

618.2
М 333

618.2
Матвеев А.
Курс акушерства
для учащихся...
Киев

КУРСЪ АКУШЕРСТВА

ДЛЯ

УЧАЩИХСЯ,

СОСТАВЛЕННЫЙ

А. МАТВѢЕВЫМЪ,

Докторомъ Медицины, Ординарнымъ Профессоромъ акушерства, женскихъ
и дѣтскихъ болѣзней и Директоромъ акушерской клиники при
ИМПЕРАТОРСКОМЪ Университетѣ Св. Владимира.



2012

306/55

КІЕВЪ.

~~БИБЛИОТЕКА
Новороссійскаго
УНИВЕРСИТЕТА.~~

ИНВЕНТАР

№ 12964

Въ Университетской Типографіи.

1856.

ИНВЕНТАР

31133

1972

Мед / 154 906

КУРЬ АКАДЕМІЯ

ВЛА

УЧЕБНИКОВ

№ 618.2
M333

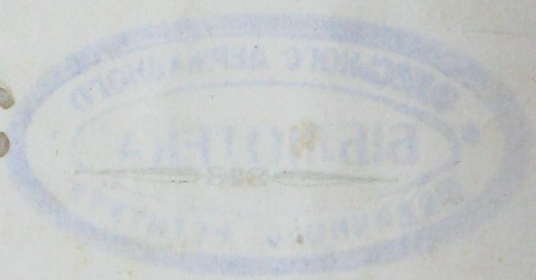
По опредѣленію Совѣта Университета, печатать позволяется. 29 Декабря, 1856 года.

Ректоръ Университета Р. Траутфеттеръ.

Университетъ, Медицинскій, Общественнаго Здравоохраненія, Женскаго
и Высшаго Земледѣлія, и Земледѣлія, и Земледѣлія, и Земледѣлія
Университетскій, Земледѣлія, и Земледѣлія, и Земледѣлія, и Земледѣлія

2012

300/22



КУРЬ

1856

1856

1856

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Стран.

ОТДѢЛЕНИЕ ПЕРВОЕ.

О болѣзняхъ беременныхъ	1
ГЛАВА 1. О болѣзненныхъ состояніяхъ кро- воносной системы	—
а) О полнокровіи беременныхъ	—
б) О варикозныхъ расширеніяхъ венъ	5
ГЛАВА 2. О болѣзненныхъ состояніяхъ пи- щеварительныхъ органовъ	12
а) О тошнотѣ и рвотѣ беременныхъ	—
б) О поносѣ и запорѣ беременныхъ	24
ГЛАВА 3. Объ опущеніи и выпаденіи матки	33
ГЛАВА 4. О кровотеченіяхъ беременныхъ	39
ГЛАВА 5. О выкидышѣ	63
ГЛАВА 6. О воспаленіи матки	85
ГЛАВА 7. О вѣматочной беременности	92

ОТДѢЛЕНІЕ ВТОРОЕ.

Объ аномаліяхъ со стороны частей, составляющихъ, вмѣстѣ съ младенцемъ, яйцо . . . 107

Глава 1. О заносахъ —

Глава 2. Объ аномаліяхъ пуповины и дѣтскаго мѣста 113

ОТДѢЛЕНІЕ ТРЕТЬЕ.

О причинахъ неправильныхъ родовъ со стороны роженицы 130

Глава 1. О неправильномъ образованіи таза . —

Глава 2. О неправильныхъ положеніяхъ матки 176

а) О косомъ положеніи матки —

б) О выворотѣ матки 203

Глава 3. О разрывѣ матки 215

Глава 4. Объ аномаліяхъ родовой дѣятельности 227

а) О слабости потугъ —

б) О слишкомъ сильныхъ потугахъ . 236

в) О судорожныхъ потугахъ 242

✓ Глава 5. О кровотеченіяхъ во время родовъ и непосредственно послѣ оныхъ 256

Глава 6. О болѣзненныхъ состояніяхъ влагалища и наружныхъ дѣтородныхъ частей . . 276

а) О выпаденіи влагалища —

б) О разрывѣ влагалища	278
в) О разрывѣ промежности.	283
ГЛАВА 7. О конвульсіяхъ роженицъ и родиль-	
ницъ	289

ОТДѢЛЕНІЕ ЧЕТВЕРТОЕ.

О причинахъ неправильныхъ родовъ со стороны младенца и частей, составляющихъ, вмѣстѣ съ нимъ, яйцо	307
ГЛАВА 1. О неправильныхъ положеніяхъ мла-	
денца	—
ГЛАВА 2. Объ излишней величинѣ тѣла мла-	
денца	324
ГЛАВА 3. О сращеніи младенцевъ между со-	
бою.	328
ГЛАВА 4. Объ аномаліяхъ дѣтскаго мѣста, пу-	
повины, оболочекъ яйца и родовыхъ водъ	331
а) О предлежаніи дѣтскаго мѣста.	—
б) О задержаніи дѣтскаго мѣста въ	
✓ полости матки.	343
в) О выпаденіи пуповины	350
г) О разрывѣ пуповины.	357
д) Объ излишней длинѣ и короткости	
пуповины	358

878	е) Объ излишней и недостаточной крѣ-	
888	пости оболочекъ яйца	360
889	ж) Объ излишнемъ и недостаточномъ	
	количествѣ родовыхъ водъ	364

ОТДѢЛЕНИЕ ПЯТЫЙ

907	О признакахъ и родахъ родовъ со стороны	
	матери и плода	
	Глава 1. О первородныхъ родахъ	
	Глава 2. Объ извѣстныхъ причинахъ труд-	
924	ности родовъ	
	Глава 3. О срѣдствахъ искусственнаго со-	
928	дѣя	
	Глава 4. Объ искусственныхъ родахъ, из-	
931	полномъ, одолженъ и въ родовыхъ водахъ	
	а) О предостереженіи плода въ	
	б) О задержаніи плода въ	
943	полости матки	
950	в) О извлеченіи плода	
957	г) О разрывѣ плода	
	д) Объ извлеченіи плода и родовыхъ	
958	водъ	

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Многолѣтній опытъ убѣдилъ меня въ томъ, что для успѣшнаго преподаванія какого-либо предмета, необходимо нужно чтобы учащійся имѣлъ въ рукахъ такое руководство къ изученію этаго предмета, которое одно удовлетворяло бы его потребностямъ, и содержало бы въ себѣ тѣ начала и мнѣнія, которыя служатъ основою лекцій его преподавателя. Только при такой тѣсной связи между преподавателемъ и его слушателями, преподаваніе можетъ быть полно и успѣшно. Рекомендовать слушателямъ нѣсколько руководствъ, написанныхъ на иностранныхъ языкахъ, я всегда считалъ дѣломъ совершенно неумѣстнымъ; не многіе изъ нихъ имѣютъ возможность пріобрѣтать большое количество книгъ; нѣкоторые изъ нихъ не такъ владѣютъ иностранными языками, чтобы быть въ состояніи читать эти книги безъ затрудне-

нія, и, наконецъ, главное, всѣ они имѣютъ слишкомъ мало времени для того, чтобы перечитывать большое число книгъ. Университетъ не можетъ образоватъ специалистовъ. Цѣль Университетскаго ученія заключается въ томъ, чтобы дать учащемуся ясное понятіе объ всѣхъ, преподаваемыхъ ему предметахъ, и показать ему какимъ путемъ надобно идти при дальнѣйшей разработкѣ ихъ. Окончивъ курсъ Университетскаго ученія, каждый можетъ выбрать тотъ предметъ, который ему болѣе нравится и болѣе соответствуетъ его способностямъ, и, занявшись имъ, болѣе или менѣе, исключительно, дойти въ немъ до возможной степени совершенства. Тогда наступитъ время перечитать все замѣчательное въ области этого предмета, и повѣрить на опытъ достойное замѣчанія. Записываніе лекцій со словъ преподавателя есть также весьма неудовлетворительное средство для успѣшнаго преподаванія. Для того, чтобы слушатель могъ хорошо записать лекцію, надобно читать медленно, и при этомъ надобно или пожертвовать подробностями, иногда весьма драгоценными, или употребить на преподаваніе каждаго предмета весьма много времени. И то,

и другое сопряжено со вредомъ для учащагося: въ первомъ случаѣ изложеніе предмета будетъ неполно, и, слѣдовательно, неудовлетворительно; во второмъ — учащійся будетъ обремененъ въ одно и то же время слишкомъ большимъ числомъ лекцій. Всѣ эти неудобства устраняются если учащійся имѣетъ въ рукахъ своихъ руководство, котораго онъ можетъ исключительно держаться; ему нѣтъ надобности тогда записывать лекціи, а преподаватель можетъ, не стѣсняясь, входить во всѣ нужныя подробности излагаемаго предмета.

На основаніи вышеизложенныхъ причинъ, желая облегчить моимъ слушателямъ трудъ изученія преподаваемаго мною предмета, я рѣшился написать для нихъ Курсъ Акушерства. Книга эта на будущее время будетъ служить мнѣ конспектомъ при моихъ лекціяхъ, и дастъ мнѣ возможность излагать преподаваемый мною предметъ со всевозможною полнотою. При составленіи ея я старался избѣгать изложенія различныхъ мнѣній и теорій касательно многихъ спорныхъ предметовъ; это увеличило-бы значительно объемъ книги, не принося существенной пользы учащимся. Я предпочитаю дѣлать это

изустно, при самомъ чтеніи лекцій. Къ крайнему моему сожалѣнію, я не могъ совершенно избѣжать употребленія иностранныхъ словъ, вошедшихъ въ нашъ языкъ. Языкъ нашъ такъ хорошъ и полонъ, что имъ можно выразить не только каждую мысль, но каждый малѣйшій оттънокъ мысли. Но наша медицинская номенклатура находится еще, такъ сказать, въ дѣтствѣ, и мы не такъ еще освоились съ нею, чтобы быть въ состояніи обойтись безъ словъ иностранныхъ. На этомъ основаніи я счелъ нужнымъ почти вездѣ выставлять подлѣ русскихъ техническихъ выраженій и латинскій ихъ переводъ.

Отъ души желаю, чтобы эта книга принесла пользу учащимся, и если цѣль эта будетъ достигнута, то я сочту себя вполне вознагражденнымъ за мой трудъ.

А. МАТВѢЕВЪ.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стран.
Предисловіе	V
Введеніе	XIII

ОТДѢЛЕНІЕ ПЕРВОЕ.

Анатомія половыхъ органовъ женщины . . .	1
Глава 1. О женскихъ дѣтородныхъ ча- стяхъ	1
О твердыхъ женскихъ дѣтород- ныхъ частяхъ	1
О мягкихъ женскихъ дѣтород- ныхъ частяхъ	24

ОТДѢЛЕНІЕ ВТОРОЕ.

Физиологія половыхъ органовъ женщины . .	65
Глава 1. О возмужалости женщины, мѣ- сячномъ очищеніи, оплодо- твореніи и зачатіи . . .	65
Глава 2. О беременности	72

ГЛАВА 3.	О перемѣнахъ, производимыхъ беременностію въ тѣлѣ жен- щины	76
ГЛАВА 4.	О признакахъ беременности .	107
ГЛАВА 5.	О распознаваніи періода бере- менности	127
ГЛАВА 6.	О продолжительности беремен- ности, и вычисленіи времени когда должны начаться роды.	137
ГЛАВА 7.	О человѣческомъ яйцѣ . . .	141
ГЛАВА 8.	О размѣрахъ тѣла зрѣлаго мла- денца	166
ГЛАВА 9.	О признакахъ жизни и смерти младенца во время беремен- ности	175
ГЛАВА 10.	О положеніяхъ младенца, и ихъ распознаваніи	179
ГЛАВА 11.	О родахъ	200
ГЛАВА 12.	О раздѣленіи родовъ на періоды.	222
ГЛАВА 13.	О механизмѣ родовъ.	239
	а) О механизмѣ родовъ при пер- вомъ темянномъ положеніи .	242
	б) О механизмѣ родовъ при вто- ромъ темянномъ положеніи .	247

в)	О механизмѣ родовъ при треть- емъ темянномъ положеніи .	252
г)	О механизмѣ родовъ при четвер- томъ темянномъ положеніи .	253
д)	О механизмѣ родовъ при пер- вомъ лицевомъ положеніи .	254
е)	О механизмѣ родовъ при вто- ромъ лицевомъ положеніи .	257
ж)	О механизмѣ родовъ при пер- вомъ тазовомъ положеніи .	259
з)	О механизмѣ родовъ при вто- ромъ тазовомъ положеніи .	261
ГЛАВА 14.	О родахъ двойней	266
ГЛАВА 15.	О признакахъ жизни и смерти младенца во время родовъ .	269
ГЛАВА 16.	О правильномъ теченіи послѣ- родоваго времени	273

ОТДѢЛЕНІЕ ТРЕТЬЕ.

Діететика акушерства	290
ГЛАВА 1. О правилахъ, которыя должна соблюдать женщина во время беременности	290
ГЛАВА 2. О діететическомъ содержаніи	

роженицы, и о помощи, ко-
торую ей должно подавать
при правильныхъ родахъ. . 297

ГЛАВА 3. О діететическомъ содержаніи
родильницы. 319

ГЛАВА 4. О діететическомъ содержаніи
новорожденнаго 331



ВВЕДЕНИЕ.

Акушерство есть учение о правильномъ и неправильномъ теченіи беременности, родовъ и послѣродоваго времени. Кромѣ того, въ немъ излагаются правила, по которымъ надобно поступать для предупрежденія возможныхъ уклоненій отъ нормальнаго хода трехъ вышеупомянутыхъ отправленій женскаго организма, и, наконецъ, правила, которымъ надобно слѣдовать, подавая помощь беременнымъ, роженицамъ и новорожденнымъ, какъ въ нормальныхъ, такъ и ненормальныхъ случаяхъ.

Предметъ акушерства есть женщина въ теченіи беременности, родовъ и послѣродоваго времени; цѣль его — подавать помощь беременнымъ, родильницамъ и новорожденнымъ.

Акушерство составляетъ цѣлую, отдѣльную отрасль медицины, и относится къ остальнымъ ея отраслямъ, какъ каждая изъ этихъ послѣднихъ относится къ акушерству. Хотя акушерство и заним-

ствуешь большую часть своихъ истинъ отъ другихъ отраслей медицины, но собирая эти истины въ одно цѣлое, оно становится наукою самостоятельною, отдѣльною отраслю медицины. Было время, когда акушерство считали частію хирургіи, и тогда это было справедливо; потому что врачи тѣхъ временъ имѣли самыя темныя понятія о половыхъ отправленіяхъ женскаго организма; а помощь, которую они подавали роженицамъ, состояла исключительно въ производствѣ какой нибудь акушерской операціи. Но въ наше время никакъ не слѣдуетъ считать акушерство частію хирургіи; ибо во 1-хъ, благодаря огромнымъ успѣхамъ науки, акушерскія операціи дѣлаются очень рѣдко; во 2-хъ, въ большей части тѣхъ случаевъ, при которыхъ прежде производились операціи, мы имѣемъ возможность достигнуть желаемой цѣли употребленіемъ средствъ простыхъ и неопасныхъ.

Самому изученію акушерства должно предшествовать изученіе нѣкоторыхъ другихъ медицинскихъ наукъ, безъ положительныхъ свѣдѣній въ которыхъ невозможно основательное изученіе акушерства. Между этими науками первое мѣсто занимаютъ: Анатомія и Физіологія человѣческаго тѣла, Патологія, Терапія и Фармакологія.

Для полнаго систематическаго изученія акушер-

ства, учащійся долженъ сначала выслушать полный курсъ теоретическаго акушерства; потомъ упражняться въ производствѣ акушерскихъ операций на фантомѣ, и, наконецъ, упражняться [въ родовспомогательномъ заведеніи] въ подаваніи помощи роженицамъ, родильницамъ и новорожденнымъ.

Акушеръ долженъ обладать извѣстными тѣлесными и душевными качествами, для лучшаго исполненія своей, нерѣдко многотрудной, обязанности. Между тѣлесными качествами главное составляетъ крѣпкое здоровье. Тѣло его должно быть гибко, чтобы быть въ состояніи легко принимать различныя положенія, и притомъ не должно скоро утомляться. Предплечія рукъ его должны быть тонки; самыя руки — узки и мягки; пальцы рукъ — длинны и должны быть одарены тонкимъ чувствомъ осязанія; лѣвою рукою онъ долженъ умѣть владѣть также, какъ правою. Со стороны душевныхъ качествъ, кромѣ необходимыхъ для врача, акушеръ долженъ имѣть живое соображеніе, чтобы быть въ состояніи изъ немногихъ данныхъ быстро составить себѣ картину цѣлаго; долженъ обладать большимъ терпѣніемъ, осторожностію и присутствіемъ духа.

Акушерство составляетъ предметъ весьма обширный, а потому для лучшаго обозрѣнія этой науки

необходимо надобно раздѣлить ее на нѣсколько отдѣленій. На этомъ основаніи я счелъ удобнымъ и соотвѣтственнымъ цѣли, раздѣлить эту книгу на три отдѣленія, изъ которыхъ первое содержитъ въ себѣ описаніе анатомическаго устройства дѣтородныхъ частей женщины; во второмъ изложено ученіе объ отправленіяхъ половыхъ органовъ женщины, а третье составляетъ Діететику Акушерства.

ОТДѢЛЕНІЕ ПЕРВОЕ.

АНАТОМІЯ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ ЖЕНЩИНЫ.

ГЛАВА I.

О женскихъ дѣтородныхъ частяхъ.

§ 1.

Женскія дѣтородныя части раздѣляются на *твердыя* и *мягкія*. Твердыми называется тазъ женщины. Онъ состоитъ изъ четырехъ костей: *крестцовой*, двухъ *безименныхъ* и *копчиковой*.

§ 2.

Крестцовая кость составляетъ наибольшую часть задней стѣнки таза. Она представляетъ треугольникъ, основаніе котораго обращено кверху. Верхняя часть ея гораздо толще, нежели нижняя. Передняя, или внутренняя, поверхность крестцовой кости гладка, а задняя, или наружная, напротивъ,

очень неровна. Передняя поверхность ее вогнута, а задняя выпукла. Верхняя часть ее соединяется съ послѣднимъ поясничнымъ позвонкомъ, нижняя — съ копчиковою костью, а бока — съ безыменными костями. На верхней части крестцовой кости замѣчается возвышеніе, вдающееся въ полость таза, и называемое *мысомъ крестцовой кости* (promontorium).

Бока крестцовой кости въ верхней половинѣ своей, тамъ, гдѣ они соединяются съ безыменными костями, широки, а книзу они дѣлаются постепенно уже, острѣе. Нижняя часть крестцовой кости оканчивается гладкою членосоставною поверхностію, прилежающею непосредственно къ верхней части копчиковой кости.

Въ дѣтскомъ возрастѣ крестцовая кость состоитъ изъ пяти позвонковъ, соединенныхъ между собою посредствомъ хрящей. Хрящи эти постепенно окостенѣваютъ, и, когда женщина достигаетъ зрѣлаго возраста, то крестцовая кость представляетъ уже одно цѣлое. Въ срединѣ крестцовой кости, вдоль ее идетъ каналъ (canalis sacralis), составляющій продолженіе спиннаго канала; на передней и задней ее поверхности замѣчаются нѣсколько паръ отверстій (foramina sacralia), служащихъ для про-

хожденія нервовъ, кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ.

Крестцовая кость, въ верхней части своей, имѣетъ въ ширину $4'' - 4\frac{1}{2}''$, въ толщину $- 2\frac{1}{2}''$, въ длину, считая отъ середины ея мыса до того мѣста, гдѣ она соединяется съ копчиковою костью, $- 4'' - 4\frac{1}{3}''$.

§ 3.

Копчиковая кость есть какъ бы продолженіе крестцовой кости, и состоитъ изъ нѣсколькихъ косточекъ (3—5), соединенныхъ между собою тонкими хрящами. Кость эта также имѣетъ форму треугольника, основаніе котораго, обращенное кверху, соединяется съ нижнимъ концемъ крестцовой кости посредствомъ хряща. Сочлененіе копчиковой кости съ крестцовой подвижно, и копчиковая кость можетъ значительно уклоняться назадъ. Передняя поверхность копчиковой кости гладка и вогнута, а задняя, напротивъ, неровна и выпукла. Бока копчиковой кости очень тонки, и служатъ мѣстомъ прикрѣпленія для сѣдалищно-крестцовыхъ связокъ и для сѣдалищно-копчиковыхъ мускуловъ. Нижний конецъ копчиковой кости закругленъ, иногда же раздвоенъ,

и служить мѣстомъ прикрѣпленія для подъемной мышцы задняго прохода.

§ 4.

Кости безыменные составляютъ боковыя и переднюю стѣнки таза. Въ дѣтскомъ возрастѣ онѣ состоятъ каждая изъ трехъ частей: кости *подвздошной, седалищной и лобковой*. Та часть безыменной кости, которая обращена кверху и назадъ, называется *подвздошною костью*; та часть ея, которая составляетъ половину передней стѣнки малаго таза, носить названіе *кости лобковой*, и, наконецъ, та часть ея, которая обращена книзу, именуется *седалищною костью*. Эти три кости бывають тогда соединены между собою въ вертлужной впадинѣ посредствомъ хрящей, которые съ лѣтами постепенно окостенѣвають, такъ, что въ тазѣ взрослой женщины, каждая изъ безыменныхъ костей составляетъ одно цѣлое, и въ этомъ послѣднемъ видѣ онѣ и будутъ описаны ниже.

§ 5.

Безыменные кости имѣють форму весьма неправильную. Каждая изъ нихъ имѣеть двѣ поверхности и четыре края. На наружной поверхности замѣчанія достойны: 1) плоское углубленіе, находя-

щеся на верхней ея части (*fossa iliaca externa*), и служащее для прикрѣпленія трехъ сѣдалищн. мускуловъ; 2) вертлужная впадина (*acetabulum*) съ своею выемкою (*incisura acetabuli*). Отъ вертлужной впадины въ направленіи кпереди и книзу находится яйцевидное отверстіе (*foramen ovale s. obturatum*) закрытое плотно плевою, въ верхней части которой есть узкій каналецъ, служащій для прохождения сосудовъ и нервовъ. Яйцевидное отверстіе ограничить кверху горизонтальною вѣтвію лобковой кости, съ боковъ — тѣломъ лобковой кости, нисходящею вѣтвію этой послѣдней и восходящею вѣтвію сѣдалищной кости, а книзу — тѣломъ сѣдалищной кости. Внутренняя поверхность безымянной кости гладка, и раздѣляется на двѣ неравныя половины продолговатымъ возвышеніемъ, идущимъ отъ верхней части соединенія безымянной кости съ крестцовой напередъ, къ лобковой кости, и переходящее въ гребешокъ этой послѣдней. Это возвышеніе называется *безыменною линіею*. Верхняя половина раздѣленной такимъ образомъ безымянной кости гораздо больше нижней. На верхней половинѣ замѣчается большое углубленіе (*fossa iliaca interna*), помѣщающее въ себѣ подвздошные мускулы. За этимъ углубленіемъ кзади находится неровная поверхность, служащая для сое-

диненія безымянной кости съ крестцовой. Нижняя половина внут. поверхности безымянной кости состоитъ изъ внутр. поверхности вертлужной впадины, внутренней поверхности тѣла лобковой кости и ея обѣихъ вѣтвей, и внутренней поверхности сѣдалищной кости и ея обѣихъ вѣтвей. Задній край безымянной кости очень неровенъ. Онъ начинается отъ задняго угла гребешка безымянной кости, и оканчивается шишкою сѣдалищной кости. На заднемъ краѣ безымянной кости находятся большая и малая сѣдалищныя выемки (*incisura ischiadica major et minor*) и хребтикъ сѣдалищной кости (*spina ossis ischii*). Переднимъ краемъ называется пространство между переднимъ угломъ гребешка безымянной кости и верхнимъ краемъ соединенія лобковыхъ костей. Верхній край, называемый также *гребешкомъ* безымянной кости, составляетъ высшую ея часть, и имѣетъ два угла: *передній* и *задній*. Нижній край, наконецъ, есть то пространство, которое находится между шишкою сѣдалищной кости и нижнимъ краемъ соединенія лобковыхъ костей. Нижній край безымянной кости составляется изъ нисходящей вѣтви лобковой и восходящей вѣтви сѣдалищной кости. Оба нижніе края безымянныхъ костей, взятые вмѣстѣ, называются *дугою лобковыхъ костей*.

§ 6.

Кости таза соединяются между собою, съ позвоночнымъ столбомъ и съ нижними конечностями посредствомъ хрящей и связокъ. Связь безымянныхъ костей съ крестцовой очень крѣпка, потому что членосоставныя поверхности этихъ костей весьма неровны, негладки, и возвышенія одной членосоставной поверхности входятъ въ углубленія другой. Связь этихъ костей между собою усиливается еще тѣмъ, что членосоставныя поверхности ихъ покрыты тонкими хрящами. Кромѣ того связь безымянныхъ костей съ крестцовой укрѣпляется еще многими связками а именно: *lig. sacro-iliacis posticis et anticis*, *lig. sacro-iliacis superioribus et inferioribus*, *lig. sacro-tuberosus et sacro-ischiadicis posticis*, *lig. sacro-spinosis et sacro-ischiadicis anterioribus* и, наконецъ, *lig. ileo-lumbalibus*.

§ 7.

Крестцовая кость соединяется съ копчиковою посредствомъ хрящей, покрывающихъ членосоставныя поверхности той и другой, и посредствомъ двухъ связокъ: *lig. sacro-coccygeo anteriori et posteriori*. Крестцово-копчиковое сочлененіе весьма подвижно, такъ, что копчиковая кость можетъ уклоняться на-

задъ на $\frac{1}{2}$ и даже на $\frac{3}{4}$ ". Съ послѣднимъ поясничнымъ позвонкомъ крестцовая кость соединяется посредствомъ хряща, совершенно сходнаго съ тѣми хрящами, которые находятся между позвонками. Кромѣ того связь эта еще укрѣпляется слѣдующими связками: *lig. longitudinali antico et postico*, *lig. interspinoso*, *lig. sacro-vertebrali* и *lig. ileo-lumbali*.

§ 8.

Лобковые кости также соединяются между собою посредствомъ хряща, и посредствомъ связокъ: *lig. arcuato superiori et inferiori*. Кромѣ того все сочлененіе лобковыхъ костей одѣто еще фиброзною тканью, образующею на передней и задней поверхности этого сочлененія тонкія связки, соединяющіяся съ двумя, вышеупомянутыми связками.

§ 9.

Съ бедренными костями тазъ соединяется посредствомъ синовіальной оболочки, идущей отъ края вертлужной впадины, и обнимающей шейку бедренной кости, и посредствомъ крѣпкихъ связокъ. Кромѣ того связь головки бедренной кости съ вертлужною впадиною укрѣпляется еще *lig. terete*.

§ 10.

Тазъ раздѣляется на *большой* и *малый*. Та часть таза, которая лежитъ выше безыменной линіи называется *большимъ* тазомъ, а та часть, которая находится ниже этой линіи — *малымъ* тазомъ.

§ 11.

Границы большого таза составляютъ: сзади — 2 послѣдніе поясничные позвонка, съ боковъ — верхнія части безыменныхъ костей, или такъ называемыя подвздошныя кости, спереди — нижняя часть покрововъ живота. Большой тазъ, слѣдовательно, имѣетъ только съ трехъ сторонъ костяныя стѣнки. Онъ имѣетъ форму воронки, обращенной своею широкою частью кверху. Глубина большого таза въ срединѣ равняется $2\frac{1}{2}$ " — 3". Въ большомъ тазѣ принимаютъ два поперечника: *передній* и *задній*. *Передній* идетъ отъ передняго угла гребешка одной безыменной кости, до того же пункта на другой безыменной кости, и имѣетъ отъ $8\frac{1}{2}$ до $9\frac{1}{2}$ ". *Задній* идетъ отъ того пункта гребешка безыменной кости, гдѣ онъ представляется наиболѣе выгнутымъ, до того же пункта гребешка другой безыменной кости, и содержитъ въ себѣ отъ 9" до 10". Объемъ всего большого таза равняется 24" — 26".

§ 12.

Малый тазъ представляетъ костяной каналъ, верхняя часть котораго идетъ въ направленіи сверху и спереди, внизъ и назадъ, а нижняя, напротивъ, сзади и сверху, напередъ и внизъ. Границами малаго таза служатъ: сверху—безъименная линія, мысъ крестцовой кости, гребешокъ лобковыхъ костей и верхній край ихъ соединенія; съ боковъ и спереди—та часть безъименныхъ костей, которая находится ниже безъименной линіи, и, наконецъ, сзади—крестцовая и копчиковая кость.

§ 13.

Подробное познаніе малаго таза и разстоянія различныхъ частей его другъ отъ друга, совершенно необходимо для акушера, потому что при родахъ младенецъ проходитъ сквозь малый тазъ всегда съ большею или меньшею трудностію, измѣняя свое положеніе, сообразно съ тою частію малаго таза, въ которой находится его подлежащая часть, или, другими словами, измѣняя свое положеніе такъ, чтобы большіе размѣры его тѣла приходились въ большіе діаметры малаго таза.

§ 14.

Для облегченія подробнаго изученія малаго таза, его обыкновенно раздѣляютъ на нѣсколько частей, и въ каждой изъ нихъ принимаютъ нѣсколько діаметровъ. Нѣкоторые писатели раздѣляютъ малый тазъ на четыре части (*aperturæ*), другіе только на три. Такъ напр.: *Busch* ⁽¹⁾, *Kilian* ⁽²⁾, *Kiwisch* ⁽³⁾, *Detroit* ⁽⁴⁾, и нѣкоторые другіе раздѣляютъ его на четыре части, именно: 1) *входъ*, 2) *широкую часть полости малаго таза*, 3) *узкую часть полости малаго таза* и 4) *выходъ*; а другіе же, какъ напр. *Dubois* ⁽⁵⁾, *Cazeaux* ⁽⁶⁾, *Scanzoni* ⁽⁷⁾, *Rosshirt* ⁽⁸⁾ — на три: 1) *входъ*, 2) *выходъ* и 3) *по-*

(1) *Busch*. Lehrbuch der Geburtskunde. 5 Aufl. Berlin. 1849. p. 29 et 30.

(2) *Kilian*. Die Geburtslehre etc. Francfurt. a. M. 1839. 1 Th. p. 49 — 52.

(3) *Kiwisch*. Die Geburtskunde. Erlangen. 1851. 1 Abth. p. 44 — 47.

(4) *Detroit*. Coursus der Geburtshülfe. Berlin. 1846. 1 Th. p. 14 — 15.

(5) *Dubois*. Traité complet de l'art des accouchements. Paris. 1849. T. 1. p. 46 — 54.

(6) *Cazeaux*. Traité théorique etc. Paris. 1845. p. 13 — 19.

(7) *Scanzoni*. Lehrbuch der Geburtshülfe. Wien. 1849. 1 Th. p. 15 — 23.

(8) *Rosshirt*. Lehrbuch der Geburtshülfe. Erlangen. 1851. p. 8.

лость малаго таза. Если бы самая полость малаго таза, т. е. та часть его, которая находится между входомъ и выходомъ его, имѣла на всемъ своемъ протяженіи одинаковые размѣры, то, конечно, достаточно было бы дѣлить малый тазъ на три части. Но такъ какъ, напротивъ, верхняя часть полости малаго таза шире, нежели нижняя, то, для точнаго измѣренія малаго таза, надобно дѣлить его на четыре части.

§ 15.

Входомъ въ малый тазъ (*Apertura pelvis superior seu abdominalis*) называется та граница его, объ которой выше уже было сказано (см. § 12). Входъ въ малый тазъ имѣетъ форму почти эллиптическую, имѣетъ нѣкоторое сходство съ изображеніемъ червонной масти на игорныхъ картахъ. Во входъ въ малый тазъ принимаютъ четыре діаметра:

1) *Прямый*, идущій отъ мыса крестцовой кости къ верхнему краю соединенія лобковыхъ костей, и содержащій въ себѣ 4".

2) *Поперечный*, идущій отъ середины безымянной линіи одной половины таза, до того же пункта на другой половинѣ таза; онъ содержитъ въ себѣ 5".

3) и 4) 2 *Косвенныхъ*, изъ которыхъ каждый идетъ отъ верхняго края соединенія крестцовой кости съ безыменною одной половины таза наискось черезъ входъ въ тазъ до лонно-бедреннаго бугорка (*prominentia ileo-pectinea*) на другой половинѣ таза; они содержатъ въ себѣ по $4\frac{1}{2}$ ". Тотъ изъ косвенныхъ діаметровъ, который идетъ отъ соединенія правой безыменной кости съ крестцовой до лѣваго лонно-бедреннаго бугорка, называется *правымъ косвеннымъ діаметромъ*, а другой — *лѣвымъ*.

§ 16.

Нѣсколько ниже входа въ малый тазъ, находится та часть его полости, которая, сравнительно, шире той ея части, которая лежитъ непосредственно подъ нею; эта часть таза называется *среднимъ отверстиемъ таза*. (*Apertura pelvis media*). Въ ней принимаютъ также четыре діаметра:

1) *Прямый*, идущій отъ соединенія втораго лоннаго позвонка крестцовой кости съ третьимъ, до середины соединенія лобковыхъ костей, и имѣющій отъ $4\frac{1}{2}$ " до 5", смотря по тому, болѣе или менѣе выгнута крестцовая кость.

2) *Поперечный*, идущій отъ середины внутренней поверхности одной вертлужной впадины, до того

же пункта на другой вертлужной впадинѣ, и содержащій въ себѣ $4\frac{1}{4}"$ — $4\frac{1}{2}"$.

3) и 4) 2 Косвенныхъ, изъ которыхъ каждый идетъ отъ середины верхняго края большой сѣдалищной выемки одной половины таза, наискось до той части нижней поверхности горизонтальной вѣтви лобковой кости другой половины таза, мимо которой проходятъ *nervi et vasa obturatoria*, и содержитъ въ себѣ $5"$ — $5\frac{1}{2}"$. Такъ какъ большая сѣдалищная выемка выполняется частями мягкими, уступающими давленію, то при прохожденіи младенца сквозь эту широкую часть полости малаго таза, косвенные діаметры ея могутъ еще нѣсколько удлиниться. Эта часть полости таза имѣетъ форму овала, длинный діаметръ котораго находится между переднею и заднею стѣнкою малаго таза.

§ 17.

Подъ вышеописанною широкою частью полости малаго таза, находится ея узкая часть (*apertura pelvis tertia*). Границы этой узкой части составляютъ: дуга лобковыхъ костей, нижній конецъ крестцовой кости и хребтики сѣдалищныхъ костей. Она имѣетъ форму почти совершенно круглую, и два діаметра:

1) *Прямой*, идущій отъ нижняго конца крестцовой кости къ нижнему краю соединенія лобковыхъ костей, и равняющийся $4'' - 4\frac{1}{2}''$.

2) *Поперечный*, идущій отъ хребтика одной сѣдалищной кости до хребтика другой, и содержащій въ себѣ $3\frac{3}{4}''$.

§ 18.

Выходомъ малаго таза (*apertura pelvis inferior seu perinæalis*), называется самая нижняя часть его, находящаяся между верхушкою копчиковой кости, дугою лобковыхъ костей и шишками сѣдалищныхъ костей. Выходъ изъ таза имѣетъ два діаметра:

1) *Прямой*, идущій отъ верхушки копчиковой кости къ нижнему краю соединенія лобковыхъ костей, и имѣющій различную величину, смотря потому находится—ли копчиковая кость въ нормальномъ положеніи, или отклонена назадъ. Когда она находится въ нормальномъ положеніи, то діаметръ этотъ имѣетъ $3\frac{1}{2}''$; если же она отклонена назадъ, какъ то бываетъ при прохожденіи младенца сквозь выходъ малаго таза, то діаметръ этотъ можетъ такъ значительно удлиниться, что будетъ содержать въ себѣ $4'' - 4\frac{1}{4}''$.

2) *Поперечный*, идущій отъ шишки одной сѣдалищной кости, до шишки другой, и равняющийся 4".

§ 19.

Кромѣ этихъ исчисленныхъ діаметровъ малаго таза есть еще два достойные замѣчанія, а именно:

- 1) такъ называемая *conjugata diagonalis*, идущая отъ мыса крестцовой кости до нижняго края соединенія лобковыхъ костей и имѣющая 4" и 6'''—7''' , и
- 2) *conjugata externa*, идущая отъ остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка, до наружной поверхности соединенія лобковыхъ костей, и содержащая въ себѣ 7".

§ 20.

Въ маломъ тазѣ еще вниманія достойны: 1) *глубина* его, 2) *наклоненіе* его, и 3) *ось* его. Глубина малаго таза не вездѣ одинакова. Сзади, она равняется 4½", по бокамъ—3½", а спереди—1½".

Наклоненіемъ таза называется отношеніе плоскости его входа и выхода къ горизонту. Это наклоненіе бываетъ весьма различно; среднимъ числомъ можно принять, что при вертикальномъ положеніи женщины плоскость входа въ малый тазъ съ горизонтомъ об-

разуетъ уголъ въ 45° — 60° , а плоскость его выхода — въ 10° — 11° .

Чѣмъ болѣе тазъ наклоненъ, тѣмъ болѣе бываетъ выгнута крестцовая кость, и на оборотъ. Въ слѣдствіе такого значительнаго наклоненія таза, мыслъ крестцовой кости стоитъ на $3''$ — $3\frac{1}{2}''$ — $3\frac{3}{4}''$ выше верхняго края соединенія лобковыхъ костей, такъ, что если бы протянуть линію отъ верхняго края соединенія лобковыхъ костей, прямо назадъ, то она уперлась бы въ ту часть крестцовой кости, гдѣ второй ложный позвонокъ ея соединяется съ третьимъ. Верхушка копчиковой кости стоитъ при этомъ на $\frac{1}{2}''$ выше нижняго края соединенія лобковыхъ костей.

Ось малаго таза можно себѣ только вообразить, проведя сквозь всю полость его линію, которая на всемъ своемъ протяженіи находилась бы въ равномъ разстояніи отъ окружающихъ ее стѣнокъ малаго таза. Такъ какъ полость малаго таза представляетъ каналъ не прямой, а изогнутый, то и ось его крива. Въ верхней части малаго таза, до того пункта, противъ котораго находится соединеніе втораго ложнаго позвонка крестцовой кости съ третьимъ, ось его почти пряма. Но, начиная отъ этаго пункта, и до выхода изъ таза, ось его будетъ уже болѣе или



3. ИНВЕНТАР
№ 12964

менѣ крива, и большая или меньшая кривизна ея будетъ зависѣть отъ большей или меньшей выгнутости крестцовой и копчиковой кости. Чтобы провести ось малаго таза совершенно вѣрно, надобно провести сперва всѣ вышеисчисленные четыре прямые діаметра малаго таза, раздѣлить каждый изъ нихъ на двѣ равныя части, и потомъ провести линію, которая касалась бы всѣхъ четырехъ пунктовъ раздѣленія. Такъ какъ всякое тѣло, проходящее сквозь тазъ, миновавъ его выходъ, должно еще пройти сквозь нижнюю часть влагалища и наружныя дѣтородныя части, то надобно представить себѣ ось таза продолженною и сквозь эти части. И это продолженіе оси таза имѣетъ также направленіе кривое.

§ 21.

Внутренняя поверхность всего таза состоитъ изъ косыхъ плоскостей, что весьма важно въ томъ отношеніи, что онѣ особенно способствуютъ прохожденію младенца сквозь тазъ, принуждая его дѣлать тѣ повороты, которые именно необходимы для благополучнаго окончанія родовъ. Въ большомъ тазѣ эта косость плоскостей выражается наклоненнымъ положеніемъ его задней и боковыхъ стѣнокъ. Въ маломъ тазѣ, она особенно рѣзко выражается на

крестцовой кости, верхняя часть внутренней поверхности которой направлена косо вниз и назад, а нижняя косо вниз и напередъ. Далѣе, внутренняя поверхность горизонтальныхъ вѣтвей лобковыхъ костей и внутренняя поверхность костей сѣдалищныхъ также представляютъ плоскости косыя. Наконецъ, внутренняя поверхность копчиковой кости, когда эта послѣдняя отклонена назадъ, также представляетъ плоскость косую.

§ 22.

Возрастъ и полъ имѣютъ значительное вліяніе на форму всего таза вообще. Въ дѣтскомъ возрастѣ разница между мужескимъ и женскимъ тазомъ такъ не велика, что ихъ трудно отличить другъ отъ друга. Впрочемъ у женщины тазъ гораздо скорѣе достигаетъ своего полного развитія, нежели у мужчины. У этаго послѣдняго тазъ долѣе сохраняетъ дѣтскую форму; въ женскомъ же тазѣ, и по достиженіи имъ своего полного развитія, долго замѣтна бываетъ легкость и стройность костей, которая свойственна тазу дѣтскому. Въ отношеніи къ величинѣ своихъ поперечниковъ, дѣтскій тазъ отличается тѣмъ, что въ немъ прямой поперечникъ входа въ малый тазъ больше, нежели поперечный, и что, при сравнительно

большей высотѣ малаго таза, дуга лобковыхъ костей имѣетъ форму остраго угла. Большой тазъ у дѣтей потому представляется сравнительно меньшимъ, что верхнія части безъименныхъ костей, или такъ называемыя подвздошныя кости, имѣютъ положеніе болѣе вертикальное. Наклоненіе таза у дѣтей также гораздо значительнѣе, нежели у взрослыхъ. На 8—10 году жизни начинается настоящее развитіе таза, и оканчивается между 15 — 18 годомъ. Въ зрѣломъ возрастѣ женскій тазъ существенно разнится отъ мужескаго, и эта разниа выражается какъ въ формѣ самаго таза, такъ и въ его положеніи и въ составѣ его костей. У женщины тазъ дальше отстоитъ отъ груднаго ящика, нежели у мужчины, что зависитъ отъ того, что у нея поясничные позвонки выше, а грудной ящикъ, напротивъ ниже. Кости таза у женщины нѣжнѣе и тоньше, нежели у мужчины, и весь ея тазъ вообще ниже и шире, нежели у мужчины. Въ большомъ тазѣ разниа между мужескимъ и женскимъ не такъ замѣтна; подвздошныя кости однако же у женщины толще, углубленія на нихъ меньше, и, въ направленіи спереди назадъ, онѣ шире. Разниа между мужскимъ и женскимъ тазомъ явственнѣе выражается въ маломъ тазѣ. Крестцовая кость у женщины шире и короче; дуга лобковыхъ

костей шире, нижніе края вѣтвей лобковыхъ костей дальше отстоятъ другъ отъ друга; копчиковая кость менѣе вдается въ выходъ изъ таза; вертлужныя впадины дальше отстоятъ другъ отъ друга, и расположены болѣе кпереди; всѣ хрящи и связки таза вообще мягче у уступчивѣе.

§ 23.

Для точнаго познанія таза, и должной оцѣнки его вліянія на ходъ родовъ, надобно обратить еще вниманіе и на мягкія части, окружающія кости таза.

Передняя стѣнка большаго таза состоитъ преимущественно изъ прямыхъ, косыхъ и поперечныхъ мышцъ живота, и изъ мышцъ пирамидальныхъ. Въ углубленіяхъ, находящихся на внутренней поверхности верхней части безъименныхъ костей, лежатъ внутреннія подвздошныя мышцы; на внутренней поверхности правой подвздошной кости лежитъ слѣпая кишка; на внутренней же поверхности лѣвой подвздошной кости находится римское S (*s romanum*).

§ 24.

Во входѣ въ малый тазъ, черезъ середину мыса крестцовой кости, проходитъ средняя крестцовая артерія (*arteria sacra media*), идущая внизъ, въ

полость малого таза. Передъ соединеніемъ крестцовой кости съ безъименною съ обѣихъ сторонъ идетъ подчревная артерія (*arteria hypogastrica*) и мочеточники; нѣсколько лѣвѣе мыса крестцовой кости, прямая кишка проходитъ сквозь входъ въ малый тазъ. Съ боковъ, во входѣ въ малый тазъ, лежатъ чресленные мышцы, по внутреннему краю которыхъ идутъ бедренные сосуды (*vasa cruralia*). Мягкія части, выстилающія входъ въ малый тазъ, измѣняютъ форму его такъ, что онъ получаетъ видъ треугольника, основаніе котораго обращено кпереди. Впрочемъ, вмѣстимость входа въ малый тазъ уменьшается этимъ весьма незначительно. Если чресленные мышцы особенно сильно развиты, то это, конечно, можетъ нѣсколько болѣе уменьшить вмѣстимость входа въ малый тазъ. Вообще же при всякомъ уменьшеніи этой вмѣстимости, зависящемъ отъ мягкихъ частей, выстилающихъ входъ въ малый тазъ, косые діаметры его бываютъ укорочены сравнительно болѣе другихъ.

§ 25.

Въ полости малого таза, около задней стѣнки ея, находятся грушевидныя мышцы, а впереди этихъ послѣднихъ сѣдалищные сосуды (*vasa ischiadica*) и

сѣдалищное сплетеніе (plexus ischiadicus). Спереди и съ боковъ, стѣнки полости малаго таза выстилаются мышцами закрытой дыры (musculi obturatorii).

Вмѣстимость полости малаго таза этими мягкими частями уменьшается также очень незначительно. Около передней стѣнки полости малаго таза находится мочевоу пузырь и мочевоу каналъ.

§ 26.

Выходъ малаго таза закрывается наружными дѣтородными частями, мочевоу каналомъ и промежностью. Объ первыхъ будетъ рѣчь ниже, при описаніи мягкихъ женскихъ дѣтородныхъ частей.

§ 27.

Промежность закрываетъ преимущественно заднюю часть выхода малаго таза. Она состоитъ изъ двухъ мышечныхъ слоевъ, лежащихъ одинъ надъ другимъ. Верхній изъ нихъ заключаетъ въ себѣ подъемную мышцу задняго прохода (levator ani) и сѣдалищно-копчиковую мышцу (musc. ischio-coccygeus), а нижній — слѣдующіе мускулы: 1) наружный сжимательный задняго прохода (sphincter ani externus), 2) поперечный промежности (m. transversus).

perinaei), 3) сѣдалищно — пещеристый (m. ischio-cavernosus) и 4) сжимательную мышцу влагалища (m. constrictor cunni).

