см. рис. 38).

Таковымъ можетъ служить инструментъ *Auvar d'a* (см. рис. 36, 37 и 38), если удалить третью вѣтвь его, т.-е. крѣпкіе, снабженные сжимающимъ аппаратомъ, костные щипцы. Внутреннюю съ винтовыми насѣчками вѣтвь, которой пользуются въ качествѣ перфоратора, вводятъ въ полость черепа, а вторую вѣтвь подъ контролемъ 2—4 пальцевъ проводятъ по передней части го-



Рис. 38.

ловки, какъ ложку щипцовъ; при наложеніи второй ложки на лицо инструментъ не такъ легко срываетъ

ся (см. рис. 37 и 38). Затѣмъ замыкаютъ сжимающій аппаратъ и приступаютъ къ извлеченію, съ которымъ не слѣдуетъ особенно спѣшить, чтобы головка постепенно приспособилась къ тазовому каналу, вытягиваясь на подобіе колбасы въ длину. Краниокласть представляетъ собою, собственно говоря, только извлекающій инструментъ — въ этомъ смыслѣ его лучше называть краниотракторомъ; такъ какъ при извлеченіи головка конфигурируется вышеуказаннымъ образомъ, то краниокласть является инструментомъ, въ нѣкоторомъ смыслѣ и уменьшающимъ объемъ головки.

Когда головка опускается до тазового дна, то поворачиваютъ лицо съ помощью инструмента кзади, чтобы роды въ дальнѣйшемъ протекали по нормальному механизму.

2. Острымъ крючкомъ.

Острый крючокъ пригоденъ, главнымъ образомъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ краниокласть вслѣдствіе ломкости костей постоянно вырывается. Въ такихъ случаяхъ вводятъ крючекъ въ полость черепа и устанавливаютъ его на точкѣ, которую можно достигнуть снаружи (черепа) пальцемъ, введеннымъ во влагалище. Если теперь извлекать медленно, такъ чтобы можно было прекратить извлеченіе въ любой моментъ, то можно въ точности контролировать, какъ глубоко вошли



Рис. 39.

лось остріе крючка и можно ли еще продолжать извлечение, не опасаясь, что крючок вырвется. Этого слѣдуетъ безусловно избѣгать, такъ какъ, сорвавшись, крючокъ наноситъ опасныя поврежденія задней стѣнкѣ влагалища *resp.* рукамъ оператора.



Рис. 40.

3. Краниокластомъ *Auvard'a* съ тремя вѣтвями (см. рис. 36, 39 и 40).

Въ случаяхъ значительнаго суженія таза или при очень большихъ и плотныхъ головкахъ, уменьшеніе черепа, вызванное перфорацией, недостаточно для того, чтобы безъ особыхъ затрудненій извлечь ребенка съ помощью краниокласта. Въ этихъ случаяхъ часто послѣ перфорации примѣняютъ кефалотрипсию (раздробленіе головки). Примѣняемый для этой цѣли инструментъ настолько неуклюжъ, что въ результатѣ получаются значительныя ушибы мягкихъ частей матери. Помимо этого, при завинчиваніи сжимающаго аппарата головка легко выскальзываетъ изъ вѣтвей инструмента. Всѣ

эти недостатки устранены въ остроумномъ инструментѣ *Auvard'a*. Сперва накладываютъ двѣ вѣтви его, какъ простой краниокласть. Если извлечение послѣ этого затруднительно, то накладываютъ на свободную поверхность черепа третью,



самую большую вѣтвь (см. рис. 39). При завинчиваніи винта третья вѣтвь приближается къ краниокласту и головка раздробляется <sup>1)</sup> (см. рис. 40). При употребленіи этого изящнаго инструмента нечего опасаться ушибовъ мягкихъ частей. Далѣе, головка не можетъ выскользнуть изъ вѣтвей, такъ какъ она крѣпко удерживается краниокластомъ.

Съ помощью этого инструмента можно также извлечь послѣдующую перфорированную головку, если извлеченіе посредствомъ приема Veit-Smellie не удастся. Самое извлеченіе послѣдующей головки труднѣе, чѣмъ предыдущей, такъ какъ не удастся вполне удалить весь мозгъ, да и головка не такъ легко приспособляется.

Предсказаніе при перфораци и краниотракціи герр. краниоклази при соблюденіи вышеизложенныхъ правилъ благоприятно и смертные случаи послѣ операціи должны быть отнесены не на счетъ самой операціи, а на счетъ того угрожавшаго жизни состоянія, которое заставило прибѣгнуть къ ней. Впрочемъ, при неумѣломъ введеніи инструмента матери могутъ быть нанесены тяжелыя поврежденія.

### Эмбриотомія.

Эмбриотомія распадается на декапитацию (обезглавливаніе) и экзентерацію (удаленіе внутренностей полости груди и живота). Она показана:

1. При залуценномъ поперечномъ положеніи (см. стр. 352).

---

<sup>1)</sup> Такимъ образомъ этотъ прекрасный инструментъ является одновременно перфораторомъ, краниотракторомъ и кефалотрибомъ.

2. При ненормальной большой величинѣ туловища плода, безразлично, зависитъ ли она отъ сильнаго развитія плода или отъ его уродливости.

Для той и другой операціи годится только поперечная кровать.

ад 1. Декапитация производится въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ рукой можно удобно дойти до шейки плода. Это облегчается сильнымъ потягиваніемъ за вышавшую ручку. Лѣвой рукой охватываютъ шейку плода, а правой рукой вводятъ тупой крючокъ В г а и п'а; если спинка обращена впередъ, то крючокъ подъ контролемъ большого пальца проводятъ спереди по направленію кверху; въ другихъ случаяхъ его проводятъ сзади подъ руководствомъ полу-руки и накладываютъ кривизною на позвоночникъ. Если затѣмъ потягивать крючокъ книзу, то головка плода погружается въ мягкія части, а крючокъ цѣликомъ охватываетъ позвоночникъ. Если затѣмъ при дальнѣйшемъ потягиваніи повернуть крючокъ по направленію къ головкѣ плода (F e h l i n g), то позвоночникъ переламывается. Такимъ же образомъ разъединяется остающійся еще мостикъ изъ мягкихъ тканей или же онъ настолько оттягивается книзу, что его безъ труда можно разсѣчь ножницами. При этомъ важное значеніе имѣетъ фиксированіе головки снаружи, чѣмъ избѣгается значительная подвижность экскурсій ея.

Декапитация можетъ быть произведена, хотя и съ большимъ трудомъ, также и ножницами S i e b o l d'a. Съ этой цѣлью сильно притягиваютъ ручку или низводятъ тупымъ крючкомъ шейку плода, а затѣмъ подъ контролемъ указательнаго и средняго пальцевъ лѣвой руки послѣдовательно перерѣзаютъ мягкія ткани шейки плода и одинъ изъ межпозвоночныхъ хрящей. Туловище уда-

ляется путемъ потягиванія за ручку. Въ рѣдкихъ случаяхъ требуется еще перфорация туловища и краниотракція. Оставшуюся головку удаляютъ, вводя въ ротикъ два пальца, которыми извлекаютъ ее при помощи давленія снаружи. При узкомъ тазѣ или при ненормально большой головкѣ можетъ потребоваться перфорация, а иногда еще и краниотракція *геср.* краниоклазія.

ad 2. Если болѣе доступно туловище, то слѣдуетъ производить экзентерацію; тутъ подь контролемъ нѣсколькихъ пальцевъ лѣвой руки вонзаютъ перфораторъ *Naegeler* или *Auvarda* въ наиболѣе доступную часть туловища и удаляютъ пальцами органы грудной и брюшной полости черезъ отверстие, которое расширяютъ, какъ можно болѣе—для удаленія брюшныхъ внутренностей предварительно прободаютъ грудобрюшную преграду. Затѣмъ, на основаніи собственнаго опыта, я считаю наиболѣе простымъ стянуть, по предложенію *Rawliff'a*, шейку плода за ручку и перерѣзать ее подь контролемъ глаза ножницами. Другіе авторы рекомендуютъ ввести черезъ перфорационное отверстие острый или тупой крючокъ, захватить имъ тазъ плода, а затѣмъ провести ягодицы черезъ тазъ матери мимо плечиковъ, какъ это происходитъ при самоизворотѣ.

Только въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ допустимо отрѣзать выпавшую ручку у мертваго плода, а именно только тогда, когда она мѣшаетъ производству эмбриотоміи. Въ значительномъ большинствѣ случаевъ выпавшая ручка облегчаетъ эмбриотомію, такъ какъ путемъ потягиванія за нее удастся стянуть книзу шею *геср.* туловище плода.

Если операція производится согласно вышеуказаннымъ правиламъ, то она сама по себѣ не опасна. Поэтому при мертвомъ плодѣ и значительномъ растяженіи ниж-

няго маточнаго сегмента, слѣдовало бы принципиально отказываться отъ всякой попытки къ повороту, такъ какъ при немъ матка подвергается опасности разрыва. Кромѣ только что описанныхъ декапитаціи и экзентераціи при поперечныхъ положеніяхъ, обѣ эти операціи предпринимаются также и при продольныхъ положеніяхъ—и именно экзентерація—главнымъ образомъ при наличности второго показанія (ненормальная величина туловища плода). Предположеніе о подобномъ препятствіи возникаетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда на лицо нѣтъ другихъ препятствій (узкій тазъ и т. д.) и когда послѣ выведенія головки не удастся освободить туловище, а при ногоположеніяхъ не удастся извлеченіе за ножку. При изслѣдованіи, произведенномъ получили всей рукой, обнаруживаютъ въ подобныхъ случаяхъ чрезмѣрную величину туловища, наличность двойныхъ уродствъ или вколотившіяся двойни. Исключая послѣдній случай, необходимо тотчасъ же подъ контролемъ руки приступить къ экзентераціи. Если при головномъ предлежаніи производству экзентераціи мѣшаетъ родившаяся головка, то ее слѣдуетъ отсѣчь ножницами. Въ послѣднемъ случаѣ нѣтъ надобности производить экзентерацію, а слѣдуетъ низвести одну или обѣ ручки и извлекать за нихъ.

### Классическое кесарское сѣченіе.

Классическое кесарское сѣченіе заключается въ томъ, что плодъ извлекается черезъ отверстіе, искусственно произведенное въ брюшныхъ покровахъ и маткѣ; уже въ древности *lex regia* предписывала производство этой операціи на умершихъ беременныхъ для спасенія ребенка. Эту операцію называли, по *Plinius's*у, «*sectio cae-*

saera», потому что при этомъ ребенокъ извлекался «a cesso matris utero», т.-е. изъ разсѣченной матки беременной матери. Дѣти, извлеченные такимъ путемъ, получали имя «Caesar». Въ концѣ XVI-го столѣтія въ нѣкоторыхъ трудахъ французскихъ авторовъ говорится о кесарскомъ сѣченіи на живой, какъ объ извѣстной операци; но все же первый несомнѣнный случай кесарскаго сѣченія на живой принадлежитъ хирургу *Yeremias Trautman* п'у, который произвелъ его въ 1610 г. въ Виттенбергѣ въ одномъ случаѣ грыжи матки. Въ дальнѣйшемъ эта операція производилась почти исключительно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ роды, вслѣдствіе имѣвшихся препятствій, не могли произойти *per vias naturales*—слѣдовательно, прежде всего при узкомъ тазѣ. Смертность при кесарскомъ сѣченіи въ до-антисептическое время была чрезвычайно высока (85%). Поэтому *Roggo* предложилъ послѣ извлеченія плода и послѣда производить ампутацію тѣла матки, а культю укрѣплять въ брюшной ранѣ, чтобы такимъ образомъ устранить переходъ разложившихся лохий въ брюшную полость. Благопріятные результаты, получавшіеся при операци *Roggo*, зависѣли отчасти отъ того, что введеніе ея совпало съ началомъ антисептической эры. Заслуга *Sänger*'а состоитъ въ томъ, что онъ примѣнилъ при производствѣ стараго, консервативнаго кесарскаго сѣченія основныя положенія антисептики, а главное предложилъ тщательно зашивать рану матки и тѣмъ самымъ снова сдѣлалъ кесарское сѣченіе доминирующей операцией. Хотя способъ наложенія швовъ и подвергался различнымъ видоизмѣненіямъ, тѣмъ не менѣе принципъ его остался тѣмъ же самымъ, а именно: возможное болѣе полное отдѣленіе полости матки отъ брюшной полости. Такимъ образомъ останавливается кровотеченіе изъ

раны матки, устраняется поступленіе разложившихся лохий въ брюшную полость и получается плотный рубецъ, который не явится предрасполагающимъ моментомъ къ разрыву матки во время послѣдующей беременности.

Съ усовершенствованіемъ антисептики, иными словами съ преобразованіемъ ея въ асептику смертность при кесарскомъ сѣченіи упала въ клиникахъ настолько, что показанія къ этой операциіи были значительно расширены. Такъ, *Halbertsma* предложилъ классическое кесарское сѣченіе при эклампсиі, я—при внутреннемъ кровотеченіи, вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія послѣда, *Bergnaus*—при предлежаніи послѣда. Эту операцию часто стали производить по поводу суженій мягкихъ частей или загражденія ихъ опухолями матки и яичниковъ. Въ послѣдніе годы при наличности подобныхъ осложненій часто стали примѣнять, по моему предложенію, вмѣсто классическаго кесарскаго сѣченія—влагалищное. Такъ, напр., *Wim* болѣе не оправдываетъ производство классическаго кесарскаго сѣченія при эклампсиі, *Olshausen* же пока еще придерживается этой операциі.

Такое же расширеніе въ смыслѣ примѣненія при относительныхъ показаніяхъ претерпѣло и кесарское сѣченіе; его стали производить при узкомъ тазѣ съ *conjugata vera* въ  $5\frac{1}{2}$ —7 см. въ тѣхъ случаяхъ, когда мать желала имѣть живого ребенка. Съ того времени, какъ *Gigli* ввелъ въ оперативное акушерство гебостеотомію, послѣднее показаніе для производства кесарскаго сѣченія значительно ограничилось. Слѣдуетъ надѣяться, что въ дальнѣйшемъ операциа *Gigli* значительно ограничитъ производство перфорациі живого плода. Правда, на практикѣ перфорациа остается пока еще наиболѣе безопасной изъ этихъ трехъ операций и поэтому не можетъ быть теперь же

изгнана изъ оперативнаго акушерства, какъ этого хочетъ *Pinar d*.

По болѣе старой статистикѣ въ клиникахъ *Zweifel'я*<sup>1)</sup> и *Leopold'a* до 1894 г. было произведено всего 47 кесарскихъ сѣченій съ 3 смертными исходами = 6,4%. Между тѣмъ на 22 перфораци, произведенныя по поводу узкаго таза (съ *conj. vera* ниже 7,5) въ клиникѣ *Leopold'a*, не было ни одного смертнаго исхода. Изъ этого слѣдуетъ, что нѣкоторые опытные операторы достигаютъ путемъ кесарскаго сѣченія очень хорошихъ результатовъ, но все же при перфораци результаты еще лучше. На 100 кесарскихъ сѣченій, произведенныхъ въ то время другими операторами, смертность равнялась 32%.

Если при статистическихъ вычисленіяхъ принимать во вниманіе не только тѣ случаи, гдѣ кесарское сѣченіе производилось по поводу узкаго таза, то смертность при этой операціи и въ настоящее время еще очень высока. Конечно, эта высокая цифра смертности частью зависитъ отъ трудности случая, а не отъ самой операціи. Все же сравненіе результатовъ при классическомъ и влагалищномъ кесарскихъ сѣченіяхъ, произведенныхъ при одномъ и томъ же заболѣваніи, именно, при эклампсiи, показываетъ, что опасность при первомъ болѣе высока, именно 53% смертности (*Hammes schlag*)—противъ 15% при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи (*Dührssen*).

Исходя изъ этихъ соображеній, никогда не слѣдуетъ скрывать отъ роженицы или ея близкихъ большую опасность кесарскаго сѣченія по сравненію съ другими операціями; далѣе, слѣдуетъ, по возможности, направлять роженицу въ клинику

<sup>1)</sup> Согласно новѣйшей статистикѣ *Zweifel'я*, опубликованной въ 1907 г., онъ на 126 кесарскихъ сѣченій имѣлъ только 4,8% смертности.

или приглашать товарища, владеющего техникой производства чрезосъченія. Если роженица уже инфицирована, то на практикѣ слѣдуетъ съ самаго начала отказаться отъ кесарскаго сѣченія, а производить либо перфوراцію, либо операцію Gigli. Послѣ введенія въ оперативное акушерство гебостеотоміи и влагалищнаго кесарскаго сѣченія, я считаю показаннымъ классическое кесарское сѣченіе только въ слѣдующихъ случаяхъ:

1. Если извлеченіе даже раздѣленнаго на части плода невозможно *per vias naturales*—абсолютное показаніе. (При узкомъ тазѣ съ *conj.* ниже  $5\frac{1}{2}$  стм., при опухоляхъ, выполняющихъ тазъ, неподдающихся вправленію и уменьшенію, или удаленію влагалищнымъ путемъ.)

2. Если извлеченіе раздѣленнаго на части плода возможно *per vias naturales*, но мать желаетъ имѣть живого ребенка (относительное показаніе) и въ то же время не соглашается на гебостеотомію.

3. Если предвидится близкая смерть матери или если она уже наступила, а родоразрѣшеніе *per vias naturales* или путемъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія не можетъ быть произведено достаточно быстро.

4. При ракъ нижняго отдѣла матки, когда раковое пораженіе захватило окружающія матку ткани и нельзя произвести радикальной операціи. Въ этихъ случаяхъ классическое кесарское сѣченіе предпринимается въ интересахъ одного плода.

При производствѣ кесарскаго сѣченія слѣдуетъ обращать вниманіе на слѣдующіе 3 главныхъ пункта:

1. Предотвращеніе инфекціи извнѣ (путемъ строгой асептики *resp.* антисептики).
2. Предотвращеніе инфекціи со стороны полости матки (путемъ тщательнаго наложенія швовъ;



путемъ тампонаціи матки при наличности разложенія).

3. Остановка кровотечения (путемъ профилактическихъ инъекцій эрготина и тампонаціи матки).

Пунктъ 1-ый достигается путемъ тщательной дезинфекціи операціоннаго поля, рукъ, инструментовъ и всего того, что приходитъ въ соприкосновеніе съ брюшной полостью, въ особенности шелка герм. нитокъ изъ целлулоида (очень хорошіи матеріалъ для швовъ) и марлевыхъ компрессовъ. Всего проще стерилизовать инструменты, упомянутый матеріалъ для швовъ и марлевые компрессы кипяченіемъ въ закрытомъ сосудѣ, завернувъ ихъ въ полотенца. Въ дальнѣйшемъ полотенца служатъ какъ подстилка для инструментовъ, компрессовъ и матеріала для швовъ. Животъ роженицы, а также руки оператора дезинфицируются іодной настойкой; волосы на лобкѣ сбриваются и операціонное поле обкладывается стерилизованными полотенцами.

Импровизированный, предварительно обструганный операціонный столъ покрывается чистой простыней, а подъ нее, если имѣется, подкладывается большой кусокъ непромокаемой ткани. Что касается помощниковъ, то въ крайнемъ случаѣ можно обойтись двумя, одинъ для веденія наркоза, а другой, какъ главный помощникъ. Ассистентъ, помогающій при операціи, и операторъ должны надѣть халаты и резиновыя перчатки. Операторъ долженъ самъ вдѣть нитки въ иглы и положить ихъ вмѣстѣ съ компрессами такъ, чтобы онъ могъ ихъ брать самъ.

Время операціи. Лучше всего оперировать до разрыва пузыря, какъ только на лицо сильныя схватки. Передъ началомъ операціи больной слѣдуетъ впрыснуть эрготинъ для того, чтобы

матка хорошо сократилась послѣ ея опорожненія. Инъекція эрготина даетъ возможность оперировать и до начала родовъ.