Всѣ эти мышцы лежатъ между двумя сухожильными растяженіями: fascia pelvis et fascia perinaei. Непосредственно подъ кожею, покрывающею промежность, находится изобилующая жиромъ подкожная клѣтчатка, которая, на переднемъ и заднемъ концѣ промежности, образуетъ fasciam superficialem perinaei. Кожа, одѣвающая промежность, тонка, имѣетъ темный цвѣтъ, и очень тягуча; на срединѣ промежности замѣчается незначительное продолговатое возвышеніе, называемое *raphe perinaei*. Въ нерастянутомъ состояніи промежность имѣетъ въ длину 12—18"; ширина ея равняется отстоянію шишекъ сѣдалищныхъ костей другъ отъ друга. Въ растянутомъ состояніи, промежность представляетъ изнутри внаружи жолобъ, имѣющій въ длину 4—5".

Объ мягкихъ женскихъ дѣтородныхъ частяхъ.

§ 28.

Мягкія женскія дѣтородныя части раздѣляются на **внутреннія** и **наружныя**.

Къ первымъ относятся: матка съ своими связками, Фаллопiевы трубы, яичники и влагалище; къ послѣднимъ — лобокъ, большія и малыя дѣтородныя губы, похотникъ и входъ во влагалище съ дѣвственною плевою.

§ 29.

Матка находится въ верхней части полости таза между мочевымъ пузыремъ и прямою кишкою. Верхняя ея часть представляется нѣсколько наклонною впередъ. Форма матки бываетъ различна, смотря по возрасту женщины. Въ дѣтскомъ возрастѣ она имѣетъ форму цилиндрическую, въ возмужаломъ — треугольную, во время беременности — грушевидную, и, наконецъ, въ лѣтахъ преклонныхъ, въ слѣдствіе утолщенія своей шейки, она опять принимаетъ форму цилиндрическую. Она имѣетъ положеніе косое, такъ, что дно ея склоняется нѣсколько напередъ, а шейка, напротивъ, направлена кзади. Продольная ось матки почти совпадаетъ съ осью входа въ малый тазъ. Передняя поверхность матки до половины покрытая брюшиною, касается задней стѣнки мочевого пузыря. Между верхнею частью матки и мочевымъ пузыремъ, находится, иногда, часть тонкихъ кишекъ; нижняя же часть матки соединяется съ заднею стѣнкою мо-

чеваго пузыря посредствомъ клѣтчатки. Задняя поверхность матки почти вся покрыта брюшиною, и прилегаетъ къ передней стѣнкѣ прямой кишки, отъ которой она только вверху, иногда, отдѣляется опустившимися тонкими кишками. Верхняя часть матки, или дно ея, находится въ соприкосновеніи съ кишками. Пластинки брюшины, одѣвающія переднюю и заднюю поверхность матки, соединяются между собою на бокахъ этой послѣдней, образуютъ такъ называемыя *широкія маточныя связки*, идущія въ направленіи къ боковымъ частямъ безыменной линіи таза, и здѣсь прикрѣпляющіяся. Эти связки дѣлятъ полость таза на двѣ половины: переднюю и заднюю.

§ 30.

Брюшина, переходя съ верхней части мочеваго пузыря на дно матки, образуетъ небольшое углубленіе (*excavatio vesico-uterina*), граничащее съ обѣихъ сторонъ *ligamento utero-vesicali*.—Между маткою и прямою кишкою, брюшина также образуетъ нѣсколько полукруглыхъ складокъ (*plicae semilunares Douglasii*), идущихъ къ боковымъ частямъ передней поверхности крестцовой кости. Между пластинками широкихъ маточныхъ связокъ, и связокъ соединяющихъ между собою мочевоу пузырь и матку, и между

складками брюшины, соединяющими матку съ задне-проходною кишкою, находится большее или меньшее количество тонкихъ мышечныхъ волоконъ, которыя, по внутреннему строенію своему, совершенно сходны съ тѣми, изъ которыхъ состоитъ матка.

§ 31.

Круглыя маточныя связки, по внутреннему строенію своему, имѣютъ еще болѣе сходства съ мякотью самой матки. Онѣ идутъ отъ верхней, передней и боковой части матки, начинаясь нѣсколько ниже Фаллопиевыхъ трубъ, направляются напередъ, книзу и кнаружи, выходятъ изъ полости таза черезъ паховый каналъ, и теряются in fascia superficiali наружныхъ дѣтородныхъ частей.

§ 32.

Нижняя часть матки обхватывается влагалищемъ, и имъ поддерживается. Прежде думали, что матка поддерживается въ своемъ положеніи только своими связками. *Kiwisch* (*) первый доказалъ, что главную podporу матки составляетъ сводъ влагалища. Изъ

(*) *Kiwisch*. Die Krankheiten der Gebärmutter. Prag. 1845. p. 126 et 127.

его наблюдений видно, что матка может опуститься вниз на $1-1\frac{1}{2}$ ", не производя замѣтнаго напряженія въ своихъ связкахъ. Только тогда, когда матка опускается еще ниже, можно замѣтить, что сперва напрягаются заднія, потомъ боковыя, и, наконецъ, уже переднія складки брюшины и круглыя маточныя связки; слѣдовательно, очевидно, что не онѣ поддерживаютъ матку, а влагалище. Связки матки не препятствуютъ ей удобоподвижности, и только тогда, когда она находится въ растянутомъ состояніи, не позволяютъ ей склоняться слишкомъ значительно напередъ или назадъ, или на который либо бокъ.

§ 33.

Матка имѣетъ видъ нѣсколько сплюснутой груши; широкая часть, или дно ея, обращено кверху, а узкая, или шейка—книзу. Величина матки бываетъ весьма различна въ различные періоды жизни женщины, такъ, что объемъ ея, до наступленія возмужалости женщины, сравнительно, гораздо меньше, нежели въ послѣдующіе періоды жизни женщины.

Въ длину матка имѣетъ 2" 6"; ширина ея дна равняется 16—18"; ширина той части ея, гдѣ оканчивается тѣло ея, и начинается шейка—9"; въ толщину матка, въ самой объемистой своей части,

имѣть, приблизительно, 9''' . Толщина стѣнокъ матки также весьма различна; въ днѣ онѣ равняются 5''' , въ тѣлѣ — 4''' , а въ шейкѣ — 3''' . Вѣситъ матка отъ 1 до 1½ 3. Нѣкоторые физиологическіе процессы, какъ напр. мѣсячное очищеніе, имѣютъ значительное вліяніе на измѣненіе объема матки. У женщинъ, раждавшихъ уже нѣсколько разъ, матка представляется гораздо большею, и вообще въ теченіе всего возмужалаго возраста женщины, матка имѣетъ гораздо большій объемъ, нежели до наступленія его. Въ лѣтахъ преклонныхъ женщины, когда мѣсячное очищеніе начинаетъ прекращаться, матка мало помалу уменьшается въ объемѣ, и, по совершенномъ прекращеніи этаго отправленія, становится даже меньше нормальной мѣры.

§ 34.

Матка имѣетъ двѣ поверхности: *переднюю* и *заднюю*, и три края: *верхній* и 2 *боковыхъ*. Кромѣ того въ ней отличаютъ: *дно*, *тѣло*, и *шейку* ея. Матка есть органъ полый; полость ея имѣетъ видъ треугольника, основаніе котораго обращено кверху. Передняя поверхность матки гладка и нѣсколько вогнута; двѣ верхнія трети ея покрыты брюшиною; нижняя же треть ея соединяется съ мочевымъ пу-

зыремъ посредствомъ клѣтчатки. Задняя поверхность матки болѣе выпукла, покрыта брюшиною почти на всемъ своемъ протяженіи, и прилегаетъ къ передней стѣнкѣ прямой кишки.

Верхній край матки очень выпуклъ и, въ соединеніи съ верхнимъ сегментомъ матки, называется *дномъ* ея. Онъ граничитъ съ боковъ концами Фаллопиевыхъ трубъ, и покрывается сверху, кромѣ брюшины, тонкими кишками. Боковые края матки начинаются отъ той части ея, гдѣ въ нее входятъ Фаллопиевы трубы, и идутъ отсюда въ направленіи сверху книзу, и снаружи внутрь. Они представляются нѣсколько вогнутыми, и служатъ мѣстомъ прикрѣпленія для широкихъ маточныхъ связокъ. Та часть матки, которая находится между этими двумя краями, называется *тѣломъ* матки. *Шейкою* матки называется та часть ея, которая граничитъ сверху тѣломъ матки, а снизу наружнымъ маточнымъ устьемъ. Снаружи трудно опредѣлить мѣсто, гдѣ оканчивается тѣло матки, и гдѣ начинается собственно шейка ея. Если же вскрыть полость матки, то легко можно замѣтить мѣсто, гдѣ оканчивается треугольная полость верхнихъ частей матки, и гдѣ начинается цилиндрическая полость ея шейки. Верхній конецъ этой цилиндрической полости называется *внутреннимъ*

маточнымъ устьемъ. Сводъ влагалища, обнимающій маточную шейку, дѣлитъ ее снаружи на двѣ части. Та часть ея которая находится выше прикрѣпленія свода влагалища, называется *надвлагалищною частью* маточной шейки; другая же часть ея, находящаяся ниже прикрѣпленія свода влагалища, и входящая въ полость этого послѣдняго, называется *влагалищною частью* маточной шейки.

§ 35.

Физиологическіе процессы, каковы беременность и роды, производятъ важныя перемѣны въ маточной шейкѣ, такъ, что, въ дѣвственномъ состояніи женщины, она значительно разнится отъ шейки матки женщины, родившей одинъ, или нѣсколько разъ. Въ дѣвственномъ состояніи женщины, шейка матки занимаетъ нѣсколько болѣе трети всего этого органа, именно имѣетъ въ длину отъ 12 до 15''; влагалищная часть ея имѣетъ въ длину 8—9''; въ ширину, въ верхней своей части, она имѣетъ 8'', и въ толщину 6''. Такъ какъ сводъ влагалища на передней поверхности маточной шейки прикрѣпляется нѣсколько ниже, нежели на задней, то передняя часть влагалищной части матки кажется нѣсколько короче задней. Въ нижней части своей маточная

шейка представляется конусообразною, такъ, что нижняя часть ея тоньше верхней.

На нижней оконечности маточной шейки замѣчается поперечная рашелина, называемая *наружнымъ маточнымъ устьемъ*. Спереди и сзади нар. маточное устье граничить небольшими возвышеніями, называемыми *переднею* и *заднею губою* маточного устья. Вся влагалищная часть матки, равно какъ и губы маточного устья, имѣютъ розовый цвѣтъ, на ощупь тверды, имѣютъ почти твердость хряща, гладки и на нихъ не замѣчается ни неровностей, ни углубленій, ни рубцовъ. Если изслѣдовать пальцемъ, черезъ влагалище, влагалищную часть матки, то мы найдемъ что она стоитъ косо и направлена сверху и спереди, кзади и книзу, такъ, что передняя губа маточного устья стоитъ нѣсколько ниже задней, что и подало поводъ принимать, что передняя губа маточного устья длиннѣе задней, что однако же не справедливо; это кажущееся удлиненіе передней губы маточного устья зависитъ единственно отъ косога положенія всей матки.

§ 36.

У женщинъ, раждавшихъ уже нѣсколько разъ, маточная шейка не имѣетъ такихъ постоянныхъ раз-

мѣровъ, какъ выше было описано. Она у нихъ не имѣетъ уже той длины, и, иногда, послѣ каждаго родовъ становится все короче и короче, такъ, что у женщинъ, родившихъ 7 — 8 разъ, мы находимъ иногда, вмѣсто прежней длинной маточной шейки, только два небольшія негладкія возвышенія. Если же маточная шейка не подвергается такому укорачиванію, то она все таки значительно измѣняется, дѣлается толще, какъ бы припухаетъ, и дѣлается болѣе цилиндрическою. Рашелина самага маточнаго устья представляется болѣе глубокою и широкою; губы маточнаго устья дальше отстоятъ другъ отъ друга, и бывають покрыты болѣе или менѣе глубокими рубцами, которые суть слѣдствіе бывшихъ разрывовъ, случившихся при предшествовавшихъ родахъ. Впрочемъ не должно думать, чтобы одно только прохожденіе доношеннаго младенца сквозь маточное устье могло произвести вышеупомянутые разрывы и слѣдствіе ихъ — рубцы; напротивъ, мы находимъ, иногда, эти рубцы у женщинъ, подвергнувшихся одинъ только разъ выкидышу, или у которыхъ сквозь маточное устье прошелъ полипъ. Слѣдовательно, прохожденіе всякаго, нѣсколько объемистаго тѣла сквозь маточное устье, можетъ оставить по себѣ точно такіе же слѣды, или, другими словами, маточное устье

даже при незначительномъ растяженіи легко можетъ разорваться. Изъ этого явствуетъ, что присутствіе рубцовъ на маточной шейкѣ нельзя считать всегда совершенно вѣрно признакомъ бывшихъ родовъ; однако же, такъ какъ вышеупомянутыя патологическія состоянія встрѣчаются, сравнительно, довольно рѣдко, то рубцы на маточномъ устьѣ надобно отнести къ числу такихъ признаковъ предшествовавшихъ родовъ, которые заслуживаютъ большое вниманіе.

§ 37.

Полость матки раздѣляется на двѣ части. Верхняя часть ея, окруженная стѣнками тѣла матки, имѣетъ форму треугольника, на каждомъ углу котораго находится отверстіе. Изъ этихъ трехъ отверстій, два верхнихъ сообщаютъ полость матки съ полостію Фаллопиевыхъ трубъ, а посредствомъ нижняго, называемаго внутреннимъ маточнымъ устьемъ, полость тѣла матки соединяется съ полостію ея шейки. Нижняя часть полости матки, заключенная между стѣнками ея шейки, называется *каналомъ маточной шейки*. Каналь этотъ имѣетъ форму неправильнаго цилиндра, потому что верхняя и нижняя часть его уже, нежели средняя. На передней и задней стѣнкѣ этого канала замѣчается продолговатая складка,

отъ которой идутъ еще нѣсколько меньшихъ складокъ въ бокъ. Эти складки, взятыя вмѣстѣ, называются *palmae plicatae* или *arbor vitae*. Между этими складками находятся довольно большія слизистыя желѣзки, именуемая *ovula Nabothii*.

§ 38.

Слизистая оболочка, выстилающая внутреннюю поверхность канала маточной шейки, очень тонка; однако же она можетъ быть легко отдѣлена отъ подлежащей мякоти маточной шейки, и даже можетъ быть передвигаема изъ стороны въ сторону. Слизистая оболочка, одѣвающая внутреннюю поверхность верхней части полости матки, напротивъ, такъ тѣсно соединена съ подлежащими частями, что ее не только нельзя передвинуть, но даже ее трудно анатомически отдѣлить, хотя она, мѣстами, и довольно толста. Она состоитъ изъ мерцательнаго эпителія, большаго количества слизистыхъ желѣзокъ, весьма нѣжнаго сплетенія кровеносныхъ сосудовъ, и клѣтчатки. Толщина слизистой оболочки матки не одинакова на различныхъ частяхъ этого органа. Та часть ея, которая выстилаетъ внутреннюю поверхность тѣла матки, сравнительно, толще; тутъ она имѣетъ въ толщину около $1\frac{1}{2}'''$; при переходѣ тѣла матки въ шейку,

и около Фаллопиевыхъ трубъ, она гораздо тоньше. Такъ какъ она изобилуетъ кровопосными сосудами, то цвѣтъ ея красный, и этимъ она значительно разнится отъ частей подлежащихъ, которыя имѣютъ цвѣтъ блѣдноватый. Складокъ на ней нѣтъ, и, при тщательномъ изслѣдованіи, можно замѣтить на ней отверстія спирально извивающихся желѣзокъ, глубоко проникающихъ подъ нею въ самую мякоть матки, и называемыхъ *glandulae utriculares*. Эта часть слизистой оболочки матки, въ нормальномъ состояніи, отдѣляетъ весьма небольшое количество слизи, едва достаточное для того, чтобы содержать внутреннюю поверхность матки въ влажномъ состояніи.

§ 39.

Между серозною оболочкою, одѣвающей матку снаружи, и слизистой оболочкою, выстилающею ея полость, находится самая мякоть матки, образующая наибольшую составную часть этого органа. Толщина маточной мякоти не во всѣхъ частяхъ ея одинакова. Середина дна матки есть самая толстая часть ея; тутъ мякоть матки имѣетъ въ толщину 5''' ; въ срединѣ же маточной шейки, толщина мякоти едва равняется 3''' . Цвѣтъ и плотность маточной мякоти

также не вездѣ одинаковы. Въ днѣ и тѣлѣ матки, мякоть ея имѣетъ цвѣтъ розовый, и довольно рыхла; около внутренняго маточнаго устья и въ шейкѣ, мякоть матки имѣетъ цвѣтъ блѣдноватый, и почти хрящеватую плотность.

§ 40.

Матка состоитъ изъ трехъ различныхъ слоевъ: внѣшней оболочки, мякоти и внутренней оболочки.

Объ внѣшней оболочкѣ, образуемой брюшиною, выше уже было говорено. Мякоть матки состоитъ:

1) Изъ плотной, желтоватой кѣтчатки, соединяющей всѣ составныя ея части.

2) Изъ развѣтвленій артерій: маточной и обѣихъ стѣмянныхъ: наружной и внутренней.

3) Изъ венъ. Эти послѣднія образуютъ на поверхности матки и около ея четыре большихъ сплетенія, а именно: *plexum rampiniformem, uterinum, tubarium et vaginalem*. Вены матки имѣютъ одну внутреннюю свою оболочку, которая тѣсно сливается съ околежащею мякотью этого органа. Всѣ сосуды матки, сравнительно съ толщиною ея стѣнокъ, очень тонки, чѣмъ и объясняется малокровіе матки въ небеременномъ ея состояніи.

4) Изъ лимфатическихъ сосудовъ, которые непосредственно подъ брюшиною образуютъ сплетеніе, проникаютъ отсюда глубоко въ самую мякоть матки, и доходятъ почти до внутренней поверхности этой послѣдней.

5) Изъ нервовъ. Нѣкоторые изъ нихъ принадлежатъ системѣ животной, другіе — растительной. Распредѣленіе и направленіе ихъ можно явственно отличить только въ беременной маткѣ, или вскорѣ послѣ родовъ. Между ними къ системѣ сочувственного нерва относятся: 1) два или три тонкихъ волокна, которые происходятъ отъ *plex. ovarii*, идутъ параллельно съ сѣмянными сосудами, и развѣтвляются въ ячникахъ, Фаллопиевыхъ трубахъ и маткѣ; 2) нѣсколько большихъ вѣтвей подчревнаго сплетенія (*plex. hypogastrici*), которые идутъ между пластинками широкихъ маточныхъ связокъ, и образуютъ два сплетенія: переднее маточное (*plex. uterinus anterior*) и заднее маточное (*plex. uterin. posterior*). Нѣкоторыя изъ этихъ вѣтвей идутъ также къ мочевому пузырю и влагалищу, и образуютъ пузырно-влагалищное сплетеніе (*plex. vesico-vaginalis*). Отъ спиннаго мозга идутъ къ маткѣ нѣсколько вѣтвей, принадлежащихъ переднимъ корешкамъ его. Онѣ частью соединяются съ вѣтвями *plex. hypogastrici nervi*

sympathici, частію же развѣтвляются въ нижнемъ сегментѣ матки и верхней части ея шейки. Дно матки и верхняя часть ея тѣла очень бѣдны нервами, нижній же сегментъ матки и надвлагалищная часть ея шейки, напротивъ, богаче ими, нежели всѣ остальные части этого органа. Нервы, развѣтвляющіеся въ верхней части матки, почти исключительно принадлежатъ системѣ растительной; нижняя же часть матки, снабжена нервами, принадлежащими и растительной, и животной системѣ. Нервы, идущіе къ маткѣ отъ спиннаго мозга, и развѣтвляющіеся въ надвлагалищной части ея шейки, не переходятъ во влагалищную часть этой послѣдней, а прямо переходятъ въ сводъ влагалища, и тутъ развѣтвляются. Отъ этого недостатка въ нервахъ системы животной, вѣроятно, и зависитъ та нечувствительность влагалищной части матки, замѣчаемая особенно при акушерскихъ операціяхъ. Надвлагалищная часть маточной шейки, напротивъ, одарена большою чувствительностію и раздражительностію.

6) Изъ мышечныхъ волоконъ. Они образуютъ нѣсколько слоевъ, изъ которыхъ въ верхнемъ, лежащемъ непосредственно подъ брюшиною, мышечныя волокна не имѣютъ опредѣленнаго направленія. Второй, болѣе толстый слой, состоитъ изъ продольныхъ

мышечныхъ волоконъ, и, наконецъ, третій содержитъ въ себѣ діагональныя мышечныя волокна. Кромѣ того вокругъ внутренняго маточнаго устья и около отверстій, ведущихъ въ Фаллопьевы трубы, замѣчаются кругообразныя мышечныя волокна. Въ третьемъ слою также иногда можно бываетъ отличить очень явственно кругообразныя мышечныя волокна, какъ это видно изъ наблюдений Kilian'a (*) надъ беременною маткою. Въ небеременномъ состояніи матки, трудно отличить эти мышечныя волокна, и еще труднѣе отдѣлить ихъ другъ отъ друга; но, во время беременности, онѣ развиваются весьма явственно.

§ 41.

Маточныя или *Фаллопьевы* трубы представляютъ два канала, соединяющіеся съ полостію матки, и идущіе отъ дна матки, между пластинками широкихъ связокъ этой послѣдней, горизонтально, въ направленіи къ боковымъ стѣнкамъ таза. Длина Фаллопьевыхъ трубъ равняется $3\frac{1}{2}$ "—4". Калиберъ ихъ не одинаковъ на всемъ ихъ протяженіи. Тѣ концы ихъ, которые находятся вблизи яичниковъ, имѣютъ

наибольшій калиберъ (2'''), по срединѣ калиберъ ихъ равняется 1'', и, наконецъ, тамъ, гдѣ Фаллопьевы трубы входятъ въ матку, калиберъ ихъ равняется $\frac{1}{3}$ '''. Внѣшніе концы Фаллопьевыхъ трубъ свободно висятъ въ полость живота, и представляются раздѣленными на нѣсколько отдѣльных лоскутковъ, называемыхъ бахромою Фаллопьевыхъ трубъ (*fimbria tubarum Fallopii*).

§ 42.

Стѣнки Фаллопьевыхъ трубъ состоятъ изъ трехъ оболочекъ : *наружной, средней и внутренней. Наружная* образуется брюшиною. *Средняя* состоитъ изъ двухъ пластинокъ: наружной и внутренней. Въ первой изъ нихъ явственно замѣтны продольныя мышечныя волокна, а во второй — кругообразныя. И тѣ, и другія суть ни что иное, какъ продолженіе маточной мякоти. *Внутренняя* состоитъ изъ слизистой оболочки, выстилающей всю полость Фаллопьевыхъ трубъ, и соединяющейся въ бахромѣ ихъ съ серозною оболочкою, составляющею внѣшній покровъ ихъ. Сосуды свои Фаллопьевы трубы получаютъ отъ сосудовъ сѣмянныхъ, а нервы отъ почечнаго сплетенія (*plex. renal.*). Во время мѣсячнаго очищенія и оплодотворенія, сосуды Фаллопьевыхъ

трубъ содержать въ себѣ больше крови, дѣлаются шире; слизистая оболочка ихъ представляется болѣе красною; калиберъ ихъ даже нѣсколько увеличивается, и полость ихъ наполняется иногда густою слизью. Въ тотъ моментъ, когда лопаются граафовъ пузырьки, бахрома Фаллопиевыхъ трубъ поднимается кверху, и, обхватывая яичникъ, образуетъ воронкообразную полость, предназначенную для воспринятія яичка, выходящаго изъ яичника. Въ это время Фаллопиевы трубы имѣютъ свое собственное перисталтическое движеніе, цѣль котораго есть — подвигать яичко, находящееся въ маточной трубѣ, все ближе къ маткѣ.

§ 43.

Яичники, въ первые періоды отроческаго возраста женщины, представляютъ два плоскихъ тѣла, величиною съ голубиное яйцо, лежащія по обоимъ бокамъ матки въ складкахъ, образуемыхъ брюшиною на задней пластинкѣ широкихъ маточныхъ связокъ. Та часть этихъ складокъ, которая обнимаетъ самые яичники, составляетъ и внѣшнюю оболочку ихъ, въ которой только въ нижней части ея замѣчается маленькое отверстіе, предназначенное для прохожденія нервовъ и сосудовъ. Другая часть этихъ складокъ идетъ отъ яичниковъ къ задней поверхности широ-

кихъ маточныхъ связокъ въ видѣ короткой, морщиноватой связки. Кромѣ того изъ этихъ же складокъ образуются двѣ связки, изъ которыхъ одна, очень узкая, идетъ отъ яичника къ дну матки, содержитъ въ себѣ тонкія, гладкія мышечныя волокна и называется связкою яичника (*lig. ovarii*). Другая, болѣе широкая связка, составляющая какъ бы продолженіе вышеупомянутыхъ складокъ, идетъ отъ вѣшняго края яичника, къ наружному концу Фалопіевой трубы. Она имѣетъ въ ширину около $\frac{3}{4}$ ", и называется крыльями летучей мыши (*ala vesperilionis*).

§ 44.

Непосредственно подъ брюшиною, одѣвающей яичникъ, находится волокнистая оболочка яичника (*tunica propria seu albuginea*), имѣющая фиброзное свойство, и плотно обхватывающая весь яичникъ. Въ нижней части ея есть только маленькое отверстіе, служащее для прохожденія нервовъ и сосудовъ. Эта собственная оболочка яичника вездѣ находится въ самомъ тѣсномъ соприкосновеніи съ брюшиною, одѣвающей яичникъ. Самое ложе яичниковъ (*stroma ovarii*) состоитъ изъ волокнистаго сплетенія, волокна котораго частію идутъ снизу вверхъ, частію же переплетаются между собою въ различныхъ напра-

вленіяхъ. Между этими волокнами находится болѣе или менѣе толстый слой рыхлой, изобилующей сосудами клѣтчатки, большое число шариковъ и ячеекъ и, наконецъ, большее или меньшее количество пузырьковъ, называемыхъ *граафовыми пузырьками* (folliculi Graafiani). У новорожденной дѣвочки пузырьки эти суть ни что иное, какъ микроскопическія ячейки, которыя постепенно увеличиваются, получаютъ высшую организацію. При наступленіи возмужалаго возраста женщины, нѣкоторые изъ этихъ пузырьковъ бываютъ величиною въ маленькую горошину. Если разсматривать простымъ глазомъ яичникъ женщины при наступленіи возмужалаго возраста ея, то можно насчитать въ каждомъ яичникѣ отъ 15 до 20 такихъ пузырьковъ различной величины; подъ микроскопомъ же ихъ можно найти гораздо большее число, и притомъ на различной степени ихъ развитія. Пузырьки эти представляются совершенно круглыми и вездѣ закрытыми; они покрыты оболочкою, образованною изъ плотной клѣтчатки и самой мякоти яичниковъ. Оболочка эта называется *theca*; она очень обильна сосудами, и образуетъ внѣшній покровъ пузырька. Подъ этою внѣшнею оболочкою находится другая, весьма тонкая и также богатая сосудами оболочка, которая содержитъ въ себѣ желтоватую,

бѣлковидную жидкость, человѣческое яйцо и зернистый слой (*stratum granulosum*, *membrana granulosa*).

§ 45.

Человѣческое яичко такъ мало, что невооруженнымъ глазомъ его едва можно видѣть. Въ зрѣломъ состоянїи, оно находится между шариками зернистаго слоя; эти шарики замѣчаются въ большемъ числѣ вокругъ самаго яичка, и образуютъ такъ называемый *плодоносный кружокъ* (*discus proligerus*). Зрѣлое человѣческое яичко состоитъ изъ круглаго тѣла темноватаго цвѣта, называемаго желткомъ, и окружающей этотъ послѣднїй болѣе прозрачной оболочки (*zona pellucida*). Самый желтокъ состоитъ изъ бѣлковой жидкости, содержащей въ себѣ большое количество шариковъ темнаго цвѣта. Около периферїи желтка замѣчается маленькїй зародышевый пузырекъ (*vesicula germinativa*), въ которомъ можно отличить мутноватое пятно (*macula germinans*), съ котораго, какъ принимаютъ теперь, начинается развитіе яичка.

§ 46.

Граафовы пузырьки лежатъ въ яичникахъ на различной глубинѣ; увеличиваясь въ объемъ, они,

однако же, постепенно подвигаются ближе къ свободной поверхности и верхнему выпуклому краю яичника, при чемъ не рѣдко бываетъ, что лежащая надъ ними часть волокнистой оболочки яичника и брюшины утончаются, и верхняя часть пузырька просвѣчиваетъ на поверхности яичника; бываетъ даже иногда, что часть пузырька поднимается надъ уровнемъ наружной поверхности яичника.

§ 47.

Въ новѣйшее время Rosenmüller'омъ открыта подъ яичникомъ, въ складкахъ широкихъ маточныхъ связокъ, самостоятельная трубчатая желѣза грушевидной формы, имѣющая въ ширину около 1". Эта желѣза называется *подъяичникомъ*.

§ 48.

Вышеописанное анатомическое устройство яичниковъ остается таковымъ только до наступленія возмужалого возраста женщины. Когда же половыя отправленія этой послѣдней достигаютъ своего полного развитія, то въ яичникахъ происходятъ различныя перемѣны, имѣющія слѣдствіемъ и измѣненіе анатомическаго устройства ихъ. Въ теченіе дѣтскаго возраста женщины, графовы пузырьки, съ содер-

жающимися въ нихъ яичками, постепенно увеличиваются въ объемъ, а потомъ, въ возмужаломъ возрастѣ женщины, развитіе отдѣльныхъ пузырьковъ безъостановочно повторяется до тѣхъ поръ, пока мѣсячное очищеніе не прекратится. При увеличеніи граафова пузырька, въ особенности увеличивается количество содержащейся въ немъ жидкости. Яичко при этомъ лежитъ всегда въ высшей части пузырька; а потому, если пузырекъ лежитъ около наружной поверхности яичника, то яичко находится непосредственно подъ брюшиною. Передъ выступленіемъ яичка изъ пузырька, въ этомъ послѣднемъ совершается особенный процессъ. Сосуды, окружающіе яичникъ, переполняются кровью, которая, просачиваясь, увеличиваетъ количество жидкости, содержащейся въ пузырькѣ, пока наконецъ оболочка пузырька и лежащая надъ нимъ брюшина разрываются. Яичко, окруженное *zona pellucida* и разорваннымъ плодоноснымъ кружкомъ, выходитъ, вступаетъ въ маточную трубу, идетъ по этой послѣдней въ матку, и оплодотворяется, или, достигнувъ матки, погибаетъ.

§ 49.

Яичники имѣютъ тѣ же самые сосуды и нервы, какъ и маточныя трубы. Артеріи яичниковъ суть

вѣтви внутренней сѣмянной артеріи; вены же ихъ составляютъ большое сплетеніе (plex. rampiniformis), изъ котораго образуется внутренняя сѣмянная вена. Нервы яичниковъ происходятъ отъ сплетеній: внутреннего сѣмяннаго и подчревнаго (plex. spermat. intern. et hypogastricus),

§ 50.

Когда яичко выступило изъ граафова пузырька, то въ этомъ послѣднемъ начинается рядъ новыхъ переменъ. На внутренней поверхности его отдѣляется эксудатъ, содержащій въ себѣ большее, или меньшее количество составныхъ частей крови, и наполняющій полость пузырька или вдругъ, или постепенно. Эксудатъ этотъ мало по малу сгущается, и дѣлается плотнымъ. Наполненный такимъ образомъ пузырекъ имѣетъ въ длину отъ 7 до 8 линій, и почти столько же въ ширину. Векоръ потомъ, какъ этотъ эксудатъ, такъ и самая оболочка пузырька, начинаютъ всасываться, при чемъ эта послѣдняя бываетъ покрыта грануляціями, и имѣетъ желтоватый цвѣтъ, что и подало поводъ называть такой опорожненный пузырекъ желтымъ тѣльцомъ (Corpus luteum). Самая оболочка пузырька всасывается медленно, эксудатъ же, напротивъ, довольно быстро

уменьшается въ количествѣ своемъ, дѣлается гуще и измѣняется въ цвѣтъ, смотря потому больше или меньше онъ содержитъ въ себѣ красящаго начала крови, такъ, что, иногда, онъ представляется болѣе прозрачнымъ, свѣтлымъ, иногда, напротивъ, болѣе темнымъ, и иногда, наконецъ, въ немъ замѣчаются черныя точки. Но такъ какъ толстая и разрыхленная оболочка графова пузыря въобщемъ медленнѣе всасывается, нежели содержимое въ немъ, то оболочка эта образуетъ складки, вдающіяся внутрь пузыря, отъ чего объемъ этаго послѣдняго значительно уменьшается. Мало по малу измѣняясь и уменьшаясь, графовъ пузырекъ представляетъ наконецъ маленькій бугорокъ, величиною отъ 1 до 2 линій; бугорокъ этотъ, иногда, въ срединѣ бываетъ пустымъ. Въ этомъ видѣ онъ можетъ оставаться безъ измѣненія въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, доказательствомъ чему служить то, что его нерѣдко находили въ этомъ видѣ у женщинъ старыхъ, у которыхъ образованіе яичекъ давно уже прекратилось.

§ 51.

Влагалище есть перепончатый каналъ, простирающійся отъ нижней части матки до наружныхъ дѣтородныхъ частей, и находящійся въ полости таза

между мочевымъ пузыремъ и прямою кишкою. Направление влагалища сверху внизъ и сзади напередъ; влагалище и матка, взятая вмѣстѣ, образуютъ тупой уголъ, вогнутость котораго обращена кпереди.

Влагалище, находясь между двумя органами, содержащими въ себѣ полости, естественнымъ образомъ подвергается случайнымъ измѣненіямъ въ отношеніи къ своей формѣ и объему, смотря потому, находятся-ли вышеупомянутые органы въ состояніи пустомъ, или наполнены. При обыкновенныхъ условіяхъ, влагалище представляетъ цилиндръ, сплюснутый такъ, что передняя и задняя стѣнки его касаются другъ друга. Длина влагалища равняется 4 — 5". Величину діаметровъ влагалища трудно опредѣлить по причинѣ мягкости и уступчивости его стѣнокъ; однако же можно принять, что у женщинъ, не раждавшихъ еще, діаметръ влагалища, если раздвинуть его стѣнки, не производя въ нихъ напряженія, равняется одному дюйму; у женщинъ раждавшихъ уже, діаметръ влагалища нѣсколько болѣе. Нижняя часть влагалища, окруженная сжимательною мышцею, сравнительно, уже остальныхъ его частей. Верхняя часть, обнимающая шейку матки, сравнительно, шире остальныхъ частей его, и называется *сводомъ влагалища*. Влагалище чрезвычайно растяжимо, а потому,

при извѣстныхъ условіяхъ, размѣры его могутъ значительно увеличиваться, такъ, что стѣнки его могутъ, во всѣхъ направленіяхъ придти въ соприкосновеніе съ стѣнками таза. Такого рода растяженіе влагалища мы видимъ на пр. при прохожденіи сквозь него младенца. Въ продольномъ направленіи влагалище не можетъ удлиниться значительно. При высшей степени растяженія его въ этомъ направленіи, верхній конецъ его можетъ подняться только немного выше входа въ малый тазъ.

§ 52.

Влагалище имѣетъ двѣ стѣнки: *переднюю* и *заднюю*. Передняя стѣнка влагалища короче задней и нѣсколько вогнута; верхняя часть ея соединяется съ нижнею частью мочевого пузыря, а нижняя съ мочеиспускательнымъ каналомъ. Съ этими двумя органами влагалище соединяется посредствомъ клѣтчатки. Задняя стѣнка влагалища выпукла; верхняя четверть ея покрыта брюшиною, образующею тутъ такъ называемую *Дугласову складку* (*plica Douglassii*); на протяженіи своихъ остальныхъ трехъ четвертей, задняя стѣнка влагалища соединяется съ прямою кишкою посредствомъ клѣтчатки. Задняя стѣнка влагалища и передняя стѣнка прямой кишки,

начиная отъ того мѣста, гдѣ онѣ прилегаютъ другъ къ другу, въ направленіи книзу, все болѣе и болѣе расходятся, и образуютъ треугольникъ, основаніе котораго упирается въ промежность.

§ 53.

Влагалище состоитъ изъ двухъ оболочекъ: слизистой и мышечной; послѣдняя весьма богата сосудами. Эти двѣ оболочки окружены кѣтъчаткою, посредствомъ которой влагалище соединяется съ соѣдственными органами. Слизистая оболочка, выстилаящая полость влагалища, образуетъ большое количество поперечныхъ складокъ, которыя въ нижней части влагалища лежатъ плотно другъ подлѣ друга, а въ верхней, напротивъ, отстоятъ дальше одна отъ другой. Между этими складками находится большое количество слизистыхъ желѣзокъ, отдѣляющихъ слизь, для того, чтобы содержать влагалище постоянно въ влажномъ состояніи. Слизистая оболочка влагалища, въ верхней части его, переходитъ на влагалищную часть матки, а въ нижней — на малыя дѣтородныя губы. Мышечная оболочка влагалища довольно толста, весьма тягуча, и изобилуетъ венами; въ верхней части влагалища она непосредственно переходитъ въ самую мякоть матки.

§ 54.

Артеріи влагалища суть вѣтви артерій: маточной (arter. uterina), общей срамной (art. pudenda communis), пузырной (art. vesicalis) и средней геморроидальной (art. haemorrhoidalis media). Съ боковъ влагалища, вены образуютъ большія сплетенія (plexus vaginales), которыя соединяются съ венами матки и наружныхъ дѣтородныхъ частей. Нервы влагалища въ нижней части его суть вѣтви 3-го и 4-го крестцового нерва, а въ верхней — вѣтви подчревнаго сплетенія. Вообще влагалище не богато нервами, а потому и не очень чувствительно. Входъ во влагалище составляетъ наиболѣе чувствительную часть его; верхняя же часть его, напротивъ, обладаетъ весьма незначительною чувствительностію.

§ 55.

Лобкомъ называется та часть наружныхъ половыхъ органовъ, которая покрываетъ соединеніе лобковыхъ костей. Лобокъ состоитъ изъ общихъ покрововъ и толстаго подкожнаго жирнаго слоя; въ возмужаломъ возрастѣ женщины, онъ бываетъ покрытъ волосами. Начиная отъ лобка, въ направленіи книзу, къ промежности, идутъ двѣ толстыя кожистыя

складки, называемыя *большими дѣтородными губами*. Кожа, покрывающая большія дѣтородныя губы, въ большей части случаевъ, бываетъ нѣсколько темнѣе окружающихъ ихъ общихъ покрововъ, и усѣяна волосами. Внутренняя поверхность большихъ дѣтородныхъ губъ выстлана слизистою оболочкою розоваго цвѣта. Какъ наружная, такъ и внутренняя поверхность большихъ дѣтородныхъ губъ снабжена большимъ количествомъ сальныхъ желѣзокъ. Мякоть большихъ дѣтородныхъ губъ состоитъ изъ клѣтчатки, жира и большого числа венъ. Въ дѣвственномъ состояніи женщины, большія дѣтородныя губы плотно прилегаютъ одна къ другой, такъ, что, не раздвинувши ихъ, нельзя видѣть лежащія за ними малыя дѣтородныя губы. У промежности большія дѣтородныя губы соединяются между собою; мѣсто ихъ соединенія называется *спайкою большихъ дѣтородныхъ губъ*. Непосредственно за этою спайкою, находится тонкая поперечная оболочка, соединяющая нижнюю часть большихъ дѣтородныхъ губъ между собою, и называемая *узdeckкою большихъ дѣтородныхъ губъ*. Пространство между узdeckкою и дѣвственною плевою называется *ладьеобразною ямкою* (fossa navicularis). Съ боковъ этаго углубленія замѣчаются два отверстія отдѣлительныхъ протоковъ

куперовыхъ желѣзъ, помѣщающихся въ самой мякоти нижней части большихъ дѣтородныхъ губъ.

§ 56.

Малыя дѣтородныя губы суть двѣ складки слизистой оболочки, находящіяся непосредственно за большими дѣтородными губами, и прикрываемыя ими. Между двумя пластинками этихъ складокъ находится слой клѣтчатки, изобилующей кровеносными сосудами. Малыя дѣтородныя губы имѣютъ цвѣтъ розовый. Наружная поверхность каждой изъ нихъ прилегаетъ къ внутренней поверхности соотвѣтствующей ей большой дѣтородной губы, и внутренней поверхности противоположной малой дѣтородной губы. Внутреннія поверхности обѣихъ малыхъ дѣтородныхъ губъ покрываютъ похотникъ, отверстіе мочеиспускательнаго канала и часть входа во влагалище. Передній край малыхъ дѣтородныхъ губъ неровень, представляетъ линію кривую. Въ дѣвственномъ состояніи женщины, онъ прикрывается совершенно большими дѣтородными губами; у женщинъ, раждавшихъ уже нѣсколько разъ, онъ выступаетъ изъ — за большихъ дѣтородныхъ губъ болѣе или менѣе значительно, дѣлается тверже, и получаетъ буроватый цвѣтъ. Верхній край малыхъ дѣтородныхъ губъ не-

далеко отъ похотника раздѣляется на двѣ части, нижнюю и верхнюю. Нижняя прикрѣпляется къ нижней поверхности самаго похотника, а верхняя, соединившись съ верхнею частію противоположной малой дѣтородной губы, одѣваетъ похотникъ сверху, и обѣ вмѣстѣ образуютъ *крайнюю плотъ похотника* (*praeputium clitoridis*). Эта верхняя часть малой дѣтородной губы, составляющая, какъ кажется, продолженіе наружной ея поверхности, имѣетъ болѣе плотную консистенцію, и менѣе содержитъ въ себѣ кровеносныхъ сосудовъ, нежели нижняя. Нижняя же часть, въ составъ которой входитъ пещеристый слой, переходитъ непосредственно въ самую мякоть похотника. Приблизительно на границѣ между среднею и нижнею третью большихъ дѣтородныхъ губъ, малыя губы переходятъ въ эти послѣднія, сливаются съ ними.

Малыя дѣтородныя губы содержатъ въ себѣ большое количество сальныхъ желѣзокъ. Кромѣ того, по изслѣдованіямъ Wendt'a и Burkhardt'a, (*) въ самой мякоти ихъ находятся еще особенныя вѣтвистыя желѣзки, протоки которыхъ сообщаются съ ихъ поверхностями посредствомъ маленькихъ отверстій,

(*) *Frorieps. Neue Notizen. 1. 6. p. 117.*

которыя легко можно видѣть вооруженнымъ глазомъ. Малыя дѣтородныя губы изобилуютъ кровеносными сосудами и нервами, которые суть вѣтви тѣхъ же самыхъ сосудовъ и нервовъ, которыми снабжены большія дѣтородныя губы.

§ 57.

Похотникомъ называется маленькое бугорковатое возвышеніе, находящееся надъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала, между развѣтвленіями малыхъ дѣтородныхъ губъ. Похотникъ имѣетъ двѣ вѣтви, прикрѣпляющіяся къ нисходящимъ вѣтвямъ лобковыхъ костей. Обѣ эти вѣтви, поднимаясь вверхъ, сближаются между собою у нижняго края соединенія лобковыхъ костей, сливаются между собою, и образуютъ пещеристое тѣло, по устройству своему весьма похожее на пещеристыя тѣла мужескаго дѣтороднаго члена. Внѣшняя конечность этого органа называется *головкою похотника* (glans clitoridis); она, сравнительно, имѣетъ меньшій объемъ, нежели остальные его части, и загнута нѣсколько книзу, такъ, что весь похотникъ представляетъ линію кривую, выпуклость которой обращена къ соединенію лобковыхъ костей. Въ первые мѣсяцы утробной жизни младенца, похотникъ имѣетъ такую же длину,

накъ и мужескій дѣтородный членъ, отъ чего и происходитъ трудность различенія половъ въ этихъ періодахъ беременности. Въ первые годы послѣ рожденія дѣвочки на свѣтъ, похотникъ, сравнительно, бываетъ еще довольно великъ, но потомъ дальнѣйшее развитіе его не соотвѣтствуетъ уже развитію прочихъ наружныхъ дѣтородныхъ частей; у нѣкоторыхъ женщинъ, какъ кажется, онъ даже становится меньше. Похотникъ прикрѣпляется къ соединенію лобковыхъ костей еще посредствомъ особенной связки (*lig. suspensorium clitoridis*). Между вышеупомянутыми двумя вѣтвями похотника проходитъ мочеиспускательный каналъ. При половомъ сообщеніи, къ похотнику приливаетъ значительное количество крови, отъ чего онъ увеличивается въ объемѣ, приходитъ въ состояніе эрекціи.

§ 58.

Входомъ во влагалище называется нижній, внѣшній конецъ его, составляющій границу между наружными и внутренними дѣтородными частями. Большая часть его прикрывается внутренними поверхностями малыхъ дѣтородныхъ губъ. Въ дѣвственномъ состояніи женщины входъ во влагалище бываетъ закрытъ тонкою перепонкою, называемою *дѣвственною*

плевой (hymen). Эта плева есть складка слизистой оболочки, выстилающей внутреннюю поверхность больших дѣтородныхъ губъ; между двумя пластинками этой складки находится кѣтчатка и нѣсколько кровеносныхъ сосудовъ. Въ наибольшей части случаевъ она имѣетъ форму полу-круглую, и тогда въ верхней части ея есть маленькое отверстіе, предназначенное для свободного истеченія мѣсячнаго очищенія. Иногда плева эта имѣетъ форму совершенно круглую, и тогда вышеупомянутое отверстіе находится въ центрѣ ея. Иногда, наконецъ, вовсе нѣтъ отверстія въ ней, что относится уже къ явленіямъ патологическимъ. Бываютъ также и такіе случаи, гдѣ, вмѣсто дѣвственной плевы замѣчается только тонкая узкая перепонка, пересѣкающая входъ во влагалище въ поперечномъ направленіи. При первомъ совокупленіи, дѣвственная плева почти всегда разрывается на нѣсколько частей, или лоскутовъ. Эти послѣдніе, уменьшившись постепенно въ объемѣ, образуютъ на окружности входа во влагалище маленькія, бородавчатые возвышенія, называемыя *carunculae myrtiformes*.