Кожный разрѣзъ проводится по бѣлой линіи длиною приблизительно въ 2 ладони и такимъ образомъ, чтобы середина разрѣза приходилась въ области пупка. Бѣлую линію, а также и брюшину вскрываютъ между двумя зубчатыми пинцетами (хирургическими) и увеличиваютъ отверстіе до длины кожного разрѣза. Затѣмъ, по предложенію Р. Миллера, выкачиваютъ матку изъ брюшной раны; вокругъ шейки матки подъ яичниками накладываютъ резиновый жгутъ<sup>1)</sup>, толщиной приблизительно въ 1 см. и затягиваютъ его. Для того, чтобы позади матки не выпячивались кишки, въ брюшную полость вводятъ одинъ или два компресса.

Теперь вскрываютъ матку, начиная съ дна ея, разрѣзомъ приблизительно въ 16 см.; разрѣзъ этотъ дѣлаютъ сначала скальпелемъ, а затѣмъ пугочатымъ ножомъ; если разрѣзъ попадаетъ на послѣдъ, то его быстро отдѣляютъ съ какой-либо стороны, разрываютъ при этомъ пузырь и извлекаютъ плодъ за ту часть, которая въ данномъ случаѣ предлежитъ. Затѣмъ, вмѣсто перевязки быстро захватываютъ пуповину зажимомъ и перерѣзавъ ее, отдѣляютъ послѣдъ и яичевья оболочки.

Далѣе слѣдуетъ наложеніе швовъ; накладываютъ 8 глубокихъ узловатыхъ швовъ черезъ всю толщину матки и около 10 поверхностныхъ— на одну брюшину. При наложеніи поверхностныхъ швовъ края брюшины сами собой подворачиваются внутрь, такъ что для этой цѣли не приходится

---

<sup>1)</sup> Если помощникъ соответствующимъ образомъ прижимаетъ связки къ маткѣ, то можно обойтись и безъ неудобнаго жгута.

дважды прокалывать край раны на каждой стороне. Вместо этого Fritsch рекомендует зашивать разрыв матки, который онъ проводит поперекъ дна, 15-ю узловатыми шелковыми швами черезъ всю толщю маточной стѣнки. Everske съ цѣлью получить хорошій рубецъ сперва зашиваетъ узловатыми швами отпадающую оболочку и самый внутренній слой мышцъ; а затѣмъ уже остальную рану. Въ качествѣ матеріала для швовъ, а также и для брюшныхъ покрововъ въ настоящее время слѣдовало бы примѣнять преимущественно сухой іодъ-кэтгутъ.

По наложеніи швовъ развязываютъ жгутъ. Послѣ этого часто наступаетъ (даже смертельная) атонія; эту атонію большинство авторовъ приписываютъ перетягиванію жгутомъ, а я склоненъ объяснить быстрымъ опорожненіемъ матки. Если тутъ выполнить матку тампономъ, то этимъ создается раздраженіе, которое ведетъ къ сокращенію матки или же, при отсутствіи сокращенія, можно достигнуть механическимъ путемъ остановки кровотечения, прижимая матку къ тампону. Dohrn, van der Meij, Peter Müller и другіе послѣдовали этому моему предложенію и остались очень довольны полученными результатами. Помимо остановки кровотечения, марлевый тампонъ служитъ также какъ длительное дезинфицирующее средство и дренажъ. Тампонацію матки, которая показана также и при процессахъ разложенія въ полости послѣдней, цѣлесообразно производить со стороны влагалища послѣ наложенія швовъ.

Кровотеченіе изъ самой раны останавливается путемъ наложенія еще нѣсколькихъ швовъ.

Послѣ очищенія брюшной полости, брюшная рана зашивается трехэтажнымъ швомъ, т.-е. накладываются отдѣльные непрерывные швы на брюшину, фасцію и кожу; затѣмъ брюшная рана покрывается іодоформной марлей и ватой, которая

укрѣпляется бинтомъ или полосками липкаго пластыря <sup>1)</sup>).

Послѣдующее леченіе тоже, что и при чревосѣченіи. Изъ числа младенцевъ, извлеченныхъ путемъ кесарскаго сѣченія, извѣстный процентъ все же погибаетъ.

При повторномъ кесарскомъ сѣченіи могутъ представитъ затрудненія сращенія матки съ брюшной стѣнкой или сальникомъ. Въ одномъ подобномъ случаѣ, съ успѣхомъ оперированномъ мною, матка, какъ вуалью, была окутана гипертрофированнымъ сальникомъ, который въ свою очередь былъ сращенъ съ брюшной стѣнкой. Хотя при первой операціи былъ наложенъ кѣтутовый шовъ, все же это не предотвратило этихъ сращеній.

При сомнительной асептикѣ Франск рекомендуетъ производить родоразрѣшеніе путемъ надлобковаго кесарскаго сѣченія. При этой операціи брюшныя стѣнки, пузырноматочная складка брюшины и нижній маточный сегментъ вскрываются поперечнымъ разрѣзомъ; нижній маточный сегментъ вскрываютъ лишь послѣ того, какъ пришьютъ брюшину матки къ паріетальной брюшинѣ, покрывающей верхній край разрѣза брюшной стѣнки; головка выводится изъ раны путемъ давленія на дно матки. Затѣмъ слѣдуетъ шовъ. Образовавшееся пустое пространство дренируется полоской іодоформной марли, проведенной въ брюшную рану или—черезъ шейку—въ рану матки.

Операція Рогго по своей техникѣ вполне соответствуетъ надвлагалищной ампутаціи тѣла

---

<sup>1)</sup> Пригодный для этого стерилизованный, антисептический перевязочный матеріалъ заготавливаетъ фабрика стерилизованныхъ отдѣльныхъ упаковокъ, Berlin, Neanderstr. 3, въ универсальной коробкѣ № 4 (перевязочный матеріалъ для брюшной раны).

матки съ внѣбрюшиннымъ укрѣпленіемъ культи или опусканіемъ ея въ брюшную полость. При внѣбрюшинномъ способѣ матку вмѣстѣ съ яичниками и связками отсѣкаютъ надъ жгутомъ, брюшину культи сшиваютъ подъ жгутомъ съ паріетальнымъ листкомъ брюшины нижняго угла раны.

Какъ при гинекологическихъ заболѣваніяхъ надвлагалищная ампутація матки вытѣсняется полной экстирпаціей ея, такъ и въ акушерствѣ въ настоящее время при операциіи Рогго удаляютъ всю матку. Это видоизмѣненіе операциіи необходимо въ цѣляхъ радикальнаго излеченія рака беременной матки, если въ этихъ случаяхъ не предпочитаютъ радикальнаго влагалищнаго кесарскаго сѣченія; цѣлесообразно это видоизмѣненіе — при септическомъ заболѣваніи матки. F r i t s c h въ одномъ подобномъ случаѣ удалилъ всю матку цѣликомъ, не вскрывая ея.

Показаніемъ къ операциіи Рогго служатъ слѣдующія заболѣванія:

1. Остеомаляція.

Дѣло въ томъ, что остеомаляція отъ каждой новой беременности ухудшается, между тѣмъ, какъ, по F e h l i n g'у, она излечивается путемъ операциіи Рогго, связанной съ кастраціей.

2. Опухоли матки, удаленіе которыхъ показано.
3. Рубцовыя суженія шейки или влагалища и опухоли таза, когда они дѣлаютъ невозможнымъ оттокъ послѣродовыхъ очищеній.
4. Септическій, а иногда и гонорройный (L e o r o l d) эндометритъ.
5. Атоническое кровотеченіе изъ зашитой уже матки, если его не удастся остановить другими способами (въ тѣхъ случаяхъ, когда предполагалось произвести консервативное кесарское сѣченіе).
6. Разрывъ матки, осложненный поврежденіями.

Эта операція производилась также по поводу яичниковыхъ опухолей, по поводу нарушенія теченія родовъ послѣ *ventri*— или *vaginifixur*'ъ и съ цѣлью стерилизаціи женщины при тяжелыхъ страданіяхъ *resp.* послѣ предшествовавшаго консервативнаго кесарскаго сѣченія.

Соотвѣтственно консервативному теченію въ оперативной гинекологіи нѣкоторые операторы, за исключеніемъ случаевъ остеомалациі, оставляютъ при операціи *Potter* здоровые яичники съ цѣлью предотвратить явленія выпаденія.

### Влагалищное кесарское сѣченіе.

Какъ уже было указано въ предыдущей главѣ, смертность при кесарскомъ сѣченіи все еще высока. Помимо этого, кесарскому сѣченію, какъ чревосѣченію, присущъ тотъ недостатокъ, что при немъ образуется рубецъ брюшной стѣнки, который, если не наступаетъ первичнаго заживленія, въ дальнѣйшемъ угрожаетъ пациенткѣ опасностью возникновенія грыжи.

Чтобы избѣжать этихъ недостатковъ я предложилъ влагалищное кесарское сѣченіе. Эта операція даетъ доступъ къ маткѣ со стороны влагалища, безъ вскрытія брюшины; въ техническомъ отношеніи ее можно хорошо выполнить при закрытой и сохранившейся шейкѣ.

Даже при узкомъ тазѣ съ *conjugata vera* ниже  $6\frac{1}{2}$  см. влагалищное кесарское сѣченіе въ связи съ гебостеотоміей можетъ замѣнить классическое кесарское сѣченіе. Я предложилъ влагалищное кесарское сѣченіе въ 1895 г. въ видѣ разсѣченія одного только передняго свода и передней стѣнки матки и произвелъ эту операцію такимъ способомъ уже раньше, чѣмъ ее сдѣлалъ *W. M. M.* Поэтому неправильно называть это видоизмѣненіе влагалищнаго кесарскаго сѣченія способомъ *W. M. M.'a.*

В и т т далъ ей только отдѣльное названіе, именно *colpo-hysterotomia anterior*. Такъ какъ и въ гинекологіи существуетъ *colpo-hysterotomia anterior*, то это названіе нельзя считать очень удач-

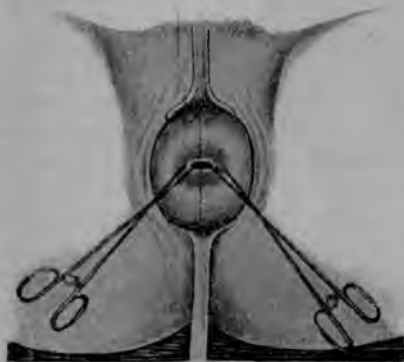


Рис. 41.