§ 59.

Грудь суть полукруглыя возвышенія, находящіяся на передней поверхности груднаго ящика.

Въ нихъ совершается послѣ родовъ отдѣленіе молока, назначеннаго для питанія новорожденнаго младенца. Форма и объемъ грудей бываютъ весьма различны, и эта разница обуславливается лѣтами женщины, племенемъ къ которому она принадлежитъ, и нѣкоторыми фізіологическими и патологическими состояніями.

§ 60.

Грудь состоитъ изъ общихъ покрововъ, болѣе или менѣе толстаго подкожнаго слоя жира и молочной желѣзы съ ея отдѣлительными протоками. Форма, напряженіе и положеніе, или направленіе грудей, зависятъ отъ толщины подкожнаго жирнаго слоя. Беременность и кормленіе грудью ребенка имѣютъ весьма значительное вліяніе на измѣненіе грудей въ отношеніи ихъ формы и объема. По мѣрѣ увеличенія объема грудей, кожа, ихъ покрывающая, дѣлается тоньше и нѣжнѣе, и находящіяся подъ нею вены тогда сквозь нее просвѣчиваютъ. Въ центрѣ наружной поверхности каждой груди, находится сосокъ (papilla); онъ имѣетъ конусообразную форму и состоитъ изъ продолженія общихъ покрововъ; въ немъ сближаются между собою отдѣлительные протоки молочной желѣзы, и на концѣ его открываются весьма

маленькими отверстиями. Кожа, покрывающая сосокъ, очень тонка, нѣсколько морщиновата, цвѣтъ имѣетъ розовый или свѣтлобуроватый; жирнаго слоя подъ нею нѣтъ. Внутри соска замѣчаются гладкія мышечныя волокна, бѣловатая, эластическая ткань и большое количество кровеносныхъ сосудовъ и нервовъ; между этими составными частями соска находится отъ 15 до 20 млечныхъ протоковъ, идущихъ въ направленіи къ оконечности соска. Такое устройство соска условливаетъ возможность эрекціи и довольно значительнаго увеличенія объема его въ слѣдствіе усиленнаго прилива крови къ нему. Величина соска различна; въ наибольшей части случаевъ, она равняется величинѣ послѣдняго сустава мизинца. Иногда сосокъ представляется вдавленнымъ въ грудь, такъ, что, вмѣсто возвышенія, мы находимъ тутъ небольшое углубленіе, выравнивающееся только во время эрекціи. Большое количество нервовъ, находящихся въ соскѣ, условливаетъ значительную чувствительность его. Кожа, окружающая непосредственно сосокъ, на пространствѣ $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ " во всѣ стороны, называется околососковымъ кружкомъ (areola). Она имѣетъ, также какъ и сосокъ, цвѣтъ розовый, или свѣтлобуроватый, и способна сокращаться, при чемъ она представляется покрытою маленькими морщинами. Околососковый кру-

жокъ содержитъ въ себѣ большее или меньшее количество сальныхъ и потовыхъ желѣзокъ, которыя, въ дѣвственномъ состояніи женщины, почти не замѣтны, или образуютъ на поверхности околососкового кружка весьма незначительныя возвышенія. Во время беременности и кормленія грудью эти желѣзки развиваются и увеличиваются въ объемѣ.

§ 61.

Подъ кожей, одѣвающей грудь, находится, какъ выше уже было сказано, болѣе или менѣе толстый слой жира. Толщина этого слоя различна, отъ $\frac{1}{2}$ —3". У основанія груди, слой этотъ сливается съ подкожнымъ жирнымъ слоемъ общихъ покрововъ, окружающихъ грудь. Среди этого слоя находится молочная желѣза, которая, въ дѣвственномъ состояніи женщины, когда она еще не достигла своего полного развитія, представляется плоскою, и имѣетъ въ діаметрѣ 3—4", а въ толщину $\frac{5}{4}$ —1". Она находится непосредственно надъ большою грудною мышцею, и такъ слабо соединена съ этою послѣднею, что легко можетъ быть передвигаема изъ стороны въ сторону. Молочная желѣза состоитъ изъ нѣсколькихъ долей (15—20), которыя отдѣлены одна отъ

другой болѣе или менѣе толстымъ слоемъ клѣтчатки. Каждая изъ этихъ долей, въ свою очередь, состоитъ изъ нѣсколькихъ долей. Каждая изъ этихъ послѣднихъ имѣетъ свой млечный протокъ. Протоки эти, на весьма незначительномъ разстояніи отъ соотвѣствующихъ имъ долей молочной желѣзы, соединяются между собою, и образуютъ млечные протоки нѣсколько большаго калибра, которые опять, сливаясь между собою, составляютъ млечные протоки еще большаго калибра, и идутъ потомъ уже, постепенно сближаясь между собою, къ соску, и оканчиваются на наружной поверхности его отверстіемъ, имѣющимъ въ діаметръ 0, 3". Внутренняя поверхность млечныхъ протоковъ выстлана эпителиемъ, и вокругъ ихъ находится большое количество волосныхъ сосудовъ. Тамъ, гдѣ млечные протоки меньшаго калибра, соединяясь между собою, образуютъ протоки большаго діаметра, находятся заслоночки, препятствующія обратному движенію молока. Предъ вступленіемъ своимъ въ сосокъ, каждый изъ млечныхъ протоковъ нѣсколько расширяется, и образуетъ, такъ сказать, резервуаръ для молока; эти резервуары, будучи наполнены молокомъ, имѣютъ въ діаметръ 3" — 5". Стѣнки млечныхъ протоковъ, между этими резервуарами и оконечностію соска, снабжены сжимательными

мышечными волокнами, препятствующими самопроизвольному истечению молока.

§ 62.

Артеріи грудей суть вѣтви артерій титечныхъ, внутренней и наружной, (*art. mammar. intern. et extern.*) и артеріи грудной (*art. thoracica*). Вены сопровождаютъ артеріи, но имѣютъ гораздо больший калиберъ, нежели эти послѣднія, и образуютъ между собою, подъ кожею, значительныя сплетенія. Нервы грудей суть вѣтви сплетеній: шейнаго и ручнаго (*plex. cervicalis et brachialis*). Грудь изобилуетъ также лимфатическими сосудами, изъ которыхъ одни идутъ параллельно съ развѣтвленіями внутренней титечной артеріи, проникаютъ въ грудную полость, и соединяются съ лимфатическими желѣзами передняго груднаго промежутка; другіе же проходятъ подъ краемъ большой грудной мышцы, и соединяются съ крыльцовыми лимфатическими желѣзами.

ОТДѢЛЕНІЕ ВТОРОЕ.

ГЛАВА I.

О возмужалости женщины, мѣсячномъ очищеніи, оплодотвореніи и зачатіи.

§ 63.

Возмужалостію женщины называется тотъ періодъ ея жизни, съ котораго она дѣлается способною къ зачатію. Наступленіе этого періода первоначально обнаруживается въ яичникахъ образованіемъ и созрѣваніемъ яичекъ. Яичники при этомъ дѣлаются толще, и получаютъ болѣе овальную, яйцеобразную форму. Развивающіеся графовы пузырьки увеличиваются въ объемѣ, приближаются къ наружной поверхности яичника, иногда даже поднимаются выше уровня этой послѣдней, при чемъ внѣшній покровъ ихъ дѣлается тонѣе.

Отъ яичниковъ эта усиленная жизнедѣятельность сообщается прочимъ частямъ полового аппарата, въ которыхъ уже показываются явленія, собственно характеризующія дѣйствительную возмужалость женщины.

Къ этимъ явленіямъ относятся: окончательное развитіе дѣтородныхъ частей и грудей, появленіе мѣсячнаго очищенія, и правильно повторяющееся отдѣленіе этаго послѣдняго. Вышеупомянутое развитіе дѣтородныхъ частей и грудей сопровождается гиперемическимъ состояніемъ этихъ органовъ. Яичники и маточныя трубы содержатъ въ себѣ въ это время большое количество крови; бахрома Фаллопиевыхъ трубъ дѣлается толще и длиннѣе; дно и тѣло матки развиваются сильнѣе; стѣнки матки дѣлаются толще; складки слизистой оболочки, выстилающей внутреннюю поверхность матки изглаживаются; шейка матки рѣзко отдѣляется отъ тѣла ея, и получаетъ болѣе цилиндрическую форму. Во влагалищѣ число поперечныхъ складокъ въ это время увеличивается. Рашелина наружныхъ дѣтородныхъ частей, въ слѣдствіе болѣе сильной сократительности мышцъ промежности, оттягивается нѣсколько болѣе кзади, такъ, что она находится тутъ уже вся между бедрами и обращена прямо книзу; у невозмужалыхъ дѣвушекъ, напротивъ, она, при вертикальномъ положеніи ихъ, выдается болѣе напередъ, и часть ея можно видѣть даже при сжатыхъ бедрахъ. Большія дѣтородныя губы дѣлаются полнѣе, больше выдаются напередъ, и тѣснѣе прилегаютъ другъ къ другу, такъ, что

онѣ совершенно прикрываютъ собою малыя дѣтородныя губы и похотникъ. Выпуклость лобка дѣлается больше и покрывается волосами, равно какъ и наружная поверхность большихъ дѣтородныхъ губъ. Въ то же самое время замѣчается усиленіе жизнедѣятельности и въ грудяхъ; приливъ крови къ нимъ дѣлается значительнѣе, и, въ слѣдствіе утолщенія жирнаго слоя ихъ, онѣ становятся больше; околососковый кружокъ получаетъ блѣднорозовый цвѣтъ; сосокъ болѣе выступаетъ впередъ. Совмѣстно съ этими измѣненіями въ дѣтородныхъ частяхъ, развиваются и остальные части тѣла женщины, въ особенности же тазъ ея дѣлается вмѣстимѣе.

§ 64.

Мѣсячное очищеніе составляетъ главный признакъ возмужалости женщины. Время его появленія зависитъ отъ развитія тѣла женщины, и отъ климата. Въ странахъ жаркихъ оно появляется сравнительно гораздо раньше, нежели въ странахъ холодныхъ. Въ нашемъ климатѣ оно обыкновенно показывается между 14 и 16 годомъ жизни. Самому появленію мѣсячнаго очищенія не рѣдко предшествуютъ различные болѣзненные припадки, такъ называемые *molimina menstrualia*. Сюда надобно отнести: признаки брюш-

наго полнокрівія, боли въ крестцѣ и въ пахахъ, которыя распространяются внизъ по бедрамъ; чувство усталости въ нижнихъ конечностяхъ; ощущеніе тяжести и тягучей боли въ полости таза, и возвышенія температуры наружныхъ дѣтородныхъ частей. Большія дѣтородныя губы при этомъ припухаютъ, нѣсколько раздвигаются; малыя дѣтородныя губы и похотникъ болѣе выдаются впередъ, и входъ во влагалище дѣлается доступнѣе. Стѣнки влагалища менѣе тѣсно прилегаютъ другъ къ другу; слизистая оболочка его становится мягче и рыхлѣе; матка стоитъ болѣе прямо и ниже въ полости таза, нежели обыкновенно; наружное устье представляется болѣе круглымъ, и обѣ губы его находятся на одинаковой высотѣ. Въ грудяхъ женщина въ это время ощущаетъ чувство напряженности и легкія колюція боли; околососковый кружокъ получаетъ болѣе темный цвѣтъ, а соски болѣе выдаются впередъ. Къ этимъ мѣстнымъ явленіямъ присоединяются вскорѣ явленія общія, какъ-то: дрожь попеременно съ летучимъ жаромъ, головная боль, головокруженіе. Подъ глазами не рѣдко появляются синіе круги; на лицѣ выступаетъ сыпь; отдѣленіе мочи усиливается, и она представляется мутною, смѣшанною съ слизью. Когда самое отдѣленіе менструальной крови показывается,

то всѣ эти болѣзненные явленія обыкновенно прекращаются. Сначала кровь выходитъ каплями, и съ большими промежутками; дня черезъ 2, отдѣленіе ея усиливается, и она течетъ уже безостановочно; а потомъ истеченіе постепенно уменьшается и, наконецъ, вовсе прекращается. Мѣсячное очищеніе обыкновенно продолжается 1 — 8 дней, при чемъ женщина теряетъ 4 — 6 унцовъ крови. Менструальная кровь имѣетъ цвѣтъ темный и, по цвѣту своему, занимаетъ середину между артеріальною и венозною кровью. Микроскопическія изслѣдованія показали, что менструальная кровь содержитъ въ себѣ цѣльные кровяные шарики, количество которыхъ сначала не велико, потомъ увеличивается, и, наконецъ, опять уменьшается, слизистые шарики, мерцательные цилиндры и частицы эпителія. Менструальная кровь не свертывается, что зависитъ отъ совершеннаго отсутствія въ ней фибрина. Изъ химическихъ изслѣдованій менструальной крови видно, что она содержитъ въ себѣ воду, бѣлокъ, огнепостоянныя соли и стемато-глобулинъ.

Источникъ кровотока при мѣсячномъ очищеніи обыкновенно составляютъ сосуды слизистой оболочки матки. Иногда однако же, хотя и очень рѣдко, кровь отдѣляется и изъ сосудовъ слизистой оболочки вер-

хней части влагалища. Судя по количеству крови, отдѣляющейся при каждомъ мѣсячномъ очищеніи, надобно принять, что она выходитъ только изъ волосныхъ сосудовъ, которые при этомъ должны разрываться; иначе нельзя себѣ и объяснить присутствіе цѣльныхъ кровяныхъ шариковъ въ менструальной крови.

§ 65.

Третьимъ признакомъ наступившей возмужалости женщины служить правильное повтореніе мѣсячнаго очищенія. Въ нормальномъ состояніи оно повторяется чрезъ каждые три недѣли, на четвертой. Во время беременности и въ первые мѣсяцы кормленія грудью, мѣсячное очищеніе обыкновенно не показывается. Изъ этого правила однако же не рѣдко бываютъ исключенія, а именно иногда мѣсячное очищеніе послѣ зачатія показывается еще 2 — 3 раза и, иногда, хотя и рѣдко, оно повторяется правильно въ теченіе всей беременности. Какъ весьма рѣдкое исключеніе надобно разсматривать тѣ случаи гдѣ мѣсячное очищеніе показывается только во время беременности. Послѣ родовъ мѣсячное очищеніе прекращается на болѣе или менѣе долгое время, смотря потому, кормитъ ли родильница сама грудью своего ребенка,

или нѣтъ. Изъ наблюденій *Langheinrich'a* (*), собранныхъ весьма тщательно, видно, что у большей части женщинъ, кормящихъ грудью своихъ дѣтей, мѣсячное очищеніе не показывается ранѣе шести мѣсяцевъ послѣ родовъ. У тѣхъ же, напротивъ, которыя сами не кормятъ грудью своихъ дѣтей, оно показывается всегда гораздо ранѣе, и у нѣкоторыхъ даже чрезъ шесть недѣль послѣ родовъ.

§ 66.

Оплодотвореніемъ (foecundatio) называется тотъ моментъ, когда мужское сѣмя приходитъ въ соприкосновеніе съ выступившимъ изъ яичника яичкомъ. Это соприкосновеніе можетъ имѣть мѣсто въ различныхъ частяхъ полового аппарата женщины, смотря потому, сколько времени прошло между выступленіемъ яичка изъ яичника, и совокупленіемъ. Такимъ образомъ яичко можетъ быть оплодотворено въ самую минуту своего выступленія изъ яичника, или въ Фаллопиевой трубѣ, на пути своемъ изъ яичника

(*) *Langheinrich*. Beobachtungen über die Zeit des Wiedereintritts der Menstruation nach vorausgegangenen Entbindungen. Scanzoni's Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie. Bd. 1. Heft 2 u. 3. p. 232. 1854.

въ матку, или, наконецъ, въ самой маткѣ. Оплодотвореніе и зачатіе совершаются въ одинъ и тотъ же моментъ; какъ только мужское сѣмя пришло въ соприкосновеніе съ яичкомъ, такъ это послѣднее получаетъ способность развиваться далѣе, и женщина съ этой минуты становится беременною.

ГЛАВА 2.

О беременности.

§ 67.

Беременностію называется періодъ времени между зачатіемъ и родами, или, другими словами, то время, въ теченіе котораго въ женскомъ тѣлѣ развивается оплодотворенное яичко, и совершаются тѣ перемѣны, которыя необходимы для питанія зародыша и новорожденного младенца. Въ физиологическомъ отношеніи, беременность есть отправленіе, условливающее собою происхожденіе другихъ отправленій, каковы напр., отдѣленіе молока и послѣродоваго очищенія.

§ 68.

Беременность раздѣляется на *правильную* и *неправильную*, *маточную* и *внематочную*. Пра-

вильною называется она тогда, когда всѣ тѣ перемѣны, которыя замѣчаются обыкновенно въ это время въ тѣлѣ женщины, совершаются нормальнымъ образомъ, и слѣдуютъ одна за другою въ извѣстномъ порядкѣ. Если же, напротивъ, беременность осложняется съ какими либо паталогическими состояніями организма, могущими имѣть важное вліяніе на теченіе и продолжительность беременности, то она называется *неправильною*. *Маточною* называется она тогда, когда оплодотворенное яичко развивается въ маткѣ. Если же въ слѣдствіе какихъ нибудь причинъ, о которыхъ ниже будетъ сказано подробно, яичко, будучи оплодотворено, не достигаетъ матки и развивается въ какой либо другой части полового аппарата, или внѣ его, то такое состояніе называется *внѣматочною беременностію*. Такъ можетъ случиться, что яичко можетъ быть оплодотворено въ самую минуту своего выходненія изъ яичника, и, не имѣя возможности отдѣлиться отъ этаго послѣдняго, начнетъ тутъ развиваться—состояніе извѣстное подъ именемъ *беременности яичника* (*graviditas ovarica*). Въ другихъ случаяхъ бываетъ, что оплодотворенное яичко, попавши въ Фаллопіеву трубу, встрѣчаетъ въ этой послѣдней непреодолимое препятствіе для дальнѣйшаго слѣдованія своего въ матку, и разви-

вается въ Фаллопѣевой трубѣ. Такое состояніе называется *трубною беременностію* (graviditas tubaria). Наконецъ, иногда, оплодотворенное яичко, отдѣлившись отъ яичника, не попадаетъ вовсе въ Фаллопѣеву трубу, а падаетъ въ полость живота, и тутъ развивается — состояніе, извѣстное подъ названіемъ *брюшной беременності* (graviditas abdominalis).

Внѣматочная беременность служитъ неоспоримымъ доказательствомъ того, что оплодотвореніе яичка можетъ совершаться, какъ на самомъ яичникѣ, такъ и на всемъ протяженіи между этимъ послѣднимъ и маткою, и что мужское сѣмя обладаетъ самостоятельную способностію движенія.

§ 69.

Такъ какъ изъ яичника не всегда выходитъ одно только яичко, а иногда два и болѣе, то нѣсколько яичекъ могутъ быть оплодотворены въ одно и тоже время. По числу оплодотворенныхъ яичекъ беременность раздѣляется на *простую* и *сложную*. *Простую* называется она, когда въ тѣлѣ женщины развивается одно только яичко, а *сложною*, когда *ихъ* развивается два, или болѣе. Совмѣстное развитіе

двухъ оплодотворенныхъ яичекъ въ маткѣ, есть явленіе не рѣдкое. Развитіе трехъ яичекъ бываетъ рѣдко, а еще рѣже бываютъ случаи, гдѣ ихъ развивается вдругъ четыре. Доселѣ мы не имѣемъ наблюденій, заслуживающихъ вѣроятія, касательно одновременнаго развитія въ маткѣ еще большаго числа оплодотворенныхъ яичекъ. Оплодотворяются ли нѣсколько яичекъ въ одинъ и тотъ же моментъ, или одно послѣ другаго — это вопросъ еще не рѣшенный. Касательно того черезъ сколько времени послѣ оплодотворенія перваго яичка, можетъ совершиться оплодотвореніе втораго, — мы также еще не знаемъ ничего вѣрнаго. Если женщина имѣла одинъ только разъ совокупленіе, и потомъ оказывается беременною двойнями, то казалось-бы нѣтъ сомнѣнія въ томъ, что оплодотвореніе обоихъ яичекъ совершилось въ одинъ и тотъ же моментъ. На самомъ же дѣлѣ можетъ быть иначе. Во время мѣсячнаго очищенія одно яичко можетъ выйти изъ яичника раньше другаго, такъ, что, въ минуту совокупленія, первое уже можетъ быть въ маткѣ, а другое на половинѣ пути своего изъ яичника въ матку. Ясно, что въ этомъ случаѣ, первое прежде придетъ въ соприкосновеніе съ мужскимъ сѣменемъ, нежели второе, и, слѣдовательно,

раньше будет оплодотворено. На основаніи новѣйшихъ наблюденій, допускають теперь, что оплодотвореніе втораго яичка можетъ повториться въ слѣдствіе повтореннаго совокупленія черезъ нѣсколько дней послѣ оплодотворенія перваго, или даже гораздо позже, когда первое яичко уже нѣсколько времени находится въ маткѣ. Первый изъ этихъ двухъ случаевъ называютъ *сверхъ-оплодотвореніемъ* (superfoecundatio), а второй — *сверхъ-плодоношеніемъ* (superfoetatio).

ГЛАВА 3.

О перемѣнахъ, производимыхъ беременностію въ тѣлѣ женщины.

§ 70.

Перемѣны, производимыя беременностію въ тѣлѣ женщины, преимущественно обнаруживаются въ маткѣ; менѣе явственно бываютъ онѣ выражены въ остальныхъ частяхъ полового аппарата. Кромѣ того беременность всегда имѣетъ болѣе или менѣе значительное вліяніе на всѣ системы организма женщины, и внѣ полового аппарата.

§ 71.

Въ маткѣ, непосредственно послѣ зачатія развивается усиленная жизнедѣятельность; приливъ соковъ къ ней дѣлается больше, отъ чего она увеличивается въ объемѣ; кровеносные сосуды ея содержатъ въ себѣ большее количество крови, избыточной особенно фибриномъ. Слизистая оболочка матки, тотчасъ послѣ зачатія начинаетъ существенно измѣняться. Она становится толще, рыхлѣе, на ней образуются значительныя складки, выполняющія собою совершенно полость матки, такъ, что передняя и задняя ея стѣнки касаются другъ друга. Слизистая оболочка матки въ этомъ гипертрофированномъ видѣ своемъ, называется отпадающею оболочкою (*membrana decidua*). Прежде существовавшее мнѣніе, что, непосредственно послѣ зачатія, на внутренней поверхности матки выпотѣваетъ эксудатъ, который, скоро сгущаясь, образуетъ оболочку, названную по имени перваго, ее описавшаго, Гунтерovou отпадающею оболочкою, опровергнуто совершенно новейшими наблюденіями и изслѣдованіями. Изъ этихъ послѣднихъ видно, что яичко, пришедши въ полость матки, помѣщается въ одной изъ складокъ ея гипертрофированной слизистой оболочки, и обхватывается

этою складкою со всѣхъ сторонъ. Края этой складки потомъ между собою срастаются и яичко представляется заключеннымъ въ этой складкѣ. При дальнѣйшемъ развитіи и увеличеніи объема яичка, эта складка все болѣе и болѣе растягивается, и, наконецъ, приходитъ въ соприкосновеніе со всею внутреннею поверхностію матки. При дальнѣйшемъ теченіи беременности, складка эта постепенно атрофируется, наконецъ уничтожается совершенно, и яичко соприкасается тогда, своею наружною поверхностію, всей слизистой оболочки матки.

§ 72.

По мѣрѣ увеличенія зародыша, всѣ части матки постепенно развиваются, въ особенности же ея мышцы, которыя въ концѣ беременности получаютъ достаточную силу для изверженія младенца своими сокращеніями. Форма матки, положеніе ея и отношеніе къ сосѣдственнымъ органамъ, также значительно измѣняются во время беременности.

§ 73.

Увеличеніе объема матки совершается особенно быстро въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Въ концѣ беременности матка имѣетъ въ длину около 12";

поперечный діаметръ ея содержитъ въ себѣ 8—9", а прямой, считая спереди назадъ, 6—8". Окружность матки, около Фаллопіевыхъ трубъ, имѣетъ 26—28". Величина полости матки равняется 400" куб. такъ, что величина полости матки въ концѣ беременности, относится къ величинѣ ея полости въ дѣвственномъ состояніи женщины, какъ 544: 1. Это увеличеніе матки условливается не однимъ только механическимъ растяженіемъ, которое производится содержимымъ въ ней, и постепенно увеличивающимся яйцомъ; оно есть также слѣдствіе самостоятельнаго развитія матки. Толщина стѣнокъ матки въ началѣ беременности увеличивается; потомъ, къ концу беременности, онѣ, сравнительно, опять становятся тонѣе. Толщина стѣнокъ матки не во всѣхъ частяхъ ея одинакова; въ верхнихъ она равняется 1—1½", а въ нижней, напротивъ, иногда только 3—4". Черезъ нѣсколько дней послѣ родовъ матка вѣситъ еще 24 3, слѣдовательно почти въ двадцать разъ болѣе, нежели въ дѣвственномъ состояніи женщины.

§ 74.

По мѣрѣ увеличенія объема матки, измѣняется и ея форма: изъ треугольной, какою она бываетъ до беременности, она дѣлается овальною, предста-

вляеть овоидъ , узкая часть котораго обращена книзу. Форма самой полости матки также соотвѣтствуетъ наружному ея виду. Измѣненіе формы матки, и принятіе ею формы овальной, зависитъ отъ формы развивающагося въ ней яйца. Впрочемъ матка только тогда имѣеть форму правильного овала, когда содержащійся въ ней младенецъ имѣеть положеніе продольное; въ противномъ случаѣ форма матки подвергается большимъ или меньшимъ измѣненіямъ, уклоняется болѣе или менѣе отъ формы правильного овала.

§ 75.

Въ маточной шейкѣ во время беременности происходятъ различныя перемѣны, имѣющія большое значеніе въ практическомъ и діагностическомъ отношеніи. Между этими перемѣнами главнѣйшія суть: 1) увеличеніе ея объема, особенно около основанія ея, и разрыхленіе существа ея; 2) постепенное укорачиваніе ея, при чемъ каналъ маточной шейки мало по малу уничтожается, растягивается для увеличенія полости матки; 3) измѣненіе наружнаго маточнаго устья, которое изъ поперечной ращелины, превращается въ круглое отверстіе и 4) расширеніе какъ наружнаго, такъ и внутренняго маточнаго устья.

Эти измѣненія маточной шейки, въ практическомъ отношеніи, имѣли бы огромную цѣнность, если бы они были постоянными, повторялись бы во всѣхъ случаяхъ, безъ исключенія. На самомъ же дѣлѣ бываетъ иначе; иногда нѣкоторыхъ изъ этихъ перемѣнъ не бываетъ вовсе, иногда онѣ слѣдуютъ одна за другою не въ обыкновенномъ порядкѣ. Утолщеніе и разрыхленіе стѣнокъ маточной шейки замѣчается не во всѣхъ случаяхъ въ одинаковой степени. Вообще можно сказать, что и то и другое во время первой беременности бываетъ выражено не такъ явственно, какъ при послѣдующихъ беременностяхъ. У женщинъ беременных въ первый разъ маточная шейка такъ значительно укорачивается, что на томъ мѣстѣ, гдѣ была маточная шейка, мы въ концѣ беременности находимъ только весьма маленькое возвышеніе; иногда, напротивъ это укорачиваніе бываетъ далеко не такъ значительно. У многороженицъ маточное устье и въ концѣ беременности имѣетъ около $\frac{1}{2}$ ". Округленіе наружнаго маточнаго устья есть также явленіе непостоянное; болѣе постоянно оно у первобеременныхъ, нежели у многороженицъ. У первобеременныхъ, наружное маточное устье, даже въ концѣ беременности, едва бываетъ расширено на столько, что можно ввести въ него конецъ пальца, причемъ

внутреннее маточное устье нельзя осязать. И тутъ иногда встрѣчаются исключенія, и не только наружное, но даже и внутреннее маточное устье бываетъ нѣсколько расширено. У многороженицъ, наружное маточное устье бываетъ болѣе расширено и на губахъ его замѣчаются разрывы — слѣдствіе предшествовавшихъ родовъ. Въ послѣднихъ недѣляхъ беременности у нихъ и внутреннее маточное устье обыкновенно такъ расширяется, что изслѣдывающій палецъ можетъ проникнуть сквозь него, осязать непосредственно оболочки яйца, и, за этими послѣдними подлежащую часть младенца.

Такъ какъ исчисленные выше измѣненія маточной шейки, въ наибольшей части случаевъ, совершаются нормальнымъ образомъ, и слѣдуютъ одна за другою въ извѣстномъ порядкѣ, то, при опредѣленіи періода беременности, они имѣютъ большое значеніе; хотя съ другой стороны, вѣрно также и то, что на основаніи однихъ этихъ измѣненій точнаго опредѣленія сдѣлать нельзя.

§ 76.

Положеніе матки во время беременности также измѣняется. Въ слѣдствіе значительнаго прилива соковъ къ ней, она становится длиннѣе, а потому въ

первые два мѣсяца беременности легче бываетъ осязать пальцемъ влагалищную часть ея; это подало поводъ принимать, будтобы матка, въ первые мѣсяцы беременности, опускается ниже въ полость таза, что, однако же, несправедливо. Матка, въ это время, въ полости таза имѣетъ болѣе прямое положеніе. Потомъ, при дальнѣйшемъ теченіи беременности, она, постепенно увеличиваясь въ объемъ, наконецъ не можетъ болѣе помѣщаться въ полости малаго таза, выходитъ изъ него, и тогда дно ея опять склоняется напередъ. Въ теченіе всѣхъ остальныхъ періодовъ беременности, матка снизу поддерживается сводомъ влагалища, а съ боковъ подвздошными костями; дно ея, склонившись напередъ, ложится на переднюю брюшную стѣнку. Кишки, лежащія надъ маткою, въ слѣдствіе увеличенія объема ея, сначала отодвигаются кверху, потомъ ложатся по бокамъ матки, и, наконецъ, когда эта послѣдняя достигаетъ высшей степени своего развитія, помѣщаются сзади ея. Дно матки, въ концѣ беременности, въ большей части случаевъ, склоняется въ одну какую либо сторону, чаще въ правую. Это зависитъ отъ того, что матка, имѣя во время беременности форму овала, узкая часть котораго обращена книзу, не находитъ для себя во входѣ въ

полость малаго таза достаточно твердой опоры, а дно ея, какъ часть тяжелѣйшая, легко перевѣшивается на одну какую либо сторону, отъ чего вся матка получаетъ положеніе болѣе или менѣе косое. Незначительную степень такого склоненія дна матки въ сторону, надобно разсматривать какъ явленіе нормальное; болѣе же значительныя степени составляютъ уже явленія паталогическія, могущія имѣть важное вліяніе на ходъ родовъ, и о которыхъ ниже будетъ сказано подробнѣе. Когда матка достигаетъ высшей степени своего увеличенія, то дно ея подходитъ подъ ложечку. Грудобрюшная преграда при этомъ поднимается кверху; нижнія ложныя ребра выдаются болѣе кнаружи; даже легкія и сердце отклоняются нѣсколько кверху; желудокъ и печень подвергаются давленію, отъ чего отправленія ихъ не рѣдко нарушаются. Подвздошныя артеріи и вены всегда подвергаются въ это время довольно сильному давленію, въ особенности же вены, отъ чего кровообращеніе во влагалищѣ, наружныхъ дѣтородныхъ частяхъ и нижнихъ конечностяхъ болѣе или менѣе затрудняется. Мочевой пузырь, соединенный съ маткою, также поднимается кверху; мочевой же каналъ, въ слѣдствіе давленія, иногда значительно припухаетъ. Въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности матка обыкновенно

опять опускается, и дно ея становится ниже. Это опусканіе матки зависит частію отъ уменьшившагося сопротивленія со стороны брюшныхъ стѣнокъ, частію отъ величины входа въ полость малаго таза, отъ большей или меньшей прямизны оси таза, и, наконецъ, и отъ самаго положенія младенца. На основаніи вышеисчисленныхъ причинъ опусканія матки, оно можетъ случиться или нѣсколько раньше вышеприведеннаго періода беременности, или вовсе не имѣть мѣста.

§ 77.

Мякоть матки во время беременности подвергается различнымъ измѣненіямъ во всѣхъ своихъ составныхъ частяхъ. Это измѣненіе обнаруживается въ слизистой оболочкѣ, выстилающей внутреннюю поверхность матки, прежде, нежели во всѣхъ другихъ ея частяхъ. Въ слѣдствіе усиленнаго прилива крови къ ней, она становится толще, рыхлѣе и образуетъ отпадающую оболочку яйца (см. § 70). Въ началѣ беременности оболочка эта имѣетъ въ толщину 2''' — 2½''' . При дальнѣйшемъ теченіи беременности, она постоянно становится все тонѣе и тонѣе, и на поверхности яйца, достигшаго совершенной зрѣлости, она представляется въ видѣ неболь-

шихъ оставшихся кусковъ. По мѣрѣ постепеннаго уничтоженія этой опадающей оболочки, на внутренней поверхности матки образуется новая слизистая оболочка. Слой клѣтчатки, лежащій подъ слизистой оболочкою матки, утолщается, желѣзы матки увеличиваются въ объемѣ. Брюшина, одѣвающая матку, хотя и подвергается значительному растяженію, однако отъ того не только не утончается, но, напротивъ, представляется утолщеною, гипертрофированною и менѣе прозрачною. Маточныя трубы и яичники, лежащіе, при небеременномъ состояніи матки, почти на одной высотѣ съ дномъ ея, во время беременности ложатся по бокамъ матки въ перпендикулярномъ направленіи.

§ 78.

Клѣтчатка, находящаяся между сосудами и мышцами матки, дѣлается, въ слѣдствіе значительнаго прилива крови, мягче, рыхлѣе, и получаетъ красноватый цвѣтъ. Мышцы дѣлаются толще, длиннѣе и имѣютъ форму цилиндрическую. Развитіе мышцъ матки идетъ прогрессивно въ теченіе всей беременности, и только въ концѣ ея онѣ достигаютъ своего полнаго развитія, и получаютъ способность періодически сокращаться съ такою силою, какая потребна для

изверженія плода. Клѣтчатка, по своей эластичности, особенно способствуетъ тому, чтобы содержать матку въ теченіе всей беременности въ постоянно напряженномъ состояніи. Степень силы сокращеній, и эластичность различныхъ частей матки, находятся въ прямомъ отношеніи къ количеству мышечныхъ волоконъ и клѣтчаки въ этихъ частяхъ; а потому наибольшая сила сокращеній обнаруживается въ днѣ матки, а наибольшую эластичностію обладаетъ ея шейка.

§ 79.

Въ кровеносныхъ сосудахъ матки также происходятъ значительныя перемѣны; калиберъ ихъ увеличивается, и они становятся длиннѣе. Стволъ маточной артеріи, въ концѣ беременности, представляется почти вдвое утолщеннымъ. Восходя вверхъ по боку матки, артерія эта даетъ отъ себя вѣтви, калиберъ которыхъ почти равняется калиберу самого ея ствола. Эти вѣтви между собою не анастомозируютъ, но соединяются съ сѣмянною артеріею, идущею отъ яичника, и образуютъ съ развѣтвленіями артерій, идущихъ отъ противоположнаго бока матки, по срединѣ, большія сплетенія. Если принять въ соображеніе огромное число развѣтвленій артерій,

и большое пространство, занимаемое густыми ихъ сплетеніями, то надобно придти къ тому убѣжденію, что, во время беременности, артеріи не только увеличиваются и утолщаются, но что образуются новыя, дотолѣ не существовавшія развѣтвленія ихъ, и что прежнее мнѣніе, будтобы, во время беременности, артеріи, изъ спиральноизвивающихся, дѣлаются только прямыми, несправедливо. Съ поверхности матки артеріи многочисленными вѣтвями проникаютъ сквозь всю толщину ея стѣнокъ, и, достигнувъ ея слизистой оболочки, образуютъ на томъ мѣстѣ, гдѣ прикрѣпленъ послѣдъ, большое густое сплетеніе. Изъ этого сплетенія нѣкоторыя вѣтви переходятъ въ отпадающую оболочку, и потомъ развѣтвляются уже въ самомъ существѣ послѣда. Остальныя вѣтви, развѣтвляясь все болѣе и болѣе, образуютъ на слизистой оболочкѣ матки сѣтъ волосныхъ сосудовъ увеличеннаго калибра, составляющихъ уже переходъ къ венамъ.

§ 80.

Вены матки, во время беременности, подвергаются еще гораздо большому расширенію, нежели артеріи. Такъ напр. въ третьемъ уже мѣсяцѣ беременности, стволъ сѣмянной вены, по толщинѣ своей,

равняется внутренней подвздошной артеріи, или даже нижней полой венѣ. Въ широкихъ маточныхъ связкахъ и въ самой мякоти матки, вены образуютъ значительныя сплетенія; стволы ихъ въ той части матки, къ которой прикрѣпленъ послѣдъ, по калиберу своему равняются гусиному перу. Вены изъ матки также переходятъ въ дѣтское мѣсто, и тутъ развѣтвляются. Вены, переходящія изъ маточной мякоти въ послѣдъ, имѣютъ ту особенность, что стѣнки ихъ на всемъ томъ протяженіи, на которомъ онѣ окружены мякотью матки, довольно толсты; но какъ только онѣ оставляютъ эту послѣднюю, и погружаются въ послѣдъ, тогда стѣнки ихъ, сравнительно, дѣлаются гораздо тоньше. Этимъ и объясняется легкость разрыва этихъ венъ при отдѣленіи послѣда отъ стѣнки матки. Вены матки заслоночекъ не имѣютъ.

§ 81.

Лимфатическіе сосуды матки, во время беременности, увеличиваются пропорціонально съ увеличеніемъ сосудовъ кровеносныхъ. Въ боковыхъ частяхъ матки и въ широкихъ ея связкахъ, калиберъ ихъ также иногда равняется гусиному перу. Нервы матки также становятся нѣсколько толще.

§ 82.

Чувствительность матки, во время беременности, въ сущности не измѣняется. Чувствительность ея и въ этомъ состояніи остается такою же неразвитою, какою была до беременности, такъ, что внѣшнія, механическія раздраженія хотя и чувствуются маткою, но не ясно. Если касаться зондомъ влагалищной части матки и даже внутренней поверхности ея, то такое прикосновеніе не производитъ никакого особеннаго ощущенія; только сильное давленіе на матку, и прикосновеціе, сопряженное съ насильственнымъ растяженіемъ ея мякоти, вызываютъ большее или меньшее ощущеніе боли. Беременная женщина не можетъ составить себѣ вѣрнаго понятія ни о положеніи младенца въ ея маткѣ, ни объ объемѣ движущихся частей его. Она имѣетъ только неясное ощущеніе прикосновенія этихъ частей къ стѣнкѣ матки, ощущеніе, соединенное съ болью только тогда, когда младенецъ, сильно вытягивая свои члены, и, касаясь ими матки, производитъ растяженіе ея мякоти. Весьма вѣроятно даже, что обыкновенное ощущеніе движеній младенца передается сознанію чрезъ посредство нервовъ брюшныхъ стѣнокъ; это подтверждается тѣмъ, что беременная почти всегда

чувствуютъ движенія младенца только въ передней части живота, между тѣмъ какъ эти движенія могутъ имѣть различныя направленія. Каждое сильное сокращеніе матки сопровождается болью, извѣстною подъ именемъ *родовой*; но не должно думать, что эта боль можетъ обнаружиться только въ беременной маткѣ; напротивъ, и внѣ беременности, при нѣкоторыхъ патологическихъ состояніяхъ матки, въ ней ощущаются боли, по свойству своему имѣющія большое сходство съ болями родовыми, а по силѣ своей даже превосходящія ихъ. Впрочемъ, при каждомъ сокращеніи матки, въ беременномъ и небеременномъ состояніи, боль, вызываемая этимъ сокращеніемъ, ощущается не столько въ маткѣ, сколько въ окололежащихъ частяхъ, и въ особенности въ поясницѣ и пахахъ.

§ 83.

Перемѣны, замѣчаемыя, во время беременности, во влагалищѣ и наружныхъ дѣтородныхъ частяхъ, выражаются не такъ явственно, какъ перемѣны въ маткѣ. Онѣ ограничиваются преимущественно признаками значительнаго прилива крови, характеризуемаго возвышеніемъ температуры, изліяніемъ эксудата въ мякоть этихъ частей, и усиленнымъ отдѣленіемъ

слизи. Всѣ эти явленія яснѣе замѣчаются непосредственно послѣ зачатія; спустя нѣсколько дней, иногда недѣль, явленія эти иногда вовсе прекращаются; въ нѣкоторыхъ случаяхъ они продолжаются постоянно въ теченіе всей беременности; во второй половинѣ онѣ бываютъ всегда, и къ концу беременности постоянно усиливаются. Стѣнки влагалища становятся рыхлѣе; поперечныя складки его, во второй половинѣ беременности, изглаживаются такъ, что у многобродженицъ, иногда, вся передняя стѣнка влагалища представляетъ одну большую, висящую складку. На слизистой оболочкѣ влагалища замѣчается значительное число гипертрофированныхъ сосочковъ слизистой оболочки; она бываетъ покрыта слоемъ густой слизи, содержащей въ себѣ много частицъ отдѣлившагося эпителия. Въ слѣдствіе значительнаго прилива крови къ слизистой оболочкѣ влагалища, эта послѣдняя, во время беременности, на большемъ, или меньшемъ протяженіи, получаетъ темносиній, или фіолетовый цвѣтъ. Это измѣненіе въ цвѣтъ слизистой оболочки обыкновенно начинается съ свода влагалища, восходитъ кверху на влагалищную часть матки, и, распространяясь книзу, замѣчается иногда на всей слизистой оболочкѣ влагалища. Мышечный слой влагалища, во время беременности, становится толще, и

получаетъ способность, во время родовъ, сильно сокращаться. Кровоносные сосуды влагалища, въ особенности же вены, значительно увеличиваются въ объемъ. Положеніе влагалища и отношеніе его къ окружающимъ частямъ, во время беременности, измѣняются. Въ слѣдствіе того, что матка поднимается кверху, нижній сегментъ ея тянетъ за собою сводъ влагалища, такъ, что этотъ послѣдній иногда поднимается до мыса крестцовой кости. Измѣненія наружныхъ дѣтородныхъ частей соотвѣтствуютъ измѣненіямъ влагалища. Большія дѣтородныя губы становятся толще, выпуклѣе и выворачиваются болѣе кнаружи, при чемъ самый входъ во влагалище дѣлается доступнѣе. Измѣненія въ промежности находятся, такъ сказать, въ зависимости отъ измѣненій большихъ дѣтородныхъ губъ. Если онѣ измѣняются незначительно, то промежность остается тонкою, напряженною, и обладаетъ извѣстною степенью эластичности, которую она не утрачиваетъ даже при значительномъ растяженіи. Если же большія дѣтородныя губы остаются дряблыми, вялыми, то промежность остается упругою, и мало растягивается. Кровоносные сосуды наружныхъ дѣтородныхъ частей, во время беременности, также значительно увеличиваются въ объемъ, въ особенности же вены, въ

которых замѣчаются тутъ не рѣдко огромныя варикозныя расширенія.

Перемѣны, замѣчаемыя въ яичникахъ во время беременности, кромѣ усиленнаго прилива крови, общаго всѣмъ частямъ полового аппарата, заключаются преимущественно въ значительномъ развитіи желтаго тѣльца. Въ первомъ мѣсяцѣ беременности оно бываетъ особенно велико. Причина такого развитія его заключается въ возвышенной жизнедѣятельности дѣтородныхъ частей. Мы находимъ здѣсь значительную гипертрофію внутренней оболочки грааф. пузырька, и большее или меньшее количество эксудата, который, подвергаясь извѣстнымъ метаморфозамъ, получаетъ наконецъ желтый цвѣтъ. Наибольшаго своего развитія достигаетъ желтое тѣлцо во второмъ и третьемъ мѣсяцѣ беременности, и равняется иногда, по величинѣ своей, маленькой вишнѣ. Впрочемъ, такое огромное развитіе желтаго тѣльца не составляетъ исключительной принадлежности беременности, и, иногда, хотя и очень рѣдко, его находили въ такомъ же видѣ и въ дѣвственномъ состояніи женщины. Въ противоположность вышесказаннаго, иногда, и во время беременности, желтое тѣлцо бываетъ такъ мало развито, что еще въ первой половинѣ беремен-

ности исчезаетъ совершенно, не оставляя послѣ себя никакого слѣда. вмѣстѣ съ прекращеніемъ мѣсячнаго очищенія, прекращается во время беременности и выходненіе яичекъ изъ графовыхъ пузырьковъ.

§ 84.

Отношенія широкихъ и круглыхъ маточныхъ связокъ къ самой маткѣ также измѣняются въ слѣдствіе измѣненія положенія, формы и величины этой послѣдней. Широкія маточныя связки развиваются, расширяются какъ бы для того, чтобы обхватить матку, и отъ того яичники и маточныя трубы ложатся плотно по бокамъ матки. Круглыя маточныя связки значительно утолщаются, и равняются, иногда, по толщинѣ своей, среднему пальцу руки. Такое усиленное развитіе даетъ имъ возможность сокращаться, и были примѣры, что, во время родовъ, широкія маточныя связки такъ сильно сокращались, что можно было, сквозь покровы живота, явственно ощущать эти сокращенія.

§ 85.

Тазъ во время беременности также подвергается нѣкоторымъ измѣненіямъ. Кости, его составляющія,

и междукостные хрящи содержатъ въ себѣ большее количество крови. Хрящи становятся мягче, и получаютъ бѣльшую степень эластичности. Связки таза также дѣлаются мягче, что даетъ имъ возможность нѣсколько удлиниться во время прохожденія младенца сквозь тазъ. Впрочемъ всѣ эти измѣненія таза нисколько не условливаютъ возможности расхожденія его костей при прохожденіи младенца сквозь полость его, какъ думали прежде.

§ 86.

Въ грудяхъ, во время беременности, происходятъ также болѣе или менѣе явственные перемѣны. У женщинъ немолодыхъ, худыхъ, и имѣющихъ очень большія груди, перемѣны эти обыкновенно бываютъ выражены не такъ явственно. Въ наибольшей же части случаевъ увеличеніе грудей начинается со втораго или третьяго мѣсяца беременности. Иногда, непосредственно послѣ зачатія, беременныя начинаютъ жаловаться на чувство пульсаций, напряженія и полноты въ грудяхъ, къ чему не рѣдко присоединяются колючія боли въ центрѣ груди. Причина этихъ явленій заключается въ гипереміи грудей и выпотѣніи въ ихъ мякоть. Самое увеличеніе грудей всегда сопровождается колючими

болями, и эти послѣднія бываютъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ менѣе были развиты груди до наступленія беременности. Млечные протоки становятся больше и шире, а потому и лежатъ ближе другъ подлѣ друга. При наружномъ осязаніи груди можно явственно ощупать болѣе развитыя, отдѣльныя доли молочной желѣзы. Подкожныя вены представляются расширенными, и просвѣчиваютъ сквозь тонкую кожу, покрывающую груди. Лимфатическія желѣзы грудей, и подкрыльцовыя желѣзы также увеличиваются. Чувствительность послѣднихъ бываетъ иногда болѣзненно возвышена, что особенно замѣчается въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ самое развитіе грудей совершается быстро. Околососковый кружокъ выдается нѣсколько болѣе впередъ; подкожный жирный слой его дѣлается толще, и прежній розовый цвѣтъ его измѣняется въ буроватый или даже черноватый. Кромѣ того на околососковомъ кружкѣ замѣчается нѣсколько желѣзокъ, бѣло-желтоватаго цвѣта, величиною съ просяное зерно, возвышающихся надъ поверхностію его. Самый сосокъ дѣлается больше, и, отъ времени до времени, напрягается. Иногда, начиная уже съ 3-го мѣсяца беременности, а чаще въ 6-мъ или 7-мъ мѣсяцѣ ея, образуется въ молочной желѣзѣ груди прозрачная, бѣловатая, серозная жидкость, называемая

colostrum. При дальнѣйшемъ теченіи беременности, количество этой жидкости постоянно увеличивается, и она становится гуще, болѣе похожею на молоко. Количество этой жидкости въ грудяхъ иногда бываетъ такъ велико, что она, въ теченіе послѣднихъ мѣсяцевъ беременности, постоянно изливается сама собою изъ сосковъ груди. Послѣ родовъ жидкость эта скоро и существенно измѣняется, какъ въ отношеніи своей густоты, такъ и въ отношеніи своихъ составныхъ частей, о чемъ мы еще будемъ имѣть случай поговорить ниже подробнѣе, говоря о правильномъ теченіи послѣродоваго времени.

§ 87.

Покровы живота, во время беременности, въ слѣдствіе значительнаго увеличенія объема матки, также подвергаются измѣненіямъ. Начиная съ 3-го или 4-го мѣсяца беременности они постоянно, прогрессивно растягиваются. Самая степень измѣненія ихъ условливается большею или меньшею растяжимостію ихъ, и объемомъ матки. Растяженіе ихъ не рѣдко сопровождается болѣзненнымъ ощущеніемъ напряженія, и они часто при этомъ значительно утончаются. Кожа на бѣлой линіи живота измѣняется въ

цвѣтъ своемъ, и дѣлается буроватою, и, иногда, даже черноватою.

§ 88.

Кромѣ тѣхъ перемѣнъ, которымъ подвергаются, во время беременности, различныя части полового аппарата и органы, находящіеся съ ними въ сосѣдствѣ, и, болѣе или менѣе, тѣсной связи, замѣчаются еще измѣненія во всѣхъ частяхъ организма. Хотя измѣненія эти бываютъ выражены не такъ явственно, какъ измѣненія въ дѣтородныхъ частяхъ, но, тѣмъ не менѣе нѣкоторыя изъ нихъ имѣютъ существенную важность.

§ 89.

Со стороны нервной системы замѣчается цѣлый рядъ явленій, не заслуживающихъ собственно названія явленій патологическихъ, причина которыхъ заключается частію въ возбужденіи нервовъ дѣтородныхъ частей, частію въ возвышенной чувствительности самой беременной, равно какъ и въ качественномъ измѣненіи крови, и гипереміи головного и спинного мозга; нѣкоторыя изъ этихъ явленій, наконецъ, зависятъ отъ раздраженія нервной системы, въ слѣдствіе постепеннаго растяженія матки. Всѣ вышеисчисленныя явленія рѣзче бываютъ выражены

въ первыхъ мѣсяцахъ беременности; женщины, беременныя въ первый разъ, чаще имъ подвергаются, нежели многороженицы. По утру, на тощакъ, всѣ эти явленія обыкновенно бываютъ сильнѣе. Вообще они рѣдко сопровождаются лихорадочнымъ состояніемъ. Къ явленіямъ этимъ относятся: головокруженіе, головная и зубная боль, особенная чувствительность органа обонянія, такъ, что беременныя не могутъ сносить того запаха, который прежде имъ даже нравился; судорожный кашель безъ всякаго страданія легкихъ; припадки падучей болѣзни; быстрое измѣненіе расположенія духа; расположеніе къ судоргамъ, обмороки. Сонъ беременныхъ часто бываетъ не продолжителенъ, прерывистъ; не рѣдко ихъ тревожатъ непріятныя сновидѣнія; иногда онѣ страдаютъ и совершенною бессонницею. Изъ опыта извѣстно также, что беременность не рѣдко имѣетъ благотѣльное вліяніе на первныя болѣзни, такъ, что, во время ея, прекращаются совершенно тѣ первныя припадки, которымъ была подвержена женщина до беременности.

§ 90.

Въ кровеносной системѣ также происходятъ различныя перемѣны, какъ въ отношеніи къ количеству

и качествамъ крови, такъ и въ отношеніи ея раздѣленія въ тѣлѣ женщины. Масса крови, во время беременности, бываетъ больше потому что кровото-твореніе совершается быстрее. Кровь содержитъ въ себѣ болѣе фибрина, нежели обыкновенно: на крови, выпущенной изъ вены беременной женщины, часто образуется такъ называемая *воспалительная плева* (*crusta phlogistica*), такъ точно, какъ это бываетъ при воспалительныхъ болѣзняхъ. Пульсъ беременныхъ обыкновенно бываетъ тверже и чаще. Раздѣленіе крови бываетъ неравномѣрно. Она приливаетъ въ большемъ количествѣ къ дѣтороднымъ частямъ и со-сѣдственнымъ съ ними органамъ; въ послѣднихъ пе-ріодахъ беременности, въ слѣдствіе давленія на вены нижней части живота, кровообращеніе въ этихъ по-слѣднихъ дѣлается менѣе свободнымъ, и отсюда про-исходитъ значительное накопленіе крови въ нижнихъ конечностяхъ. Верхняя часть тѣла, въ этомъ случаѣ, относительно, получаетъ менѣе крови, и, слѣдова-тельно, питаніе ея становится недостаточнымъ; отъ того не рѣдко видимъ мы, что у женщинъ, во время беременности, худѣютъ руки, и онѣ теряютъ прежній, цвѣтушій цвѣтъ лица. Если женщина дѣлается бере-менною, не достигши еще зрѣлаго возраста, то, на время беременности, ростъ ея тѣла пріостанавливается.

§ 91.

Пищевареніе во время беременности всегда болѣе или менѣе разстроивается, особливо у женщинъ беременныхъ въ первый разъ. Эти перемѣны со стороны пищеваренія иногда бываютъ такъ постоянны, что нѣкоторыя женщины, бывшія уже нѣсколько разъ беременными, при первомъ появленіи ихъ, уже утвердительно говорятъ, что онѣ беременны, и, на оборотъ, утверждаютъ противное, если этихъ перемѣнъ нѣтъ, хотя и замѣчались-бы въ то же время нѣкоторые другіе признаки беременности. Къ этимъ перемѣнамъ относятся: потеря аппетита, тошнота, рвота, особенно по утру, отвращеніе къ такой пищѣ, которая до беременности употреблялась съ удовольствіемъ, и, напротивъ, позывъ къ употребленію въ пищу такихъ веществъ, которыя имѣютъ дурной вкусъ, и совершенно неудобоваримы, какъ напр.; мыла, земли, мѣла, угольевъ, извести и т. п. Замѣчательно при этомъ также и то, что употребленіе этихъ веществъ въ пищу рѣдко вредитъ беременнымъ. Беременные обыкновенно страдаютъ запорами; рѣдко они бываютъ подвержены поносу, но тамъ, гдѣ онъ показывается, онъ бываетъ весьма упоренъ. Отдѣленіе желчи у беременныхъ всегда бываетъ

усилено, чѣмъ и объясняется темный цвѣтъ ихъ испражнений и мочи, и частыя рвоты желчью.

§ 92.

Моча беременныхъ представляетъ важныя измѣненія. Онѣ были извѣстны уже и врачамъ древнихъ временъ, между которыми съ большею подробностію о нихъ говоритъ Avicenna. Въ новѣйшее время Nauche первый обратилъ на нихъ вниманіе. Послѣ него Eguisier, Tanchou, Golding, Bird, Kant, Kleybotte, Lehmann и друг. тщательно занимались изслѣдованіемъ мочи беременныхъ. Результатъ ихъ изслѣдованій есть слѣдующій: если налить свѣжей мочи, взятой отъ здоровой беременной, въ узкій, высокій, цилиндрическій сосудъ, то, по прошествіи 36 часовъ, въ ней образуется бѣлый, клочковатый осадокъ, занимающій, приблизительно, всю нижнюю половину сосуда; осадокъ этотъ скоро разлагается, поднимается на поверхность мочи въ видѣ маленькихъ зеренъ, и образуетъ тутъ блестящую плену, толщиною около одной линіи. Моча, бывшая дотолѣ нѣсколько мутною, дѣлается въ это время совершенно свѣтлою, прозрачною, и остается таковою въ теченіе 1 — 2 дней. На 3 или 4 день, моча опять дѣлается мутною; плева, покрывающая ея поверхность,

раздѣляется на нѣсколько отдѣльных частей, которыя постепенно опускаются на дно сосуда, и образуютъ здѣсь, иногда, довольно значительный осадокъ сѣро-бѣловатаго цвѣта. Вещество, изъ котораго образуется вышеупомянутая оболочка, а потомъ осадокъ, называется *Кистеиномъ*. Кистеинъ состоитъ изъ протеина, жира и кристалловъ тройной фосфорной соли. Кистеинъ начинаетъ показываться въ мочѣ беременных во второмъ мѣсяцѣ беременности; наибольшее количество его замѣчается около половины беременности, а къ концу этой послѣдней, количество его хотя опять и уменьшается, однако же вплоть до самыхъ родовъ можно открыть присутствіе его въ мочѣ. Кистеинъ составляетъ исключительную принадлежность мочи беременных, и до сихъ поръ не удавалось еще найти его въ мочѣ какъ здоровыхъ, такъ и больныхъ небеременныхъ женщинъ. Изъ сдѣланныхъ доселѣ наблюдений извѣстно, что у женщинъ, страдавшихъ во время беременности какою либо изнурительною болѣзнію, какъ напр. тифомъ, перемежающеюся лихорадкою, обильными кровотечениями, кистеина въ мочѣ не бываетъ. Какъ рѣдкое исключеніе встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ въ мочѣ совершенно здоровыхъ беременных его не замѣчается. Изъ числа 83 здоровыхъ беременных надѣ

мочею которых Kant дѣлалъ наблюденія, только у 4 не было кистейна. Кистейнъ не растворяется ни въ водѣ, ни въ алкогольѣ, ни въ эѳирѣ; онъ не растворяется въ алкоголическихъ растворахъ, какъ бѣлокъ, и не распускается въ горячемъ эѳирѣ и алкогольѣ, какъ жиръ. Моча, содержащая въ себѣ кистейнъ, при нагрѣваніи и подливаніи уксусной кислоты не сгущается, какъ то бываетъ съ мочею, содержащею бѣлокъ; но если ее подвергнуть дѣйствию холода, то въ ней образуется обильный бѣлый осадокъ. Если подлить въ мочу, содержащую въ себѣ кистейнъ, раствора сулемы, или сильныхъ стягивающихъ средствъ, или концентрированныхъ кислотъ, то кистейнъ тотчасъ опускается на дно сосуда. По своимъ физическимъ и химическимъ свойствамъ, кистейнъ безспорно принадлежитъ къ разряду веществъ студенисто-бѣлковатыхъ. Что касается до вопроса, отъ чего зависитъ появленіе кистейна въ мочѣ, то онъ еще не рѣшенъ совершенно удовлетворительно. Eguisier думаетъ, что образованіе кистейна въ мочѣ есть слѣдствіе всасыванія части родовыхъ водъ, которыя, по его мнѣнію, начиная съ извѣстнаго періода беременности, просачиваются сквозь оболочки яйца, всасываются маткою, переходятъ такимъ образомъ въ организмъ женщины, и

удаляются потомъ изъ него черезъ мочевые пути. Онъ основываетъ свое мнѣніе на томъ, что присутствіе кистейна въ мочѣ дѣлается явственнымъ, начиная съ того періода беременности, когда количество родовыхъ водъ уже довольно значительно, и что въ концѣ беременности, когда, какъ извѣстно, количество родовыхъ водъ, сравнительно, становится меньше, и количество кистейна становится меньше; и что по истеченіи родовыхъ водъ во время родовъ моча не содержитъ въ себѣ нисколько кистейна. *Kant* думаетъ, напротивъ, что между появленіемъ кистейна въ мочѣ и образованіемъ молока въ грудяхъ существуетъ тѣсная связь, и что появленіе кистейна въ мочѣ зависитъ отъ примѣси молока къ этой послѣдней. Опыты и изслѣдованія, произведенныя надъ кистейномъ, еще такъ не многочисленны, что на основаніи ихъ теперь еще нельзя сказать что либо положительное о причинахъ его образованія въ мочѣ. Вѣрно только то, что кистейнъ бываетъ въ мочѣ почти у всѣхъ беременныхъ, и что онъ составляетъ исключительную ихъ принадлежность. На основаніи этихъ двухъ послѣднихъ данныхъ, присутствіе кистейна въ мочѣ, какъ признакъ беременности, имѣетъ важное значеніе.

Первые признаки появленія кистейна въ мочѣ

беременныхъ, не всегда обнаруживаются въ одномъ и томъ же періодѣ беременности. Присутствіе кистейна въ мочѣ дѣлается явственнымъ, въ большей части случаевъ, во второмъ мѣсяцѣ беременности; наибольшее количество его замѣчается, начиная съ третьяго мѣсяца и до конца шестаго; а съ этого времени, и до конца беременности, количество его постепенно все уменьшается, такъ, что въ девятомъ мѣсяцѣ беременности количество кистейна въ мочѣ бываетъ почти таковое же, какъ и во второмъ.

ГЛАВА 4.

О признакахъ беременности.

§ 93.

Признаками беременности называются тѣ явленія и тѣ перемѣны въ женскомъ организмѣ, которыя обыкновенно бываютъ слѣдствіемъ этого состоянія. Признаковъ беременности мы имѣемъ весьма много; но достоинство ихъ, въ отношеніи къ распознаванію ея, весьма различно. Хотя беременность есть состояніе физиологическое, и мы очень часто имѣемъ возможность его наблюдать, однако же распознаваніе

беременности не рѣдко составляетъ трудную задачу, что зависитъ отъ того, что число вѣрныхъ признаковъ ея весьма не велико.

§ 94.

Для лучшаго обозрѣнія всѣхъ признаковъ беременности, и должной оцѣнки ихъ діагностическаго значенія, можно раздѣлить ихъ на 3 разряда, изъ которыхъ къ первому надобно отнести тѣ явленія, которыя замѣчаются въ общемъ состояніи здоровья беременныхъ, ко второму — тѣ перемѣны, которыя обнаруживаются въ дѣтородныхъ частяхъ ихъ, и, наконецъ, къ третьему — тѣ явленія, причина которыхъ заключается въ постепенномъ развитіи самаго зародыша и частей, составляющихъ вмѣстѣ съ нимъ яйцо.

§ 95.

Всѣ явленія, относящіяся къ первому изъ этихъ трехъ разрядовъ, и о которыхъ было уже говорено въ предшествовавшихъ §§, составляютъ невѣрные признаки беременности. Всѣ они могутъ быть слѣдствіемъ различныхъ болѣзненныхъ состояній, и могутъ, слѣдовательно, обнаруживаться совершенно независимо отъ беременности; съ другой же стороны,

при дѣйствительномъ существованіи беременности, явленій этихъ можетъ вовсе не быть. Тѣмъ не менѣе однако же, такъ какъ изъ опыта извѣстно, что, въ наибольшей части случаевъ, явленія эти показываются во время беременности, то тамъ, гдѣ дѣло идетъ о распознаваніи беременности, явленія эти заслуживаютъ наше вниманіе. Каждое изъ этихъ явленій, взятое въ отдѣльности, конечно, имѣетъ весьма мало значенія; но гдѣ, въ одно и тоже время, ихъ замѣчается нѣсколько, тамъ каждое изъ нихъ получаетъ уже больше вѣроятія. Вообще же всѣ эти явленія, какъ признаки беременности, тогда имѣютъ больше значенія, если они прежде вовсе не показывались, и обнаруживаются вдругъ, безъ всякой видимой причины. На основаніи вышесказаннаго, качественныя измѣненія крови, неравномѣрное раздѣленіе ея, гастрическія явленія, каковы: тошнота, рвота, запоръ, поносъ, особенное побужденіе къ употребленію вовсе неудобоваримой пищи, нервныя припадки, измѣненія въ цвѣтѣ кожи на различныхъ частяхъ тѣла, какъ напр. на бѣлой линіи живота и около соска, увеличенное или уменьшенное отдѣленіе желчи, присутствіе кистеина въ мочѣ, увеличеніе объема живота, и измѣненіе формы пупка и т. п., надобно отнести къ невѣрнымъ признакамъ

беременности. Конечно, если многіе изъ этихъ признаковъ замѣчаются въ одно и тоже время, и если нельзя найти другой причины ихъ появленія, кромѣ предполагаемой беременности, то каждый изъ нихъ получаетъ больше значенія. Кромѣ того надобно здѣсь еще замѣтить, что нѣкоторые изъ этихъ признаковъ заслуживаютъ больше вѣроятія тамъ, гдѣ дѣло идетъ о распознаваніи первой беременности; другіе же, напротивъ, имѣютъ больше важности при распознаваніи повторившейся беременности. Такъ напр. измѣненіе цвѣта кожи на бѣлой линіи живота изъ обыкновеннаго бѣлаго въ буроватый, темный и даже черноватый, измѣненіе цвѣта околососковаго кружка, и появленіе на этомъ послѣднемъ значительнаго числа маленькихъ, возвышающихся надъ поверхностію кожи, желѣзокъ, если замѣчаются у женщины, не бывшей еще дотолѣ беременною, имѣютъ важное значеніе. При послѣдующихъ же беременностяхъ, эти явленія, какъ признаки этаго состоянія, значенія уже не имѣютъ, потому что могутъ быть рассматриваемы какъ слѣды измѣненій, сопровождавшихъ первую беременность. У нѣкоторыхъ женщинъ, при каждой беременности, какъ въ началѣ ея, такъ и при дальнѣйшемъ теченіи, показываются одни и тѣ же явленія со стороны нервной системы и первыхъ

путей, и слѣдуютъ постоянно въ одномъ и томъ же порядкѣ одно за другимъ. Такія женщины, при первомъ появленіи этихъ признаковъ, бываютъ уже совершенно убѣждены въ томъ, что онѣ беременны. Хотя всѣ эти явленія, какъ выше уже было сказано, принадлежатъ къ числу невѣрныхъ признаковъ беременности, однако же въ этихъ случаяхъ они заслуживаютъ гораздо больше вѣроятія, нежели при распознаваніи первой беременности.

§ 96.

Ко второму разряду признаковъ беременности надобно отнести: прекращеніе мѣсячнаго очищенія, измѣненія въ наружныхъ дѣтородныхъ частяхъ и влагалищѣ, перемѣны въ маточной шейкѣ, увеличеніе объема матки, маточный шумъ и явленія, замѣчаемыя со стороны груди. Хотя эти признаки и имѣютъ гораздо больше значенія, нежели исчисленные въ предыдущемъ §, однако же и они всѣ невѣрны. Такъ извѣстно, что мѣсячное очищеніе есть такое отправленіе женскаго организма, которое часто нарушается въ слѣдствіе различныхъ причинъ, и иногда даже безъ всякой видимой причины. Если мѣсячное очищеніе, повторявшееся совершенно правильно, внезапно прекращается, и не замѣчается при

этомъ тѣхъ болѣзненныхъ припадковъ, которые обыкновенно сопровождаютъ такое нарушение этаго отправления, то обстоятельство это, какъ признакъ беременности, имѣеть большую важность. Если же мѣсячное очищеніе и прежде повторялось неправильно, то прекращеніе его, какъ признакъ беременности, никакого значенія не имѣеть. Съ другой стороны изъ опыта также извѣстно, что не рѣдко, не взирая на то, что женщина дѣйствительно зачала, мѣсячное очищеніе показывается у нея еще одинъ, два раза. Были и такіе примѣры, гдѣ у женщины во все продолженіе беременности мѣсячное очищеніе повторялось совершенно правильно. Слѣдовательно повтореніе мѣсячнаго очищенія не можетъ служить признакомъ того, что женщина не беременна. Измѣненія въ наружныхъ дѣтородныхъ частяхъ и влагалищѣ имѣють нѣкоторое значеніе только при первой беременности. Измѣненіе цвѣта слизистой оболочки влагалища изъ обыкновеннаго розоваго въ синеватый или даже темносиній (о чемъ выше уже было упомянуто) начали считать въ новѣйшее время вѣрнымъ признакомъ беременности, и особенно ревностнымъ защитникомъ этаго мнѣнія былъ d' Outrepont (*).

(*) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. T. XIII. 3 Heft. p. 321.

Это измѣненіе цвѣта слизистой оболочки влагалища, есть ни что иное, какъ слѣдствіе усиленнаго прилива крови къ дѣтороднымъ частямъ; слѣдовательно, всякое болѣзненное состояніе, могущее условливать такой приливъ, произведетъ то же самое измѣненіе, а потому вѣрнымъ признакомъ беременности явленіе это никакъ нельзя считать.

§ 97.

Перемѣны, замѣчаемыя въ маточной шейкѣ во время беременности, хотя не составляютъ совершенно вѣрныхъ признаковъ этаго состоянія, однако же, между невѣрными признаками беременности, заслуживаютъ наибольшее вѣроятіе. Въ особенности разительно бываетъ постепенное укорачиваніе маточной шейки. Это укорачиваніе зависитъ отъ растяженія матки содержимымъ въ ней, при чемъ полость ея увеличивается и на счетъ канала маточной шейки. Впрочемъ всякое болѣзненное состояніе, условливающее увеличеніе полости матки, каковы напр. водянка матки, полипы и фиброзныя тѣла въ ней и т. п., будетъ имѣть слѣдствіемъ такое же укорачиваніе маточной шейки, изъ чего и явствуется, что къ вѣрнымъ признакамъ беременности этаго явленія отнести нельзя. То же надобно сказать и объ

увеличеніи самой матки. Хотя постепенное увеличеніе матки, и притомъ въ той постепенности, какая обыкновенно замѣчается при беременности, и составляетъ весьма важный признакъ этого состоянія, однако совершенно вѣрнымъ назвать его нельзя потому, что различныя болѣзни матки могутъ произвести такое же точно увеличеніе ея объема.

§ 98.

Если выслушивать животъ беременной женщины, то, начиная съ пятаго мѣсяца беременности, можно почти во всѣхъ случаяхъ услышать два совершенно отличныхъ звука, изъ которыхъ одинъ происходитъ отъ біенія сердца младенца, и повторяется отъ 120 до 140 разъ въ минуту, и другой, болѣе глухой звукъ, воспроизводящійся столько разъ въ минуту, сколько разъ бьется пульсъ беременной. Этотъ послѣдній звукъ называется *маточнымъ шумомъ*. Причина этого звука и мѣсто, откуда онъ слышится, всегда были и суть предметы спорные. Большая часть писателей придерживались прежде того мнѣнія, что звукъ этотъ производится въ самомъ дѣтскомъ мѣстѣ, и происходитъ отъ движенія крови по широкимъ и многочисленнымъ сосудамъ этого послѣдняго, и называли его потому *шумомъ дѣтскаго*

мѣста (Placentargeräusch, bruit placentaire). Если бы это было справедливо, то звукъ этотъ долженъ бы быть слышимъ постоянно на одномъ и томъ же мѣстѣ, именно въ той части матки, къ которой прикрѣпленъ послѣдъ. Ежедневный опытъ убѣждаетъ насъ, напротивъ, что звукъ этотъ очень часто, и, иногда, очень быстро перемѣняетъ мѣсто, и слышится то въ срединѣ, то въ правой, то въ лѣвой половинѣ матки. Кромѣ того, такъ какъ движеніе крови въ дѣтскомъ мѣстѣ единственно зависитъ отъ сокращеній сердца младенца, то звукъ этотъ долженъ былъ бы повторяться столько разъ въ минуту, сколько разъ бьется сердце младенца, а онъ, напротивъ, представляется совершенно синхроническимъ съ пульсомъ беременной. Еще болѣе вѣрнымъ доказательствомъ вышесказаннаго служить то, что звукъ этотъ слышится одинаково ясно и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ младенецъ уже умеръ въ маткѣ; слѣдовательно, не подлежитъ сомнѣнію, что звукъ этотъ находится въ совершенной зависимости отъ кровообращенія беременной, и воспроизводится не въ дѣтскомъ мѣстѣ, а въ кровеносныхъ сосудахъ этой послѣдней; но въ какихъ именно сосудахъ? Изъ выслушиванія кровеносныхъ сосудовъ въ различныхъ частяхъ тѣла намъ извѣстно, что при давленіи на

нихъ, производящемъ механическое препятствіе кровообращенія, слышится звукъ совершенно сходный съ маточнымъ шумомъ. Звукъ этотъ происходитъ тутъ отъ болѣе интенсивнаго дѣйствія струи крови, усиливающейся пробиться сквозь суженную часть сосуда, и, проистекающаго отсюда, болѣе сильнаго сотрясенія стѣнокъ сосуда. Далѣе извѣстно намъ также, что если струя крови не совершенно выполняетъ калиберъ сосуда, по которому движется, то движеніе ея, сопровождается звукомъ, совершенно сходнымъ съ маточнымъ шумомъ; такой звукъ слышится напр. въ яремныхъ венахъ анемическихъ субъектовъ, и зависитъ тутъ отъ этой послѣдней причины. Маточный шумъ какъ кажется, происходитъ отъ обѣихъ вышеупомянутыхъ причинъ. Матка, увеличиваясь въ объемъ, давитъ на кровеносные сосуды, находящіеся вблизи ея, именно съ боковъ ея и подъ нею. Этому давленію подвергаются въ особенности подвздошныя вены, и притомъ около передней половины безыменной линіи, отъ чего и зависитъ то, что маточный шумъ всегда явственнѣе слышится около котораго либо бока матки, праваго, или лѣваго. Что кровообращеніе въ сосудахъ таза во время беременности дѣйствительно бываетъ воспрепятствовано, это доказывается образованіемъ под-

кожной водянки и варикозныхъ расширеній венъ на нижнихъ конечностяхъ беременныхъ. Въ слѣдствіе давленія матки на подвздошныя вены, обратное теченіе крови по нимъ замедляется, а потому въ нижнюю полу вѣну, сравнительно, изливается изъ нихъ меньше крови, нежели въ нормальномъ состояніи, такъ, что не весь калиберъ сосуда его выполняется. Это послѣднее обстоятельство, въ свою очередь, обуславливаетъ то, что паховыя и маточныя вены, соединяющіяся съ подвздошными выше того мѣста, гдѣ эти послѣднія придавливаются маткою, равно какъ и сѣмянныя вены, быстрѣе изливаютъ содержащуюся въ нихъ кровь. Чѣмъ сильнѣе давленіе на подвздошныя вены, тѣмъ меньшее количество крови попадаетъ въ ту часть ихъ, которая находится надъ сдавленнымъ мѣстомъ, и тѣмъ быстрѣе будетъ движеніе крови въ другихъ вышеупомянутыхъ венахъ, находящихся въ непосредственной связи съ венами самой маточной мякоти. Естественное слѣдствіе этаго есть, сравнительно, быстрѣйшее опорожненіе венъ маточныхъ стѣнокъ. Вены, извивающіяся въ стѣнкахъ матки, и окруженныя со всѣхъ сторонъ ея мякотью, не имѣютъ самостоятельной сократительности, и соединяются непосредственно съ артеріями маточной мякоти, калиберъ которыхъ гораздо меньше

калибра венъ. Кровь изъ нихъ съ быстротою изливается въ широкія и далеко не полныя вены, и въ слѣдствіе тренія объ стѣнки вены, и столкновѣнія, происходящаго между струею крови, принесенной изъ артеріи, и кровью, находящеюся въ венѣ, стѣнки вены приходятъ въ сотрясеніе, и этимъ обуславливается вышеупомянутый маточный шумъ. Что шумъ этотъ измѣняетъ свое мѣсто, и слышится то въ правой, то въ лѣвой половинѣ матки, это зависитъ отъ того, на какую сторону матка склоняется, и гдѣ, слѣдовательно, она производитъ болѣе сильное давленіе на кровеносные сосуды. Выше уже было сказано, что дно матки, во время беременности преимущественно склоняется на правую сторону; отъ того и происходитъ, что, при выслушиваніи живота беременныхъ, мы чаще слышимъ маточный шумъ въ правой половинѣ матки, нежели въ лѣвой. Такъ какъ маточный шумъ происходитъ отъ давленія матки на кровеносные сосуды, въ слѣдствіе увеличенія объема ея, то всѣ болѣзни, производящія значительное увеличеніе объема матки, могутъ вызывать этотъ шумъ. 11-го Декабря 1852 года, въ здѣшнюю акушерскую клинику поступила больная, у которой матка была значительно увеличена содержащимся въ ней фибрознымъ тѣломъ, имѣвшимъ,

приблизительно, величину головки доношенного младенца. Съ перваго взгляда можно было подумать, что женщина эта беременна, но, кромѣ увеличенія матки, не было ни одного признака беременности, и даже мѣсячное очищеніе повторялось совершенно правильно. Изъ разсказовъ больной кромѣ того я узналъ, что такое увеличеніе объема матки продолжается уже два съ половиною года. При выслушиваніи живота этой больной, можно было весьма явственно слышать маточный шумъ, такъ явственно, какъ рѣдко можно его слышать во время беременности, и это явленіе было постояннымъ въ теченіи четырехъ мѣсяцевъ, проведенныхъ больною въ клиникѣ. Большая ясность маточнаго шума въ этомъ случаѣ, безъ сомнѣнія, зависѣла отъ того, что матка, будучи выполнена твердымъ тѣломъ, производила сильное давленіе на кровеносные сосуды. На основаніи вышесказаннаго маточный шумъ нельзя отнести къ числу вѣрныхъ признаковъ беременности. Однако же, такъ какъ болѣзненные состоянія, могущія произвести такое увеличеніе матки, встрѣчаются вообще очень рѣдко, а во время беременности, напротивъ, можно слышать маточный шумъ почти во всѣхъ случаяхъ, то признакъ этотъ, при распознаваніи беременности имѣетъ весьма важное значеніе.

§ 99.

Перемѣны, замѣчаемыя въ грудяхъ во время беременности, и о которыхъ выше уже было говорено, также принадлежать къ числу невѣрныхъ признаковъ беременности. Значеніе ихъ, какъ таковыхъ, уменьшается еще и тѣмъ, что онѣ не всегда обнаруживаются въ одномъ и томъ же періодѣ беременности. Иногда онѣ дѣлаются замѣтными во 2-мъ или 3-мъ мѣсяцѣ беременности, а въ другихъ случаяхъ, напротивъ, онѣ становятся явственными во второй половинѣ беременности, или даже въ концѣ ея. Если женщина, кормящая грудью ребенка, дѣлается опять беременною, то перемѣны въ грудяхъ, какъ признаки беременности, уже никакого значенія имѣть не могутъ. Даже присутствіе молока въ грудяхъ не можетъ служить вѣрнымъ признакомъ беременности, потому что изъ опыта извѣстно, что молоко образуется иногда въ грудяхъ совершенно независимо отъ беременности, и даже въ такія лѣта женщины, когда зачатіе уже невозможно. Я самъ видѣлъ шестидесятилѣтнюю женщину, которая никогда не имѣла дѣтей, и у которой при легкомъ давленіи на груди, молоко выступало изъ сосковъ. По словамъ больной это отдѣленіе молока изъ грудей

продолжалось у нея уже нѣсколько лѣтъ. Конечно, если кромѣ того замѣчается еще нѣсколько другихъ, хотя и невѣрныхъ признаковъ беременности, то перемѣны въ грудяхъ, какъ признакъ беременности, дѣлаются важными. Между всѣми перемѣнами, происходящими въ грудяхъ во время беременности, наибольшее значеніе имѣеть появленіе большаго числа маленькихъ желѣзокъ на потемнѣвшей кожѣ около-соскового кружка. Если эти желѣзки замѣчаются на околососковыхъ кружкахъ женщины, не бывшей еще беременною, то онѣ служатъ довольно вѣрнымъ признакомъ беременности; но при распознаваніи повторившейся беременности онѣ уже того значенія не имѣютъ. Кромѣ того надобно еще замѣтить, что это образованіе желѣзокъ на околососковыхъ кружкахъ не всегда замѣчается во время беременности; иногда не взирая на дѣйствительное существованіе беременности, ихъ вовсе не бываетъ.

§ 100.

Къ третьему разряду признаковъ беременности относятся: движенія младенца, возможность осязать различные члены младенца сквозь покровы живота и нижній сегментъ матки, и слышимое сердцебіеніе младенца. Эти три явленія составляютъ вѣрные при-

знаки беременности; однако же при оцѣнкѣ ихъ, какъ признаковъ беременности, надобно быть очень осторожнымъ, потому что даже и тутъ легко можно ошибиться. Движеніе младенца, ощущаемое только самою беременною, не должно считать вѣрнымъ признакомъ беременности, потому что женщинамъ, очень желающимъ сдѣлаться матерями, часто кажется, что у нихъ въ животѣ движется ребенокъ, между тѣмъ какъ это субъективное явленіе зависитъ у нихъ отъ совершенно другой причины, напр. отъ накопленія большаго количества вѣтровъ въ кишкахъ, спазмовъ и т. п. Движеніе младенца тогда только можно разсматривать какъ вѣрный признакъ беременности, когда мы, положивши руку на животъ беременной, можемъ явственно ощущать это движеніе, въ видѣ легкихъ толчковъ. Впрочемъ, при поверхностномъ изслѣдованіи можно и тутъ легко ошибиться, и принять за движенія младенца явленія, зависящія отъ другой причины. Въ Октябрѣ 1853 года въ акушерскую клинику здѣшняго Университета пришла женщина лѣтъ сорока, мать нѣсколькихъ дѣтей, и утверждала, что она беременна уже болѣе двухъ лѣтъ, потому уже два года явственно чувствуетъ движеніе младенца. При наружномъ изслѣдованіи ея, положивши руку на животъ, дѣйствительно можно

было весьма явственно ощущать толчки, совершенно сходные съ тѣми, которые мы ощущаемъ при движеніяхъ младенца. Если бы тутъ ограничиться однимъ только наружнымъ изслѣдованіемъ, то дѣйствительно можно былобы заключить, что эта женщина беременна. При внутреннемъ изслѣдованіи ея оказалось, что матка вовсе не увеличена въ объемъ, имѣетъ нормальное положеніе и консистенцію, и что вообще нѣтъ никакихъ признаковъ беременности. При болѣе внимательномъ наблюденіи вышеупомянутыхъ толчковъ, симулировавшихъ движенія младенца, оказалось, что причина ихъ заключается въ мгновенныхъ, судорожныхъ сокращеніяхъ брюшныхъ мышцъ. Я продержалъ эту женщину въ клиникѣ два мѣсяца, и въ теченіе всего этого времени можно было наблюдать это рѣдкое явленіе. При употребленіи наружныхъ и внутреннихъ противусудорожныхъ средствъ, эти сокращенія мышцъ начали повторяться все рѣже и рѣже, и, наконецъ, совершенно прекратились. Этотъ случай весьма поучителенъ, и доказываетъ, какъ надобно быть осторожнымъ при оцѣнкѣ даже этого, по видимому, совершенно вѣрнаго признака. При нѣкоторой опытности въ изслѣдованіи, и тщательномъ производствѣ его, конечно, можно всегда избѣжать ошибки въ этомъ отношеніи, и гдѣ ощу-

шеніе движенія младенца находится совокупно съ другими признаками беременности, тамъ надобно разсматривать его какъ совершенно вѣрный признакъ беременности. Отсутствіе же ощущенія движеній младенца не должно считать признакомъ того, что младенецъ не живъ. Я видѣлъ въ частной практикѣ одинъ случай, гдѣ женщина во все продолженіе своей беременности ни разу не ощущала движеній младенца, и гдѣ я, при нѣскольکو разъ повторномъ изслѣдованіи, не могъ ихъ замѣтить. Женщина эта потомъ родила совершенно доношеннаго, живаго и здороваго младенца.

§ 101.

Возможность осязать различныя части тѣла младенца, надобно отнести къ числу вѣрныхъ признаковъ беременности только тогда, когда мы можемъ совершенно ясно отличить какую именно часть младенца мы осязаемъ. Даже во второй половинѣ беременности, какъ при наружномъ, такъ и при внутреннемъ изслѣдованіи женщины, не всегда бываетъ возможно осязать члены младенца. Препятствіемъ къ тому, при наружномъ изслѣдованіи, можетъ быть значительная толщина брюшныхъ покрововъ, и большое количество родовыхъ водъ; при внутреннемъ

же: неправильное положеніе младенца, высокое стояніе подлежащей части младенца, предлежаніе дѣтскаго мѣста, и излишнее наклоненіе таза. При наружномъ изслѣдованіи рѣдко можно бываетъ такъ хорошо осязать члены младенца, чтобы совершенно вѣрно отличить, который изъ нихъ именно мы имѣемъ подъ рукою. При внутреннемъ изслѣдованіи, если головка предлежитъ, и тазъ имѣетъ нормальное устройство, можно, почти во всѣхъ случаяхъ, осязать головку младенца сквозь нижній сегментъ матки, въ видѣ твердаго шара. У первобеременныхъ, у которыхъ стѣнки нижняго сегмента матки бываютъ очень тонки, можно, въ концѣ беременности, осязать роднички и швы на головкѣ младенца. Только такое явственнѣе осязаніе головки младенца можно считать совершенно вѣрнымъ признакомъ беременности.

§ 102.

Остается еще упомянуть объ одномъ и притомъ самомъ вѣрномъ изъ всѣхъ признаковъ беременности, именно о возможности явственно слышать сердцебіеніе младенца. Признакъ этотъ безспорно есть совершенно вѣрный, потому что ничѣмъ другимъ произведенъ быть не можетъ, и ни съ чѣмъ другимъ не можетъ быть смѣшанъ. Слѣдовательно, тамъ, гдѣ

мы можемъ ясно слышать сердцебіеніе младенца, и притомъ въ извѣстномъ числѣ ударовъ въ минуту, тамъ нѣтъ сомнѣнія, что женщина дѣйствительно беременна.

§ 103.

Изъ того, что сказано было выше о признакахъ беременности ясно видно, что вѣрныхъ признаковъ этаго состоянія мы имѣемъ весьма мало. А потому при рѣшеніи вопроса; беременна ли женщина или нѣтъ, надобно быть всегда очень осторожнымъ. Тамъ, гдѣ еще нельзя открыть вѣрныхъ признаковъ беременности, а есть нѣсколько невѣрныхъ, тамъ всегда лучше рѣшать вопросъ въ пользу беременности, и подождать пока покажутся вѣрные признаки ея.

§ 104.

Распознаваніе сложной беременности еще труднѣе, нежели распознаваніе простой. Всѣ тѣ явленія, на основаніи которыхъ можно предположить сложную беременность, какъ то: болѣе быстрое увеличеніе матки, неправильная форма этой послѣдней, при чемъ она представляется болѣе растянutoю въ ширину, нежели въ длину, ощущеніе движеній младенца въ одно и тоже время и въ правой, и въ лѣвой половинѣ матки, присутствіе на животѣ женщины

борозды, раздѣляющей его какъ бы на двѣ половины, и т. п., надобно отнести къ числу признаковъ невѣрныхъ, потому что они могутъ быть слѣдствіемъ всѣмъ другихъ причинъ, а именно: большаго количества родовыхъ водъ, и неправильнаго положенія младенца.

Мы имѣемъ только одинъ вѣрный признакъ сложной беременности — возможность слышать въ одно и тоже время одинаково ясно на двухъ противоположныхъ пунктахъ матки сердцебіеніе младенца, и притомъ въ различномъ числѣ ударовъ въ минуту. Изслѣдованіе въ этомъ случаѣ должно быть произведено въ одно и тоже время двумя особами, и если онѣ обѣ ясно слышатъ сердцебіеніе младенца, и притомъ въ различномъ числѣ ударовъ, то нѣтъ сомнѣнія, что женщина беременна двойнями. Этимъ способомъ мнѣ неоднократно удавалось сдѣлать распознаваніе сложной беременности, и вѣрность діагностики доказывалась потомъ рожденіемъ близнецовъ.

ГЛАВА 5.

О распознаваніи періода беременности.

§ 105.

Опредѣленіе періода беременности, въ особен-ности въ первой половинѣ ея, всегда бываетъ до-

вольно трудно. Во второй половинѣ, когда измѣненія, произведенныя ею въ организмъ женщины, обнаруживаются гораздо явственнѣе, распознаваніе періода беременности хотя и становится гораздо легче, но и тутъ легко можно ошибиться на двѣ, три недѣли. Для того, чтобы имѣть возможность опредѣлить въ какомъ періодѣ беременности находится женщина, надобно знать какія именно измѣненія въ организмъ ея происходятъ въ каждомъ мѣсяцѣ беременности, и въ какой послѣдовательности является одно за другимъ.

§ 106.

Въ первомъ мѣсяцѣ беременности, и притомъ вскорѣ послѣ зачатія, показывается цѣлый рядъ симпатическихъ явленій, каковы: тошнота, рвота, боль головы и зубовъ, головокруженіе, усиленное сердцебіеніе, колики и т. п., и всѣ эти припадки постоянно усиливаются; беременная чувствуетъ возвышеніе температуры живота; отправленія кишечнаго канала нарушаются, и онъ растягивается въ слѣдствіе накопленія въ немъ большаго количества газовъ, отъ чего и животъ представляется значительно увеличеннымъ въ объемъ; мѣсячнаго очищенія или вовсе нѣтъ, или если оно еще показывается, то въ гораздо

меньшемъ количествѣ, при чемъ истекающая кровь имѣетъ болѣ блѣдный цвѣтъ; наружныя дѣтородныя части и влагалище припухаютъ, и дѣлаются теплѣе; матка стоитъ нѣсколько ниже, нежели обыкновенно, маточное устье представляется меньшимъ, болѣ узкимъ, и какъ бы вогнутымъ внутрь.

§ 107.

Во второмъ мѣсяцѣ беременности вышеисчисленныя симпатическія явленія достигаютъ своей высшей степени; животъ увеличивается въ объемѣ, дѣлается толще; покровы живота на ощупь представляются болѣ упругими; пупочная ямка дѣлается болѣ глубокою; маточное устье легко можно осязать пальцемъ; влагалищная часть матки загибается болѣ назадъ; груди становятся тяжелѣе, и беременная отъ времени до времени чувствуетъ въ нихъ легкія колючія боли.

§ 108.

Въ третьемъ мѣсяцѣ животъ опять увеличивается въ объемѣ, и именно надъ лобковыми костями становится болѣ выпуклымъ; влагалищная часть матки дѣлается гораздо мягче и толще, и стоитъ выше, нежели во второмъ мѣсяцѣ.

§ 109.

Въ четвертомъ мѣсяцѣ объемъ живота значительно увеличивается. При наружномъ изслѣдованіи его, можно, пальца на два выше соединенія лобковыхъ костей, осязати дно матки въ видѣ круга, твердаго тѣла; влагалищная часть матки стоитъ высоко; при выслушиваніи живота можно уже слышать маточный шумъ. Груды представляются болѣе тяжелыми и увеличенными въ объемъ; околососковые кружки имѣютъ болѣе темный цвѣтъ. Въ пятомъ мѣсяцѣ всѣ вышеисчисленныя перемѣны дѣлаются еще болѣе явственными; дно матки тутъ уже можно осязати на срединѣ между лобковыми костями и пупкомъ; главные же отличительные признаки этого періода беременности заключаются въ томъ, что движенія младенца дѣлаются ощутительными для беременной, и, что, при выслушиваніи живота ея, можно слышать сердцебіеніе младенца.

§ 110.