нымъ. Еще менѣе характеризуетъ эту операцію «быстрое родоразрѣшеніе» — названіе, употреблявшееся также. Кромѣ того, при крупномъ плодѣ не исключена опасность, что при одномъ только переднемъ разрѣзѣ матки можетъ быть вскрыта брюшина и затѣмъ, при наличности разложившагося содер-

жимаго матки, можетъ возникнуть перитонитъ.

Впервые я произвелъ эту операцію въ 1896 г. въ концѣ беременности и въ теченіе  $\frac{1}{4}$  часа при совершенно закрытой шейкѣ извлекъ живого младенца, вѣсомъ въ  $4\frac{1}{2}$  kilo. Въ данномъ случаѣ за годъ передъ тѣмъ была произведена *vaginofixati'a* по поводу выпаденія и запрокидыванія матки кзади. Очень крупный плодъ лежалъ въ поперечномъ положеніи. Я опасался, что во время родовъ наступитъ деформація матки, которая повлечетъ за собой недостаточное открытіе маточнаго зѣва. Поэтому мнѣ казалось рациональнѣе какъ и въ интересахъ матери, такъ и въ интересахъ плода совершенно выключить родовую дѣятельность. Операція была произведена слѣдующимъ образомъ:

Помощью большого зеркала были обнажены влагалищная часть, передній и задній своды; вла-

галищная часть захвачена съ боковъ двумя пулевыми щипцами; затѣмъ задній сводъ, влагалищ-

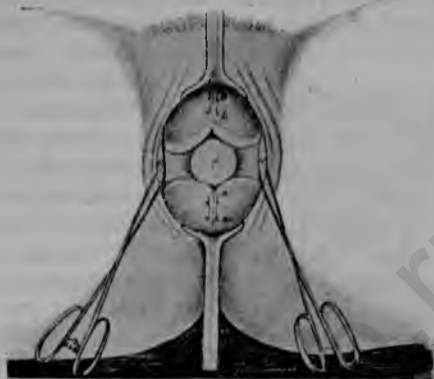


Рис. 42.



Рис. 43. *ef*—концы разрѣза влагалища; *abo*—обнаженная и разсѣченная часть матки.

ная часть и передній сводъ были разсѣчены сагиттально (рис. 41; *еof*) и Дугласъ отдѣленъ тупымъ



путемъ отъ задней стѣнки матки. При этомъ брюшина Дугласа разорвалась на небольшомъ протяженіи (см. рис. 43; с d). Обнаженная такимъ путемъ задняя стѣнка шейки и задняя стѣнка матки (рис. 42; а а) были затѣмъ разсѣчены сагиттально, а сильное кровотеченіе остановлено путемъ обкалыванія. Такимъ же образомъ мочевой пузырь былъ отодвинуть отъ передней стѣнки матки тупымъ путемъ и передняя стѣнка матки разсѣчена (рис. 42 и 43)—при этомъ маточно-пузырная складка брюшины совсѣмъ не показывалась на глаза. Въ полученное такимъ образомъ отверстіе вставился плодный пузырь (рис. 42; f) величиной въ ладонь. Руку легко можно было провести въ это отверстіе; былъ сдѣланъ поворотъ и ребенокъ извлеченъ безъ труда. Послѣдъ выдѣлился самопроизвольно; послѣ этого матка была затампонирована и нанесенныя раны зашиты.

Родильница была выписана на 16-ый день съ хорошо развивавшимся ребенкомъ. Матка была въ нормальномъ положеніи, разрѣзы зажили первичнымъ натяженіемъ. Слѣдующіе роды вслѣдствіе поперечнаго положенія плода я закончилъ у нея метрейризомъ.

Описанная операція показана при серіозной опасности для матери или для плода, возникающей либо во время беременности, либо въ началѣ родовъ, когда вышеописанные способы расширенія шейки не ведутъ къ цѣли достаточно быстро; да-лѣе, эта операція показана при наличности препятствій со стороны мягкихъ частей нижняго отдѣла матки.

Такимъ образомъ спеціальными показаніями являются:

1. Тяжелая эклампсія или нефритъ съ урэмией.
2. Тяжелое внутриматочное кровотеченіе вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія нормально

- прикрѣпленнаго послѣда или вслѣдствіе предлежанія его.
3. Тяжелыя заболѣванія легкихъ и сердца, при которыхъ показано выключеніе родовой дѣятельности.
  4. Быстрое окончаніе родовъ на умирающей или мертвой, какъ замѣна классическаго кесарскаго сѣченія.
  5. Рубцовыя суженія шейки и выпячиванія матки (сюда относятся также осложненія родовъ послѣ *vaginofixati'й*, которыхъ, впрочемъ, можно избѣгать путемъ соотвѣтственнаго измѣненія техники, именно путемъ изолированнаго зашиванія отверстія брюшины).
  6. Выпаденія матки при ригидной, длинной шейкѣ.
  7. Раковыя пораженія шейки, міомы и иногда яичниковыя опухоли, при которыхъ влагалитическая оваріотомія и опорожненіе матки дѣлаются въ одинъ приемъ.

Далѣе, влагалитическое кесарское сѣченіе можно производить вмѣсто искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, напр., при привычномъ умираніи плода (*v. F t a n q u é*, авторъ), и вмѣсто искусственнаго выкидыша позднихъ сроковъ. Если при искусственномъ позднемъ выкидышѣ, напр., по поводу тяжелаго туберкулеза, показана также и одновременная стерилизація путемъ сѣченія трубъ, то въ подобныхъ случаяхъ я производилъ влагалитическое чревосѣченіе и вскрывалъ матку разрѣзомъ передней стѣнки ея (см. стр. 156).

Въ числѣ специальныхъ показаній при опасностяхъ, угрожающихъ жизни плода, слѣдуетъ называть выпаденіе пуповины и кровотеченіе изъ сосудовъ плода (при *insertio velamentosa*).

При чревосѣченіяхъ во время беременности, напр., аппендектомія, цистектомія, влагалитическое

кесарское сѣченіе рекомендовали, какъ подготовительную операцію и возражали противъ производства въ подобныхъ случаяхъ классическаго кесарскаго сѣченія, такъ какъ при немъ получается рана, которая можетъ инфицироваться. O g a t a (Янонія) дважды произвелъ влагалищное кесарское сѣченіе при бери-бери, которая особенно пагубно вліяетъ на сердце беременныхъ.

При новообразованіяхъ на шейкѣ можно легко комбинировать влагалищное кесарское сѣченіе съ удаленіемъ этого новообразованія. Такъ при ракѣ шейки можно поступить слѣдующимъ образомъ: выскабливаютъ раково-перерожденную ткань, отдѣляютъ шейку отъ влагалища и основанія параметрія и отсѣкаютъ ее выше пораженнаго мѣста; засимъ разсѣкаютъ матку спереди и сзади до тѣхъ поръ, пока нельзя будетъ удобно извлечь ребенка. Если при этомъ будетъ вскрыта брюшина, то это дѣлу не вредитъ, такъ какъ послѣ опорожненія мы продолжаемъ разсѣкать матку до тѣхъ поръ, пока ее нельзя извлечь наружу. Послѣ этого перевязываютъ широкія связки или захватываютъ ихъ въ зажимы. И при примѣненіи зажимовъ можно, какъ я показалъ, зашить брюшину позади зажимовъ. Въ легкости влагалищнаго удаленія матки тотчасъ послѣ родовъ я убѣдился въ одномъ случаѣ, гдѣ произвелъ эту операцію вслѣдствіе разрыва матки; въ этомъ случаѣ наступило выздоровленіе.

При міомахъ, которыя заграждаютъ родовыя пути, поступаютъ такимъ же образомъ: разсѣкаютъ въ сагиттальномъ направленіи влагалищную часть и своды; какъ можно выше освобождаютъ шейку и разсѣкаютъ ея переднюю и заднюю стѣнки; уменьшаютъ (кускованіемъ) и вылуцаютъ подлежащія міомы; разсѣкаютъ матку настолько, чтобы плодъ могъ свободно пройти. Опорожняютъ матку. Накладываютъ швы на матку, на брюшину, если она была вскрыта, и на влагалищные разрывы.

Если имѣются еще міомы, то ихъ либо вылушаютъ, либо послѣ извлеченія плода экстирпируютъ влагалищнымъ путемъ всю міоматозную матку.

Такимъ образомъ я различаю консервативное и радикальное влагалищное кесарское сѣченіе. При радикальномъ влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи послѣ извлеченія плода матка экстирпируется; эта операція особенно умѣстна при міомахъ, сепсисѣ и, особенно, при ракъ шейки.

Если влагалище узко, то его слѣдуетъ предварительно расширить помощью влагалищно-промежностныхъ насѣчекъ. Чтобы предупредить атоническое кровотеченіе, слѣдуетъ до начала операціи сдѣлать инъекцію эрготина. Если же, несмотря на это, послѣ отдѣленія послѣда родильница кровоточитъ ех аtonia uteri, то матку слѣдуетъ затампонировать. Въ крайнемъ случаѣ ее можно быстро удалить влагалищнымъ путемъ, чего, впрочемъ, ни разу не понадобилось въ 500 случаяхъ, оперированныхъ до сихъ поръ.

На 248 случаевъ, собранныхъ мною (см. главу «Влагалищное кесарское сѣченіе» въ руководствѣ по акушерству в. W i n s k e l'я) смертность равнялась 13,3%. Такая смертность обусловлена тяжестью заболѣваній, послужившихъ показаніемъ къ операціи. Сама по себѣ операція не опасна, если она производится при благопріятныхъ внѣшнихъ условіяхъ специалистомъ, обладающимъ техникой влагалищныхъ операцій, введенныхъ взамѣнъ чревосѣченія.

Я, а послѣ меня и в. B a r d e l e b e n показали далѣе, что рубцы матки, образующіяся послѣ операціи, стойки и послѣдующіе роды протекаютъ совершенно нормально (безъ разрывовъ матки, которые наблюдались послѣ классическаго кесарскаго сѣченія, вслѣдствіе слабости рубцовъ).