Въ шестомъ мѣсяцѣ дно матки поднимается до пупка, въ слѣдствіе чего нижняя часть его ямки начинаетъ изглаживаться; при наружномъ изслѣдованіи живота можно, сквозь покровы его, осязати

члены младенца; влагалище представляется болѣе ры-
 хлымъ и складки его менѣе явственными; влага-
 лищная часть матки стоитъ высоко; наружное ма-
 точное устье, въ большей части случаевъ, бываетъ
 нѣсколько открыто; груди тверже; подкожныя вены
 просвѣчиваютъ сквозь ихъ кожу; соски грудей дѣ-
 лаются мягче, и болѣе выступаютъ впередъ; же-
 лѣзки на околососковыхъ кружкахъ увеличиваются
 въ объемѣ.

§ 111.

Въ седьмомъ мѣсяцѣ дно матки поднимается на
 два, или на три пальца выше пупка; ямка этаго
 послѣдняго представляется совершенно изглаженною;
 на кожѣ живота, около пупка и паховъ, показыва-
 ются блестящія, бѣлыя, или красноватая морщины;
 изъ грудей, при давленіи на нихъ, а иногда и сама
 собою, вытекаетъ свѣтлая, бѣловатая жидкость. При
 внутреннемъ изслѣдованіи, если предлежитъ головка,
 можно ее осязять сквозь нижній сегментъ матки;
 отъ прикосновенія пальца головка поднимается вверхъ,
 а потомъ медленно опускается опять къ изслѣдыва-
 ющему пальцу.

§ 112.

Въ осьмомъ мѣсяцѣ дно матки находится между пупкомъ и ложечкою; на нижнихъ конечностяхъ показываются расширенія венъ и подкожная водянка; влагалищная часть матки представляется значительно укороченною, стоитъ очень высоко, и обращена со-всѣмъ назадъ; во влагалищѣ отдѣляется большое количество слизи. Въ девятомъ мѣсяцѣ увеличеніе объема матки достигаетъ своихъ крайнихъ предѣловъ; дно матки подходит подъ самую ложечку, отъ чего эта послѣдняя совершенно выравнивается; дыханіе беременной дѣлается затруднительнымъ; пупокъ начинаетъ выпячиваться впередъ въ видѣ наперстка; при наружномъ изслѣдованіи, осязаніе членовъ младенца дѣлается легче; влагалищная часть матки стоитъ такъ высоко и такъ далеко загибается назадъ, что трудно бываетъ достать ее пальцемъ; подлежащую головку младенца легко можно осязать сквозь нижнюю часть матки, и она уже почти неподвижно стоитъ надъ входомъ въ малый тазъ.

§ 113.

Въ десятомъ мѣсяцѣ объемъ матки нѣсколько уменьшается, и животъ беременной дѣлается отъ

того нѣсколько меньше; дно матки опускается, становится на серединѣ между пупкомъ и ложечкою, и наклоняется болѣе напередъ; беременная чувствует себя лучше; дыханіе ея становится свободнѣе; пупокъ значительно выдается впередъ; наружныя дѣтородныя части припухаютъ; входъ во влагалище становится шире; самое влагалище представляется болѣе широкимъ и рыхлымъ; нижній сегментъ матки сильно растягивается подлежащею частію младенца, и отъ того бываетъ очень тонокъ; влагалищная часть матки изглаживается совершенно, и на томъ мѣстѣ, гдѣ она была, мы находимъ маленькое углубленіе. Во второй половинѣ этаго мѣсяца, маточное устье иногда бываетъ такъ расширено, что можно пройти сквозь него пальцемъ, и касаться непосредственно оболочекъ яйца.

§ 114.

Всѣ вышеисчисленныя перемѣны замѣчаются въ томъ видѣ и той послѣдовательности, въ которой онѣ выше описаны, только у первобеременныхъ. У женщинъ, которыя уже рождали, во время беременности, вышеупомянутыя перемѣны представляются нѣсколько иначе, и притомъ замѣчаются нѣкоторыя явленія, исключительно свойственныя только много-

роженицамъ. Всѣ эти явленія условливаются предшествовавшими родами. При повторившейся беременности, на влагалищной части матки можно осязать болѣе или менѣе глубокіе рубцы въ слѣдствіе образовавшихся при родахъ разрывовъ. Обѣ губы маточнаго устья представляются отъ того какъ бы раздѣленными на нѣсколько лоскутовъ, или долей. Влагалищная часть матки вообще бываетъ тутъ объемистѣе, и на передней губѣ маточнаго устья нерѣдко находятся болѣе или менѣе ограниченныя затвердѣнія. У женщинъ, беременныхъ не въ первый разъ, наружное маточное устье иногда мѣсяца за три до родовъ бываетъ уже такъ открыто, что сквозь него свободно можно проникнуть пальцемъ, и войти въ каналъ маточной шейки. Влагалище и наружныя дѣтородныя части шире и рыхлѣе, нежели у первобеременныхъ. Кромѣ того во влагалищѣ, на задней спайкѣ большихъ дѣтородныхъ губъ и на промежности, можно бываетъ найти рубцы, также въ слѣдствіе бывшихъ тутъ разрывовъ; уздечки большихъ дѣтородныхъ губъ нѣтъ. Покровы живота, при повторившейся беременности, представляются болѣе вялыми и дряблыми, и отъ того надъ лобковыми костями выступаютъ болѣе впередъ. Дно матки не поднимается тутъ такъ высоко, какъ при первой

беременности, а потому животъ беременной надъ дномъ матки бываетъ толще, и покровы его мягче. Кромѣ того на кожѣ живота замѣчаются рубцы — слѣдствіе растяженія ея во время предшествовавшихъ беременностей. Груды представляются болѣе мягкими; на кожѣ, ихъ одѣвающей, также можно видѣть маленькіе, бѣловатые рубцы; соски грудей, если мать сама кормила грудью своего ребенка, не имѣютъ уже обыкновенной, конической формы, а болѣе, или менѣе, круглую.

§ 115.

Впрочемъ всѣ вышеупомянутыя явленія могутъ и не быть, не смотря на то, что женщина уже рождала. Если при предшествовавшихъ родахъ младенецъ былъ или малъ, или недоношенъ, если тазъ беременной широкъ, и дѣтородныя части вообще хорошо были приготовлены для прохожденія сквозь нихъ младенца, то можетъ случиться, что роды не оставляютъ послѣ себя или вовсе никакихъ, или едва замѣтные слѣды. Въ этихъ, хотя и весьма рѣдкихъ случаяхъ, при повторившейся беременности, влагалищная часть матки можетъ быть совершенно гладка и имѣть коническую форму; маточное устье можетъ тутъ оставаться закрытымъ вплоть до самыхъ родовъ.

Самыя груди, не взирая на то, что мать сама кормила грудью своего ребенка, могут также сохранить свою обыкновенную, коническую форму. Въ противоположность вышеприведенному бываетъ иногда, что у первобеременныхъ мы находимъ влагалищную часть матки необыкновенно широкою, объемистою, а наружное маточное устье, въ теченіе послѣднихъ недѣль беременности, значительно расширеннымъ, такъ, что изслѣдывающій палецъ совершенно свободно можетъ сквозь него пройти, и проникнуть до внутренняго маточнаго устья.

§ 116.

Изъ вышесказаннаго ясно видно, что распознаваніе того, въ первый-ли разъ женщина беременна, или уже раждала, иногда бываетъ трудно. И здѣсь одинъ какой-либо признакъ полного довѣрія не заслуживаетъ, а надобно обращать вниманіе на совокупность нѣсколькихъ признаковъ. Впрочемъ, при тщательномъ наружномъ и внутреннемъ изслѣдованіи, можно почти всегда избѣжать ошибки въ этомъ отношеніи.

ГЛАВА 6.

О продолжительности беременности, и вычисленіи времени, когда должны начаться роды.

§ 117.

Правильная маточная беременность продолжается обыкновенно десять лунных мѣсяцевъ, или 40 недѣль, или 280 дней. Впрочемъ не рѣдко встрѣчаются исключенія изъ этого правила, и, изъ достовѣрныхъ наблюденій извѣстно, что беременность продолжается иногда 300 — 308 дней.

§ 118.

Опредѣленіе времени, когда должны наступить роды, дѣлается троякимъ способомъ: или, считая со дня, когда послѣдовало зачатіе, или съ того времени, когда женщина въ послѣдній разъ имѣла мѣсячное очищеніе, или, наконецъ, со дня, когда беременная въ первый разъ почувствовала движенія младенца. Первый изъ этихъ трехъ способовъ только тогда можетъ быть примѣненъ, когда женщина одинъ

только разъ имѣла совокупленіе. Впрочемъ, у нѣкоторыхъ женщинъ, при каждой беременности, непосредственно послѣ зачатія, показываются однѣ и тѣже болѣзненные явленія, такъ что онѣ, на основаніи этихъ признаковъ, навѣрное знаютъ, что онѣ беременны, и могутъ именно опредѣлить день, когда послѣдовало зачатіе. Если день зачатія извѣстенъ, то надобно прибавить къ нему 40 недѣль, и на сороковой ожидать родовъ. Если же считать со времени появленія послѣдняго мѣсячнаго очищенія, то надобно отъ того дня, когда оно въ послѣдній разъ показалось, отсчитать три мѣсяца назадъ, и прибавить семь дней; найденный такимъ образомъ день, будетъ тотъ, въ который надобно ожидать родовъ. Напр. если у женщины въ послѣдній разъ мѣсячное очищеніе показалось 6-го Августа, то, отсчитавши три мѣсяца назадъ, и, прибавивши семь дней, выйдетъ, что она должна родить 13-го Мая. Можно считать еще другимъ способомъ, именно ожидать родовъ въ то время, когда у женщины, если бы она не была беременна, должно было бы въ десятый разъ показаться мѣсячное очищеніе. Вообще же оба эти вычисленія періода беременности невѣрны, какъ потому, что мѣсячное очищеніе прекращается не рѣдко въ слѣдствіе совсѣмъ другихъ

причинъ, такъ и потому, что, иногда, не взирая на существующую беременность, мѣсячное очищеніе показывается еще одинъ, или нѣсколько разъ. Если у женщины здоровой, имѣвшей всегда правильное мѣсячное очищеніе, это послѣднее вдругъ прекращается безъ всякой видимой причины, и нѣтъ болѣзненныхъ явленій, сопровождающихъ обыкновенно такое прекращеніе, какъ болѣзнь, то мы имѣемъ право заключить, что она беременна, и тогда уже высчитать день, когда должны наступить роды, по вышеизложенному способу. При опредѣленіи періода беременности по послѣднему, третьему способу, надобно къ тому дню, въ который беременная въ первый разъ почувствовала движеніе младенца, прибавить еще 20 недѣль, и ожидать родовъ на 20-й, на томъ основаніи, что движенія младенца дѣлаются ощутительными для беременной обыкновенно въ концѣ пятого мѣсяца беременности, или на 20-й недѣль. И этотъ способъ вычисленія не вѣренъ, потому что время, когда движенія младенца дѣлаются ощутительными для беременной, зависитъ совершенно отъ степени развитія самаго младенца. Если младенецъ крѣпокъ, развивается быстро, то движенія его могутъ сдѣлаться чувствительными для матери на 19-й и даже 18-й недѣли беременности; если же, напротивъ,

онъ слабъ, мало развитъ, то движенія его не рѣдко только на 21-й или 22-й недѣли беременности получаютъ такую силу, что дѣлаются ощутительными для беременной. Слѣдовательно, разница между періодами беременности, въ которые женщина въ первый разъ почувствуетъ движенія младенца, можетъ быть огромная.

§ 119.

Изъ вышесказаннаго видно, что высчитать совершенно вѣрно, когда именно должны начаться роды — есть дѣло невозможное. Если это возможно, то надобно, въ каждомъ данномъ случаѣ, производить вычисленіе всѣми вышеупомянутыми способами, и если результаты всѣхъ вычисленій будутъ одинаковы, то можно, съ вѣроятностію, назначить день родовъ. Во всѣхъ случаяхъ, безъ исключенія, даже и такого вѣроятнаго расчета сдѣлать нельзя уже потому, что беременность, какъ было уже сказано выше, продолжается иногда гораздо долѣе, нежели обыкновенно. А потому, тамъ, гдѣ дѣло идетъ о рѣшеніи вопроса: когда наступятъ роды? надобно быть очень осторожнымъ, и всегда назначать срокъ только приблизительный.

ГЛАВА 7.

О человѣческомъ яйцѣ.

§ 120.

Человѣческое яйцо состоитъ изъ трехъ оболочекъ: *отпадающей*, *кожистой* (chorion) и *водной* (amnion), *родовыхъ водъ*, *пуповины*, *дѣтскаго мѣста* и *самаго зародыша*. Изъ вышеупомянутыхъ трехъ оболочекъ, только двѣ послѣднія составляютъ принадлежность самаго яйца, которое имѣетъ ихъ до вступленія своего въ полость матки; первая же изъ нихъ, хотя и составляетъ внѣшнюю оболочку всего яйца вообще, но составляетъ принадлежность матки, и есть ни что иное, какъ гипертрофированная слизистая оболочка матки. О первой изъ этихъ трехъ оболочекъ было уже говорено (см. § 71); остается теперь разсмотрѣть двѣ остальные.

§ 121.

Кожистая оболочка составляетъ внѣшній покровъ всего яйца въ то уже время, когда оно выступаетъ изъ яичника. Въ самомъ началѣ беремен-

ности, внутренняя поверхность этой оболочки представляется совершенно гладкою, а наружная, напротивъ, покрытою густыми космами. Эти послѣднія, въ началѣ беременности, бываютъ очень тонки, нитеобразны, и образуютъ какъ-бы продолженіе самой кожистой оболочки; у основанія своего, космы эти гораздо толще, а оканчиваются онѣ тонкимъ, и, иногда, нѣсколько закругленнымъ концомъ. Между этими космами виднѣется гладкая наружная поверхность кожистой оболочки. При дальнѣйшемъ теченіи беременности разстояніе между космами дѣлается все больше и больше. Та часть этихъ космъ, которая соотвѣтствуетъ тому мѣсту, на которомъ образуется послѣдъ, принимаетъ въ себя тонкіе пупочные сосуды зародыша, которые по этимъ космамъ доходятъ до внутренней поверхности матки, и образуютъ основаніе дѣтскаго мѣста. На всемъ остальномъ протяженіи кожистой оболочки, космы ея, сосудовъ въ себя не принимаютъ, и вообще кожистая оболочка представляетъ ткань, вовсе не имѣющую сосудовъ. При дальнѣйшемъ теченіи беременности, космы кожистой оболочки, въ слѣдствіе увеличенія объема всего яйца, все дальше отходятъ другъ отъ друга, атрофируются, и, въ концѣ беременности, вся наружная поверхность кожистой оболочки, за исклю-

ченіемъ только той части ея, которая обращена къ дѣтскому мѣсту, дѣлается совершенно гладкою.

§ 122.

Водная оболочка выстилаетъ всю внутреннюю поверхность яйца. Она имѣетъ свойства оболочки серозной, гладка и блестяща, не содержитъ въ себѣ ни сосудовъ, ни нервовъ, и покрыта черепичнымъ эпителиемъ. Она начинается у пупочнаго кольца младенца, образуетъ внѣшній покровъ пуповины, выстилаетъ внутреннюю поверхность дѣтскаго мѣста, и потомъ подходитъ къ внутренней поверхности кожистой оболочки, и своею наружною поверхностію соединяется съ этою послѣднею. Соединеніе это однако же такъ бываетъ слабо, что можно легко отдѣлить обѣ оболочки яйца одну отъ другой. Иногда, между обѣими оболочками яйца находится студенистая, иногда водянистая жидкость, которая, по сходству своему съ родовыми водами, называется *ложными родовыми водами*.

§ 123.

Родовыми водами называется жидкость, которою наполнена полость яйца, и которая окружаетъ зародышъ со всѣхъ сторонъ. Въ первые мѣсяцы

беременности, родовые воды представляются свѣтлыми, прозрачными и жидкими; въ концѣ же беременности онѣ дѣлаются гуще, слизистѣе. Цвѣтъ родовыхъ водъ бываетъ различенъ; иногда онѣ имѣютъ цвѣтъ лимфы, въ другихъ же случаяхъ желтоватый или зеленоватый; иногда онѣ бываютъ цвѣта бѣловатаго, какъ бы смѣшаны съ молокомъ; иногда онѣ бываютъ мутны и смѣшаны съ большимъ количествомъ маленькихъ сѣро-желтоватыхъ, или черноватыхъ слизистыхъ сгустковъ. Во время родовъ, по разрывѣ оболочекъ яйца, вытекающія родовыя воды имѣютъ, иногда, цвѣтъ желтый, что зависитъ отъ примѣси къ нимъ дѣтскаго кала; запахъ родовыхъ водъ имѣютъ непріятный, похожій на запахъ мужскаго сѣмени; вкусъ ихъ соленоватый. Количество родовыхъ водъ бываетъ различно; обыкновенно при родахъ ихъ вытекаетъ отъ 1 до 2 фунтовъ; иногда ихъ бываетъ гораздо меньше, иногда же, напротивъ, количество ихъ равняется 12—16 фунтамъ. Въ началѣ беременности количество родовыхъ водъ, сравнительно съ величиною зародыша, бываетъ очень велико; въ половинѣ беременности, вѣсъ родовыхъ водъ равняется вѣсу зародыша; а въ концѣ беременности, количество родовыхъ водъ, въ отношеніи къ вѣсу младенца, бываетъ обыкновенно уже очень

мало. Онѣ имѣютъ температуру 30° по Р., и реагируютъ слабо алкалически; удѣльный вѣсъ ихъ равняется 1,0182. Изъ многихъ, сдѣланныхъ надъ ними, наблюденій извѣстно, что на 1000 частей, онѣ содержатъ въ себѣ только 10 — 16 частей веществъ твердыхъ, преимущественно солей. Изъ числа веществъ органическихъ, въ нихъ находятся: весьма небольшое количество бѣлка и слизи, частицы верхней кожицы младенца, частицы жира и экстрактивные начала. Вообще замѣчено, что, при первой беременности, родовыя воды содержатъ въ себѣ больше бѣлка, нежели при послѣдующихъ.

§ 124.

Откуда отдѣляются родовыя воды, суть-ли онѣ продуктъ матери, или младенца, — это вопросъ еще не рѣшенный. Одни думаютъ, что онѣ отдѣляются съ наружной поверхности младенца; другіе полагаютъ, что онѣ выпотѣваютъ на внутренней поверхности дѣтскаго мѣста; третьи, наконецъ, принимаютъ отпадающую оболочку за источникъ, отдѣляющій родовыя воды. Послѣднее изъ этихъ мнѣній, какъ кажется, вѣроятнѣе другихъ. Отпадающая оболочка, составляя, въ началѣ беременности, толстую и богатую сосудами оболочку, имѣетъ способность

и отдѣлять большое количество эксудата; при дальнѣйшемъ же теченіи беременности и, особенно въ концѣ ея, оболочка эта, утончаясь по мѣрѣ увеличенія самаго яйца, дѣлаясь малокровною, теряетъ способность отдѣлять равное прежнему количество эксудата; это подтверждается тѣмъ, что количество родовыхъ водъ, въ концѣ беременности, обыкновенно бываетъ мало. Если допустить, что родовыя воды суть отдѣленіе отпадающей оболочки, то надобно допустить, что онѣ просачиваются сквозь обѣ собственныя оболочки яйца, для того чтобы проникнуть въ полость его. Такъ какъ эти оболочки очень тонки, то такое просачиваніе весьма возможно. Въ пользу этого мнѣнія говоритъ также и то обстоятельство, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ количество родовыхъ водъ бываетъ очень велико, замѣчается также, въ наибольшей части случаевъ, преизобилованіе водянистыхъ частей въ крови не младенца, а матери.

§ 125.

Польза родовыхъ водъ, во время беременности, заключается въ томъ, что онѣ: 1) равномерно растягиваютъ полость матки; 2) препятствуютъ сро-

станію членовъ младенца между собою; 3) доставляютъ младенцу возможность свободного движенія; 4) дѣлають движенія младенца менѣе ощутительными для беременной; 5) защищаютъ младенца отъ вреднаго вліянія внѣшнихъ насилій, и отъ сдавливанія стѣнками матки. Для питанія зародыша, какъ думаютъ нѣкоторые, родовыя воды едва-ли могутъ служить: онѣ содержатъ въ себѣ для этаго слишкомъ мало питательныхъ веществъ. Если и были примѣры, что въ желудкахъ младенцевъ, умершихъ въ утробѣ матери находили слѣды родовыхъ водъ, то это можно объяснить тѣмъ, что младенецъ въ предсмертныя минуты, въ агоніи, могъ проглотить нѣкоторое количество ихъ. Во время родовъ польза водъ заключается въ томъ: 1) что онѣ, устремляясь въ слѣдствіе сокращеній матки, въ нижній сегментъ яйца, способствуютъ равномерному расширенію маточнаго устья; 2) защищаютъ младенца, и въ особенности его пуповину, отъ сильнаго давленія стѣнокъ матки, и тѣмъ способствуютъ къ поддержанію равномернаго кровообращенія между дѣтскимъ мѣстомъ и младенцемъ, которое въ противномъ случаѣ, легко могло бы быть нарушено; 3) истекая постепенно, онѣ постоянно содержатъ родовыя пути въ влажномъ состояніи, и тѣмъ облегчаютъ значительно прохожденіе

младенца по нимъ, и дѣлають растяженіе ихъ менѣе болѣзненнымъ для роженицы.

§ 126.

Пуповиною называется сочетаніе трехъ кровеносныхъ сосудовъ: двухъ артерій и одной вены, посредствомъ которыхъ зародышъ соединяется съ дѣтскимъ мѣстомъ. По этимъ двумъ артеріямъ, кровь отъ зародыша идетъ къ дѣтскому мѣсту, а по венѣ отъ этаго послѣдняго къ зародышу. Артеріи пуповины происходятъ отъ обѣихъ подчревныхъ артерій, откуда онѣ, взявши свое начало, идутъ къ обоимъ бокамъ мочеваго пузыря, поднимаются до дна его, и отсюда, сближаясь постепенно другъ съ другомъ, сопровождаютъ моче-пупочный каналъ (urachus) до пупочнаго кольца; на всемъ этомъ протяженіи онѣ покрываются брюшиною. Черезъ пупочное кольцо, артеріи эти вступаютъ въ пуповину, и по этой послѣдней достигаютъ до дѣтскаго мѣста, гдѣ, развѣтвляясь все болѣе и болѣе, онѣ, наконецъ, въ видѣ волосныхъ сосудовъ сообщаются съ венами. Вена пуповины начинается въ дѣтскомъ мѣстѣ волосными сосудами, изъ которыхъ образуются все большія и большія вѣтви, которыя, собравшись на внутренней поверхности дѣтскаго мѣста, сливаются

всѣ въ одну вену, калиберъ которой больше, нежели калиберъ обѣихъ артерій пуповины, взятыхъ вмѣстѣ. Прощедши сквозь пуповину и пупочное кольцо, вена эта между складками брюшины идетъ вверхъ къ печени, и здѣсь развѣтвляется. Всѣ сосуды пуповины идутъ, извиваясь спирально слѣва на право, и это извиваніе бываетъ иногда такъ значительно, что можно принять, что сосуды пуповины, если бы ихъ отдѣлить другъ отъ друга и, такъ сказать, размотать, вдвое или даже втрое длиннѣе, нежели пуповина, взятая въ цѣлости. Кромѣ того еще и вся пуповина мѣстами извивается спирально, и иногда такъ круто, что образуетъ какъ бы узлы, которые называются *ложными узлами*, въ отличіе отъ настоящихъ узловъ, образующихся иногда на пуповинѣ въ слѣдствіе движеній младенца, при чемъ онъ сперва дѣлаетъ изъ пуповины петлю, и потомъ самъ же ее затягиваетъ. Всѣ сосуды, составляющіе пуповину, окружены студенистымъ веществомъ, называемымъ *Вартоніевою студенью*; количество этой студени бываетъ различно, и отъ нея преимущественно зависитъ большая или меньшая толщина пуповины. Внѣшній покровъ всей пуповины образуетъ, какъ выше уже было сказано, водная оболочка. Пуповина содержитъ также въ себѣ нервы, которые сопро-

вождаютъ сосуды ея, и суть вѣтви сплетеній: под-
 чревнаго и печеночнаго. Длина пуповины бываетъ
 весьма различна; обыкновенно она имѣетъ въ длину
 отъ 18 до 22 дюймовъ; иногда она бываетъ го-
 раздо короче, не болѣе 3 дюймовъ, а, иногда, на-
 противъ, она содержитъ въ себѣ до 60 дюймовъ.
 Пуповина прикрѣпляется обыкновенно около центра
 дѣтскаго мѣста, иногда же около котораго-либо края
 его; иногда, наконецъ, въ рѣдкихъ случаяхъ, пупо-
 вина совсѣмъ уклоняется въ сторону, и прикрѣ-
 пляется къ оболочкамъ яйца, и отсюда уже, раздѣ-
 лившись на нѣсколько вѣтвей, идетъ къ краю дѣт-
 скаго мѣста, и входитъ въ него.

§ 127.

Дѣтское мѣсто или послѣдъ въ концѣ бере-
 менности представляетъ круглое, плоское, губчатое
 тѣло, имѣющее въ поперечникѣ около 7 дюймовъ.
 Толщина его въ срединѣ равняется 1 д.; къ краямъ
 же оно тонѣе; вѣситъ оно отъ $\frac{3}{4}$ до 1 фунта.
 Дѣтское мѣсто начинаетъ развиваться на третьемъ
 мѣсяцѣ беременности, и, съ этаго времени, увели-
 чиваясь соразмѣрно съ увеличеніемъ объема матки
 и развитіемъ зародыша, оно, наконецъ, достигаетъ вы-
 шеозначенной величины. Оно имѣетъ двѣ поверхности,

изъ коихъ одна гладка, а другая неровна. Гладкая поверхность дѣтскаго мѣста вогнута, обращена къ младенцу, и принимаетъ въ себя пуповину; поверхность эта называется *внутреннею*. Другая, неровная поверхность его называется *наружною*; она выпукла, обращена къ внутренней поверхности матки, и соединяется съ этою послѣднею. Внутренняя поверхность дѣтскаго мѣста покрывается водною и кожистою оболочками. Первую изъ этихъ двухъ оболочекъ легко можно отдѣлить отъ дѣтскаго мѣста; послѣдняя же, напротивъ, плотно соединена съ нимъ, мѣстами даже проникаетъ въ существо его, такъ, что ее нельзя отдѣлить, не нарушивъ ея цѣлости. Наружная поверхность дѣтскаго мѣста потому представляется неровною, что она раздѣлена болѣе или менѣе глубокими разрѣзами на нѣсколько, неравныхъ по величинѣ своей, частей, или долей (Cotyledones). Разрѣзы эти однако же нигдѣ не доходятъ до внутренней поверхности дѣтскаго мѣста. Наружная поверхность его соединяется съ внутреннею поверхностью матки посредствомъ отпадающей оболочки, которая не только покрываетъ всю наружную поверхность его, но проникаетъ между долями его, и выстилаетъ вышеупомянутые разрѣзы. Кромѣ того, соединеніе дѣтскаго мѣста съ маткою совершается

еще посредствомъ кровеносныхъ сосудовъ. Кровь оболочекъ, выстилающихъ обѣ поверхности дѣтскаго мѣста, это послѣднее состоитъ изъ огромнаго количества развѣтвленій кровеносныхъ сосудовъ, переплетенныхъ между собою, и соединенныхъ посредствомъ клѣтчатки. Изъ этихъ сосудовъ одна часть принадлежитъ младенцу, другая — матери. На этомъ основаніи и раздѣляютъ дѣтское мѣсто на двѣ части: *зародышную* и *маточную*. Если подвергнуть дѣтское мѣсто вымочкѣ около половины беременности, то можно легко отдѣлить двѣ вышеупомянутыя части дѣтскаго мѣста одну отъ другой; въ позднѣйшіе же періоды беременности это уже дѣлается невозможнымъ, и при попыткѣ отдѣлить ихъ другъ отъ друга, сосуды разрываются. Между сосудами матери и сосудами младенца прямого сообщенія нигдѣ нѣтъ, или, другими словами, кровь матери нигдѣ не переходитъ въ кровь младенца. А потому дѣтское мѣсто содержитъ въ себѣ двѣ совершенно отдѣльныя кровеносныя системы, изъ которыхъ одна получаетъ свое начало отъ сосудовъ матки, а другая — отъ сосудовъ пуповины. Въ этомъ легко можно убѣдиться если сдѣлать инъекцію сосудовъ дѣтскаго мѣста, когда оно еще на всемъ своемъ протяженіи соединено съ маткою.

При этомъ окажется, что если впрыснуть инъекціонную массу въ сосуды пуповины, то она наполнитъ всѣ артеріи и вены, происходящія отъ развѣтвленій ея сосудовъ, но нигдѣ не перейдетъ въ сосуды, происходящіе изъ развѣтвленій сосудовъ, пришедшихъ сюда изъ матки, и на оборотъ; если сдѣлать инъекцію сосудовъ матки, то инъекціонная масса наполнитъ всѣ развѣтвленія сосудовъ ея въ дѣтскомъ мѣстѣ, но не перейдетъ въ развѣтвленія сосудовъ пуповины. Слѣдовательно, если бы мы желали инъицировать всѣ сосуды дѣтскаго мѣста, то надобно было бы отдѣльно инъицировать сосуды пуповины и сосуды матки. Артеріи матки, войдя въ дѣтское мѣсто, развѣтвляются до малѣйшихъ вѣтвей, наконецъ переходятъ въ волосные сосуды, которые въ свою очередь переходятъ въ вены, которыя, образуя все большіе и большіе стволы, опять возвращаютъ кровь въ матку. То же самое дѣлается и съ сосудами пуповины. Впрочемъ не должно себѣ представлять волосные сосуды дѣтскаго мѣста такими же узкими, какими они бываютъ въ другихъ частяхъ человѣческаго тѣла; по калиберу своему они далеко превосходятъ тѣ сосуды, которые мы обыкновенно называемъ волосными; называются же они этимъ именемъ такъ потому, что они составляютъ мельчайшія

развѣтвленія сосудовъ матки и пуповины. Волосная система сосудовъ матки въ дѣтскомъ мѣстѣ вездѣ приходитъ въ тѣсное соприкосновеніе съ волосною системою сосудовъ пуповины, при чемъ послѣдняя какъ бы обнимается, обхватывается первою. Окисленіе крови младенца въ дѣтскомъ мѣстѣ совершается чрезъ прохожденіе кислорода крови матери сквозь тонкія стѣнки сосудовъ этой послѣдней и младенца, что особенно облегчается тѣмъ, что сосуды матери и младенца плотно лежатъ другъ подлѣ друга, соприкасаются своими стѣнками. Во время родовъ, когда взаимное отношеніе наружной поверхности дѣтскаго мѣста и соотвѣтствующей ему части внутренней поверхности матки нарушается въ слѣдствіе сокращеній этой послѣдней, сосуды, перешедшіе изъ матки въ дѣтское мѣсто, разрываются, чѣмъ и объясняется то кровотеченіе, которое бываетъ при каждомъ родѣхъ. Сосуды матки входятъ въ дѣтское мѣсто въ косомъ направленіи, а потому, при отдѣленіи этаго послѣдняго отъ матки, разрываются также въ косомъ направленіи, что представляетъ ту выгоду, что происходящее, въ слѣдствіе этаго разрыва, кровотеченіе, легче останавливается, нежели было бы, если бы разрывъ сосудовъ былъ горизонтальный.

§ 128.

Дѣтское мѣсто обыкновенно бываетъ прикрѣплено около дна матки, и притомъ съ боку. Къ верхней части праваго бока матки оно прикрѣпляется чаще, нежели къ той же части лѣваго бока. Иногда дѣтское мѣсто прикрѣпляется и ниже, ближе къ внутреннему маточному устью, что уже составляетъ весьма важное патологическое состояніе, о которомъ ниже будетъ упомянуто подробнѣе. Иногда дѣтское мѣсто состоитъ изъ двухъ частей, изъ которыхъ одна гораздо больше другой, и которыя соединяются между собою посредствомъ сосудовъ. Меньшая часть дѣтскаго мѣста въ этомъ случаѣ называется *добавочнымъ дѣтскимъ мѣстомъ*. Въ третьемъ и четвертомъ мѣсяцѣ беременности, дѣтское мѣсто, сравнительно, занимаетъ гораздо большую часть оболочки яйца, нежели въ послѣдующіе періоды ея. Въ теченіе этихъ послѣднихъ, окружность его становится меньше, но за то оно дѣлается толще. Постоянной пропорціональности, между величиною младенца и величиною дѣтскаго мѣста, нѣтъ; однако же изъ опыта извѣстно, что, въ наибольшей части случаевъ, тамъ, гдѣ рождается большой, хорошо развитый младенецъ, и дѣтское мѣсто бываетъ велико, и на оборотъ.

Дѣтское мѣсто, по мнѣнію нѣкоторыхъ писателей, содержитъ въ себѣ лимфатическіе сосуды и нервы; по мнѣнію другихъ только лимфатическіе сосуды; третьи, наконецъ, отвергаютъ присутствіе и тѣхъ, и другихъ. *Kilian* ⁽¹⁾ принимаетъ и тѣ, и другіе. *Naegele* ⁽²⁾ говоритъ, что быть можетъ тонкія вѣтви нервовъ вмѣстѣ съ кровеносными сосудами проникаютъ въ дѣтское мѣсто. *Fohmann* ⁽³⁾ говоритъ положительно, что нашелъ въ дѣтскомъ мѣстѣ лимфатическіе сосуды. *Caseaux* ⁽⁴⁾ отвергаетъ присутствіе тѣхъ и другихъ. *Kiwisch* и *Scanzoni* вовсе не упоминаютъ о лимфатическихъ сосудахъ и нервахъ дѣтскаго мѣста, слѣдовательно, также отвергаютъ ихъ существованіе.

§ 129.

Со времени оплодотворенія своего и до достиженія совершенной зрѣлости, яйцо человѣческое под-

(1) I. c. B. 1. p. 114.

(2) *Naegele*. Lehrbuch der Geburtshülfe. Mainz. 1843. B. 1. p. 88.

(3) *Fohmann*. Mémoires sur les communications des vaisseaux lymphatiques avec les veines, et sur les vaisseaux absorbants du placenta et du cordon ombilical. Liège. 1832.

(4) I. c. p. 194.

вергается постояннымъ измѣненіямъ. По этимъ измѣненіямъ мы можемъ судить о періодѣ беременности и возрастѣ зародыша; а потому необходимо знать какими признаками отличаются яйцо и зародышъ въ различные періоды беременности.

§ 130.

Въ концѣ перваго мѣсяца беременности яйцо имѣетъ въ длину отъ 8 до 10''' ; кожистая оболочка его на всемъ своемъ протяженіи покрыта космами въ 3 — 4''' ; водная оболочка не выполняетъ собою совершенно полость кожистой. Зародышъ имѣетъ въ длину 5''' ; онъ представляется согнутымъ ; головка его имѣетъ видъ бугорка ; нижній конецъ его находится въ соединеніи съ мочевымъ мѣшкомъ (Allantois). На тѣхъ мѣстахъ, гдѣ будутъ верхнія и нижнія конечности, замѣчаются маленькія, тупыя возвышенія ; глаза обозначаются черными точками, уши — небольшими углубленіями по бокамъ головки.

§ 131.

Въ концѣ втораго мѣсяца беременности, яйцо имѣетъ въ продольномъ своемъ поперечникѣ 2 — 2½'' ; вся наружная поверхность его покрыта кос-

мами длиною въ 4 — 6''' , число которыхъ больше на верхней части его, и которыя вдаются въ отпадающую оболочку. Водная оболочка непосредственно прилегаетъ уже къ кожистой. Количество родовыхъ водъ велико, и вѣсь ихъ значительно превышаетъ вѣсь самаго зародыша. Этотъ послѣдній имѣетъ въ длину 10—12''' , и вѣситъ нѣсколько болѣе драхмы. Головка его гораздо болѣе туловища, однако же имѣетъ уже болѣе правильную, кругловатую форму. На глазахъ видно начало вѣкъ; наружная часть уха начинается образовываться; носъ представляется въ видѣ маленькаго возвышенія, и тамъ, гдѣ будутъ ноздри, замѣчаются маленькія углубленія. Полости рта и носа между собою еще не раздѣлены, и въ первой изъ нихъ можно отличить языкъ. Пуповина прикрѣплена недалеко отъ нижняго конца туловища, и имѣетъ въ длину 1½ — 3". Конечности представляются уже на столько развитыми, что можно отличить будущія сочлененія ихъ, и начало образованія пальцевъ на ручкахъ и ножкахъ. Дѣтородныя части имѣютъ видъ коническаго возвышенія, но полъ зародыша отличить еще нельзя. Въ хрящеватомъ скелетѣ зародыша показываются первые признаки окостенѣнія, которое обыкновенно начинается съ ключицъ.

§ 132.

Въ концѣ третьяго мѣсяца беременности яйцо имѣетъ величину гусинаго яйца. Космы кожистой оболочки, на большей части ея поверхности, уже атрофированы, и, въ слѣдствіе увеличенія самой этой оболочки, дальше отстоятъ другъ отъ друга. На верхней части кожистой оболочки, космы эти, переплетшись съ сосудами зародыша, образуютъ дѣтское мѣсто, которое въ это время имѣетъ 2 — 3" въ діаметръ и 4 — 5''' въ толщину, и представляетъ круглое, губчатое тѣло, тѣсно соединенное съ внутреннею поверхностію матки. Зародышъ имѣетъ въ длину $2\frac{1}{2}$ — 3", и вѣситъ 1 — 1 унцій. У него показываются губы; шея явственно разнится отъ туловища. Окостенѣніе распространяется по всему скелету. Общія покровы тѣла хотя еще тонки и прозрачны, однако же уже имѣютъ болѣе красный цвѣтъ. На конечностяхъ можно уже явственно отличить пальцы, и даже мѣсто, гдѣ будутъ ногти. Полости рта и носа представляются отдѣленными другъ отъ друга. Въ обѣихъ челюстяхъ начинается образованіе зубовъ. Отверстіе ноздрей и наружное ухо можно явственно отличить. Туловище, относительно къ величинѣ головки, дѣлается нѣсколько

больше; пуповина прикрѣплена нѣсколько выше нижней четверти бѣлой линіи живота. Полъ младенца можно уже бываетъ отличить.

§ 133.

Въ концѣ четвертаго мѣсяца беременности, зародышъ имѣетъ въ длину около 5", и вѣситъ 5—6 унцій. На его черепѣ, почти совсѣмъ уже окостенѣвшемъ, явственно можно различить роднички и швы, которые, относительно, еще очень велики, отъ чего кости черепа весьма подвижны. Въ наружномъ ухѣ, которое уже значительно развито, мѣстами показывается образованіе хряща. Кожа на всемъ тѣлѣ еще прозрачна и, иногда, очень красна. Пупокъ находится въ это время на границѣ между среднею и нижнею третью бѣлой линіи живота. Мышцы зародыша замѣтно развиваются, и въ конечностяхъ показываются отрывистыя движенія, которыя, даже по рожденіи младенца на свѣтъ въ этомъ періодѣ беременности, продолжаются еще иногда нѣсколько часовъ. Какъ въ этомъ періодѣ беременности, такъ и въ послѣдующихъ, въ оболочкахъ яйца особенныхъ перемѣнъ не происходитъ, онѣ только постоянно увеличиваются.

§ 134.

Въ концѣ пятаго мѣсяца беременности зародышъ имѣеть въ длину 9 — 11", и вѣсить 8—10 унцій. На тѣлѣ его показываются волоски, которые сначала показываются на головкѣ, потомъ на туловищѣ, и, наконецъ, и на конечностяхъ. Волоски эти такъ тонки и нѣжны, что скорѣе похожи на пухъ, нежели на волосы. Кожа покрывается густоватымъ, бѣловатымъ веществомъ (*vernix caseosa*), которое состоитъ изъ частицъ верхней кожицы, жира, и не-большаго количества бѣлка и солей. Сначала вещество это показывается на кожѣ младенца въ маломъ количествѣ, но потомъ количество его постепенно увеличивается, и на нѣкоторыхъ частяхъ тѣла зародыша, именно на спинѣ, на бедрахъ и въ складкахъ кожи, оно образуетъ иногда слой толщиною въ 1". Кожа дѣлается плотнѣе, менѣе прозрачною, и подъ нею начинается образованіе жирнаго слоя. Ногти становятся тверже; мышцы представляются болѣе красными, и движенія ихъ такъ уже сильны, что дѣлаются ощутительными для беременной. Нѣтъ сомнѣнія въ томъ, что зародышъ и въ болѣе ранніе періоды беременности имѣеть способность самостоятельно двигаться; это доказывается спиральнымъ

свитіемъ сосудовъ его пуповины, и образованіемъ узловъ на этой послѣдней, явленіями, происхожденіе которыхъ нельзя ничѣмъ инымъ объяснить, какъ движеніями зародыша.

§ 135.

Въ концѣ шестаго мѣсяца беременности длина зародыша равняется 11 — 14", и онъ вѣситъ 1½ — 2 фунтовъ. Головка его, сравнительно, все еще очень велика, и составляетъ четвертую часть всего его тѣла. Сердце, легкія и большіе кровеносные сосуды представляются совершенно развитыми. Желчный пузырь содержитъ уже въ себѣ серозно-слизистую жидкость, которая уже начинаетъ окрашиваться желтоватымъ цвѣтомъ. Въ толстыхъ кишкахъ замѣчается накопленіе слизи, похожей на дѣтскій калъ. Ядрышки приближаются къ паховому кольцу. Рожденный въ этомъ періодѣ беременности зародышъ, хотя и показываетъ признаки жизни, однако же не можетъ продолжать жить.

§ 136.

Въ концѣ седьмаго мѣсяца беременности, зародышъ имѣетъ въ длину 14 — 16", и вѣситъ 2—3 фунтовъ. Головка его, сравнительно съ величиною

всего тѣла, все еще очень велика; кости черепа еще мягки и очень подвижны. Вѣки глазъ между собою уже не соединены, уши плотно прилегаютъ къ головкѣ. Конечности тѣла еще тонки, худы и дряблы. Кожа красна, и покрыта вышеупомянутымъ веществомъ, и, въ слѣдствіе недостаточнаго отложенія жира подъ нею, представляется морщиноватою, что придаетъ лицу зародыша старческое выраженіе. Ядрышки находятся въ паховомъ кольцѣ; если зародышъ женскаго пола, то малыя дѣтородныя губы его выдаются изъ за большихъ. Зародышъ, рожденный въ концѣ 28-й недѣли беременности, можетъ, будучи отдѣленъ отъ матери, продолжать жить самостоятельно. Начиная съ этого времени онъ уже называется *младенцемъ*.

§ 137.

Въ концѣ осьмаго мѣсяца беременности, младенецъ имѣетъ въ длину 15 — 17", и вѣситъ $3\frac{1}{2}$ — 4 фунтовъ. Волосы на головкѣ его уже гораздо длиннѣе, и обыкновенно имѣютъ цвѣтъ бѣлокурый. Ядрышки находятся уже въ мошонкѣ. Ногти на пальцахъ ручекъ и ножекъ не доходятъ еще до конца пальцевъ. Младенецъ, рожденный въ этомъ

періодъ беременности, при рачительномъ уходѣ за нимъ, легко можетъ продолжать жить.

§ 138.

Въ концѣ девятаго мѣсяца беременности, младенецъ имѣетъ въ длину 17 — 18", а вѣситъ 4 — 6 фунтовъ. Члены его уже пропорціональнѣе относительно другъ друга. Въ слѣдствіе отложенія большаго количества жира подъ кожею, и болѣе сильнаго развитія мышцъ, тѣло его получаетъ болѣе правильныя, округленныя формы. Морщины на лицѣ изглаживаются, и оно получаетъ пріятное выраженіе. Кости головки сближаются; швы и роднички становятся меньше.

§ 139.

Въ концѣ десятаго мѣсяца беременности, младенецъ достигаетъ, наконецъ, совершенной зрѣлости. Доношенный, зрѣлый младенецъ отличается слѣдующими признаками: въ длину онъ имѣетъ около 18", вѣситъ около 7 фунтовъ. Во всѣхъ членахъ его замѣтна строгая пропорціональность; волосы на головкѣ имѣютъ около 1" въ длину, цвѣтъ ихъ темноватый, и они плотно прилегаютъ къ головкѣ. Кости головки тверды, роднички малы и швы узки. Малый

родничекъ имѣеть форму треугольную; большой родничекъ бываетъ такой величины, что его можно покрыть концемъ указательнаго пальца. Въ носу и ушахъ хрящи совершенно образованы. Пупокъ находится на срединѣ живота, немного ниже центральной, поперечной линіи всего тѣла. Мошонка морщиновата, и оба ядрышка находятся въ ней. У младенцевъ женскаго пола, дѣтородныя части также совершенно развиты; но малыя дѣтородныя губы еще не покрыты совершенно большими. Зрѣлый младенецъ, родившись на свѣтъ, немедленно начинаетъ дышать и громко кричать, охотно беретъ грудь, и дѣлаеть сильныя движенія руками и ногами. Ногти на ручкахъ и ножкахъ его тверды, и выдаются за концы пальцевъ. Кожа всего тѣла имѣеть розовый цвѣтъ, на ней нѣтъ больше пуху, а только на нѣкоторыхъ частяхъ ея находится вышеупомянутое густое, бѣловатое вещество. Мальчики обыкновенно бываютъ больше и тяжелѣе, нежели дѣвочки, такъ, что, круглымъ числомъ, 12 мальчиковъ вѣсятъ столько же, сколько 13 дѣвочекъ. Близнецы обыкновенно бываютъ меньше, легче, и неравной величины; оба вмѣстѣ обыкновенно вѣсятъ около 12 фунтовъ. О зрѣлости младенца надобно судить по совокупности всѣхъ вышеприведенныхъ признаковъ, а не по одному

только росту ихъ, или вѣсу. И тотъ и другой изъ этихъ двухъ послѣднихъ признаковъ, болѣе, нежели всѣ остальные, зависятъ отъ индивидуальности родителей младенца и его самого. Бываютъ примѣры, что совершенно зрѣлый младенецъ имѣетъ въ длину только 16", и вѣситъ только 3 фунта; въ противоположность этому, рождаются иногда младенцы ростомъ въ 24", и вѣсомъ въ 14 фунтовъ. Въ первые періоды беременности зародышъ обыкновенно растетъ, сравнительно, гораздо быстрее, нежели въ послѣдующіе.