Значеніе влагалищнаго кесарскаго сѣченія, какъ

акушерской операціи, такъ велико, что оно можетъ быть поставлено наряду съ классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ, щипцами и поворотомъ на ножки. Перечисленные три операціи и влагалищное кесарское сѣченіе Негар называютъ четырьмя классическими акушерскими операціями—гестеотомію къ нимъ онъ не относитъ. Въ связи съ этимъ влагалищное кесарское сѣченіе во всемъ свѣтѣ введено уже въ ученіе объ акушерскихъ операціяхъ, какъ новая акушерская операція, и повсюду признано его преимущество передъ всѣми другими способами родоразрѣшенія влагалищнымъ путемъ при закрытой или перерожденной шейкѣ. Чрезвычайно простая техника влагалищнаго кесарскаго сѣченія въ сочетаніи съ метрейризомъ была уже описана на стр. 328; относительно техники слѣдуетъ только еще добавить, что отдѣленіе мочевого пузыря отъ передней стѣнки влагалища облегчается помощью небольшого поперечнаго разрѣза передняго свода. Примѣненное мною въ первомъ случаѣ этой операціи предварительное обкальваніе ранъ матки оказалось въ дальнѣйшемъ излишнимъ. Напротивъ, никогда не слѣдуетъ забывать дренировать образующуюся впереди шейки полость небольшой полоской іодоформной марли.

Нѣкоторые авторы указываютъ, что влагалищное кесарское сѣченіе было уже извѣстно въ 18-мъ столѣтіи; слѣдуетъ, однако, замѣтить, что L a u e r j a t обозначалъ этимъ именемъ простыя насѣчки на края сглаженной шейки.

### Операція въ послѣдовомъ періодѣ.

1. Ручное удаленіе послѣда описано уже на стр. 245. Въ случаѣ неудачи приѣма Среде, оно показано кромѣ случаевъ кровотеченія, также и при процессахъ разложенія въ

полости матки. Въ послѣднемъ случаѣ передъ ручнымъ удаленіемъ послѣда и послѣ него должно быть произведено промываніе матки какимъ-нибудь антисептическимъ растворомъ.

2. Удаленіе остатковъ послѣда. При выкидышахъ въ полости матки иногда задерживаются единичныя ворсинки хоріона, что изъ-за кровоточенія заставляеть прибѣгнуть къ выскабливанію. Въ подобныхъ случаяхъ діагнозъ можетъ быть поставленъ только послѣ операціи при помощи микроскопическаго изслѣдованія. Вообще же подъ остатками послѣда понимаютъ значительныя куски, даже цѣлыя дольки послѣда. Причины ихъ задержанія слѣдующія: чрезмѣрно плотное срастаніе послѣда со стѣнкой матки при эндометритѣ, ненормальная форма послѣда (*placenta succenturiata*), попытки выжиманія послѣда при слабости схватокъ. Симптомы задержанія значительныхъ остатковъ послѣда заключаются въ кровотеченияхъ *геср.* въ септическихъ или сапрэмическихъ заболѣваніяхъ. Излеченіе силами природы наступаетъ путемъ самопроизвольнаго изгнанія, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда остатокъ послѣда вслѣдствіе наслоенія кровяныхъ сгустковъ превращается въ плацентарный полипъ. Распознаваніе задержанія остатковъ послѣда возможно путемъ осмотра уже родившагося послѣда (см. стр. 82); въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ послѣда на-лицо нѣтъ—введеніемъ 1—2 пальцевъ, полу-руки, или всей руки въ полость матки, иногда послѣ расширенія шейки (см. стр. 148, 155). Послѣ постановки діагноза, терапия должна состоять въ ручномъ удаленіи остатковъ послѣда. Всѣ инструменты опасны, особенно корнцанги, которыми уже не разъ прободали матку и вмѣсто послѣда извлекали наружу кишечникъ! При наличности разложенія слѣ-

дуетъ промыть полость матки до и послѣ введенія пальцевъ. Операция эта, если она производится не тотчасъ же послѣ родовъ, предрасполагаетъ къ тромбозамъ и эмболіямъ. Техника ея производства та же, что и при отдѣленіи всего послѣда: наружной рукой энергично низдавливаютъ мѣсто прикрѣпленія остатковъ послѣда къ пальцамъ, находящимся въ полости матки. Ладонная поверхность пальцевъ всегда должна быть обращена къ послѣду; остатокъ послѣда долженъ быть отдѣленъ отъ стѣнки матки цѣликомъ; при отдѣленіи пальцами производятъ пилообразныя движенія, съ помощью которыхъ и проникаютъ между стѣнкой матки и остатками послѣда. Если на внутренней поверхности матки не ощущается болѣе какихъ-либо возвышеній, то слѣдуетъ прекратить дальнѣйшее отдѣленіе, такъ какъ и нормальное мѣсто прикрѣпленія послѣда все-таки нѣсколько шероховато и выдается надъ окружающею поверхностью.

3. Удаленіе остатковъ яйцевыхъ оболочекъ. Задержаніе яйцевыхъ оболочекъ происходитъ чаще, чѣмъ задержаніе остатковъ послѣда, такъ какъ яйцевыя оболочки изгоняются не силой схватокъ, а главнымъ образомъ тяжестью опускающагося кнizu яйца (при выкидышахъ: см. стр. 143) resp. тяжестью послѣда. При преждевременныхъ и сильныхъ, самопроизвольныхъ или искусственныхъ попыткахъ выжиманія послѣда яйцевыя оболочки легко отрываются отъ него, особенно, если онѣ плотно приращены къ маткѣ (какъ это бываетъ при *endometritis decidua*).

Задержаніе одной отпадающей оболочки имѣетъ практическое значеніе лишь въ первые мѣсяцы беременности; леченіе, примѣняемое въ этихъ случаяхъ описано на стр. 151—157. Послѣ нормальныхъ родовъ въ маткѣ всегда остается часть отпадающей оболочки; когда она

остаётся цѣликомъ и, слѣдовательно, съ хоріона соскрести ногтемъ ничего не удастся, тогда въ послѣродовомъ періодѣ иногда наблюдаются обильныя, дурно пахнуція очищенія.

Далѣе, встрѣчается задержка только отпадающей оболочки и хоріона, что бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда во время родовъ сперва разрывается одинъ лишь хоріонъ. Онъ сокращается тогда вмѣстѣ съ маточной стѣнкой, подтягивается кверху и въ силу этого совершенно отслаивается отъ водной оболочки. Въ практическомъ отношеніи такая задержка имѣетъ то же значеніе, что и одновременная задержка отпадающей, ворсистой и водной оболочекъ вмѣстѣ. Въ противоположность задержкѣ частей плоднаго яйца, задержка яйцевыхъ оболочекъ послѣ срочныхъ родовъ бываетъ или полной, или частичной; діагноцируется такая задержка осмотромъ дѣтскаго мѣста *per*. изслѣдованіемъ родильницы. Если на лицо нѣтъ процессовъ разложенія въ маткѣ и значительнаго кровотечения, то задержавшіеся остатки яйцевыхъ оболочекъ слѣдуетъ удалять лишь тогда, когда они свисаютъ во влагалище. Если же оболочки находятся въ маткѣ, то черезъ нѣсколько дней, особенно при назначеніи спорыньи, онѣ самопроизвольно изгоняются въ кровяномъ сгусткѣ. Если вышеупомянутыя причины заставляютъ прибѣгнуть къ удаленію яйцевыхъ оболочекъ изъ матки, то слѣдуетъ попытаться съ помощью наружной руки отыскать мѣсто ихъ прикрѣпленія и провести пальцы между ними и стѣнкой матки, производя пилообразныя движенія. Если же не удастся отыскать мѣста ихъ прикрѣпленія, то слѣдуетъ провести внутренніе пальцы по всей внутренней поверхности матки: яйцевыя оболочки, при этомъ отдѣляются. Всегда слѣдуетъ уда-



л я т ь с в и с а ю щ і я в о в л а г а л и щ е я й -  
ц е в ы я о б о л о ч к и, такъ какъ онѣ служатъ  
источникомъ восходящаго гніенія. Съ этой цѣлью  
длиннымъ корнцангомъ захватываютъ оболочки  
возможно выше и, замкнувъ кремальеру, скаты-  
ваютъ ихъ съ помощью корнцанга въ тяжъ; тяжъ  
этотъ осторожно извлекаютъ до тѣхъ поръ, пока  
не почувствуется значительное сопротивленіе. За-  
тѣмъ этотъ тяжъ перехватываютъ выше и повто-  
ряютъ вышеописанное извлеченіе. Предварительно  
слѣдуетъ вызвать сокращенія матки посредствомъ  
растираній ея; во время отдѣленія акушерка  
должна вдавливать матку въ тазъ (см. стр. 247).

4. Я произвожу промываніе матки  
послѣ cadaго оперативнаго вмѣшательства, если  
данная женщина была уже до меня изслѣдована  
рукой сомнительной чистоты, такъ какъ при та-  
комъ изслѣдованіи въ полость матки могли уже  
проникнуть зародыши. Послѣдовательное уничто-  
женіе ихъ и является цѣлью промыванія матки.  
Промываніе излишне во всѣхъ тѣхъ случаяхъ,  
гдѣ, благодаря строгой асептикѣ, зародыши на-  
вѣрно не были занесены извнѣ во влагалище или  
матку. Весьма ясно показаніе къ промыванію  
матки во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ по-  
лости матки имѣется разложеніе.  
Въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ про-  
извести промываніе послѣ уда-  
ленія послѣда. Если въ подобныхъ слу-  
чаяхъ необходимо ручное отдѣленіе послѣда, то  
промываніе матки слѣдуетъ произвести и передъ  
этой операціей.

Никогда не слѣдуетъ примѣнять для промы-  
ваній матки сулему, а 3% карболовую кислоту  
или 2% растворъ лизоформа; послѣдній можно  
примѣнять и при значительномъ малокровіи и  
при заболѣваніяхъ почекъ. Промыванію матки  
всегда слѣдуетъ предпосылать основательное сприн-

цеваніе влагалища, чтобы съ помощью катетера не занести въ матку инфекціонный матеріаль изъ влагалища. Для обезпеченія постоянного оттока никогда не слѣдуетъ пользоваться простой трубкой, а толстымъ катетеромъ съ двойнымъ токомъ. Съ тѣхъ поръ, какъ я употребляю послѣдній, мнѣ ни разу болѣе не пришлось наблюдать «шока отъ карболовой кислоты» («Karbolzufall») — тотъ потрясающій шокъ, при которомъ внезапно останавливается дыханіе, исчезаетъ пульсъ и можетъ даже наступить смерть. Лечение такого «карболоваго шока» заключается въ искусственномъ дыханіи и впрыскиваніи эфира.

Введеніе катетера въ матку часто представляетъ для начинающаго затрудненіе, такъ какъ его пальцы не въ состояніи ориентироваться въ дрябломъ нижнемъ маточномъ сегментѣ. Указательный и средній пальцы лѣвой руки, рѣдко 4 пальца, проводятъ вверхъ, пока не достигнутъ кольца сокращенія, выступающаго въ видѣ плотнаго валика. Кольцо сокращенія часто бываетъ до того уже сокращено, что черезъ него едва-едва проходитъ катетеръ. Если кольцо сокращенія достигается съ трудомъ, то заставляютъ помощника вдавить матку въ тазъ, какъ только катетеръ прошелъ черезъ кольцо, лѣвой рукой ощупываютъ, находится ли конецъ его въ днѣ матки.

Для промыванія матки употребляютъ 1 — 2 литра. Катетеръ слѣдуетъ вводить во влагалище, удаливъ предварительно воздухъ изъ трубки (см. стр. 291). Равнымъ образомъ слѣдуетъ предупредить то лицо, которое держитъ кружку, чтобы оно дало знать, когда жидкость будетъ еще приблизительно на 2 пальца выше входнаго отверстія сифонной кишки. Тутъ нужно удалить катетеръ, чтобы воздухъ не могъ проникнуть въ полость матки.

5. Тампонацію маточно-влага-

лищнаго канала стерилизованной 5—20% іодоформной марлей (см. стр. 151) я примѣнялъ непосредственно послѣ родовъ (см. стр. 217), помимо кровотеченій, также и при болѣе глубокомъ разложеніи въ полости матки; въ особенности я примѣнялъ тампонацію и рекомендовалъ ее въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣлись значительныя раны на шейкѣ, влагалищѣ или промежности, и дѣлалъ это съ цѣлью предотвратить вторичную ихъ инфекцію разложившимися лохіями. Іодоформъ дезинфицируетъ отдѣляемое матки, какъ только оно появляется, а марля быстро выводитъ его наружу. Однако, въ подобныхъ случаяхъ марлевый тампонъ нужно оставлять по меньшей мѣрѣ до 3-го дня. Если явленія разложенія въ полости матки обнаруживаются лишь въ послѣродовомъ періодѣ, то такого рода тампонація, представляющая собою совершеннѣйшій и простѣйшій «дренажъ пуэрперальной матки», отличается еще тѣмъ преимуществомъ, что благодаря ей каналъ шейки становится проходимымъ для пальца, такъ что легко можно обнаружить остатки яйца и удалить ихъ.

6. Наложеніе швовъ на разрывы промежности описано уже на стр. 83, вторичное наложеніе швовъ на промежность—на стр. 87 и 336. Наложеніе швовъ на разрывы клитора не представляетъ никакихъ особенностей.

---

## Предметный указатель.

### А.

- Акушерскій инструментарій—300.  
Акушерскія операціи, учение — 298, подраздѣленіе — 304, приготовленіе — 305.  
Аллантоисъ—6.  
Амнионъ—8.  
Ампутація внутриутробная—14.  
Анамнезъ—65.  
Анатомія—1.  
Аномаліи сосудистой системы плода—134.  
Антипиринъ—279.  
Анемія, злокачественная у беременныхъ—113.  
Асфиксія—164, 262.  
Abderhalden, реакція на беременность—31.  
Abortus см. выкидышъ.  
Acardiacus—19.  
Anteversio, патологическая—122.  
Argatoxyl—282.  
Aranson, антисептическая сыворотка—280.  
Atonia uteri. chronica—258.  
Autotransfusio—259.

### Б.

- Баллонъ Barnes'a и Tarnier—324, Champetier de Ribes—325.

- Беременность: діэтика—31, измѣненія въ организмѣ матери—20, многоплодная—17, продолжительность—4, признаки—23, распознаваніе—22, физиологія—4, преждевременное прерываніе—141.  
Брюшной прессъ—33, характеръ сокращеній — 34.  
Ballotement—26.  
Behring, столбнячный антитоксинъ—271.

### В.

- Ванна для новорожд. Cèdè—11.  
Веденіе: нормальныхъ родовъ—62, при низкомъ стояніи большого родничка и при теменныхъ предлежаніяхъ—88, при лобныхъ и лицевыхъ—89, при тазовыхъ—90, послѣдоваго періода — 81.  
Величина: матки по мѣсяцамъ берем.—23, плода—14.  
Влагалище, воспаленіе — 130.  
Влагалище, тампонація при выкидышѣ — 147, техника ея—150.  
Влагалищное кесарское

сѣчение см. кесар. сѣче-  
 ніе по метрейринтеру—  
 237.  
 Влагалищно - промежност-  
 ные разрѣзы—331.  
 Внезапная смерть во вре-  
 мя берем., родовъ и въ  
 послѣродовомъ періо-  
 дѣ—289.  
 Внутривенныя вливанія—  
 281, по способу Rosen-  
 stein'a—281, по Credé—  
 282.  
 Внѣбрюшное кесарское сѣ-  
 ченіе—195.  
 Внѣматочная беременность—  
 134.  
 Водная оболочка—6.  
 Воздушная эмболія—238,  
 291, лечение—293.  
 Ворсистая оболочка—6.  
 Воспаленіе легкаго у бе-  
 ременныхъ—112.  
 Вправленіе: матки при ge-  
 troversio и flexio — 124,  
 пуповины—261.  
 Вторичная слабость схва-  
 токъ—171.  
 Выворотъ матки—256, по-  
 смертный—294.  
 Выжиманіе плода по Kri-  
 steller'у—92.  
 Выкидышъ: механзмъ от-  
 дѣленія и изгнанія  
 яйца—142, предсказа-  
 ніе—140, теченіе—145,  
 терапия—147, шеечный—  
 143.  
 Выпаденіе беременной мат-  
 ки—126, ножки—200, пу-  
 повины—166, 259, 353,  
 ручки—200.  
 Выпячиваніе беременной  
 матки—127.  
 Выскабливаніе—152.  
 Выходъ таза—75, измѣре-  
 ніе поперечнаго діаметра  
 его—75.

Вѣсь плода—15.  
 Walcher'овское висячее по-  
 ложеніе—94, 192, 194.  
 Wiegand - Martin - Winckel,  
 приемъ—94.  
 Veit-Smellie, приемъ—94.

## Г.

Гебостеотомія—195, 337.  
 Гематома ретроплацентар-  
 ная—37.  
 Головка плода: измѣненія  
 формы—45, освобожденіе—  
 358, швы—16, рас-  
 познаваній предлежаній  
 ея—51.  
 Головная опухоль—46.  
 Головныя предлежанія—48.  
 Грѣлка для недоносковъ—  
 111.  
 Гоноррея во время бере-  
 менности—131, въ послѣ-  
 родовомъ періодѣ—271.  
 Haematoma vaginae et vul-  
 vae—256.  
 Haemicephalus—205, 231.  
 Herff, способъ впусканія  
 sorphol'я въ глазъ—81.  
 Honing, приемъ при выки-  
 дышѣ—156.  
 Hyperemesis gravidarum—  
 113.

## Д.

Двойни—17, роды—98.  
 Двойныя уродства—205.  
 Дезинфекція: акушера—  
 66, инструментовъ—68,  
 роженицы—69, 313.  
 Декапитація—379.  
 Діагональная конъюгата—  
 187.  
 Діаметръ Baudelocquii —  
 187.  
 Діаметры таза см. тазъ.  
 Діететика беременности—31,

послѣродового періода—  
105.

Дно таза—3.

Дѣвственная плева—27.

Дѣтское мѣсто—9.

Decidua, vera, serotina, re-  
flexa см. отпадающая обо-  
лочка.

### Е.

Endocarditis ulcerosa—270.

Endometritis putrida—272.

Episiotomia—79.

### Ж.

Желтая острая атрофія пе-  
чени—114.

Желтое тѣло см. corpus lu-  
teum.

Желточный пузырь—6.

Желтуха новорожденна-  
го—104.

Животъ, отвислый—122,  
подвязываніе—106.

### З.

Задержание мочи при ро-  
дахъ—66, 169; въ послѣ-  
родов. періодѣ—103, при  
retroflexio uteri gravidi—  
123.

Задне-теменное вставле-  
ніе—199.

Законъ Colles'a—114, Pro-  
fet'a—114.

Закрытіе или суженіе мяг-  
кихъ родовыхъ путей—  
174.

Заносъ пузырьный—131, de-  
struens—133.

Запоръ у родильницъ—287.

Запущенное поперечное по-  
ложеніе—352, 379.

Защита промежности—77,  
366, по Ostermann'у—95.

Зрѣлый плодъ—15.

### И.

Извлеченіе плода: за нож-  
ку—353, техника—355;  
щипцами—360; за ягоди-  
цы—359.

Изгоняющія силы—33.

Измѣненія въ организмѣ  
матери подѣ влияніемъ бе-  
ременности—20.

Измѣреніе таза—187.

Ислѣдованіе: акушер-  
ское—62, наружное—  
65, внутреннее—29, 72.

Инфекція гонорройная—  
271, стрептококковая—  
269.

Искусственное дыханіе по  
способу Schultze—264.

Искусственный выкидышь  
и преждевр. роды—314.

Искусственный разрывъ  
плоднаго пузыря—170,  
при placenta praevia—  
232, отрицательныя сто-  
роны преждевр. разры-  
ва—39, 164.

Искусственное расширеніе  
входа во влагалище—336,  
нижней трети влагали-  
ща—331, шейки—316;  
кровоавое—316, механиче-  
ское—323.