ГЛАВА 8.

О размѣрахъ тѣла зрѣлаго младенца.

§ 140.

Для того, чтобы лучше понять какимъ образомъ, при родахъ, младенецъ проходитъ сквозь тазъ, необходимо нужно знать размѣры различныхъ, наиболѣе объемистыхъ частей его тѣла. Головка младенца составляетъ самую большую часть его тѣла; кромѣ того она мало уступаетъ давленію; при родахъ всегда съ большею или меньшею трудностію прохо-

дѣтъ сквозь тазъ; а потому подробное знаніе ея устройства и размѣровъ совершенно необходимо. Головка младенца имѣетъ форму овальную; задняя часть ея объемистѣе, больше, нежели передняя. Она состоитъ изъ черепа и лица. Кости черепа ея суть тѣ же самыя, какъ и у взрослыхъ, съ тою только разницею, что кость лобная представляется раздѣленною на двѣ половины, и что всѣ кости черепа не соединены между собою, а, напротивъ между ними находятся перепончатые промежутки. Эти послѣдніе между краями костей узки, и называются тутъ *швами*; тамъ же, гдѣ углы костей черепа сходятся между собою, замѣчаются перепончатые промежутки большихъ размѣровъ, именуемые *родничками*. Такое свободное соединеніе костей черепа между собою не только благопріятствуетъ развитію самаго мозга, но, во время родовъ, даетъ возможность головкѣ уменьшаться или во всемъ своемъ объемѣ, или въ направленіи котораго либо изъ ея поперечниковъ, чѣмъ значительно облегчается прохожденіе головки сквозь тазъ. Такое уменьшеніе объема головки условливается въ этомъ случаѣ не однимъ только сближеніемъ краевъ костей черепа между собою, но еще и тѣмъ, что кости эти, при болѣе сильномъ давленіи на головку, подходятъ одна

подъ другую. Чѣмъ большіе размѣры имѣютъ роднички, и чѣмъ шире швы, тѣмъ значительнѣе можетъ уменьшиться объемъ головки.

§ 141.

На головкѣ младенца замѣчаются 4 шва:

1) *Стрѣловидный*, отдѣляющій обѣ темянныя кости одну отъ другой, и упирающійся въ оба родничка.

2) *Лобный*, который есть какъ бы продолженіе стрѣловиднаго. Онъ дѣлитъ лобную кость на двѣ половины, и однимъ своимъ концемъ упирается въ переносицу, а другимъ въ большой родничекъ.

3) *Вънечный*, отдѣляющій кость лобную отъ обѣихъ темянныхъ. Шовъ этотъ по срединѣ раздѣляется большимъ родничкомъ на двѣ вѣтви: *правую* и *лѣвую*.

4) *Затылочный*, отдѣляющій задніе края обѣихъ темянныхъ костей отъ кости затылочной. Этотъ шовъ раздѣляется малымъ родничкомъ также на двѣ вѣтви: *правую* и *лѣвую*.

§ 142.

Родничковъ на головкѣ младенца замѣчается два: *большой* и *малый*. *Большимъ* называется тотъ пе-

репончатый промежутокъ, который находится на передней части черепа, между лобною костью и обѣими темянными. Въ немъ сходятся четыре шва: лобный, стрѣловидный и обѣ вѣтви вѣчнаго шва. Родничекъ этотъ имѣетъ форму трапецоида. Углы костей, входящія въ него, т. е. задніе углы обѣихъ половинокъ лобной кости, и передніе углы обѣихъ темянныхъ костей, тупы. Величина этаго родничка бываетъ различна; иногда онъ такъ великъ, что передній уголь его вдается между обѣими лобными костями, и доходитъ почти до переносицы; въ другихъ же случаяхъ, напротивъ, онъ бываетъ гораздо меньше. Величина этаго родничка зависитъ отъ большаго или меньшаго распространенія окостенѣнія въ костяхъ черепа. *Малый* родничекъ имѣетъ видъ треугольника. Онъ находится между обоими задними внутренними углами обѣихъ темянныхъ костей, и угломъ затылочной кости. Въ немъ сходятся три шва: стрѣловидный и двѣ вѣтви затылочнаго шва. Углы костей, вдающіяся въ малый родничекъ, болѣе или менѣе остры; на ощупь, кромѣ величины своей, онъ этимъ отличается отъ большаго родничка.

§ 143.

Для удобнѣйшаго измѣренія величины головки,

принимаютъ въ ней нѣсколько поперечниковъ, а именно:

1) *Прямой*, идущій отъ переносицы до высшей точки на затылкѣ; онъ содержитъ въ себѣ $4\frac{1}{4}$ — $4\frac{1}{2}$ ".

2) *Большой поперечный*, простирающійся отъ шишки одной темянной кости до того же пункта на другой темянной кости, и имѣющій $3\frac{1}{2}$ ".

3) *Малый поперечный*, идущій отъ одного виска до другаго, и содержащій въ себѣ 3".

4) *Вертикальный*, простирающійся отъ высшей точки на темени до затылочной дыры; онъ содержитъ въ себѣ $3\frac{1}{2}$ ".

5) *Косой*, идущій отъ подбородка до малаго родничка, и имѣющій $4\frac{3}{4}$ —5".

На лицѣ младенца принимаютъ два поперечника:

1) *Прямой*, отъ подбородка до того мѣста, гдѣ на лбу начинаются волосы; онъ содержитъ въ себѣ $3\frac{1}{4}$ ".

2) *Поперечный*, отъ одной яремной дуги до другой; равняется 3". Окружность всей головки равняется 14 — 15"; ширина основанія черепа — $2\frac{1}{2}$ ". Кроме того замѣчанія достойны размѣры плечъ и таза младенца. Плечи имѣютъ въ поперечникѣ $4\frac{1}{2}$ ", а тазъ 4".

§ 144.

Члены младенца въ полости матки расположены такъ, чтобы тѣло его занимало, по возможности, меньше мѣста. Спинка его бываетъ согнута; ручки скрещены на груди; бедра прижаты къ животу; голени прижаты къ животу и скрещены, а пятки находятся подлѣ задницы. Въ этомъ видѣ младенецъ представляетъ овалъ и, слѣдовательно, по формѣ своей, сходенъ съ маткою. Продольный поперечникъ младенца въ этомъ видѣ равняется 10 — 12". Вышеупомянутое отношеніе различныхъ частей тѣла младенца другъ къ другу, и къ окружающимъ ихъ стѣнкамъ матки называется *членорасположеніемъ*.

§ 145.

Положеніемъ младенца называется отношеніе продольной оси его тѣла къ продольной оси матки. Въ наибольшей части случаевъ, младенецъ лежитъ такъ, что головка его составляетъ часть подлежащую, при чемъ спинка его бываетъ обращена налѣво и впередъ; иногда бываетъ и на оборотъ, т. е. что спинка обращена направо и напередъ. Почему головка, сравнительно, гораздо чаще, нежели другія части тѣла младенца, составляетъ часть подлежащую,

объ этомъ всегда спорили, и теперь еще спорять. Прежде существовало, почти всѣми писателями принятое, мнѣніе, что зародышъ до седьмага мѣсяца беременности имѣетъ положеніе тазовое, но что въ этомъ мѣсяцѣ, въ слѣдствіе значительнаго увеличенія вѣса головки, эта послѣдняя перевѣшиваетъ туловище, и что младенецъ вдругъ, мгновенно, переворачивается кверху ногами, и изъ положенія тазоваго образуется головное. Новѣйшія наблюденія и изслѣдованія доказали ошибочность этаго мнѣнія. Изслѣдуя женщину во второй половинѣ ея беременности, весьма не рѣдко можно бываетъ съ точностію опредѣлить, что предлежитъ головка. Кромѣ того, извѣстно также, что при вскрытіи труповъ женщинъ, умершихъ во время беременности, даже въ первой половинѣ ея, въ наибольшей части случаевъ, находили зародышъ, лежащимъ головкою внизъ. Думали также, что частота головныхъ положеній, зависитъ отъ того, что зародышъ, плавая свободно въ родовыхъ водахъ, слѣдуетъ законамъ тяготѣнія, и опускается своею головкою, какъ тяжелѣйшею частию своего тѣла, въ нижнюю часть матки. Опыты, произведенные Dubois, доказываютъ, что это несправедливо. Онъ бралъ зародышей въ различные періоды беременности, опускалъ ихъ въ большой сосудъ,

наполненный водою, и наблюдалъ какая именно часть ихъ, прежде другихъ, достигаетъ дна сосуда. При этомъ оказалось, что не головка, а спинка, или которое либо изъ плечъ зародыша прежде другихъ частей касались дна сосуда. Если допустить, что только относительная тяжесть различныхъ частей тѣла младенца условливаетъ и самыя положенія его, то, на основаніи этихъ опытовъ, косыя положенія младенца должны были бы встрѣчаться гораздо чаще, нежели въ самомъ дѣлѣ бываетъ. Очевидно, что причину частоты продольныхъ положеній младенца, и въ особенности положеній головныхъ, надобно искать въ чемъ либо другомъ. Нѣтъ сомнѣнія въ томъ, что эта частота продольныхъ положеній младенца зависитъ единственно отъ формы самой полости матки. Эта послѣдняя, во время беременности, представляетъ овалъ, длинная ось котораго совпадаетъ съ продольною осью тѣла женщины. Длинная ось тѣла младенца, въ этой овальной полости, удобно можетъ помѣститься только въ направленіи ея продольной оси. Слѣдовательно тамъ, гдѣ форма матки правильная, младенецъ бываетъ вынужденъ въ извѣстномъ періодѣ беременности принять положеніе продольное. Въ первые мѣсяцы беременности, когда вмѣстимость полости яйца, сравнительно съ величиною зародыша,

еще очень велика, этот послѣдній легко можетъ принимать различныя положенія, и быстро ихъ измѣнять. Въ послѣдующіе же періоды беременности, младенецъ, значительно увеличившись въ объемъ, не можетъ уже такъ легко измѣнить свое положеніе, и долженъ, по необходимости, принять положеніе, соотвѣтствующее самой формѣ полости матки, и въ этомъ положеніи уже остаться. Что младенецъ гораздо чаще имѣетъ положеніе головное, нежели тазовое — это также зависитъ единственно отъ формы полости матки. Полость матки въ верхней своей части гораздо шире, нежели въ нижней; а потому естественно, что задъ младенца, который въ соединеніи съ прижатыми къ нему нижними конечностями, имѣетъ вдвое большій объемъ, нежели головка, удобнѣе можетъ помѣститься въ верхней части матки. Бываютъ случаи, гдѣ младенецъ въ теченіе всей беременности имѣетъ положеніе тазовое, которое не задолго передъ родами, или даже во время ихъ, измѣняется въ головное. Такое измѣненіе положенія младенца также не есть слѣдствіе перевѣшиванья головки; а обуславливается также формою самой полости матки, и относительною вмѣстимостію этой полости. Если младенецъ слишкомъ малъ сравнительно съ величиною полости матки, или если эта

послѣдняя чрезмѣрно растянута огромнымъ количествомъ родовыхъ водъ, то легко можетъ случиться, что младенецъ, пользующійся въ этомъ случаѣ слишкомъ большою свободою движеній, въ слѣдствіе сокращеній матки, измѣнитъ свое первоначальное положеніе. Во всякомъ случаѣ однако же, такое измѣненіе положенія дѣлается не вдругъ, а постепенно. Изъ положенія тазоваго младенецъ переходитъ тутъ сначала въ косое, а потомъ головка его, медленно спускаясь по соотвѣтствующей ей стѣнкѣ матки, становится наконецъ на входъ въ малый тазъ. Что форма полости матки имѣетъ большое вліяніе на положеніе младенца — это доказывается еще косыми положеніями младенца, которыя именно замѣчаются въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ полость матки имѣетъ форму неправильную.

ГЛАВА 9.

О признакахъ жизни и смерти младенца во время беременности.

§ 146.

Мы можемъ заключить, что младенецъ живъ:

- 1) Если женщина въ теченіе всей своей бере-

менности не страдала такими болѣзнями, которыя могутъ имѣть пагубное вліяніе на жизнь младенца, и если она не подвергалась такимъ внѣшнимъ на-
силіямъ, которыя могутъ нарушить правильное те-
ченіе беременности, каковы напр. паденіе на животъ,
сильный толчокъ въ него, паденіе на задницу и т. п.

2) Если всѣ тѣ перемѣны въ общемъ состояніи
здоровья женщины, и въ ея дѣтородныхъ частяхъ,
которыя обыкновенно бываютъ во время беремен-
ности, въ данномъ случаѣ дѣйствительно замѣчаются,
и слѣдуютъ въ извѣстной послѣдовательности одна
за другою.

3) Если женщина постоянно чувствуетъ движе-
ніе младенца, и если и мы можемъ ощущать эти
движенія рукою, положенною на животъ беременной.

4) Если, при выслушиваніи живота беременной,
явственно можно слышать сердцебіеніе младенца.

Изъ числа вышеупомянутыхъ признаковъ, по-
слѣдніе два совершенно вѣрны.

§ 147.

Всѣ признаки смерти младенца во время бере-
менности невѣрны. Мы можемъ предположить, съ
нѣкоторою вѣроятностію, что младенецъ умеръ въ
маткѣ, если:

1) Женщина во время беременности, страдала такими болѣзнями, которыя препятствуя правильному развитію младенца, могутъ быть и причиною его смерти. Сюда относятся преимущественно болѣзни изнурительныя, каковы напр.: упорная перемежающаяся лихорадка, тифъ, сильныя кровотеченія и т. п.

2) Если беременная подверглась вышеупомянутымъ внѣшнимъ насиліямъ.

3) Если беременная не чувствуетъ болѣе движеній младенца, и если и мы, при изслѣдованіи живота, ихъ не ощущаемъ. Самой смерти младенца не рѣдко предшествуютъ очень сильныя движенія его, которыя потомъ вдругъ прекращаются, и болѣе уже не показываются.

4) Если животъ беременной, вмѣсто того, чтобы постоянно увеличиваться въ объемъ, вдругъ становится меньше, и если беременная чувствуетъ въ животѣ особенную тяжесть и ощущеніе холода. Живой младенецъ, находящійся въ маткѣ, при движеніяхъ беременной, напр. при переворачиваніи ея съ бока на бокъ, хотя и измѣняетъ нѣсколько свое положеніе, но это измѣненіе дѣлается такъ медленно, что беременная того не чувствуетъ. Мертвый младенецъ, напротивъ, измѣняетъ свое положеніе быстро; а потому, при вышеупомянутомъ движеніи бере-

менной, онъ производитъ въ маткѣ ощущеніе тяжелаго тѣла, переваливающагося съ боку на бокъ.

5) Если груди беременной, бывшія дотолѣ полными и упругими, вдругъ дѣлаются мягкими, дряблыми, и если изъ нихъ свободно, сама собою вытекаетъ жидкость.

6) Если, при повторенномъ изслѣдованіи живота беременной, нельзя слышать сердцебіенія младенца.

7) Если кромѣ вышеупомянутыхъ признаковъ, показываются еще такія явленія со стороны состоянія общаго здоровья беременной, которыя, въ наибольшей части случаевъ, замѣчаются тамъ, гдѣ матка содержитъ въ себѣ мертваго младенца. Сюда относятся: ощущаемое отъ времени до времени чувство холода, дрожь, общая слабость всего тѣла и, въ особенности, конечностей, потеря аппетита, землянистый цвѣтъ лица и т. п.

§ 148.

Всѣ эти признаки невѣрны, потому что могутъ быть условливаемы различными болѣзненными состояніями беременной, слабостію самаго младенца, и аномаліями со стороны составныхъ частей яйца. Если бы въ данномъ случаѣ, замѣчались всѣ признаки смерти младенца, то и тогда мы не имѣемъ права

считать младенца дѣйствительно мертвымъ, и обращаться съ нимъ, какъ съ таковымъ. Вообще за правило надобно принять, что одинъ признакъ жизни младенца, въ глазахъ нашихъ, долженъ имѣть болѣе вѣса, нежели всѣ признаки смерти.

ГЛАВА 10.

О положеніяхъ младенца, и ихъ распознаваніи.

§ 149.

Распознаваніе положеній младенца, во время беременности, до наступленія родовъ, иногда бываетъ трудно. Во время беременности намъ нѣтъ надобности опредѣлять съ точностію специальное положеніе младенца; достаточно убѣдиться только въ томъ, что онъ имѣетъ положеніе продольное, слѣдовательно, совершенно правильное. Признаки продольнаго положенія младенца суть слѣдующіе:

- 1) Матка имѣетъ форму правильнаго овала.
- 2) Беременная чувствуетъ движенія младенца постоянно въ одной какой-либо половинѣ матки, правой, или лѣвой.

3) При изслѣдованіи живота беременной, можно, въ верхней части матки, осязать большое, круглое тѣло, или одно, или въ совокупности съ маленькими членами младенца.

4) При внутреннемъ изслѣдованіи, можно, сквозь нижній сегментъ матки, осязать болѣе, или менѣе круглое тѣло. Въ концѣ беременности, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ внутр. маточное устье на столько открыто, что можно сквозь него проникнуть пальцемъ, и гдѣ головка предлежитъ, можно явственно осязать на ней швы и роднички.

5) Сердцебиеніе младенца слышится въ одной какой-либо половинѣ матки, правой, или лѣвой.

§ 150.

Распознаваніе продольныхъ положеній младенца, во время беременности, можетъ быть значительно затруднено аномаліями со стороны устройства и положенія дѣтородныхъ частей беременной, и со стороны нѣкоторыхъ частей яйца. Сюда относятся: излишнее наклоненіе и суженіе таза беременной, кося положенія матки, чрезмѣрное количество родовыхъ водъ, и предлежаніе дѣтскаго мѣста. Вообще же распознаваніе продольныхъ положеній младенца легче бываетъ при первой беременности, нежели при

послѣдующихъ, потому что у первобеременныхъ, по причинѣ значительной тонкости нижняго сегмента матки, подлежащая часть младенца ниже опускается въ полость малаго таза, нежели у многороженицъ. На этомъ основаніи, если мы у многороженицы, въ концѣ беременности, не можемъ осязать подлежащую часть младенца, то это не должно насъ беспокоить; если же, напротивъ, у первобеременной, въ томъ же періодѣ беременности, при правильномъ устройствѣ таза и нормальномъ положеніи матки, нельзя было бы осязать подлежащую часть младенца, то одного этого обстоятельства уже достаточно для того, чтобы возбудить въ насъ опасеніе касательно неправильнаго положенія младенца.

§ 151.

Положенія младенца раздѣляются на *правильныя* и *неправильныя*. *Правильными* называются всѣ тѣ положенія его, при которыхъ продольная ось его тѣла совпадаетъ съ продольною осью матки; *неправильными*, напротивъ, тѣ, гдѣ продольная ось тѣла младенца соотвѣтствуетъ болѣе, или менѣе, поперечной оси матки. О неправильныхъ положеніяхъ младенца будетъ сказано въ своемъ мѣстѣ подробно; здѣсь же будетъ рѣчь только о правильныхъ его

положеніяхъ. На основаніи вышеприведеннаго опредѣленія правильныхъ положеній младенца, этотъ послѣдній долженъ лежать въ маткѣ такъ, чтобы или головка, или нижній конецъ его туловища составляли часть предлежащую. А потому мы имѣемъ два вида правильныхъ положеній младенца, а именно: *положенія головныя* и *положенія тазовыя*. При предлежаніи головки, эта послѣдняя можетъ лежать двоякимъ образомъ, а именно: или темя, или лице ея можетъ составлять часть предлежащую, а потому положенія головныя, въ свою очередь, раздѣляются на *положенія темянныя* и на *положенія лицевыя*. При тазовыхъ положеніяхъ младенца, задница его предлежитъ или одна, или вмѣстѣ съ ножками. Иногда случается, при тазовыхъ положеніяхъ, что одна, или обѣ ножки спускаются ниже задницы, и составляютъ часть предлежащую. Первый изъ этихъ двухъ случаевъ называется *неполнымъ*, а второй — *полнымъ предлежаніемъ ножекъ*. Иногда, въ рѣдкихъ случаяхъ, бываетъ также, что колѣна составляютъ предлежащую часть младенца.

§ 152.

Подраздѣленіе главныхъ видовъ правильныхъ положеній младенца, основывается на существенной

разницѣ самаго механизма родовъ при этихъ положеніяхъ. Механизмъ родовъ при темянныхъ положеніяхъ совсѣмъ иной, нежели при положеніяхъ лицевыхъ, а потому и необходимо принять подраздѣленіе головныхъ положеній на темянные и лицевые. При тазовыхъ же положеніяхъ, механизмъ родовъ будетъ одинъ и тотъ же, будетъ ли задница одна, или въ соединеніи съ ножками, занимать нижнюю часть матки, или будутъ-ли ножки, или колѣна младенца составлять часть подлежащую; а потому и нѣтъ надобности подраздѣлять этотъ второй видъ правильныхъ положеній младенца, какъ это дѣлалось прежде.

§ 153.

Темянные положенія встрѣчаются чаще всѣхъ прочихъ. Круглымъ числомъ можно принять, что на 100 случаевъ родовъ, 93 раза темя составляетъ часть подлежащую. Темянныхъ положеній мы имѣемъ четыре. Они отличаются другъ отъ друга слѣдующими различными отношеніями головки младенца къ стѣнкамъ таза:

При первомъ головка младенца лежитъ такъ, что малый родничекъ ея обращенъ влѣво и впередъ, а большой вправо и назадъ. Правая половина темени стоитъ при этомъ ниже всѣхъ прочихъ частей

головки, стрѣловидный шовъ которой совпадаетъ тутъ съ правымъ косвеннымъ поперечникомъ входа въ малый тазъ.

При второмъ, головка лежитъ такъ, что большой родничекъ ея обращенъ влѣво и впередъ, а малый вправо и назадъ, при чемъ стрѣловидный шовъ головки идетъ параллельно съ правымъ же косвеннымъ поперечникомъ входа въ малый тазъ. Лѣвая половина темени стоитъ ниже всѣхъ прочихъ частей головки.

При третьемъ, головка имѣетъ такое положеніе, что большой родничекъ ея обращенъ вправо и впередъ, а малый влѣво и назадъ. Стрѣловидный шовъ ея совпадаетъ при этомъ съ лѣвымъ косвеннымъ поперечникомъ входа въ малый тазъ.

При четвертомъ, малый родничекъ головки обращенъ вправо и впередъ, а большой влѣво и назадъ. Лѣвая половина темени стоитъ ниже всѣхъ прочихъ частей головки.

§ 154.

Изъ вышеописанныхъ темянныхъ положеній головки, первые два встрѣчаются, сравнительно, гораздо чаще, нежели два послѣднія; а потому первые два называются *обыкновенными*, а послѣднія — *необыкновенными*. Прежде раздѣляли темянные по-

положенія на два вида: *обыкновенныя* и *необыкновенныя* и въ каждомъ изъ этихъ видовъ принимали два подраздѣленія т. е. первое и второе обыкновенное, и первое и второе необыкновенное. Для краткости лучше принимать четыре положенія; самое же раздѣленіе темянныхъ положеній, въ отношеніи къ частотѣ ихъ, въ сущности отъ этаго нисколько не измѣняется. При раздѣленіи темянныхъ положеній, принимаются въ соображеніе только тѣ положенія, въ которыхъ мы находимъ головку въ началѣ родовъ, такъ называемыя *первоначальныя* положенія. Положенія же *переходныя* т. е. такія, которыя головка можетъ принять во время самыхъ родовъ, когда она дѣлаетъ повороты въ полости малаго таза, и положенія *послѣдовательныя*, т. е. такія, которыя значительно разнятся отъ первоначальныхъ, и суть слѣдствіе совершеннаго измѣненія первоначальнаго положенія, при раздѣленіи, въ расчетъ принимаемы быть не могутъ.

§ 155.

Относительная частота темянныхъ положеній долго была предметомъ спорнымъ. Многочисленныя и тщательныя наблюденія, сдѣланныя Naegele, положили конецъ этимъ спорамъ, и, въ настоящее время, почти

всѣ врачи согласны съ его мнѣніемъ. Результатъ этихъ наблюденій есть слѣдующій: первое темянное положеніе встрѣчается гораздо чаще всѣхъ прочихъ, такъ, что, круглымъ числомъ, на 100 случаевъ темянныхъ положеній вообще, 70 разъ головка имѣетъ первое темянное положеніе. Второе встрѣчается рѣже; на 100 случаевъ темянныхъ положеній вообще, головка въ этомъ положеніи лежитъ только 30 разъ. Третье встрѣчается еще рѣже, нежели второе, а четвертое принадлежитъ къ числу явленій рѣдкихъ, и встрѣчается, круглымъ числомъ, на 1000 случаевъ темянныхъ положеній вообще, одинъ только разъ.

§ 156.

Распознаваніе темянныхъ положеній вообще, и каждаго изъ нихъ въ частности, иногда бываетъ легко, иногда, напротивъ, очень трудно. Въ концѣ беременности, особенно у первобеременныхъ, можно бываетъ, иногда, сквозь тонкій нижній сегментъ матки, осязая швы и роднички на головкѣ младенца, и даже опредѣлить съ точностію какое именно изъ темянныхъ положеній мы имѣемъ передъ собою. Въ началѣ родовъ, когда маточное устье на столько уже расширено, что можно проникнуть сквозь него

пальцемъ, распознаваніе спеціальнаго положенія темени становится уже легко, если только нѣтъ какихъ либо особенныхъ обстоятельствъ, могущихъ затруднить распознаваніе. Кромѣ тѣхъ причинъ, которыя препятствуютъ распознаванію продольныхъ положеній младенца вообще, и о которыхъ выше уже было говорено, есть еще другія, особенно затрудняющія распознаваніе спеціальнаго положенія темени. Сюда надобно отнести: 1) *Высокое стояніе головки*, которое дѣлаетъ распознаваніе не только труднымъ, но часто даже невозможнымъ, особенно когда родовыя воды еще не прошли. Въ этихъ случаяхъ, палецъ, проходя между маточною шейкою и лежащею частію младенца, можетъ осязать только периферію головки. Болѣе точное изслѣдованіе сдѣлать тутъ нельзя уже потому, что это могло бы имѣть слѣдствіемъ слишкомъ раннее истеченіе родовыхъ водъ. 2) *Подвижность головки*. Она можетъ значительно затруднить распознаваніе даже и тамъ, гдѣ родовыя воды уже прошли. При всякомъ прикосновеніи изслѣдывающаго пальца, головка тотчасъ же поднимается кверху, и точное изслѣдованіе ея положенія дѣлается невозможнымъ. Такая подвижность головки замѣчается тамъ, гдѣ тазъ роженицы суженъ; гдѣ младенецъ малъ; гдѣ количество

родовыхъ водъ очень велико, и гдѣ роженица имѣетъ висячій животъ. 3) *Напряженность оболочекъ яйца.* Если между оболочками яйца и подлежащею частію младенца находится большое количество родовыхъ водъ, то оболочки яйца постоянно остаются напряженными, и въ такомъ случаѣ, до прохожденія родовыхъ водъ, иногда бываетъ совершенно невозможно опредѣлить положеніе головки. 4) *Опухоль на головкѣ младенца.* Если препятствія, противу-ставляемые выходу подлежащей части младенца на свѣтъ со стороны твердыхъ и мягкихъ дѣтородныхъ частей, очень велики, и роды идутъ медленно, то на подлежащей части младенца образуется опухоль. Такая опухоль затрудняетъ распознаваніе всѣхъ положеній младенца; при темянныхъ же положеніяхъ, она, закрывая собою швы и роднички, дѣлаетъ распознаваніе спеціальнаго положенія темени, иногда, совершенно невозможнымъ. Кромѣ того, распознаваніе спеціальныхъ положеній темени можетъ быть еще затруднено органическими недостатками въ образованіи черепа, головою водянкою, мозговыми грыжами и т. п. Если младенецъ давно уже умеръ въ маткѣ, и перешелъ въ гніеніе, то въ клѣтчатку покрововъ головки выступаетъ кровянисто-серозная жидкость, отъ чего мягкія части растягиваются и отдѣляются

отъ черепа, соединеніе костей котораго дѣлается весьма слабымъ. Въ этихъ случаяхъ, головка, проходя сквозь тазъ, изъ круглой дѣлается продолговатою, и случалось уже, что ее принимали за задницу, или даже за оболочки яйца, наполненные родовыми водами. Наконецъ сюда же надобно отнести лишніе швы на головкѣ младенца, такъ называемые *ложные швы*, которые весьма легко могутъ ввести насъ въ ошибку при распознаваніи положенія темени. Ложные швы встрѣчаются преимущественно при головной водянкѣ младенца, при которой роднички и всѣ швы вообще бываютъ очень широки. Иногда, впрочемъ, такіе ложные швы замѣчаются и на совершенно правильно образованныхъ головкахъ. Такъ напр. затылочная кость, иногда, бываетъ раздѣлена на двѣ половины швомъ, соотвѣтствующимъ шву стрѣловидному. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, малый родничекъ легко можно принять за большой. Иногда же, напротивъ, бываетъ, что одинъ, или нѣсколько швовъ, совершенно заростають, такъ, что ихъ вовсе нельзя осязать.

§ 157.

Кромѣ тѣхъ признаковъ различныхъ темянныхъ

положеній, которыя мы открываемъ посредствомъ внутренняго изслѣдованія роженицы, есть еще нѣсколько признаковъ, изъ присутствія которыхъ, мы можемъ, съ большею или меньшею вѣроятностію, можемъ вывести заключеніе касательно того, какое именно изъ темянныхъ положеній мы имѣемъ передъ собою. Такъ, если женщина, начиная съ того періода беременности, съ котораго движенія младенца дѣлаются для нея ощутительными, постоянно чувствовала эти послѣднія въ правомъ боку, и если, при выслушиваніи живота ея, сердцебіеніе младенца слышится явственнѣе въ нижней части лѣвой половины живота ея, то можно, съ вѣроятностію, заключить, что младенецъ имѣетъ первое темянное положеніе. Если же беременная постоянно чувствуетъ движенія младенца въ лѣвомъ боку, а сердцебіеніе его яснѣе слышится въ нижней части правой половины живота ея, то весьма вѣроятно, что мы имѣемъ передъ собою второе темянное положеніе. Конечно, признаки эти невѣрны; они позволяютъ только сдѣлать предположеніе касательно положенія головки, предположеніе, которое должно быть подтверждено результатами внутренняго изслѣдованія роженицы. Тамъ же, гдѣ точное внутреннее изслѣдованіе, по какой либо изъ вышеизложенныхъ причинъ, невозможно, тамъ мы, по

необходимости, должны уже руководствоваться этими признаками.

§ 158.

Лицевыя положенія встрѣчаются, сравнительно, гораздо рѣже темянныхъ. Круглымъ числомъ, на 200 случаевъ родовъ, одинъ только разъ предлежитъ лице. Лицевыхъ положеній прежде принимали четыре; въ настоящее же время почти всѣ врачи согласны съ тѣмъ, что совершенно достаточно принимать ихъ только два. Лице, въ началѣ родовъ, дѣйствительно можетъ находиться въ четырехъ различныхъ положеніяхъ, смотря по тому, куда обращенъ подбородокъ младенца, т. е. вправо и назадъ, и вправо и напередъ, влѣво и назадъ, и влѣво и напередъ. При лицевыхъ положеніяхъ, головка младенца только тогда можетъ родиться на свѣтъ, когда подбородокъ ея обращенъ напередъ, къ передней стѣнкѣ таза. Рожденіе головки, при такомъ лицевомъ положеніи, гдѣ лобъ младенца обращенъ напередъ, потому невозможно, что, въ этомъ случаѣ, головка и плечи младенца должны были бы вмѣстѣ помѣститься въ полости таза, что, очевидно, совершенно неудобноисполнимо. Какое бы положеніе ни имѣло лице въ началѣ родовъ, всегда, при дальнѣйшемъ

ходѣ ихъ, оно поворачивается такъ, что подбородокъ бываетъ обращенъ напередъ, и притомъ или вправо, или влѣво. Механизмъ родовъ, слѣдовательно, можетъ тутъ быть только двоякій, а потому и принимаютъ только два лицевыхъ положенія. Они отличаются другъ отъ друга слѣдующими признаками: при первомъ, правая щека лица стоитъ ниже всѣхъ прочихъ частей головки, подбородокъ обращенъ вправо, лобъ — влѣво; при второмъ, лѣвая щека лица составляетъ низшую часть головки, подбородокъ обращенъ влѣво, лобъ — вправо. Будетъ-ли лобъ при этомъ обращенъ нѣсколько болѣе назадъ, или нѣсколько болѣе напередъ, это все равно, потому что, какъ уже было сказано выше, при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ, лобъ младенца непременно долженъ обратиться назадъ. Первое лицевое положеніе встрѣчается гораздо чаще, нежели второе; можно принять, что на 30 случаевъ лицевыхъ положеній, 20 разъ лице имѣетъ первое положеніе, и 10 разъ второе.

§ 159.

Распознаваніе лицевыхъ положеній также иногда бываетъ легко, иногда, напротивъ, трудно. Если

изслѣдовать роженицу, когда маточное устье уже нѣсколько расширено, оболочки яйца не напряжены, или если не задолго передъ тѣмъ прошли родовыя воды, и когда головка стоитъ не высоко, то распознаваніе облегчается тѣмъ, что можно осязать части лица порознь, напр. лобъ съ его швомъ, глаза и окружающій ихъ костяной край, носъ, спинку этаго послѣдняго, ноздри и раздѣляющую ихъ преграду, ротъ съ его челюстями, языкъ и т. д. Самое вѣрное средство для распознаванія положенія лица, и его отношеній къ стѣнкамъ таза, есть осязаніе носа. Всѣ тѣ обстоятельства, которыя затрудняютъ распознаваніе темныхъ положеній, могутъ сдѣлать и распознаваніе лицевыхъ положеній, болѣе или менѣе, труднымъ. Опухоль лица, болѣе нежели что-либо, можетъ препятствовать распознаванію его положенія. Щеки лица, въ этомъ случаѣ, могутъ быть приняты за щеки задницы, ротъ — за задній проходъ, вѣки глазъ — за большія дѣтородныя губы младенца женскаго пола. Впрочемъ при внимательномъ внут. изслѣдованіи роженицы, можно тутъ почти всегда избѣжать ошибки. Главнымъ отличительнымъ признакомъ лица отъ задницы, въ этомъ случаѣ, служить ротъ. Введя палецъ въ отверстіе рта, мы можемъ осязать вокругъ костяной край, образуемый

челюстями; въ заднемъ же проходѣ такого костянаго края нѣтъ.

§ 160.

Тазовыхъ положеній мы имѣемъ также два. Прежде ихъ принимали четыре, смотря по тому какое направленіе имѣетъ передняя поверхность тѣла младенца. Дѣйствительно, при этихъ положеніяхъ, отношеніе поверхностей тѣла младенца къ окружающимъ его стѣнкамъ матки, представляетъ четыре различныхъ видоизмѣненія, а именно: передняя поверхность тѣла младенца можетъ быть обращена вправо и впередъ, вправо и назадъ, влѣво и впередъ, и влѣво и назадъ. Но такъ какъ существенная разница въ механизмѣ родовъ при этихъ положеніяхъ условливается только тѣмъ, куда обращена передняя поверхность тѣла младенца, впередъ или назадъ, то и достаточно принимать только два тазовыхъ положенія. При первомъ изъ нихъ, передняя поверхность тѣла младенца обращена къ задней стѣнкѣ матки, и притомъ нѣсколько въ бокъ, вправо или влѣво; при второмъ, передняя поверхность тѣла младенца обращена напередъ и также нѣсколько въ бокъ, вправо или влѣво. Въ отношеніи частоты,

первое тазовое положеніе относится ко второму, какъ 3: 1.

§ 161.

Распознаваніе тазовыхъ положеній, до прохожденія родовыхъ водъ, вообще трудно; тутъ надобно руководствоваться слѣдующимъ:

1) При наружномъ изслѣдованіи живота беременной можно, иногда, уже опредѣлить, что младенецъ имѣетъ тазовое положеніе. У тѣхъ женщинъ, у которыхъ покровы живота растянуты предшествовавшими беременностями, и сохранили извѣстную степень мягкости и дряблости, или если покровы живота вообще тонки, или если матка содержитъ небольшое количество родовыхъ водъ, можно часто, болѣе или менѣе ясно, осязать головку младенца подлѣ дна матки.

2) Въ концѣ беременности задница младенца не такъ низко опускается во входъ въ полость малаго таза, какъ предлежащая головка, такъ, что нерѣдко, въ концѣ беременности, даже вовсе нельзя осязать предлежащую часть младенца.

Выше было сказано, что при предлежаніи головки, эта послѣдняя у первобеременныхъ часто такъ низко опускается во входъ въ полость малаго

таза, что ее весьма удобно можно осязать сквозь нижній сегментъ матки, и что у многороженицъ обыкновенно замѣчается противное. При тазовыхъ же положеніяхъ, нѣтъ, въ этомъ отношеніи, разницы между первобеременными и многороженицами.

3) Когда оболочки яйца разрываются, при чемъ обыкновенно вытекаетъ большее количество родовыхъ водъ, нежели при головныхъ положеніяхъ, то легко можно опредѣлить тазовое положеніе по частямъ, образующимъ нижній конецъ туловища младенца, а именно: по круглымъ, мясистымъ щекамъ задницы, по разрѣзу между ними, который оканчивается копчиковою костью и дѣтородными частями, и въ срединѣ котораго можно осязать сжатое отверстіе задняго прохода; кромѣ того, иногда, можно осязать одну или обѣ ножки, бедра, паховый сгибъ; при внутреннемъ изслѣдованіи роженицы, младенческій калъ окрашиваетъ, иногда, черноватымъ цвѣтомъ изслѣдывающій палецъ. Если же оболочки яйца напряжены, и задница стоитъ еще высоко, то можно осязать только контуры этой послѣдней; въ этомъ случаѣ осязаніе крестцовой и копчиковой кости поможетъ намъ при распознаваніи. Послѣ прохожденія родовыхъ водъ, все равно стоитъ-ли задница младенца еще высоко, или уже опустилась ниже въ по-

лость малаго таза, на ней может образоваться опухоль, которая всегда значительно затрудняет распознаваніе, и которая, какъ выше уже было сказано, можетъ подать поводъ принять положеніе тазовое за лицевое. Въ этомъ случаѣ, только одно явственное осязаніе копчиковой кости можетъ вывести насъ изъ сомнѣнія касательно положенія младенца.

4) Иногда, какъ выше уже было сказано, въ началѣ родовъ предлежать однѣ ножки, а задница стоитъ еще высоко. Чаше предлежать тутъ обѣ ножки, нежели одна. Если воды еще не прошли, и ножки лежатъ высоко, то распознаваніе положенія трудно; если оболочки яйца не напряжены, то можно легко узнать ножки, по ихъ формѣ. Когда задница младенца стоитъ еще высоко, то тазовое положеніе съ предлежаніемъ ножекъ, особливо если только одна ножка предлежитъ, легко можетъ быть смѣшано съ плечевымъ положеніемъ. Такъ какъ спинка ножки всегда бываетъ прижата къ голени, то пятку можно принять за локоть, а задъ, который едва можно достать пальцемъ, за грудь. Ножки младенца отличаются отъ ручекъ слѣдующими признаками: пальцы ножекъ короче, нежели пальцы ручекъ; концы пальцевъ ножки, вмѣстѣ взятые, образуютъ почти прямую линію, а концы пальцевъ ручки, напротивъ, кривую;

большой палец ножки толще, больше остальных пальцев, и обладает малою подвижностію; большой же палец на ручкѣ, напротивъ, короче прочихъ пальцевъ, весьма подвиженъ и легко можетъ быть оттянуть въ сторону; пальцы ручекъ обыкновенно бываютъ согнуты, чего не замѣчается въ пальцахъ ножки; подошва ножки длиннѣе и уже, нежели ладонь ручки; вѣншній край ножки выпуклъ и тонокъ, а внутренній, напротивъ, толстъ, и вогнутъ; на ручкѣ же оба края имѣютъ почти одинаковую толщину. Пятка и мыщелки съ обѣихъ сторонъ ея, могутъ быть смѣшаны съ локтемъ, но, при болѣе внимательномъ изслѣдованіи, можно, введя палецъ выше, избѣгнуть этой ошибки, потому что предплечіе значительно разнится отъ подошвы ножки, и потому что, идя вверхъ по подошвѣ ножки, мы находимъ пальцы этой послѣдней, а если вести палецъ по предплечію, то мы дойдемъ до пальцевъ ручки. Опредѣлить направленіе поверхностей тѣла младенца, т. е. куда обращена передняя поверхность его тѣла, и куда задняя, при подлежащихъ ножкахъ, бываетъ довольно трудно, во первыхъ потому, что ножки, когда онѣ стоятъ еще высоко, очень подвижны, а во вторыхъ потому, что ножки часто бываютъ скрещены, и пальцы одной лежатъ подлѣ пятки другой.

Если только одна ножка предлежитъ, то она обыкновенно сохраняетъ свое надлежащее направленіе, т. е. пальцы ея обращены туда же, куда и передняя поверхность тѣла младенца; если обѣ ножки предлежатъ, и имѣютъ одинаковое направленіе, то еще вѣрнѣе можно опредѣлить направленіе поверхностей тѣла младенца. Что касается до скрещиванія ножекъ, то извѣстно, что пальцы ихъ всегда обращены внутрь; слѣдовательно, если только удастся опредѣлить которая изъ нихъ правая, или лѣвая, то можно тотчасъ представить себѣ положеніе всего тѣла младенца. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ колѣна предлежатъ, и если только одно изъ нихъ предлежитъ, то можно смѣшать его съ локтемъ. Но колѣно отъ локтя отличается уже тѣмъ, что оно имѣетъ больший объемъ, и что, при осязаніи его, мы находимъ, между двумя возвышеніями, углубленіе, а на локтѣ — между двумя возвышеніями, еще одно, еще болѣе выдающееся, возвышеніе.

5) При тазовыхъ положеніяхъ, при выслушиваніи живота беременной, сердцебіеніе младенца слышится явственнѣе въ верхней части матки.

ГЛАВА II.

О родахъ.

§ 162.

Родами называется тотъ процессъ, посредствомъ котораго оплодотворенное яйцо извергается изъ тѣла женщины.

§ 163.

Роды раздѣляются различнымъ образомъ. По ходу своему и окончанію, они раздѣляются на *правильные* и *неправильные*. *Правильными* называются они тогда, когда оканчиваются совершенно благополучно для матери и младенца, и притомъ однѣми силами природы, безъ помощи искусства. Если же сила природы недостаточно для окончанія родовъ, или если они оканчиваются со вредомъ для матери, или младенца, то они называются *неправильными*. По времени, когда они наступаютъ, роды раздѣляются на *ранніе*, *своевременные* и *поздніе*. *Ранними* называются они если наступаютъ до истеченія *правильнаго* срока беременности, однако же въ такомъ

періодъ ея, когда младенецъ, будучи отдѣленъ отъ матери, можетъ продолжать жить самостоятельно, следовательно, послѣ 28-й недѣли беременности. Всѣ тѣ роды, которые наступаютъ до 28-й недѣли беременности, называются *выкидышемъ*. Если роды наступаютъ въ концѣ десятаго мѣсяца беременности, то они называются *своевременными*. *Поздними*, наконецъ, называются они тогда, если наступаютъ по истеченіи 40-й недѣли беременности.

§ 164.

Причина родовъ заключается въ сокращеніяхъ мышцъ матки. Но что именно вызываетъ эти сокращенія въ извѣстный періодъ беременности, т. е. въ концѣ ея, — это нельзя опредѣлить съ точностію, и мнѣнія объ этомъ различны. Одни думаютъ, что мышцы матки потому начинаютъ сокращаться въ концѣ беременности, что растяжимость ихъ достигла своихъ крайнихъ предѣловъ. Другіе думаютъ, что младенецъ въ концѣ беременности становится для матки какъ бы тѣломъ инороднымъ, раздражаетъ ее, и побуждаетъ къ сокращеніямъ. Этаго мнѣнія придерживается и одинъ изъ новѣйшихъ писателей, Scanzoni (*).

(*) Prager Vierteljahrschrift für die practische Heilkunde. Jahrg. VI. B. 1. p. 9 — 10.