Искусственное питаніе—  
108.

Истеченіе кровью матери—  
243, плода—241.

Исторія родовъ—158, 224.

Jaks, харать—77.

Icterus neonatorum—104.

Ichthargan—131.

Insertio velamentosa—8,  
241.

### К.

Карболовая кислота,  
шокъ—404.

Катетеризація трахеи—265.

Катетеръ, техника его введения въ матку—404.  
 Качанія по Schulze—264.  
 Кесарское сѣченіе: классическое—382, post mortem — 294; влагалищное—220, 225, 237, 261, 329, 392; внѣбрюшинное—195, надлобковое—341, 390.  
 Кефалогематома—46, 104.  
 Кефалотрипсія—378.  
 Кифотическій тазъ—184.  
 Клиторъ, разрывъ и шовъ—83.  
 Коксалгическій тазъ—185.  
 Колларголь—280.  
 Кольпейризь внутриматочный см. метрейризь.  
 Кольпейринтеръ—315.  
 Колпачки для сосковъ—109.  
 Кольцо сокращенія—37.  
 Кормленіе новорожденнаго—107, 110.  
 Косо-суженный тазъ—185, 198.  
 Кости, особенности роста—186.  
 раниоклазія—373.  
 раниотракція—373.  
 ровоупусканіе при эклампсіи—222.  
 Кровотеченіе: внутреннее—225, наружное—226, въ околывлагалищную клѣтчатку—256; до родовъ и во время родовъ—224; изъ полости матки—242; изъ разрывовъ влагалища—254; изъ разрывовъ клитора—255; изъ разрывовъ промежности—255; изъ разрывовъ шейки—252; позднія—257; послѣ рожденія плода—242; при выворотѣ матки—252.

Caput obstipum см. torticolis.  
 Carunculae myrtiformes—27.  
 Colpaporrhexis—173, 239.  
 Colpitis granulosa—130.  
 Condylomata acuminata—130.  
 Corpus luteum verum—20, spurium—21.  
 Cotyledones—9, 82.  
 Credé, ручной приемъ удаленія послѣда—81.  
 Credé, уходъ за глазами новорожд.—109.  
 Kleinwachter, способъ—202.  
 Krause, способъ возбужденія искусств. преждевр. родовъ—315.

## Л.

Лихорадка молочная—102.  
 Лицевыя положенія—47, 53, 371.  
 Лицевой нервъ, параличъ—373.  
 Лобныя предлежанія—371.  
 Лоносѣченіе см. симфизеотомія.  
 Лохіи—100, застой—273.  
 Laborde, ритмическія вытягиванія языка при асфиксіи—263.  
 Lateroversiones uteri—123.  
 Lithopaedion—137.  
 Lochia cruenta, sanguinolenta, alba—101.  
 Lochiometra—273.

## М.

Малый тазъ—1.  
 Матка: нижній сегментъ—35, промываніе—493, разрывъ—163, техника тампонаціи—151.

Межворсинчатая пространства—7.  
 Менструация—4.  
 Метрейризмъ: при эклампсiи—221; при кровотеченiи до и во время родовъ—225; при placenta praevia—235; механическое расширение—323.  
 Механизмъ родовъ: при затылочныхъ положенiяхъ—43; при разгибательныхъ—47; при тазовыхъ—53; при поперечныхъ—59.  
 Миомы—397.  
 Мнимая смерть плода см. асфиксия.  
 Молозиво—102.  
 Молоко: отдѣленiе—101; составъ женскаго—102.  
 Молочная лихорадка—102.  
 Мумификация плода—136.  
 Mastitis interstitialis—287, parenchymatosa—287.  
 Metritis dissecans—270.  
 Michaelis, ромбъ—187.  
 Missed labour, abortion—142.  
 Mola hydatidosa см. пузырьный заносъ.  
 Müller, способъ освобожденiя ручки—93.  
 M. Sterno-cleido-mastoideus, разрывъ, гематома—96.

## Н.

Надлобковое кесарское сѣченiе—341, 390.  
 Наклоненiе таза—3.  
 Наружное изслѣдованiе—65.  
 Наркозъ морфiйный—221.  
 Наркозъ хлороформный—305, значенiе его въ акушерствѣ—309.  
 Насѣчки, техника—319.

Начало родовъ—33.  
 Недоношен. дѣти, уходъ за ними—111.  
 Ненормальная величина плода—202.  
 Ненормальное положенiе, членорасполож. и вставленiе головки—199.  
 Неукротимая рвота беременныхъ—113.  
 Нефритъ истинный—117, 120; хроническiй—117, 120.  
 Низведенiе ножки—59.  
 Низкое прикрѣпленiе послѣда—226.  
 Новорожденный, вѣсъ—110, состоянiе—104, уходъ—108.  
 Naegele, тазъ—185, наклоненiе—44.  
 Nephritis gravidarum—116.

## О.

Обезглавливанiе—379.  
 Обратное развитiе половыхъ органовъ—100.  
 Обще-сѣуженный тазъ—181, 183, 184, терапия—196.  
 Общiя заболѣванiя беременныхъ—112.  
 Овуляция—4.  
 Околоплодная жидкость—8.  
 Операция Рогго—390.  
 Оплодотворенiе—4.  
 Опредѣленiе срока беременности—24.  
 Опухоль головы—46.  
 Освобожденiе головки и ручекъ—93.  
 Остеомалятичeskий тазъ—185, псевдо-остеомалятичeskий—183.  
 Острая желтая атрофия печени—114.



- Отвислый животъ—122.  
 Относительное показаніе къ  
 кесарскому сѣченію—  
 386.  
 Отдѣленіе послѣда: физио-  
 логическое—37; прежде-  
 временное—224; по Cre-  
 dé—81; ручное—245.  
 Отпадающая оболочка—5,  
 задержка ея—401.  
 Отрывъ діафиза—359.  
 Отрывъ матки отъ влага-  
 лица—173.

## П.

- Параличи верхнихъ конеч-  
 ностей—359.  
 Параметреть пуэпераль-  
 ный—270.  
 Передне-теменное вставле-  
 ніе—44.  
 Переднія воды—38.  
 Переломъ бедра—356, ле-  
 ченіе—356; плеча—357,  
 ключицы—357.  
 Периметреть пуэпераль-  
 ный—270.  
 Перитонить послѣродо-  
 вой—272, 274.  
 Періоды родовъ—35.  
 Перфорация—373, послѣ-  
 дующей головки—375.  
 Перчатки резиновые—67.  
 Питаніе яйца—10.  
 Піэмія—274, хроническая—  
 269.  
 Плечики, рожденіе—45.  
 Плодный пузырь—36, раз-  
 рывъ его—39, 73; пре-  
 ждевременный разрывъ  
 его — 39, отрицательныя  
 стороны—39, разрывъ его  
 при placenta praevia—  
 232.  
 Плодь, развитіе его—14,  
 признаки зрѣлости—14,  
 опредѣленіе зрѣлости —

- 15, распознаваніе смер-  
 ти—30, положеніе—16,  
 позиція—16, членораспо-  
 ложеніе—16, поврежде-  
 ніе при извлеченіи за  
 ножку—359, sanguino-  
 lentus—115.  
 Поворотъ—342, наруж-  
 ный—343, внутренний—  
 345, всей рукой—347,  
 комбинированный—346,  
 профилактический—192,  
 при placenta praevia—  
 233, при выпаденіи пу-  
 повины—261, при попе-  
 речномъ положеніи—343.  
 Половые органы, обратное  
 развитіе—100.  
 Положенія разгибатель-  
 ныя—47.  
 Поперечныя положенія—  
 59, механизмъ родовъ—  
 60, распознаваніе—61, за-  
 пущенныя—352, 379.  
 Пороки сердца у беремен-  
 ныхъ—112.  
 Послѣдовый періодъ—81,  
 операція—399.  
 Послѣдовая схватки—41.  
 Послѣдь, анатомія—9, фи-  
 зиологія—11, осмотръ—  
 82, заболѣваніе—133, бѣ-  
 лые инфаркты—120, 121,  
 133, отдѣленіе по Schult-  
 ze—37, 42, по Dunca-  
 n'у—38, 42, удаленіе  
 остатковъ—400, техника  
 удаленія—401.  
 Послѣдствія кровотеченій,  
 леченіе—258.  
 Послѣродовой періодъ, фи-  
 зиологія—100, діетети-  
 ка—105, патологія—267.  
 Послѣродовыя очищенія  
 см. лохи.  
 Почка беременныхъ—117,  
 рецидивирующая—117,  
 120.

Потуги см. брюшной прессы.  
 Пражскій приемъ—358.  
 Предлежаніе послѣда—226.  
 Преждевременное дыханіе—165.  
 Преждевременное отдѣленіе послѣда, кровотеченіе—224.  
 Приемъ: Credé—81, Kristeller'a—92, Olshausen'a при асфиксии—265, Ritgen'a (защита промежности)—79, Ostermann'a—95, Veit-Smellie—94, Wiegand - Martin - Wienckel—94, Justine Siegemundin (двойной приемъ при поворотѣ)—351.  
 Преждевременное прерываніе беременности—141.  
 Преждевременные роды—141; возбужденіе преждевр. родовъ по способу Krause—315, по способу Barnes'a и Tarnier—315.  
 Признакъ Hegar'a—22.  
 Причины наступленія родовъ—33.  
 Прободеніе см. перфорация.  
 Прогрессивная злокачеств. анемія—113.  
 Промежность, защита см. защита промежности; разрывъ—83; наложеніе швовъ—83, вторичное наложеніе швовъ—87.  
 Психозы—287.  
 Пубіотомія см. гебостеотомія.  
 Пузырный заносъ—131.  
 Пузырь, плодный—36.  
 Пуповина—8, перевязка и перерѣзка—80; выпаденіе—166, 259, 353, терапия—260; уходъ за остаткомъ—109.

Путридная интоксикація— см. сапрэмія.  
 Pituitrin—170.  
 Placenta praevia см. предлежаніе послѣда.  
 Placenta succenturiata—83.  
 Porro, операція—390.  
 Prochownik, діета—31.  
 Prolapsus placentae—230, uteri gravidi—126.