Вѣроятноѣ всѣхъ прочихъ то мнѣніе, что причина родовъ заключается въ развитіи матки, и періодическомъ усиленіи въ ней жизнедѣтельности, выражающейся болѣе или менѣе сильными сокращеніями. Всякое растяженіе матки условливаетъ и возможность сокращеній въ ней. Чѣмъ сильнѣе развиты мышцы матки, тѣмъ продолжительнѣе могутъ быть ея сокращенія. Въ концѣ беременности мышцы матки достигаютъ высшей степени своего развитія, слѣдовательно, обладаютъ вполне способностію сокращаться и сильно, и продолжительно. При такомъ состояніи матки достаточно и незначительной по видимому причины, чтобы возбудить въ ней родовую дѣятельность. Доказательствомъ этому служить неопровержимый фактъ, что чѣмъ ближе правильный срокъ беременности, тѣмъ легче бываетъ возбудить искусственно сокращенія матки. Одного развитія мышцъ матки однако же недостаточно для объясненія почему именно, въ концѣ беременности, онѣ начинаютъ сокращаться. У нѣкоторыхъ беременныхъ, мышцы матки, въ концѣ беременности, достигаютъ высшей степени своего развитія, у другихъ, напротивъ, это развитіе далеко не такъ совершенно; но тѣмъ не менѣе и у тѣхъ, и у другихъ роды наступаютъ въ одно и тоже время. Очевидно, что у тѣхъ, и у другихъ дѣй-

ствуешь одна и та же причина, не находящаяся въ зависимости отъ развитія мышцъ матки. Эта причина заключается въ періодическомъ усиленіи жизнедѣтельности въ маткѣ. Со времени наступленія возмужалаго возраста женщины, это усиленіе жизнедѣтельности въ маткѣ повторяется черезъ каждыя три недѣли на четвертой, и выражается отдѣленіемъ мѣсячнаго очищенія. Во время беременности, оно выражается сокращеніями матки, повторяющимися въ тѣ самые періоды времени, когда должно было бы быть мѣсячное очищеніе, если бы женщина не была беременна. Сила сокращеній матки находится въ прямомъ отношеніи къ степени развитія ея мышцъ; а потому въ первые періоды беременности, когда мышцы матки, сравнительно, еще мало развиты, сокращенія эти бываютъ слабы, не сопряжены съ болью, а потому не рѣдко остаются незамѣченными даже самою беременною. При дальнѣйшемъ теченіи беременности и, слѣдовательно, болѣе значительномъ развитіи мышцъ матки, сокращенія эти дѣлаются все болѣе и болѣе явственными. Весьма не рѣдко случается намъ слышать отъ беременныхъ, во второй половинѣ беременности, что онѣ чувствуютъ, отъ времени до времени, боли въ маткѣ. Тѣ изъ нихъ, которыя прежде уже рождали, сравниваютъ эти боли съ ро-

довыми потугами, говорятъ, что онѣ производятъ то же самое ощущеніе, какъ и эти послѣднія, съ тою только разницею, что онѣ гораздо слабѣ родовыхъ болей. Эти боли въ беременной маткѣ, по расчету времени, обнаруживаются именно въ тѣ дни, когда должно было бы быть мѣсячное очищеніе, и не рѣдко продолжаются столько дней, сколько обыкновенно длилось, у наблюдаемой нами беременной, мѣсячное очищеніе. Въ концѣ девятаго мѣсяца беременности сокращенія эти, иногда, бываютъ такъ сильны, что заставляютъ опасаться рановременнаго наступленія родовъ. Но такъ какъ мышцы матки въ это время еще не достигли своего полного развитія, и, слѣдовательно, не обладаютъ еще достаточною силою для изверженія младенца, то сокращенія эти мало по малу становятся слабѣе, и все приходитъ въ прежній порядокъ. Въ концѣ же десятаго мѣсяца беременности, когда мышцы матки достигаютъ высшей степени своего развитія, и вполнѣ обладаютъ способностію сокращаться сильно и продолжительно, достаточно уже самага незначительнаго раздраженія матки, чтобы возбудить въ ней сокращенія, сила которыхъ будетъ уже достаточною для изверженія младенца. Начавшись одинъ разъ, сокращенія эти повторяются уже потомъ съ болѣе, или менѣе пра-

вильными промежутками, и составляют начало самого процесса родовъ. Раздраженіе матки, потребное для возбужденія этихъ сокращеній, условливается также и тутъ періодическимъ усиленіемъ жизнедѣтельности въ ней. Потому-то мы и видимъ, что роды обыкновенно наступаютъ въ тотъ періодъ времени, когда у женщины, если бы она не была беременна, должно было бы въ десятый разъ показаться мѣсячное очищеніе. Не рѣдко бываетъ даже, что роды начинаются именно въ тотъ самый день, когда мѣсячное очищеніе должно было-бы появиться въ десятый разъ. Изъ вышесказаннаго явствуется, что ближайшая причина родовъ заключается въ періодическомъ усиленіи жизнедѣтельности въ маткѣ, условливающимъ, въ извѣстный періодъ беременности, достаточно сильныя сокращенія мышцъ матки для изверженія младенца. Справедливость этого мнѣнія подтверждается еще и тѣмъ неоспоримымъ фактомъ, что и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ младенецъ развивается внѣ матки, и даже внѣ полового аппарата женщины, какъ напр. при брюшной беремености (*graviditas abdominalis*), въ концѣ десятаго мѣсяца беременности обнаруживаются въ маткѣ явственныя сокращенія ея мышцъ. Если роды наступаютъ и гораздо раньше правильнаго срока беременности, то и тогда,

въ наибольшей части случаевъ, они совершаются именно въ тотъ періодъ времени, когда должно было бы быть мѣсячное очищеніе, если бы женщина не была беременна.

§ 165.

Сокращенія матки сопровождаются болѣе или менѣе сильною болью, а потому и называются *родовыми болями* или *потугами*. Сокращенія матки обнаруживаются не во всѣхъ ея частяхъ съ одинаковою силою. Дно матки сокращается сильнѣе, нежели тѣло ея, а это послѣднее сокращается сильнѣе, нежели шейка матки. При каждой потугѣ сначала сокращается дно матки, потомъ тѣло, и, наконецъ, шейка ея. Сила сокращеній въ различныхъ частяхъ матки всегда бываетъ пропорціональна толщинѣ стѣнокъ различныхъ частей этого органа. Сокращенія матки направляются внизъ, къ маточному устью. Слѣдствіемъ такого направленія ихъ, есть расширеніе маточнаго устья. Это расширеніе маточнаго устья значительно облегчается тѣмъ, что во время родовъ, къ нижней части матки приливаетъ значительное количество крови, отъ чего она дѣлается толще, мягче и рыхлѣе. Сокращенія матки и ощущеніе боли роженицею не совпадаютъ въ одно и то же время;

сперва обнаруживаются сокращенія матки, а потомъ является боль. Въ этомъ легко можно убѣдиться при каждахъ правильныхъ родахъ. Если положить руку на животъ роженицы, и дождаться потуги, то мы ясно увидимъ, что въ тотъ моментъ, когда, подъ нашею рукою, матка начнетъ сокращаться, женщина еще не жалуется на боль, что эта послѣдняя начинается ощущаться ею нѣсколько мгновений спустя. Большая, или меньшая степень боли находится въ прямомъ отношеніи къ силѣ сокращеній матки; чѣмъ сильнѣе эти послѣднія, тѣмъ сильнѣе будетъ и боль, и на оборотъ. Начавшись одинъ разъ, сокращенія матки слѣдуютъ одно за другимъ съ извѣстными промежутками. Въ началѣ родовъ промежутки эти бываютъ гораздо больше, нежели при дальнѣйшемъ ходѣ ихъ.

§ 166.

Потуги раздѣляются на *настоящія* и *ложныя*. *Настоящими* называются дѣйствительныя сокращенія матки, и вызываемая ими боль; *ложными* же — всѣ тѣ болѣзненные ощущенія, которыя женщина чувствуетъ въ концѣ беременности, или даже и во время самыхъ родовъ, въ различныхъ частяхъ брюшной полости, и причина которыхъ заключается не

въ сокращеніяхъ матки. Но такъ какъ эти ложныя потуги имѣютъ нѣкоторое сходство съ настоящими, то надобно знать отличительные признаки тѣхъ и другихъ. Настоящія потуги отличаются слѣдующими признаками: 1) Съ наступленіемъ потуги матка на-прягается, дѣлается твердою, и объемъ каждой ея части дѣлается меньше; тодько по окончаніи потуги она становится опять мягкою. 2) Между потугами бываютъ, болѣе или менѣе, продолжительные промежутки, во время которыхъ роженица никакой боли не чувствуетъ, и даже давленіе на животъ ея, въ это время, боли не вызываетъ. 3) Боль начинается отъ поясницы и крестцовой кости, распространяется въ направленіи къ лобковымъ костямъ, и отсюда уже переходитъ на нижнія конечности. 4) Каждая настоящая потуга имѣетъ три отдѣльных періода: періодъ усиленія (*stadium incrementi*), періодъ наибольшей силы (*stadium acmes*), и періодъ ослабленія (*stadium decrementi*). 5) Во время потуги маточное устье расширяется, оболочки яйца напрягаются, и, вмѣстѣ съ подлежащею частью младенца, приближаются къ изслѣдывающему пальцу. Если роды только что начались, и устье матки еще мало расширено, то вся нижняя часть матки напрягается, подается впередъ. Когда же маточное устье уже расширено,

то, во время настоящей потуги, замѣчается напряженіе краевъ его. 6) При настоящихъ потугахъ во влагалищѣ отдѣляется большое количество слизи, и температура его становится выше. 7) Боль, вызываемая настоящими потугами, не можетъ быть ослаблена никакими средствами. Ложныя потуги продолжаются постоянно, и рѣдко бываютъ между ними промежутки; животъ роженицы постоянно чувствителенъ при дотрогиваніи. Мѣсто боли, при ложныхъ потугахъ, хотя и находится въ самомъ животѣ, но боль эта перемѣняетъ мѣсто, и чувствуется то въ покровахъ живота, то въ брюшинѣ, кишкахъ или мочевомъ пузырьѣ, и, наконецъ, иногда, и въ самой маткѣ, (какъ напр. при ревматизмѣ матки); боль эта никогда не ощущается въ поясницѣ и крестцовой кости, и не распространяется на нижнія конечности, какъ то бываетъ при настоящихъ потугахъ. Ложныя потуги не рѣдко сопровождаются лихорадочнымъ состояніемъ, котораго никогда не бываетъ при потугахъ настоящихъ. Въ самой маткѣ никакихъ перемѣнъ не происходитъ, и если, иногда, во время ложныхъ потугъ, дно матки и становится тверже, то устье ея въ этомъ никакого участія не принимаетъ. Влагалищная часть матки при этомъ, иногда, представляется еще не изглаженною; влагалище

остается сухимъ. При употребленіи извѣстныхъ средствъ, наконецъ, ложныя потуги могутъ быть или вовсе уничтожены, или, по крайней мѣрѣ, значительно ослаблены. Ложныя потуги, впрочемъ, въ послѣдствіи, могутъ перейти въ настоящія.

§ 167.

Настоящія потуги раздѣляются на *правильныя* и *неправильныя*. Правильными называютъ ихъ, когда онѣ не слишкомъ болѣзненны, и когда между ними находятся достаточныя промежутки; особенно въ началѣ родовъ, боль, производимая потугами, не должна быть слишкомъ сильна; послѣ потуги, роженица должна быть покойною, и не чувствовать себя утомленною. Если роды постепенно, однако же не слишкомъ скоро, приближаются къ своему окончанію, то это служитъ лучшимъ доказательствомъ правильности потугъ. *Неправильными* могутъ быть потуги какъ въ отношеніи къ своей силѣ, такъ и въ отношеніи къ мѣсту, гдѣ онѣ показываются; онѣ могутъ быть слишкомъ болѣзненны, слишкомъ долго продолжаться, или, напротивъ, быть слишкомъ короткими; промежутки между ними могутъ быть или слишкомъ велики, или слишкомъ коротки; сокращенія могутъ обнаруживаться только въ одной какой-либо

части матки, или быть сильнѣе тамъ, гдѣ они должны были бы быть слабѣе. Сокращенія матки, наконецъ, могутъ быть или слишкомъ слабы, или слишкомъ сильны. Всѣ эти неправильности потугъ могутъ, иногда, имѣть весьма вредное вліяніе на ходъ родовъ.

§ 168.

Влагалище, въ свою очередь, во время родовъ, также сокращается, хотя, конечно, сокращенія его, на основаніи его анатомическаго устройства, гораздо слабѣе сокращеній матки. Сокращенія влагалища обнаруживаются тогда, когда подлежащая часть младенца вступаетъ въ него, и его растягиваетъ. Влагалище сокращается при этомъ въ поперечномъ направленіи надъ подлежащею частью младенца, и тѣмъ заставляеть эту послѣднюю подвинуться ниже, способствуетъ, слѣдовательно, сокращеніямъ матки протѣснить сквозь полость малаго таза подлежащую часть младенца. Когда, послѣ рожденія младенца, послѣдъ изъ полости матки переходитъ въ полость влагалища, то это послѣднее одними своими сокращеніями извергаетъ его вонъ.

§ 169.

Сокращенія матки произвольны, не зависятъ

отъ воли роженицы. Она можетъ только помогать имъ, сокращая мышцы живота, такъ точно какъ это дѣлается при испражненіи кака и испущеніи мочи. Роженица при этомъ задерживаетъ дыханіе, грудобрюшная преграда и брюшныя мышцы ея сокращаются, отъ чего вся полость живота становится меньше. Такъ какъ матка прилегаетъ непосредственно къ передней брюшной стѣнкѣ, то мускулы этой послѣдней, сокращаясь, давятъ на нее, раздражаютъ ее, и тѣмъ побуждаютъ ее къ сильнѣйшимъ сокращеніямъ. Кромѣ того, эти сокращенія брюшныхъ мышцъ особенно способствуютъ удерживанію матки въ томъ положеніи, при которомъ продольная ось ея совпадаетъ съ осью входа въ малый тазъ, и, слѣдовательно, облегчаютъ вступленіе предлежащей части младенца въ этотъ послѣдній. Для усиленія сокращеній мышцъ живота, роженица обыкновенно упирается ногами въ какой либо неподвижный предметъ, хватается руками за что либо, и нагибаетъ туловище нѣсколько напередъ. Въ первыхъ двухъ періодахъ родовъ, это вспомошествованіе потугамъ зависитъ отъ воли роженицы; но въ послѣдующихъ двухъ періодахъ, роженица принуждена бываетъ помогать потугамъ, хотя бы того и не желала. Хотя это вспомошествованіе потугамъ и не составляетъ необходимаго условія для

окончанія родовъ, однако же оно всегда значительно усиливаетъ сокращенія матки, и тамъ, гдѣ эти послѣднія слабы, оно оказывается особенно полезнымъ.

§ 170.

Сокращенія матки, въ соединеніи съ сокращеніями мышцъ живота, составляютъ такъ называемыя *изгоняющія силы*. Каждая сила должна имѣть противудѣйствіе, на которое она и направлена. При родахъ силамъ изгоняющимъ противудѣйствуетъ тѣло младенца, части, составляющія вмѣстѣ съ нимъ яйцо, и твердыя и мягкія дѣтородныя части роженицы. О противудѣйствіи со стороны младенца и остальныхъ частей яйца будетъ рѣчь при описаніи механизма родовъ; здѣсь же мы разберемъ только то противудѣйствіе, которое представляютъ дѣтородныя части роженицы.

§ 171.

Первое противудѣйствіе встрѣчаютъ силы изгоняющія со стороны маточнаго устья. Хотя это послѣднее въ теченіе всей беременности постепенно готовится къ тому растяженію, которому оно должно подвергнуться при родахъ, однако же расширение его всегда совершается съ большею, или

меньшею трудностію. Продольныя мышцы матки, сокращаясь, усиливаются растянуть циркулярныя мышцы маточнаго устья; эти послѣднія, сокращаясь въ свою очередь, стараются противудѣйствовать мышцамъ продольнымъ; но такъ какъ въ то же время сокращенія матки втѣсняють въ маточное устье оболочки яйца, наполненныя родовыми водами, и растягивающія его на подобіе клина, то продольныя мышцы, поддерживаемыя въ своихъ усиліяхъ этою помощію со стороны родоваго пузыря, преодолеваютъ наконецъ мышцы циркулярныя, и маточное устье расширяется. По мѣрѣ того, какъ маточное устье растягивается, степень сократительности циркулярныхъ мышцъ его уменьшается. Излишняя сила сокращеній циркулярныхъ мышцъ составляетъ явленіе паталогическое, могущее значительно замедлить ходъ родовъ. Чѣмъ рыхлѣе и мягче мякоть маточнаго устья, тѣмъ легче совершается его расширение. У многороженицъ разрыхленіе и размягченіе маточнаго устья замѣчаются уже съ самаго начала родовъ; у первороженицъ же, оно начинается тогда, когда потуги уже становятся сильнѣе. У этихъ послѣднихъ, края маточнаго устья дѣлаются при этомъ весьма тонкими. Размягченіе маточнаго устья есть слѣдствіе мѣстной гипереміи и изліянія большаго, или меньшаго количества серознаго

эксудата въ его мякоть. Эта гиперемія и количество эксудата увеличивается по мѣрѣ того, какъ циркулярныя мышцы маточнаго устья все болѣе и болѣе растягиваются. Такое размягченіе маточнаго устья надобно разсматривать, какъ приготовленіе его для прохожденія сквозь него тѣла младенца. Этому размягченію не мало способствуетъ отдѣленіе густой слизи изъ слизистыхъ желѣзокъ матки. Если маточное устье хорошо приготовлено для прохожденія младенца, достаточно размягчено, то даже при незначительномъ расширеніи его, часто достаточно бываетъ одной потуги, чтобы протѣснить сквозь него подлежащую часть младенца.

§ 172.

Влагалище и наружныя дѣтородныя части, съ своей стороны, также оказываютъ довольно сильное противудѣйствіе силамъ изгоняющимъ. Это противудѣйствіе также уменьшается должнымъ приготовленіемъ этихъ частей къ тому растяженію, которому онѣ должны подвергнуться во время прохожденія сквозь нихъ младенца. И здѣсь замѣчается гиперемія, изліяніе эксудата въ ихъ мякоть, и усиленное отдѣленіе слизи — явленія, имѣющія цѣлю вышеозначенное приготовленіе этихъ частей.

Наибольшее противудѣйствіе замѣчается со стороны таза. Отъ его анатомическаго устройства и отъ отношенія его вмѣстимости къ объему тѣла младенца, преимущественно зависитъ самый ходъ родовъ. Всякое уклоненіе отъ правильнаго образованія таза можетъ имѣть значительное вліяніе на роды, и, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, даже, сдѣлать окончаніе ихъ, одними силами природы, невозможнымъ.

§ 173.

Развитіе родовой дѣятельности въ маткѣ, имѣетъ болѣе или менѣе замѣтное вліяніе на всѣ системы организма роженицы. Мочевой пузырь и прямая кишка, какъ органы, находящіеся въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ маткою, подвергаются значительному давленію со стороны этой послѣдней и наиболѣе объемистыхъ частей тѣла младенца, при чемъ и нервы этихъ органовъ раздражаются. При низкомъ стояніи предлежащей части младенца, въ послѣднихъ періодахъ беременности уже показывается частое побужденіе къ испущенію мочи; съ наступленіемъ же родовъ побужденіе это еще усиливается. Мочевой каналъ и отверстіе задняго прохода также принимаютъ участіе въ томъ размягченіи, которому

подвергаются дѣтородныя части, и припухаютъ. При сильномъ давленіи на нихъ подлежащей части младенца, отдѣленіе мочи и кала дѣлаются не рѣдко произвольными. Какъ явленія, зависящія отъ раздраженія нервной системы, во время родовъ не рѣдко замѣчаются: рвота, спазмы дыхательнаго горла, и, даже, судорожныя сокращенія мышцъ въ различныхъ частяхъ тѣла. Въ началѣ родовъ, пульсъ роженицы, при каждой потугѣ, дѣлается чаще. Во второй половинѣ родовъ, напротивъ, во время потуги, онъ дѣлается медленнымъ. Первое изъ этихъ двухъ явленій надобно разсматривать какъ отражающееся движеніе (*Reflexbewegung*); второе же, вѣроятно, зависитъ отъ воспрепятствованнаго дыханія при вспомошествованіи потугамъ. При концѣ родовъ, или если роды идутъ очень медленно, пульсъ роженицы дѣлается полнѣе, тверже и чаще. Это есть слѣдствіе конгестивнаго состоянія, условливающаго въ то же время возвышеніе температуры всего тѣла роженицы, и усиленное отдѣленіе пота.

§ 174.

Вліяніе родовъ на психическую сторону роженицы бываетъ различно, смотря по ея индивидуаль-

ности, и самому ходу родовъ. Вообще, первая потуги, хотя онѣ и сопровождаются, сравнительно, меньшею болью, всегда сильно беспокоятъ роженицу; чѣмъ сильнѣе сокращенія матки, и чѣмъ дѣятельнѣе роженица помогаетъ потугамъ, тѣмъ легче переносятся самыя сильныя боли. Тоска и беспокойство, овладѣвающія роженицею во время потугъ, въ промежутки между этими послѣдними проходятъ совершенно. Боль при родахъ достигаетъ своей высшей степени, когда подлежащая часть младенца растягиваетъ большія дѣтородныя губы и промежность. Самыя терпѣливыя женщины рѣдко могутъ удержаться, чтобы не испустить громкій крикъ въ тотъ моментъ, когда подлежащая часть младенца прорѣзывается окончательно сквозь наружныя дѣтородныя части. Само собою разумѣется, что для первороженицъ этотъ моментъ бываетъ гораздо болѣзненнѣе, нежели для многороженицъ. Чѣмъ больше механическое препятствіе со стороны частей противудѣйствующихъ, тѣмъ больше становится беспокойство роженицы, которая, наконецъ, приходитъ къ тому убѣжденію, что окончаніе родовъ невозможно. Бывали примѣры, что душевное волненіе роженицы, въ подобныхъ случаяхъ, достигало такой степени, что она, на нѣкоторое время, лишалась разсудка.

§ 175.

Для того, чтобы роды кончились благополучно для матери и младенца, и притомъ однѣми силами природы, необходимо нужно чтобы были соблюдены нѣкоторыя условія, какъ со стороны роженицы и младенца, такъ и со стороны частей, составляющихъ, вмѣстѣ съ младенцемъ, яйцо. Со стороны роженицы нужно:

1) Чтобы она была здорова; чтобы она въ особенности не страдала такими болѣзнями, которыя могли бы имѣть вліяніе на ходъ родовъ.

2) Чтобы дѣтородныя части ея, какъ твердыя, такъ и мягкія, имѣли бы совершенно правильное устройство и нормальное отношеніе къ частямъ окружающимъ ихъ, т. е. нормальное положеніе.

3) Чтобы потуги были совершенно правильны.

Со стороны младенца требуется:

1) Чтобы онъ имѣлъ правильное положеніе, т. е. чтобы продольная ось его тѣла совпадала бы съ продольною осью матки.

2) Чтобы тѣло его было образовано совершенно правильно; чтобы объемъ его тѣла былъ не слишкомъ великъ, и чтобы въ тѣлѣ его не было болѣзненныхъ продуктовъ, могущихъ увеличить объемъ

нѣкоторыхъ частей его, какъ напр. накопленія воды въ полости черепа, или живота.

3) Чтобы мимо подлежащей части младенца не выпадала какая либо другая часть его тѣла, какъ напр. ручка или ножка.

4) При сложной беременности требуется еще, кромѣ вышеупомянутыхъ условій, чтобы младенцы не были сросшись между собою.

Со стороны частей, составляющихъ, вмѣстѣ съ младенцемъ, яйцо, нужно:

1) Чтобы дѣтское мѣсто имѣло совершенно правильное прикрѣпленіе къ внутренней поверхности матки, какъ въ отношеніи къ мѣсту своего прикрѣпленія, такъ и въ отношеніи къ силѣ своего прикрѣпленія.

2) Чтобы пуповина была не слишкомъ длинна и не слишкомъ коротка; чтобы она не была обвита около шеи, или другаго какого либо члена младенца, и чтобы она не выпадала мимо подлежащей части этаго послѣдняго.

3) Оболочки яйца должны быть не слишкомъ крѣпки, и не слишкомъ слабы.

4) Количество родовыхъ водъ должно быть не слишкомъ велико, и не слишкомъ мало.

§ 176.

Если нѣтъ, въ данномъ случаѣ, котораго — либо изъ вышеисчисленныхъ условій правильныхъ родовъ, то, иногда, роды хотя и могутъ окончиться однѣми силами природы, но окончаніе ихъ можетъ быть сопряжено съ опасностію, или, даже, дѣйствительнымъ вредомъ для матери, или младенца. Въ другихъ же случаяхъ, при несоблюденіи условій правильныхъ родовъ, окончаніе ихъ однѣми силами природы становится совершенно невозможнымъ, и помощь искусства дѣлается необходимою. Помощь эта можетъ имѣть двоякую цѣль: или только удалить встрѣтившіяся препятствія къ окончанію родовъ, послѣ чего дальнѣйшій ходъ родовъ предоставляется уже силамъ природы, или, если это послѣднее невозможно, то окончить роды искусственно. Само собою разумѣется, что не всѣ изъ вышеупомянутыхъ условій правильныхъ родовъ имѣютъ равную важность; такъ напр. правильное устройство таза роженицы и правильное положеніе младенца, составляютъ условія несравненно большей важности, нежели должныя качества оболочекъ яйца, нормальное количество родовыхъ водъ и т. п.

ГЛАВА 12.

О раздѣленіи родовъ на періоды.

§ 177.

Для удобнѣйшаго обзора всѣхъ явленій, обыкновенно замѣчаемыхъ во время родовъ, издавна было принято обыкновеніе раздѣлять эти послѣдніе на нѣсколько періодовъ. Самое же раздѣленіе родовъ на періоды, у разныхъ писателей, различно. Одни изъ нихъ принимали только три періода, другіе, напротивъ, шесть, причисляя и послѣродовое время къ періодамъ родовъ. Въ настоящее время большая часть писателей принимаютъ раздѣленіе на пять періодовъ, какъ самое удобное. Періодомъ родовъ называется рядъ извѣстныхъ явленій, замѣчаемыхъ при этомъ отправленіи, при чемъ за границы между различными періодами родовъ, должны быть принимаемы только такія явленія, которыя повторяются при каждомъ родахъ, безъ исключенія. Вообще, различные періоды родовъ рѣзче обозначаются у первороженицъ, нежели у многороженицъ,

а потому въ нижеслѣдующихъ §§ будетъ описанъ ходъ родовъ у первороженицъ.

§ 178.

Первый періодъ родовъ начинается съ того времени, когда беременная почувствуетъ первыя сокращенія матки. Они сначала повторяются, иногда, съ большими промежутками. Иногда, между первымъ и вторымъ сокращеніемъ матки проходятъ сутки, очень часто же нѣсколько часовъ. Эти первыя сокращенія матки называются *предвѣщающими потугами*, потому что онѣ предвѣщаютъ близкое наступленіе родовъ. При дальнѣйшемъ теченіи этого періода родовъ, потуги повторяются все чаще и чаще, черезъ $\frac{1}{2}$ часа, потомъ черезъ $\frac{1}{4}$ часа, а въ концѣ его, черезъ каждыя 5 минутъ. Роженица ощущаетъ при этомъ сначала только легкую, скоро преходящую боль въ крестцѣ, которая распространяется кпереди, и обнаруживается еще только въ нижней части матки. При дальнѣйшемъ теченіи этого періода, боли хотя еще не сильны, однако же достигаютъ такой степени, что роженица, во время потуги, старается сохранять неподвижное положеніе, и если потуга застаётъ ее во время разговора, то она на нѣсколько минутъ умолкаетъ. Если, во время

потуги, положить руку на животъ роженицы, то можно уже ясно ощущать, что матка становится тверже, приподнимается, и плотнѣе прилегаетъ къ передней стѣнкѣ живота, и что, послѣ потуги, она опять опускается и дѣлается мягче. При внутреннемъ изслѣдованіи мы находимъ, въ это время, влагалищную часть матки обращенною назадъ и, въ большей части случаевъ, нѣсколько влѣво; она стоитъ высоко, около мыса крестцовой кости, и представляется въ видѣ маленькаго углубленія, въ центрѣ котораго замѣчается весьма небольшое отверстіе, имѣющее очень острые края, и непосредственно за которымъ находятся оболочки яйца. Во время потуги можно ощущать напряженіе этихъ послѣднихъ. Если повести изслѣдывающій палецъ напередъ, къ соединенію лобковыхъ костей, то можно осязать нижній сегментъ матки, который, иногда, имѣетъ въ толщину не болѣе полу-линіи, и который такъ плотно прилегаетъ къ головкѣ младенца, что можно подумать, что мы касаемся этой послѣдней, или непосредственно, или только сквозь оболочки яйца. Чтобы избѣгнуть въ этомъ отношеніи ошибки, надобно стараться отыскать край маточнаго устья. Влагалище представляется болѣе мягкимъ и широкимъ, и въ немъ отдѣляется большое количество слизи. Кромѣ

боли, роженица чувствует тоску, беспокойство и боязнь. Она ощущает также чувство тяжести въ полости таза, и у нея показывается частое побужденіе къ испусканію мочи. Когда, въ слѣдствіе постоянно усиливающихся сокращеній матки, устье этой послѣдней начинаетъ расширяться, то начинается второй періодъ родовъ.

§ 179.

Второй періодъ начинается съ того времени, когда маточное устье начинаетъ расширяться, и оканчивается совершеннымъ его расширеніемъ. Во второмъ періодѣ, слѣдовательно, совершается приготовленіе маточнаго устья для прохожденія сквозь него младенца, а потому потуги, замѣчаемыя въ этомъ періодѣ родовъ, называются *приготавливающими*. Потуги тутъ бываютъ уже гораздо сильнѣе, продолжительнѣе и болѣзненнѣе, нежели въ первомъ періодѣ. При каждой потугѣ оболочки яйца такъ сильно напрягаются, что сквозь нихъ нельзя осязать подлежащую часть младенца. Въ началѣ этаго періода, напряженіе оболочекъ яйца, послѣ потуги, прекращается; но въ концѣ его, когда діаметръ маточнаго устья имѣетъ 3 — 3½", оболочки яйца остаются напряженными и внѣ потуги. При такомъ

расширеніи маточнаго устья надобно каждую минуту ожидать разрыва оболочекъ яйца, лишенныхъ уже тутъ той защиты, которую онѣ находили въ нижнемъ сегментѣ матки. Оболочки яйца, въ наибольшей части случаевъ, разрываются въ концѣ втораго періода родовъ, что и подало поводъ принимать это явленіе за границу между вторымъ и третьимъ періодомъ, что, однако же, несправедливо. Иногда оболочки яйца разрываются уже въ первомъ періодѣ родовъ, а иногда вовсе не разрываются, и младенецъ рождается на свѣтъ въ неразорванныхъ оболочкахъ яйца. Явленіе это, слѣдовательно, непостоянно, а потому границею между двумя періодами родовъ служить не можетъ. Въ теченіе втораго періода родовъ, роженица также часто чувствуетъ позывъ къ испущенію мочи. Слизь, отдѣляющаяся во влагалищѣ, окрашивается красноватымъ цвѣтомъ, въ слѣдствіе примѣси къ ней небольшого количества крови. Эта примѣсь крови есть слѣдствіе отдѣленія одной части послѣда отъ матки, при чемъ, изъ разорвавшихся сосудовъ, кровь сначала изливается между оболочками яйца и внутреннею поверхностію матки, а потомъ постепенно спускается во влагалище. Когда маточное устье достигаетъ высшей степени своего растяженія, то на краяхъ его обра-

зуются, иногда, въ это уже время, небольшіе разрывы, изъ которыхъ отдѣляющаяся кровь также смѣшивается съ слизью, находящеюся во влагалищѣ. Въ этомъ періодѣ родовъ, роженица не рѣдко чувствуетъ тошноту, и у нея показывается рвота въ слѣдствіе сочувственнаго раздраженія желудка.

Какъ уже было сказано выше, оболочки яйца, въ наибольшей части случаевъ, разрываются въ концѣ втораго періода родовъ. Этотъ разрывъ оболочекъ яйца сопровождается, иногда, звукомъ, похожимъ на тотъ, который производитъ лопающійся пузырь, наполненный воздухомъ. При этомъ изливается та часть родовыхъ водъ, которая находится между нижнею частію оболочекъ яйца и подлежащею частію младенца. Если эта послѣдняя имѣетъ большой объемъ, какъ напр. головка или задница, то, придвинувшись къ внутреннему маточному устью, она запираетъ это послѣднее, и препятствуетъ дальнѣйшему истеченію оставшихся въ маткѣ родовыхъ водъ. Потомъ, при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ, при каждой потугѣ, когда въ слѣдствіе сокращеній нижняго сегмента матки, отношенія между этимъ послѣднимъ и подлежащею частію младенца, измѣняются, опять изливается небольшое количество родовыхъ водъ, и, такимъ образомъ, въ теченіе всего хода родовъ,

родовые пути содержатся постоянно въ влажномъ состояніи.

§ 180.

Третій періодъ родовъ начинается съ того момента, когда маточное устье совершенно расширено, и оканчивается тогда, когда подлежащая часть младенца дѣлается видимою между большими дѣтородными губами. Въ этомъ періодѣ, слѣдовательно, совершается прохожденіе подлежащей части младенца сквозь полость малаго таза. Сокращенія матки тутъ бываютъ еще сильнѣе, нежели во второмъ періодѣ; цѣль ихъ — протѣснить подлежащую часть младенца сквозь полость малаго таза. Такъ какъ это уже есть, такъ сказать, начало самаго рожденія младенца, то потуги эти называются *родовыми* или *изгоняющими*. Роженица, въ это время, бываетъ уже принуждена помогать потугамъ, хотя бы того и не желала. При каждой потугѣ, она хватается руками за что-либо, упирается ногами въ кровать, удерживаетъ дыханіе, и сильно сокращаетъ мышцы живота. Лице роженицы дѣлается при этомъ краснымъ; глаза ея блестятъ; черты лица выражаютъ страданіе, и, только по прекращеніи потуги, изъ груди ея выры-

вается глухой стонъ. Кожа ея горяча, покрыта потомъ; пульсъ полонъ и частъ. Боль, вызываемая потугами, чувствуется преимущественно въ крестцѣ, откуда она, распространяясь, переходитъ въ матку, наружныя дѣтородныя части и бедра; послѣ каждой потуги, роженица чувствуетъ себя очень утомленною. По мѣрѣ того, какъ этотъ періодъ родовъ приближается къ концу, потуги дѣлаются все сильнѣе и сильнѣе, а промежутки между ними все короче и короче. Во время потугъ, матка дѣлается гораздо болѣе твердою, нежели въ предъидущемъ періодѣ; покровы живота также бываютъ тутъ чрезвычайно напряжены. Если выслушивать, въ это время, животъ роженицы, то біеніе сердца младенца или вовсе нельзя бываетъ слышать, или только весьма слабо. Если изслѣдовать, въ это время, роженицу черезъ влагалище, то можно ясно осязать, какъ, при каждой потугѣ, подлежащая часть младенца спускается ниже, и какъ она, послѣ потуги, опять поднимается вверхъ. Тотъ моментъ, когда головка, самую объемистою своею частію, становится въ маточное устье, обозначается техническимъ выраженіемъ: *головка стоитъ въ вѣнчикѣ*. При слѣдующихъ за тѣмъ потугахъ, подлежащая часть младенца окончательно проходитъ сквозь маточное устье, и

помѣщается уже въ полости влагалища, по которой она потомъ спускается все ниже и ниже.

Если третій періодъ родовъ длится долго, то на подлежащей части младенца образуется опухоль. Опухоль эта есть слѣдствіе давленія на эту часть со стороны стѣнокъ таза, и воспрепятствованнаго кровообращенія. Чѣмъ сильнѣе и продолжительнѣе вышеупомянутое давленіе, тѣмъ бѣольшая образуется опухоль, и на оборотъ. Когда, въ слѣдствіе сокращеній матки, подлежащая часть младенца дѣлается видимою между большими дѣтородными губами, то это называется *връзываніемъ* подлежащей части. Сперва подлежащая часть младенца показывается между большими дѣтородными губами только во время самой потуги; по прекращеніи же ея, она опять за ними скрывается. Спустившись еще нѣсколько ниже, подлежащая часть младенца остается уже видимою, и въ промежутки между потугами. Какъ выше уже было сказано, появленіе подлежащей части младенца между большими дѣтородными губами составляетъ границу между третьимъ и четвертымъ періодомъ родовъ.

§ 181.

Четвертый періодъ родовъ начинается, слѣдовательно, появленіемъ подлежащей части младенца

между большими дѣтородными губами; оканчивается же онъ выходомъ всего тѣла младенца изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей, рождениемъ младенца на свѣтъ. Потуги, замѣчаемыя въ этомъ періодѣ родовъ, достигаютъ такой степени, что во время ихъ, все тѣло роженицы приходитъ въ сотрясеніе, и онѣ потому называются *потугами потрясающими*. Промежутки между потугами бываютъ тутъ весьма коротки; самыя же потуги очень продолжительны. Къ боли, причиняемой потугами, присоединяется еще весьма болѣзненное ощущеніе въ слѣдствіе сильнаго растяженія наружныхъ дѣтородныхъ частей. Лице роженицы красно; все тѣло ея покрыто потомъ; тоска и безпокойство достигаютъ высшей степени. При каждой потугѣ подлежащая часть младенца все болѣе раздвигаетъ большія дѣтородныя губы, при чемъ промежность выпячивается впередъ въ видѣ полушарія, и весьма растягивается, такъ, что она, въ это время, имѣетъ въ длину 3 — 4". Тотъ моментъ, когда подлежащая часть младенца, самую объемистою своею частію, становится между большими дѣтородными губами, называется *прорываніемъ* подлежащей части.

Когда подлежащая часть младенца приняла вышеупомянутое положеніе, то потуги, обыкновенно,

на нѣсколько минутъ, прекращаются. Слѣдующія за тѣмъ потуги, окончательно уже вытѣсняютъ подлежащую часть младенца наружу, послѣ чего потуги опять, на нѣсколько минутъ, прекращаются. Моментъ окончательнаго выходѣнія подлежащей части младенца есть самый болѣзненный въ цѣломъ ходѣ родовъ, и весьма рѣдко бываетъ, чтобы роженица въ эту минуту не испустила громкаго крика; особенно болѣзненъ бываетъ онъ тогда, когда головка составляетъ подлежащую часть. Вскорѣ послѣ выходѣнія на свѣтъ подлежащей части младенца, потуги возобновляются опять, и вытѣсняютъ довольно быстро всѣ остальные части тѣла младенца, вслѣдъ за которымъ вытекаетъ, оставшаяся еще въ маткѣ, часть родовыхъ водъ. При прохожденіи сквозь нар. дѣт. части подлежащей части младенца, если она объемиста, обыкновенно разрывается уздечка большихъ дѣтородныхъ губъ, а иногда и промежность на большемъ, или меньшемъ протяженіи. Родившись, младенецъ тотчасъ начинаетъ дышать, кричать, и двигать своими членами.

§ 182.

Пятый періодъ родовъ заключаетъ въ себѣ отдѣленіе послѣда отъ матки, и его изверженіе. Пе-

ріодъ этотъ начинается съ того момента, когда младенецъ окончательно вышелъ изъ дѣтородныхъ частей роженицы, и оканчивается изверженіемъ послѣда. Вслѣдъ за рожденіемъ младенца, матка сильно сокращается и значительно уменьшается въ объемъ своемъ; если положить, въ это время, руку на животъ роженицы, то можно осязать матку надъ лобковыми костями въ видѣ твердаго шара, равняющагося, по величинѣ своей, головкѣ доношеннаго младенца. При внутреннемъ изслѣдованіи роженицы, мы находимъ влагалище вялымъ, широкимъ, и наполненнымъ кровью; влагалищная часть матки очень мягка, маточное устье широко, и на краяхъ его замѣчаются небольшіе разрывы. Пройдя пальцемъ сквозь внутреннее маточное устье, можно бываетъ, иногда, осязать, непосредственно за нимъ, гладкую, внутреннюю поверхность дѣтскаго мѣста. Отдѣленіе послѣда отъ матки совершается въ слѣдствіе сокращеній стѣнокъ матки во всѣхъ направленіяхъ. Такъ какъ послѣдъ не обладаетъ способностію значительно уменьшаться въ объемъ своемъ, то, при сокращеніяхъ матки, сосуды, соединяющіе его съ этою послѣднею, легко разрываются, и послѣдъ отдѣляется. По рожденіи младенца на свѣтъ, потуги, обыкновенно, прекращаются, и роженица совершенно успо-

коивается. Спустя минутъ 10 — 15, показываются опять сокращенія матки, имѣющія цѣлю отдѣлить послѣдъ отъ матки, и извергнуть его. Боль, причиняемая этими потугами, хотя и имѣетъ сходство съ тою, которую ощущала роженица въ предшествовавшихъ періодахъ родовъ, но гораздо слабѣе ея. Если, въ слѣдствіе этихъ потугъ, называемыхъ *послеродовыми*, дѣтское мѣсто дѣйствительно постепенно отдѣляется отъ матки, то, по причинѣ сопряженнаго съ этимъ разрыва сосудовъ, при каждой потугѣ вытекаетъ изъ дѣтородныхъ частей роженицы небольшое количество крови. Эти сокращенія матки вытѣсняютъ послѣдъ, по отдѣленіи его отъ матки, сквозь маточное устье въ полость влагалища, которое, своими собственными сокращеніями, при содѣйствіи сокращеній брюшныхъ мышцъ, извергаетъ его вонъ.

Когда послѣдъ вышелъ изъ полости матки, то она сокращается еще сильнѣе, и еще значительнѣе уменьшается въ объемѣ. По окончаніи родовъ, родильница, обыкновенно, чувствуетъ, болѣе или менѣе, сильный ознобъ, причина котораго заключается отчасти въ опорожненіи матки, и слѣдующемъ затѣмъ, измѣненіи положенія брюшныхъ внутренностей, частію же въ истощеніи силъ въ слѣдствіе потери

крови, и частію, наконецъ, во вліяніи внѣшняго воздуха на разгоряченное тѣло роженицы, обнаженіе котораго, при окончательномъ выходѣ младенца на свѣтъ, почти неизбѣжно.

§ 183.

Продолжительность всего акта родовъ бываетъ весьма различна. Круглымъ счетомъ можно принять, что роды продолжаются 6 — 12 часовъ. У первороженицъ они всегда занимаютъ гораздо больше времени, нежели у многороженицъ. У первыхъ, они очень часто оканчиваются не раньше, какъ черезъ 24 часа. Первый и второй періодъ родовъ продолжаются, обыкновенно, вдвое долѣе, нежели третій и четвертый.

§ 184.

Между родами первороженицъ и многороженицъ замѣчается, во многихъ отношеніяхъ, существенная разница. Вообще можно принять, что у послѣднихъ, роды занимаютъ вдвое меньше времени, нежели у первыхъ, потому что у многороженицъ расширеніе маточнаго устья, влагалища и наружныхъ дѣтородныхъ частей совершается гораздо скорѣе, нежели у первороженицъ. Мягкія дѣтородныя части, бывшія

уже подвергнутыми значительному растяженію при предшествовавшихъ беременностяхъ и родахъ, утрачиваютъ значительную часть своей упругости, а потому и не могутъ оказывать такого сильнаго сопротивленія, какъ при первыхъ родахъ. Чѣмъ меньше сопротивленіе, тѣмъ меньше требуется и усилій для его преодоленія; потому то, у многороженицъ, потуги бываютъ не такъ сильны, и, слѣдовательно, не такъ болѣзненны. У первороженицъ влагалищная часть матки изглаживается совершенно, въ наибольшей части случаевъ, въ концѣ беременности; если это изглаживаніе ея совершается не въ концѣ беременности, то оно дѣлается никакъ не позднѣе, какъ въ первомъ періодѣ родовъ. У многороженицы, особенно если она часто рождала, мы находимъ, напротивъ, что влагалищная часть матки во второмъ періодѣ родовъ, даже при значительномъ расширеніи маточнаго устья, имѣетъ еще значительную длину. У многороженицъ, передняя губа маточнаго устья представляется, иногда, въ видѣ довольно значительнаго возвышенія, даже въ тотъ моментъ, когда головка, самую объемистою своею частію, становится въ маточное устье. Нижній сегментъ матки, у многороженицъ, никогда не бываетъ такъ тонокъ, какъ у первороженицъ. У многороженицъ подлежащая часть

младенца гораздо скорѣе проходить сквозь полость таза, меньше сдавливается, а потому и опухоль на ней бываетъ меньше. Уклоненія отъ правильнаго хода родовъ, у многороженицъ, встрѣчаются рѣже, и тамъ, гдѣ они и бывають, они сопряжены съ меньшею опасностію для матери и младенца, нежели у первороженицъ. Причина этаго заключается во первыхъ въ томъ, что, при повторившихся родахъ, эти послѣдніе менѣе длятся, и требуютъ меньшихъ усилій со стороны роженицы, и, во вторыхъ, въ томъ, что матка, привыкшая уже къ раздраженію, причиняемому родами, легче переносить его. У многороженицъ промежность, при родахъ, весьма рѣдко разрывается. Пятый періодъ родовъ у первороженицъ протекаетъ скорѣе и сопровождается болѣе слабыми болями, нежели у многороженицъ. У этихъ послѣднихъ, для отдѣленія послѣда отъ матки, требуется болѣе сильныхъ и болѣе продолжительныхъ потугъ, при чемъ и потеря крови бываетъ гораздо значительнѣе, нежели у первороженицъ.

§ 185.

Впрочемъ, ходъ родовъ не всегда бываетъ таковъ, какимъ мы его описали выше. Иногда, встрѣчаются тутъ различныя уклоненія отъ вышеописаннаго

хода, не дѣлающія, однако же, роды неправильными. Если роды оканчиваются одними силами природы совершенно благополучно для матери и младенца, то мы имѣемъ полное право считать ихъ правильными, хотя бы ходъ ихъ и уклонился нѣсколько отъ вышеописаннаго. Ходъ родовъ, какъ и всякое другое отправление организма, зависитъ также и отъ индивидуальности роженицы, а потому у одной онъ совершается гораздо скорѣе, нежели у другой. Роды могутъ окончиться совершенно благополучно для матери и младенца въ $\frac{1}{2}$ и даже $\frac{1}{4}$ часа; въ противоположность этому, они могутъ продолжаться двое, трое сутокъ безъ вреда для роженицы и младенца. Оболочки яйца могутъ разорваться въ первомъ періодѣ родовъ, или вовсе не разорваться, а между тѣмъ роды все таки окончатся благополучно. Если влагалище узко, и промежность весьма упруга, то четвертый періодъ родовъ можетъ безвредно длиться нѣсколько часовъ. Пятый періодъ родовъ также можетъ, иногда, продолжаться нѣсколько часовъ, и даже сутки, безъ вреда для роженицы.

ГЛАВА 13.

О механизмѣ родовъ.

§ 186.