## Р.

Развитіе плода—14.  
 Размѣры различныхъ тазовъ—182.  
 Разрывы матки—173, 239, промежности—83, клинатора—83, шейки—252.  
 Разрѣзь по метрейринтеру—326, 333.  
 Разрѣзы шейки поверхностные и глубокие—177.  
 Ракъ шейки—177.  
 Раннее вставаніе—105.  
 Растяженіе нижняго маточнаго сегмента—162.  
 Распознаваніе различныхъ головныхъ предлежаній—51, тазовыхъ—58, поперечныхъ—61.  
 Расширеніе искусств. шейки: кровавое—316, механическое—323; нижней трети влагалища—331; входа во влагалище—336.  
 Рахитическій тазъ—182.  
 Рвота неукротимая беременныхъ—113.  
 Рвота при наркозѣ—308.  
 Резиновые перчатки—67.  
 Ригидность влагалищной части—175, всей шейки—177.  
 Родильная горячка—267, сывороточное леченіе—279.

Роднички: большой и малый—15.

Родоразрѣшеніе—160.

Роды: опредѣленіе понятія—33, вычисленіе ихъ срока—25, физиологія—33, причины наступленія—33, періоды—35, продолжительность—42, *conduplicato corpore*—60, 97, теченіе при затылочныхъ предлежаніяхъ—38, механизмъ при затылочныхъ предлежаніяхъ—43, при разгибательныхъ—47, при тазовыхъ—53, при поперечныхъ—59, не нормальный механизмъ—56, многоплодные—98.

Роженица, дезинфекція—313.

Рубцы беременныхъ—21.

Ручки, выпаденіе—200, 352; при поперечныхъ положеніяхъ—61; параличь—373.

*Retroflexio uteri*, кровотеченіе—288; *uteri gravidi*—123.

*Retroversio uteri gravidi*—123.

Ritgen, приемъ—79.

Robert, тазъ—185.

### С.

Самозараженіе—70, 268.

Самоизворотъ—60.

Самоповоротъ—61.

Сапрэмія—272.

Сверхзарожденіе—18.

Сверхплодотвореніе—18.

Сепсисъ общій—279.

Симфизеотомія—195, 337.

Синцитій—7.

Сифились—114.

Слабость схватокъ—169.

Смерть внезапная во время

беременности, родовъ въ послѣродовомъ періодѣ—289.

Соски, плоскіе и втянутые—32; подготовка ихъ—32; *excisio*—32; аппаратъ Auvard'a—109; трещины—110, 287.

Спондилолистетическій тазъ—184.

Стерилизація—122, 396.

Столбнякъ—271.

Столбнякъ матки—172, 352.

Схватки—33; первичная слабость при многоплодныхъ родахъ—98; вторичная слабость—171; судорожныя—170.

Съуженіе мягкихъ родовыхъ путей—174.

*Scoromorphin*, наркозъ—313.

Seure, повязка—358.

Simonart'овскія нити—13.

*Sophol* (для глазъ)—81.

*Soxhlet*, аппаратъ для молока—108.

*Superfoecundatio* см. сверхплодотвореніе.

*Superfoetatio* см. сверхзарожденіе.

### Т.

Тазовыя предлежанія—53, распознаваніе—58.

Тазъ: большой—1; малый—1; плоскости—1, 2; наклоненіе—3; входъ—1; выходъ—2; дно—3; женскій—3; узкій—181; анкилотическій—185, воронкообразный—185; кифотическій—184; коксалгическій—185; обще-съуженный—185; остеомалятический—185; плоскій—182; терапия—191; пло-

ско-рахитическій — 182; Robert'a—185, спондилолистетическій — 184; измѣрѣніе — 187, степени сжуженія—190.

Тампонаторъ «Rapid»—151.

Тампонація, техника—248, 404.

Трещины сосковъ, уходъ за ними—110, 287.

Тромбозъ венъ—290.

Тромбозъ венъ бедра см. *phlegmasia alba dolens*.

Туберкулезъ и беременность—113.

Tarnier, щипцы—369.

Tetanus см. столбнякъ.

Torticollis—96.

## У.

Удаленіе плоднаго яйца инструментальное, ручное—152.

Узкій тазъ—181; сущность и происхождение — 182; распознаваніе—187; теченіе родовъ—190; терапия—191, 196, 197.

Ученіе объ акушерскихъ операціяхъ—298.

Уголовная и гражданская отвѣтственность акушера—298.

Уродства—19, 205.

Уходъ за родильницей—105; за новорожденнымъ—108; за пупкомъ—109.

Ущемленіе беременной матки—123.

## Ф.

Физиологія беременности—4, родовъ—33, послѣда—11, послѣродового періода—100.

*Phlegmasia alba dolens*—269, 274, 291; лечение—285.

Fochier, подкожное вприскиваніе скипидара—285.

## Х.

Характеръ сокращеній матки и брюшнаго преска—34.

Хлороформъ—306.

Хоріонъ см. ворсистая оболочка; заболѣваніе—131; *primitivum*—6; *definitivum*—6; *laeve*—7; *frondosum*—7.

*Chorionepithelioma*—132.

*Chloasma uterinum*—21.

*Chorea gravidarum*—113.

## Ц.

Zweifel, сифонная трубка—63.

## Ч.

Членорасположеніе плода—16.

Чревосѣченіе см. классическое кесарское сѣченіе.

## Ш.

Швы на черепъ новорожденнаго—15.

Швы, наложеніе—84, 333.

Шейка, разрывъ—252; разрывъ—177; ригидность—177.

## Щ.

Щипцы, извлеченіе—360; приготовленіе и техника—363; профилактические—372; высокие проб-

ные—369, съ осевыми  
тракціями—369, трак-  
ціи—366.

## Э.

Экзентерація—379.

Эклампсія — 206, этиоло-  
гія—207; приступы—211;  
частота—213; анатомиче-  
ская картина—213; диа-  
гностъ—214; лечение—218;  
послѣродовая—222.

Эмбриотомія—379.

Эндокардитъ язвенный—  
270.

Эндометритъ—128; септи-  
ческий—269.

## Ю.

Юнгблуть, сосуды—13.

## Я.

Язвы пуэрперальные—269;  
распознаваніе—275; лече-  
ніе—277.

Яичниковая беременность—  
134.

Яйцевыя оболочки, удале-  
ніе остатковъ—401.

Яйцо, обзоръ—8; питаніе—  
10; развитіе оплодотво-  
ренного яйца—4.

# ИЗДАНИЯ

Студенческой Медицинской Издательской Комиссии  
имени Н. И. Пирогова.

---

- Прив.-доц. А. Н. Бернштейн.** Клиническіе приемы психологическаго изслѣдованія у душевно-больных. 1911 г. С 25 рис. и 18 табл. Цѣна 1 р. 25 к.
- Проф. Wockenheimer.** Руководство к леченію переломов. 1911 г. Пер. с нѣм. д-ра Соловьева. Цѣна 2 р.
- Проф. Л. Е. Голубинин.** Минеральныя воды и лечебныя грязи. 1912 г. 2-ое вновь перер., изд. Цѣна 3 р.
- Проф. А. П. Губарев.** Акушерское изслѣдованіе. 1910 г. 3-ье изд. с 54 рис. Цѣна 1 р.
- Проф. А. П. Губарев.** Обеззараживаніе. 1910 г. Цѣна 40 к.
- Проф. А. Я. Кожевников.** Курс нервных болѣзней. 1910 г. 5-ое изд. С 20 рис. Цѣна 2 р.
- Проф. А. А. Маклаков.** Краткая терапія глазных болѣзней. 1911 г. Цѣна 40 к.
- Проф. Neusser.** Грудная жаба. Пер. с нѣм. д-ра Н. Шерешевского. Цѣна 40 к.
- Проф. Н. И. Побѣдинскій.** Краткій курс акушерства. 1909 г. 2-ое изд. С 30 рис. Цѣна 2 р. 25 к.
- Проф. В. Ф. Снегирев.** Клиническія лекціи по женским болѣзням. 1907 г. Цѣна 1 р. 25 к.
- Прив.-доц. Ю. В. Снегирев.** Краткая терапія женских болѣзней. 1911 г. Цѣна 40 к.
- Проф. Вл. П. Сербскій.** Психіатрія. Руководство к изученію душевныхъ болѣзней. 1912 г. 2-ое испр. и полное изд. Цѣна 3 р.
- Проф. Вл. П. Сербскій.** Краткая терапія душевныхъ болѣзней. 2-ое изд. Цѣна 40 к.
- Проф. А. И. Тальянцев.** Повторительный курс общей патологіи. 4-ое изд. вновь переработанное. 1911 г. Цѣна 2 р.
- Проф. Фирордт.** Перкуссия и аускультация. 1909 г. Пер. с нѣм. А. Горшкова, с пред. проф. Н. Ф. Голубова. Цѣна 50 к.

## НОВОЕ ИЗДАНИЕ 1913 г.

**Н. Рюдо и П. Картье.** Совѣты и рецепты по акушерской терапіи. Пер. с франц. д-ра Вл. Гусева, с пред. проф. Н. И. Побѣдинскаго. 1913 г. Цѣна 1 р. 25 к.

---

**Всѣ выше перечисленныя изданія в переплетах.**

**Прив.-доц. М. А. Членов.** Половая перепись московскаго студенчества. 2-ое изд. 1909 г. Цѣна 50 к.

---

**Конспект курса судебной медицины.** 2-ое изд. 1912 г. Цѣна 60 к.

**Конспект по эпизоотіи и ветеринарной полиціи.** Цѣна 15 к.

**К. Смирнов.** Краткій курс фармакологіи. Цѣна 1 р. 50 к.

**Прив.-доц. Готье-Дюфайе.** Терапевтическій указатель по внутренним болѣзням. Цѣна 35 к.

## ПЕЧАТАЕТСЯ:

**А. Дюрсен, проф.** Vademécum по гинекологіи.

---

## ГОТОВИТСЯ К ПЕЧАТИ:

**Туберкулезный сборник под общей редакціей Пр.-Доц. В. А. Воробьева.**

Москва, Дѣвичье поле, Госпитальная Терапевтическая Клиника.