Механизмомъ родовъ называется самое прохожденіе младенца сквозь дѣтородныя части, и замѣчаемое при этомъ постепенное измѣненіе взаимнаго отношенія частей его тѣла къ стѣнкамъ таза и мягкимъ дѣтороднымъ частямъ. При всѣхъ правильныхъ положеніяхъ младенца, безъ исключенія, механизмъ родовъ всегда подчиняется извѣстнымъ правиламъ, точное знаніе которыхъ совершенно необходимо для акушера, потому что только на этомъ основаніи онъ можетъ составить себѣ вѣрное понятіе о томъ, какъ должно дѣйствовать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ самомъ ходѣ родовъ замѣчается важное уклоненіе отъ нормы.

§ 187.

Предлежащая часть младенца проходитъ сквозь малый тазъ не въ томъ положеніи, въ какомъ она находится при вступленіи въ него. Неравная вмѣ-

стимость различных частей малаго таза заставляет ее дѣлать при этомъ рядъ извѣстныхъ движеній, которыя, въ совокупности, и составляютъ механическую часть родовъ. Такъ какъ при родахъ, сквозь кривую полость таза проходитъ объемистое тѣло, почти равняющееся, по объему своему, вмѣстимости самаго таза, то это прохожденіе необходимо должно совершаться по законамъ механики. Пока родовыя воды еще не прошли, до тѣхъ поръ лежащая часть младенца стоитъ подвижно у входа въ полость малаго таза, и всякое измѣненіе въ положеніи матки можетъ измѣнить и отношеніе продольной оси тѣла младенца къ оси малаго таза. По истеченіи же родовыхъ водъ, лежащая часть младенца принимаетъ положеніе болѣе неподвижное, и измѣняетъ его только при дальнѣйшемъ прохожденіи своемъ сквозь тазъ, въ слѣдствіе необходимости приспособляться къ вмѣстимости различныхъ частей таза. Проходя сквозь тазъ, лежащая часть младенца дѣлаетъ винтообразныя движенія въ направленіи кпереди. Такъ какъ во входѣ въ полость малаго таза, наибольшіе поперечники суть поперечный и косвенные, а въ полости малаго таза и его выходъ — прямой, то лежащая часть младенца, при прохожденіи своемъ сквозь тазъ, должна становиться

наибольшимъ своимъ поперечникомъ въ вышеупомянутые поперечники малаго таза. При предлежаніи головки, или задницы, части эти, вступая въ полость малаго таза, не находятся въ положеніи параллельномъ съ наклоненною плоскостію входа въ полость малаго таза, а, напротивъ, одна половина ихъ всегда стоитъ ниже другой. Ниже стоитъ всегда та половина, которая обращена къ передней стѣнкѣ таза, и потому-то, при родахъ, ее всегда легче бываетъ осязать пальцемъ, нежели другую половину, обращенную назадъ. При прохожденіи своемъ сквозь тазъ, предлежащая часть младенца дѣлаетъ винтообразныя движенія съ цѣлю подойти съ боку подъ дугу лобковыхъ костей своею переднею половиною. Когда цѣль эта достигнута, то предлежащая часть младенца упирается своею переднею половиною въ дугу лобковыхъ костей, потомъ поворачивается вокругъ своей поперечной оси, при чемъ мимо промежности проходитъ задняя ея половина. По выходеніи головки изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей, плечи и все туловище младенца слѣдуютъ за нею, обыкновенно, довольно быстро; но если задница составляетъ часть предлежащую, то по рожденіи ея на свѣтъ, выходеніе плечъ и, въ особенности, головки младенца, не рѣдко требуетъ значительныхъ

усилій. Въ этомъ случаѣ уже все туловище младенца дѣлаетъ винтообразныя движенія съ цѣлю привести плечи и головку въ положеніе, благопріятное для ихъ выходженія изъ полости таза.

Столько о механизмѣ родовъ вообще; теперь перейдемъ къ описанію механизма родовъ въ частности, при различныхъ правильныхъ положеніяхъ младенца.

а) О МЕХАНИЗМѢ РОДОВЪ ПРИ ПЕРВОМЪ
ТЕМЯННОМЪ ПОЛОЖЕНІИ.

§ 188.

Если изслѣдовать роженицу во второмъ періодѣ родовъ, когда маточное устье и у первороженицъ достаточно расширено для того, чтобы можно было пройти сквозь него изслѣдывающимъ пальцемъ, то конецъ этаго послѣдняго попадаетъ прямо на шовъ, пересѣкающій почти поперекъ маточное устье, направленное назадъ и влѣво. Шовъ этотъ раздѣляетъ маточное устье на двѣ неравныя половины, потому что находится гораздо ближе къ крестцовой кости, нежели къ соединенію лобковыхъ костей. Шовъ этотъ есть шовъ стрѣлообразный, и пунктъ, въ который

упирается изслѣдывающій палецъ, есть середина его. Слѣдуя по этому шву на лѣво, палецъ находитъ, наконецъ, мѣсто, гдѣ шовъ этотъ раздѣляется на двѣ вѣтви, или, лучше сказать, сходится съ двумя другими швами. Эти два шва суть двѣ вѣтви затылочнаго шва, а мѣсто, гдѣ они сходятся съ швомъ стрѣловиднымъ, есть малый родничекъ. Если же по стрѣловидному шву вести палецъ вправо, то мы находимъ пунктъ, гдѣ четыре шва сходятся между собою, т. е. большой родничекъ. Если отъ середины стрѣловиднаго шва вести палецъ напередъ, къ соединенію лобковыхъ костей, то мы находимъ шишку правой темянной кости. И такъ, при первомъ темянномъ положеніи, въ началѣ родовъ, положеніе головки есть слѣдующее: темя обращено къ крестцовой кости, и притомъ такъ, что середина стрѣловиднаго шва находится противъ тѣла перваго, или втораго ложнаго позвонка крестцовой кости; малый родничекъ обращенъ влѣво и напередъ, и находится за внутреннюю поверхность лѣвой вертлужной впадины; правая темянная кость стоитъ ниже всѣхъ прочихъ частей головки, и шишка ея находится почти въ срединѣ таза. Оба родничка, въ это время, находятся или на одинаковой высотѣ, или который-либо изъ нихъ стоитъ ниже другаго. Чѣмъ выше

стоитъ головка, тѣмъ болѣе совпадаетъ большой діаметръ ея съ поперечнымъ діаметромъ входа въ полость малаго таза, и тѣмъ болѣе косо ея положеніе, такъ, что безъ труда можно осязать правое ухо младенца за лобковыми костями.

§ 189.

Когда головка, въ теченіе родовъ, опускается, наконецъ, ниже въ полость таза, то оба родничка остаются, иногда, на одинаковой высотѣ; чаще, впрочемъ, малый родничекъ опускается ниже большаго; иногда, бываетъ и на оборотъ, что однако же не имѣетъ никакого вліянія на ходъ родовъ. Когда головка, самую объемистою своею частію, прошла сквозь входъ въ тазъ, и приближается уже къ выходу изъ онаго, то оба родничка, обыкновенно, находятся на одинаковой высотѣ; прямой діаметръ головки, лежитъ, въ это время, параллельно съ правымъ косвеннымъ поперечникомъ входа въ тазъ, а малый родничекъ находится за лѣвымъ яйцевиднымъ отверстіемъ. Это положеніе свое, малый родничекъ сохраняетъ и тогда еще, когда головка достигла уже выхода изъ таза, и начинаетъ врываться. Если, въ это время, ввести палецъ, приблизительно, въ пол—высоты соединенія лобковыхъ

костей, въ направленіи центральной линіи таза, то конецъ его упрется почти въ середину верхней и задней четверти, иногда даже въ середину правой темянной кости.

§ 190.

Когда головка, въ концѣ третьяго періода родовъ, упирается въ промежность, и, во время готовности, дѣлается видимою между большими дѣтородными губами, то она начинаетъ поворачиваться постепенно, винтообразными движеніями, слѣва направо, при чемъ затылокъ ея подходитъ подъ соединеніе лобковыхъ костей. Впрочемъ, не самая верхушка затылка вступаетъ напередъ подъ соединеніе лобковыхъ костей, а задняя и верхняя четверть правой темянной кости, которою головка и врѣзывается; правая вѣтвь затылочнаго шва лежитъ тутъ параллельно съ нисходящею вѣтвію лѣвой лобковой кости. Даже и тогда, когда головка самою объемистою своею частию становится между большими дѣтородными губами, малый родничекъ бываетъ еще обращенъ влѣво.

§ 191.

Если роды идутъ медленно, въ особенности если третій періодъ родовъ долго продолжается, то

на головкѣ младенца образуется опухоль, занимающая, при первомъ темянномъ положеніи, заднюю верхнюю четверть правой темянной кости.

§ 192.

Если врѣзываніе и прорѣзываніе головки совершается не медленнѣе обыкновеннаго, то опухоль эта дальше не распространяется; если же, напротивъ, какъ то, такъ и другое совершается весьма медленно, то опухоль увеличивается въ объемѣ, и покрываетъ собою часть швовъ стрѣловиднаго и затылочнаго, и малый родничекъ. Вышедши наружу, головка поворачивается лицомъ къ нижней части внутренней поверхности праваго бедра роженицы.

§ 193.

Когда головка начинаетъ врѣзываться, то плечи младенца вступаютъ во входъ въ малый тазъ въ направленіи лѣваго косвеннаго поперечника, и притомъ такъ, что правое плечо обращено впередъ, а лѣвое назадъ. При дальнѣйшемъ прохожденіи своемъ сквозь тазъ, плечи постоянно сохраняютъ это косвенное направленіе. При выхожденіи изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей, сперва показывается изъ подъ

дуги лобковыхъ костей правое плечо, за нимъ немедленно слѣдуетъ лѣвое мимо промежности, и потомъ довольно быстро выходитъ все тѣло младенца, при чемъ чресла его проходятъ сквозь тазъ также въ направленіи лѣваго косвеннаго поперечника входа въ тазъ.

б) О МЕХАНИЗМѢ РОДОВЪ ПРИ ВТОРОМЪ
ТЕМЯННОМЪ ПОЛОЖЕНІИ.

§ 194.

При второмъ темянномъ положеніи, стрѣловидный шовъ, также какъ и при первомъ, совпадаетъ съ правымъ косвеннымъ поперечникомъ входа въ малый тазъ, но роднички имѣютъ тутъ уже обратное положеніе, т. е. тамъ, гдѣ, при первомъ положеніи, находится малый родничекъ, тамъ при второмъ находится большой, и на оборотъ. Въ началѣ втораго періода родовъ, оба родничка, обыкновенно, находятся на одной высотѣ. Лѣвая темянная кость составляетъ ту часть головки, которая стоитъ ниже прочихъ, а шишка лѣвой темянной кости занимаетъ центръ полости малаго таза.

§ 195.

Въ теченіе родовъ, когда головка постепенно опускается ниже въ полость малаго таза, оба родничка остаются или на одинаковой высотѣ, или одинъ опускается ниже другаго. Въ большей части случаевъ, малый родничекъ, въ это время, легче можно бываетъ найти, нежели большой; иногда бываетъ и на оборотъ, что, однако же, не имѣетъ никакого вліянія на ходъ родовъ. Большой родничекъ постоянно остается обращеннымъ къ лѣвому яйцевидному отверстию.

§ 196.

Когда головка, опускаясь все ниже въ полость таза, встрѣчаетъ наконецъ то препятствіе, которое ей противопоставляетъ косая плоскость, образуемая нижнею половиною крестцовой кости, копчиковою костью и крестцовосѣдалищными связками (*lig. sacroischiadica*), тогда, иногда и нѣсколько раньше, происходитъ слѣдующая перемѣна въ ея положеніи: стрѣловидный шовъ ея, изъ праваго косвеннаго поперечника полости таза, переходитъ въ поперечный, а изъ этаго въ лѣвый косвенный, при чемъ малый родничекъ справа и сзади переходитъ напередъ и

на право, къ правому яйцевидному отверстію. Этотъ поворотъ головки, при чемъ она описываетъ четверть круга, дѣлается постепенно, винтообразными движеніями. Совершая этотъ поворотъ, головка, при каждой потугѣ, быстро подвигается своимъ малымъ родничкомъ кпереди; но послѣ потуги этотъ послѣдній опять отходитъ назадъ, но не доходитъ уже до того мѣста, которое онъ занималъ до потуги. Такимъ образомъ, съ каждою потугою, малый родничекъ все болѣе и болѣе подвигается кпереди, и, наконецъ, становится за правымъ яйцевиднымъ отверстіемъ. Принявши это положеніе, головка, при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ, его уже не измѣняетъ. По окончаніи этаго поворота, верхняя, задняя четверть лѣвой темянной кости составляетъ ту часть головки, которая стоитъ ниже всѣхъ прочихъ, и ею головка врѣзывается. Вышедши наружу, головка поворачивается лицомъ къ нижней части внутренней поверхности лѣваго бедра роженицы.

§ 197.

Плечи младенца, при второмъ темянномъ положеніи, вступаютъ въ малый тазъ, и проходятъ сквозь него въ направленіи его правыхъ косвенныхъ поперечниковъ. Приблизившись къ выходу изъ таза,

плечи имѣютъ такое положеніе, что лѣвое находится за горизонтальною вѣтвію лѣвой лобковой кости, а правое обращено къ крестобугорковатой связкѣ (*lig. spino-sacrum*) правой половины таза. Сперва выступаетъ изъ подъ дуги лобковыхъ костей лѣвое плечо, за нимъ проходитъ мимо промежности правое, а потомъ слѣдуетъ и все тѣло младенца.

§ 198.

Иногда, хотя и весьма рѣдко, головка не дѣлаетъ своего обыкновеннаго, вышеописаннаго поворота, а врѣзывается и прорѣзывается лицомъ, обращеннымъ кверху, и болѣе, или менѣе, кпереди. И въ этомъ случаѣ, головка постоянно сохраняетъ направленіе косвенное, т. е. большой родничекъ ея постоянно остается обращеннымъ къ лѣвому яйцевидному отверстію. Когда головка начинаетъ врѣзаться, то верхняя передняя четверть лѣвой темянной кости и часть лѣвой лобной кости находятся прямо за соединеніемъ лобковыхъ костей. Головка врѣзывается и прорѣзывается тутъ переднею частію лѣвой лобной кости. При самомъ прорѣзываніи, головка упирается въ дугу лобковыхъ костей переднею частію своей лѣвой лобной кости, а затылокъ выходитъ наружу мимо промежности. Опухоль обра-

зующаяся, при извѣстныхъ условіяхъ, на головкѣ младенца, занимаетъ, въ этомъ случаѣ, переднюю верхнюю четверть лѣвой темянной кости, а иногда и часть лѣвой лобной кости. Вышедши изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей, головка обращается лицомъ къ верхней части внутренней поверхности лѣваго бедра роженицы. Плечи младенца проходятъ тутъ сквозь тазъ въ направленіи его лѣвыхъ косвенныхъ поперечниковъ, и, при выхожденіи ихъ наружу, сперва показывается лѣвое плечо изъ-за нисходящей вѣтви правой лобковой кости, потомъ мимо промежности выходитъ правое, а вслѣдъ за нимъ и все тѣло младенца.

§ 199.

Изъ достовѣрныхъ вычисленій извѣстно, что на 73 случая втораго темяннаго положенія, приходится одинъ такой, гдѣ головка не дѣлаетъ своего обыкновеннаго поворота, а врѣзывается и прорѣзывается, имѣя лице, обращенное болѣе, или менѣе кпереди и кверху. Причина этаго явленія всегда заключается въ какой-либо аномаліи со стороны таза, или со стороны объема тѣла младенца. Если младенецъ малъ, или недоношенъ, а потуги сильны и часты, то головка можетъ быть вытѣснена изъ полости таза

прежде, нежели успѣетъ сдѣлать свой обыкновенный поворотъ. У многороженицъ это уклоненіе встрѣчается чаще, нежели у первороженицъ, особенно если у первыхъ есть старые, незалеченные разрывы промежности. Случается также иногда, хотя и весьма рѣдко, что головка проходитъ сквозь тазъ въ такомъ положеніи, что стрѣловидный шовъ ея совпадаетъ съ поперечными діаметрами таза, и что она этого положенія не измѣняетъ до самаго окончанія родовъ. Причина такой аномаліи всегда заключается въ неправильномъ устройствѣ таза роженицы.

в) О МЕХАНИЗМѢ РОДОВЪ ПРИ ТРЕТЬЕМЪ
ТЕМЯННОМЪ ПОЛОЖЕНІИ.

§ 200.

Третье темянное положеніе (первое необыкновенное) вообще встрѣчается рѣдко; по вычисленіямъ Naegele, на 525 случаевъ темянныхъ положеній, только одинъ разъ головка имѣетъ такое положеніе. При третьемъ темянномъ положеніи, головка дѣлаетъ точно такой же поворотъ, какъ и при второмъ, но только въ противоположномъ направленіи, т. е. малый родничекъ слѣва и сзади переходитъ на лѣво и

напередъ, и третье положеніе превращается, такимъ образомъ, въ первое. По окончаніи этаго поворота, врѣзываніе и прорѣзываніе головки, и рожденіе всего тѣла младенца совершаются уже такъ, какъ при первомъ темянномъ положеніи.

§ 201.

При тѣхъ же условіяхъ, при которыхъ головка, находясь во второмъ темянномъ положеніи, не дѣлаетъ своего обыкновеннаго поворота, можетъ случиться и здѣсь, что она его не сдѣлаетъ, и выйдетъ наружу, имѣя лице обращеннымъ кверху и кпереди. Головка врѣзывается и прорѣзывается, въ этомъ случаѣ, верхнею переднею четвертью правой темянной кости и верхнею частью правой лобной кости. При выходѣ же плечъ младенца, сперва показывается правое изъ подъ нисходящей вѣтви лѣвой лобковой кости, а потомъ выходитъ лѣвое мимо промежности.

г) О МЕХАНИЗМѢ РОДОВЪ ПРИ ЧЕТВЕРТОМЪ ТЕМЯННОМЪ ПОЛОЖЕНІИ.

§ 202.

Четвертое темянное положеніе (второе необыкновенное), какъ уже выше было сказано, встрѣ-

чается весьма рѣдко. Механизмъ родовъ, при этомъ положеніи головки, точно такой же, какъ при второмъ темянномъ положеніи, послѣ совершенія головкою своего обыкновеннаго поворота.

д) О МЕХАНИЗМѢ РОДОВЪ ПРИ ПЕРВОМЪ
ЛИЦЕВОМЪ ПОЛОЖЕНІИ.

§ 203.

При первомъ лицевомъ положеніи, какъ уже сказано было выше (см. § 158), лице младенца лежитъ такъ, что лобъ обращенъ влѣво, а подбородокъ вправо. Если, въ началѣ родовъ, ввести палецъ въ маточное устье, то конецъ его упрется въ спинку носа. Если по спинкѣ носа вести палецъ влѣво, то мы дойдемъ до лобнаго шва; ведя же его на право, находимъ поздри и ротъ; наконецъ, ведя палецъ въ направленіи кпереди, къ соединенію лобковыхъ костей, мы легко можемъ осязать правый глазъ. Продольный діаметръ лица совпадаетъ тутъ, слѣдовательно, съ поперечнымъ діаметромъ входа въ малый тазъ. Правая половина лица стоитъ при этомъ ниже, нежели лѣвая, и изслѣдывающій палецъ свободно можетъ осязать всю правую щеку. Иногда

бываетъ, что въ началѣ родовъ, продольный діаметръ лица младенца совпадаетъ съ которымъ — либо изъ косвенныхъ поперечниковъ входа въ малый тазъ, при чемъ лобъ младенца или обращенъ впередъ, или назадъ. Въ первомъ случаѣ лице младенца, при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ, постепенно поворачивается такъ, что лобъ становится обращеннымъ назадъ, а подбородокъ приближается къ правому яйцевидному отверстию; во второмъ же случаѣ, лице младенца своего положенія не измѣняетъ. Когда лице начинаетъ врѣзываться, то между большими дѣтородными губами, прежде другихъ частей лица, дѣлаются видимыми: правая щека и правый уголъ рта, а подбородокъ выступаетъ изъ подъ нисходящей вѣтви правой лобковой кости. При дальнѣйшемъ выходе головки, нижняя челюсть младенца выдается все болѣе изъ подъ дуги лобковыхъ костей, пока, наконецъ, углы ея подойдутъ подъ соединеніе лобковыхъ костей. Тогда нижняя челюсть, имѣя подбородокъ все таки обращеннымъ направо, упирается своими углами въ дугу лобковыхъ костей, а мимо промежности проходить сперва лобъ, потомъ темя, и, наконецъ, и затылокъ младенца. Когда головка самымъ большимъ своимъ объемомъ прошла уже сквозь наружныя дѣтородныя части, то она поворачи-

чивается вокруг своей поперечной оси, при чемъ лице поднимается кверху. Когда головка вышла уже совершенно изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей, то она поворачивается лицомъ къ верхней части внутренней поверхности праваго бедра роженицы.

§ 204.

Опухоль, образующаяся на лицѣ, какъ на части подлежащей, при первомъ лицевомъ положеніи занимаетъ верхнюю часть правой его половины, и притомъ такъ, что правый глазъ находится почти въ центрѣ опухоли. Если роды шли не очень медленно, въ особенности если врѣзываніе и прорѣзываніе совершились скоро, то опухоль занимаетъ только верхнюю часть правой половины лица, а прочія части лица остаются свободными отъ нея. Если же врѣзываніе шло медленно, то опухоль занимаетъ и нижнюю часть правой половины лица и правую половину рта, который представляется тутъ скривленнымъ на лѣво. Если роды идутъ вообще очень медленно, то опухоль распространяется и на лѣвую половину рта. Плечи младенца вступаютъ тутъ въ полость малаго таза въ направленіи его праваго косвеннаго поперечника, и притомъ такъ, что правое

обращено влѣво и впередъ, а лѣвое вправо и назадъ. Самое же врѣзываніе и прорѣзываніе плечъ дѣлается точно также, какъ при темянныхъ положеніяхъ.

е) О МЕХАНИЗМѢ РОДОВЪ ПРИ ВТОРОМЪ
ЛИЦЕВОМЪ ПОЛОЖЕНІИ.

§ 205.

При второмъ лицевомъ положеніи, въ началѣ родовъ, продольный діаметръ лица, также какъ и при первомъ, въ наибольшей части случаевъ, совпадаетъ съ поперечнымъ діаметромъ входа въ малый тазъ, съ тою только разницею, что лобъ младенца обращенъ вправо, подбородокъ влѣво, и лѣвая щека стоитъ ниже всѣхъ прочихъ частей лица. Можетъ случиться и при второмъ лицевомъ положеніи, что, уже въ началѣ родовъ, продольный діаметръ лица будетъ совпадать съ которымъ либо изъ косвенныхъ поперечниковъ входа въ малый тазъ, при чемъ лобъ младенца будетъ обращенъ или напередъ, или назадъ. Въ первомъ изъ этихъ двухъ случаевъ, лице, при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ, всегда поворачивается такъ, что подбородокъ становится напередъ и влѣво, а лобъ вправо и назадъ; во второмъ же случаѣ,

лице не измѣняетъ своего положенія. При врѣзываніи, часть лѣвой щеки и лѣвый уголъ рта показываются между большими дѣтородными губами прежде прочихъ частей лица. Вообще самое врѣзываніе и прорѣзываніе совершается тутъ точно также, какъ и при первомъ лицевомъ положеніи; разница только въ томъ, что тамъ правая щека идетъ впередъ, а здѣсь лѣвая. Когда головка вышла уже совсѣмъ наружу, то лице младенца поворачивается къ верхней части внутренней поверхности лѣваго бедра роженницы.

§ 206.

Опухоль, образуемая на лицѣ, при второмъ лицевомъ положеніи занимаетъ лѣвую половину лица, и переходитъ на правую только при тѣхъ же условіяхъ, при которыхъ она, при первомъ лицевомъ положеніи, переходитъ на лѣвую. Плечи младенца проходятъ сквозь тазъ въ направленіи лѣваго косвеннаго діаметра его входа. Лѣвое плечо бываетъ обращено вправо и напередъ, и сперва выступаетъ изъ подъ дуги лобковыхъ костей; за нимъ, мимо промежности, выходитъ правое плечо, обращенное влѣво и назадъ.

ж) О МЕХАНИЗМѢ РОДОВЪ ПРИ ПЕРВОМЪ
ТАЗОВОМЪ ПОЛОЖЕНІИ.

§ 207.

При первомъ тазовомъ положеніи, какъ выше уже было сказано, (см. § 160) чресла младенца находятся или въ правомъ, или въ лѣвомъ косвенномъ поперечникѣ входа въ малый тазъ, а передняя поверхность тѣла младенца бываетъ обращена или вправо и назадъ, и нѣсколько въ бокъ, или влѣво и назадъ, и также нѣсколько въ бокъ. Въ первомъ изъ этихъ двухъ положеній чреслъ, встрѣчающемся гораздо чаще нежели второе, чресла младенца будутъ находиться въ лѣвомъ косвенномъ поперечникѣ входа въ малый тазъ. Лѣвая щека задницы стоитъ при этомъ ниже всѣхъ прочихъ частей тѣла младенца. Въ этомъ направленіи задница младенца проходитъ сквозь тазъ, и врѣзывается своею лѣвою щекою. Спустившись къ выходу изъ таза, лѣвое чресло упирается въ нисходящую вѣтвь правой лобковой кости, мимо промежности выходитъ правое, а вслѣдъ за нимъ и лѣвое. Когда чресла младенца вышли наружу, то животъ его обращается къ нижней

части внутренней поверхности праваго бедра роже-
 ницы. Туловище и плечи младенца проходятъ сквозь
 тазъ также въ направленіи того же самого попе-
 речника, въ которомъ проходили и чресла. Лѣвое
 плечо бываетъ при этомъ обращено вправо и кпе-
 реди, а правое влѣво и назадъ. Вмѣстѣ съ грудью
 выходятъ наружу ручки младенца, которыя, обыкно-
 венно, бываютъ къ ней прижаты. Головка младенца
 вступаетъ во входъ въ тазъ или въ направленіи его
 поперечнаго діаметра, или въ направленіи праваго
 косвеннаго. Достигнувъ выхода изъ таза, головка
 упирается правою половиною своей затылочной кости
 въ нисходящую вѣтвь лѣвой лобковой кости, а мимо
 промежности проходитъ подбородокъ, носъ, лобъ и,
 наконецъ, темя младенца.

§ 208.

Если при первомъ тазовомъ положеніи, чресла
 младенца находятся въ правомъ косвенномъ попе-
 речникѣ входа въ тазъ, а передняя поверхность
 тѣла его будетъ, слѣдовательно, обращена влѣво и
 назадъ, то механизмъ родовъ будетъ тотъ же са-
 мый, какъ онъ былъ описанъ въ предъидущемъ §,
 съ тою только разницею, что тутъ уже правая щека
 задницы стоитъ ниже всѣхъ прочихъ частей тѣла

младенца. Достигнувъ выхода изъ таза, правое чресло упирается тутъ въ нисходящую вѣтвь лѣвой лобковой кости, а мимо промежности выходитъ лѣвое. Когда чресла вышли наружу, то животъ младенца бываетъ обращенъ къ нижней части внутренней поверхности лѣваго бедра роженицы. Головка младенца, въ этомъ случаѣ, проходитъ сквозь тазъ въ направленіи его правыхъ косвенныхъ поперечниковъ. Опухоль, образуемая, при извѣстныхъ условіяхъ, на задницѣ младенца, какъ части подлежащей, занимаетъ или правую или лѣвую щеку ея, смотря по тому, которою изъ нихъ она врѣзывалась.

3) О МЕХАНИЗМѢ РОДОВЪ ПРИ ВТОРОМЪ ТАЗОВОМЪ ПОЛОЖЕНІИ.

§ 209.

При второмъ тазовомъ положеніи чресла младенца также находятся въ одномъ изъ косвенныхъ поперечниковъ входа въ тазъ, а передняя поверхность тѣла младенца бываетъ обращена или вправо и напередъ, или влѣво и напередъ. Въ первомъ случаѣ, лѣвая щека задницы стоитъ ниже всѣхъ прочихъ частей тѣла младенца, во второмъ, напротивъ,

правая; въ первомъ случаѣ, задница врѣзывается лѣвою своею щекою, во второмъ — правою. Въ первомъ случаѣ, когда чресла вышли наружу, то животъ младенца бываетъ обращенъ къ внутренней поверхности праваго бедра роженицы, во второмъ же къ той же поверхности лѣваго бедра роженицы. Когда чресла младенца вышли наружу, то туловище его начинаетъ поворачиваться вокругъ своей продольной оси, и поворачивается до тѣхъ поръ, пока передняя поверхность тѣла младенца обратится назадъ и въ бокъ. Въ первомъ изъ двухъ вышеупомянутыхъ случаевъ, передняя поверхность тѣла младенца поворачивается спереди и справа, вправо и назадъ; во второмъ же — спереди и слѣва, на лѣво и назадъ. Вмѣстѣ съ туловищемъ младенца, поворачивается и головка его. По окончаніи этого поворота, дальнѣйшее выходное остальныхъ частей тѣла младенца наружу, совершается уже точно также, какъ при первомъ тазовомъ положеніи. Иногда вышеописанный поворотъ туловища младенца дѣлается и позднѣе, именно тогда, когда туловище уже до плечъ вышло наружу. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, поворотъ совершается очень быстро, иногда въ слѣдствіе одной потуги, и передняя поверхность тѣла младенца описываетъ при этомъ уже не четверть

круга, какъ при обыкновенномъ поворотѣ, а пол-
 круга, такъ, что передняя поверхность тѣла мла-
 денца, бывшая, до потуги, обращенною вправо и
 напередъ, послѣ потуги представляется обращенною
 влѣво и назадъ. Такой быстрый поворотъ туловища
 младенца встрѣчается, впрочемъ, только тамъ, гдѣ
 не соблюдены условія правильныхъ родовъ, гдѣ мла-
 денецъ или малъ, или недоношенъ, или гдѣ тазъ
 роженицы слишкомъ широкъ.

§ 210.

При тѣхъ же условіяхъ, при которыхъ головка,
 при второмъ и третьемъ темянномъ положеніи, не
 дѣлаетъ своего обыкновеннаго поворота, можетъ слу-
 читься, что при второмъ тазовомъ положеніи, туло-
 вище младенца своего обыкновеннаго поворота не
 сдѣлаетъ, и выйдетъ наружу, имѣя переднюю по-
 верхность обращенною напередъ и кверху. Въ та-
 комъ случаѣ прохожденіе головки младенца сквозь
 тазъ совершается двоякимъ образомъ, смотря по
 тому, останется-ли подбородокъ прижатымъ къ груди,
 или отойдетъ отъ груди, и головка закинется назадъ.
 Въ первомъ изъ этихъ двухъ случаевъ, лице, при-
 близившись къ выходу изъ таза, упирается перено-
 сицею въ дугу лобковыхъ костей, а мимо промежности

проходить затылокъ и темя; во второмъ же — темя сначала бываетъ обращено къ соединенію правой или лѣвой подвздошной кости съ крестцовой, а послѣ помѣщается въ углубленіи крестцовой кости; потомъ нижняя челюсть младенца упирается въ дугу лобковыхъ костей, мимо промежности проходитъ сперва затылокъ, а за нимъ темя и лобъ младенца.

§ 211.

Если при тазовыхъ положеніяхъ вообще, одна, или обѣ ножки младенца, или колѣна его, спускаются ниже задницы, и составляютъ часть подлежащую, то это, въ сущности, нисколько не измѣняетъ самаго механизма родовъ. Разница тутъ только въ томъ, что такъ какъ ножки, или колѣна, составляютъ части малаго объема, то они легче проходятъ сквозь дѣтородныя части, нежели головка, или задница, а потому и рожденіе туловища младенца, въ этомъ случаѣ совершается скорѣе, нежели тамъ, гдѣ ножки подлежать вмѣстѣ съ задницею.

§ 212.

При всѣхъ вышеописанныхъ положеніяхъ младенца, роды оканчиваются одинаково легко однѣми силами природы, и ни одно изъ этихъ положеній не

требуетъ особенно выгодныхъ условій ни со стороны родовыхъ путей, ни со стороны объема тѣла самаго младенца. Предсказаніе для роженицы, при всѣхъ этихъ положеніяхъ младенца, хорошо, если только соблюдены вообще условія правильныхъ родовъ; но для младенца предсказаніе чрезвычайно различно, и, въ этомъ отношеніи, все зависитъ отъ его положенія. Темянныя положенія допускаютъ самое лучшее для него предсказаніе. Если бы при темянныхъ положеніяхъ, окончаніе родовъ и значительно бы замедлилось, то все таки роды могутъ окончиться совершенно благополучно для матери и младенца, и очень часто это такъ и бываетъ. При лицевыхъ же и тазовыхъ положеніяхъ, въ особенности при послѣднихъ, предсказаніе гораздо хуже, и здѣсь замедленіе окончанія родовъ не рѣдко влечетъ за собою смерть младенца. При лицевыхъ положеніяхъ опасность условливается давленіемъ, которому подвергаются сосуды шеи младенца, и исходящимъ отъ того значительнымъ накопленіемъ крови въ головкѣ его. При тазовыхъ положеніяхъ, предсказаніе совершенно зависитъ отъ большей или меньшей скорости, съ которою головка проходитъ сквозь тазъ. Если по рожденіи туловища на свѣтъ, головка въ теченіе 10 минутъ останется въ полости

таза, то младенецъ неминуемо погибаетъ. Это подтверждается статистическими таблицами смертности младенцевъ во время родовъ. Изъ нихъ видно, что, при темянныхъ положеніяхъ, круглымъ числомъ, на тридцать случаевъ родовъ, приходится одинъ мертворожденный младенецъ, а при тазовыхъ положеніяхъ, на пять — одинъ.

ГЛАВА 14.

О родахъ двойней.

§ 213.

Роды двойней встрѣчаются довольно рѣдко; приблизительно на 80 случаевъ родовъ вообще, они встрѣчаются одинъ только разъ. Если соблюдены условія правильныхъ родовъ вообще, то роды двойней оканчиваются однѣми силами природы также благополучно для матери и младенца, какъ и простые роды. При сложной беременности, роды не рѣдко наступаютъ раньше нормальнаго срока. Родившіеся двойни рѣдко имѣютъ одинаковый вѣсъ.

§ 214.

Выше уже было упомянуто о томъ, какъ трудно

распознаваніе сложной беременности. Даже во время самых родовъ трудно сказать что-либо положительное о нахожденіи двухъ младенцевъ въ полости матки. Если родившійся младенецъ малъ, а количество истекшихъ, при рожденіи его, родовыхъ водъ, слишкомъ незначительно, сравнительно съ объемомъ матки роженицы, то можно предположить только съ нѣкоторою вѣроятностію, что матка содержитъ въ себѣ еще другаго младенца. Вѣрные признаки присутствія другаго младенца въ полости матки, по рожденіи перваго, суть слѣдующіе:

1) Если можно сквозь покровы живота осязаты члены младенца.

2) Если, при внутреннемъ изслѣдованіи, можно опять осязаты родовой пузырь и подлежащую часть младенца.

3) Если можно слышать сердцебіеніе младенца.

§ 215.

Положеніе двойней въ маткѣ бываетъ различное; иногда одинъ изъ младенцевъ лежитъ головкою, а другой задницею внизъ; иногда оба имѣютъ головное или тазовое положеніе; иногда одинъ изъ нихъ имѣетъ положеніе правильное, а другой — косое; иногда, наконецъ, оба имѣютъ положеніе косое. Механизмъ

родовъ зависить тутъ преимущественно отъ положенія младенцевъ. Роды перваго младенца обыкновенно идутъ медленнѣе, потому что матка, будучи чрезмѣрно растянута двойнями, не имѣетъ возможности сокращаться такъ сильно, какъ при простыхъ родахъ. Рожденіе втораго младенца, обыкновенно, слѣдуетъ за рожденіемъ перваго скоро, черезъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа; иногда же, напротивъ, промежутокъ этотъ бываетъ гораздо больше, длится, иногда, нѣсколько часовъ и, даже, нѣсколько дней. Отдѣленіе дѣтскихъ мѣстъ совершается, въ наибольшей части случаевъ, послѣ рожденія втораго младенца, какъ тамъ, гдѣ каждый изъ младенцевъ имѣетъ отдѣльный послѣдъ, такъ и тамъ, гдѣ оба послѣда соединены другъ съ другомъ. Иногда, впрочемъ, бываетъ, что вслѣдъ за рожденіемъ перваго младенца выходитъ и принадлежащее ему дѣтское мѣсто; а отдѣленіе втораго послѣда совершается уже послѣ рожденія втораго младенца. При родахъ двойней пятый періодъ родовъ занимаетъ болѣе времени, нежели при простыхъ родахъ; потому что матка, бывши подверженною слишкомъ значительному растяженію, нуждается въ большемъ промежуткѣ времени для того, чтобы начать снова сокращаться съ цѣлю отдѣлить послѣдъ.

ГЛАВА 15.

О признакахъ жизни и смерти младенца во время родовъ.

§ 216.

Что младенецъ, во время родовъ, живъ, это можно заключить изъ слѣдующаго :

1) Если всѣ признаки жизни младенца во время беременности, объ которыхъ выше уже было упомянуто (см. § 146), были наблюдаемы въ началѣ самыхъ родовъ.

2) Если роженица, во время родовъ, чувствуетъ движеніе младенца, и если мы, положивши руку на животъ беременной, можемъ ясно ихъ ощущать.

3) Если подлежащая часть младенца, особенно если это головка, упруга, и если на ней постепенно образуется твердая опухоль.

4) Если въ артеріяхъ пуповины слышно біеніе.

5) Если видимыя, или осязаемая части младенца двигаются.

6) Если при выслушиваніи живота роженицы, можно явственно слышать сердцебіеніе младенца.

7) Если во время самых родов младенец не подвергался чему либо такому, что могло бы имѣть вредное вліяніе на его жизнь.

§ 217.

Что касается до признаковъ смерти младенца, то кромѣ тѣхъ признаковъ этаго состоянія, во время беременности, объ которыхъ уже было говорено (см. § 147), надобно обратить еще вниманіе на слѣдующіе. Мы можемъ предположить, что младенецъ умеръ:

1) Если роженица не чувствуетъ болѣе его движеній, и если и мы, изслѣдуя животъ роженицы, движеній этихъ не ощущаемъ.

2) Если истекающія родовыя воды очень мутны, имѣютъ дурной запахъ, и смѣшаны съ дѣтскимъ каломъ.

3) Если на подлежащей части младенца либо вовсе не образуется опухоли, либо та, которая уже образовалась, дѣлается мягкой, теряетъ свою упругость.

4) Если мы, при предлежаніи головки, находимъ, что кости ея очень мягки, и легко могутъ быть сдвинуты одна на другую.

5) Если въ пуповинѣ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ее можно осязать, не слышно біенія, и если она тамъ, гдѣ ее можно видѣть, имѣетъ грязный цвѣтъ и вяла.

6) Если осязаемая и видимая части младенца не двигаются.

7) Если при выслушиваніи живота роженицы, нельзя слышать сердцебіеніе младенца.

8) Когда на тѣлѣ младенца замѣтны признаки начавшагося гніенія, такъ напр. если кожа подлежащей головки опускается одна внизъ, въ видѣ продолговатаго мѣшка, такъ, что, при осязаніи, ее можно принять за оболочки яйца, или если на вышедшихъ наружу конечностяхъ младенца замѣчаются мѣста обнаженныя, лишенныя верхней кожицы.

§ 218.

Изъ всѣхъ выше исчисленныхъ признаковъ смерти младенца, только одинъ вѣренъ, именно — общее гніеніе тѣла младенца. Схожденіе верхней кожицы съ поверхности тѣла младенца нельзя считать вѣрнымъ признакомъ начавшагося гніенія, потому что есть накожная болѣзнь (*Pemphigus neonatorum*), производящая точно такое же схожденіе верхней кожицы на разныхъ частяхъ тѣла младенца. Такъ какъ

признаки начавшагося общаго гніенія мы открываемъ только тогда, когда нѣкоторыя части младенца уже сдѣлались видимыми для насъ, то при рѣшеніи вопроса живъ ли младенецъ или нѣтъ, во время родовъ, надобно быть очень осторожнымъ. Всѣ вышеисчисленные признаки смерти младенца, кромѣ послѣдняго, позволяютъ намъ только предполагать, что онъ умеръ. Во всякомъ же случаѣ одинъ признакъ жизни долженъ, въ глазахъ нашихъ, имѣть больше вѣса, нежели всѣ признаки смерти.

§ 219.

Если младенецъ умираетъ во время самыхъ родовъ, или не задолго до наступленія ихъ, то это обстоятельство не имѣетъ существеннаго вліянія на самый ходъ родовъ. Если же младенецъ умеръ за долго до наступленія родовъ, и тѣло его уже перешло въ гніеніе, то это можетъ замедлить ходъ родовъ, потому что кости головки, въ этомъ случаѣ, дѣлаются слишкомъ мягкими и уступчивыми, что будетъ препятствовать головкѣ дѣлать свои обыкновенные повороты. Кромѣ того, и все тѣло младенца, сдѣлавшееся слишкомъ мягкимъ, не будетъ тутъ уже оказывать надлежащаго противудѣйствія силамъ изгоняющимъ. Изъ опыта извѣстно намъ, что роды

мертвого младенца не рѣдко сопровождаются неприятными, и, иногда, даже опасными явлениями. Но причина этихъ явленій заключается не въ самой смерти младенца, а въ тѣхъ болѣзненныхъ состояніяхъ матки, или травматическихъ вліяніяхъ, которыя произвели смерть младенца, и которыя дѣйствительно могутъ имѣть вредное вліяніе и на ходъ родовъ.

ГЛАВА 16.

О правильномъ теченіи послѣродоваго времени.

§ 220.

Непосредственно послѣ родовъ замѣчается уже во всемъ организмѣ женщины вообще, и въ особенности въ ея дѣтородныхъ частяхъ, стремленіе возвратиться къ тому состоянію, въ которомъ они находились до беременности. Это стремленіе обнаруживается многими, различными явлениями. Промежутокъ времени, въ теченіе котораго эти явленія замѣчаются, называется *послѣродовымъ временемъ*, а женщина въ тѣлѣ которой совершаются эти перемѣны — *родильницею*. Продолжительность этого пе-

ріода времени различна; круглымъ числомъ можно, однако же, принять, что онъ продолжается около шести недѣль. Въ теченіе этого времени въ дѣтородныхъ частяхъ родильницы замѣчается постоянное стремленіе къ уменьшенію своего объема; во всѣхъ же остальныхъ частяхъ организма замѣчается усиленіе жизнедѣятельности и усиленіе отдѣленій. Уменьшеніе объема различныхъ частей полового аппарата совершается различно, смотря по ихъ анатомическому устройству. Такъ матка и круглыя ея связки уменьшаются посредствомъ сокращеній, влагалище—черезъ образованіе складокъ. Слизистая оболочка, выстилающая полость матки и влагалища, въ теченіе этого времени отдѣляетъ большое количество слизи.

§ 221.

Если изслѣдовать родильницу черезъ нѣсколько часовъ по окончаніи родовъ, то, сквозь покровы живота, можно осязать матку въ видѣ твердаго шара, величиною съ головку доношеннаго младенца. Спустя нѣсколько часовъ, матка опять увеличивается въ объемѣ, такъ, что дно ея подходит подъ самый пупокъ. Потомъ она начинаетъ опять сокращаться и уже съ большею силою, чтобы дойти опять до того объема, который она имѣла черезъ нѣсколько часовъ

послѣ родовъ. Для достиженія этой цѣли потребно, иногда, однако же, нѣсколько дней. Дно матки обыкновенно склоняется въ одну какую-либо сторону, и притомъ чаще въ правую. Большія дѣтородныя губы и промежность покрыты кровью, и представляются припухшими, дряблыми, и весьма чувствительными при дотрогиваніи, влагалище наполнено кровью, широко, и почти вовсе не имѣетъ складокъ. Стѣнки влагалища сливаются почти незамѣтнымъ образомъ съ влагалищною частью матки. Губы маточнаго устья представляютъ весьма незначительное, рыхлое возвышеніе; самое наружное маточное устье широко, и имѣетъ круглую или овальную форму. Каналь маточной шейки представляется воронкообразнымъ, постепенно суживаясь въ направленіи къ внутреннему маточному устью, которое, въ это время, еще такъ широко, что можно ввести въ него нѣсколько пальцевъ, сложенныхъ вмѣстѣ, и такъ мягко, что его весьма легко можно растянуть, и проникнуть въ полость матки. Введя палецъ въ эту послѣднюю, мы находимъ, что передняя и задняя ея стѣнки находятся близко одна отъ другой; внутренняя поверхность матки представляется гладкою; только на томъ мѣстѣ гдѣ былъ прикрѣпленъ послѣдъ, она неровна, шероховата.

§ 222.

Тотчасъ послѣ родовъ, родильница обыкновенно чувствуетъ большую склонность ко сну. Проспавши нѣсколько часовъ, она просыпается съ обновленными силами. Лице ея выражаетъ спокойствіе и довольство. Глаза ея блестятъ; щеки лица блѣдны; губы, напротивъ, красны. Пульсъ скоръ и полонъ; кожа мягка, и покрыта потомъ. Вліяніе предшествовавшей беременности и родовъ на всѣ системы организма родильницы, кромѣ полового аппарата, въ теченіе послѣродоваго времени проходитъ довольно скоро; въ дѣтородныхъ же частяхъ, роды оставляютъ по себѣ такіе слѣды, которые никогда не изглаживаются совершенно, и по которымъ мы всегда можемъ отличить первобеременную отъ многороженицы. Для лучшаго обозрѣнія тѣхъ перемѣнъ, которыя совершаются въ тѣлѣ женщины послѣ родовъ, надобно подробно разсмотрѣть какому порядку слѣдуютъ эти перемѣны въ различныхъ частяхъ организма.

§ 223.

Уменьшеніе объема матки, въ теченіе послѣродоваго времени, совершается довольно скоро. Черезъ 3 — 4 дня послѣ родовъ, дно матки стоитъ пальца

на четыре выше верхняго края соединенія лобковых костей, а по прошествіи двухъ недѣль, матка стоитъ уже такъ глубоко въ полости малаго таза, что сквозь покровы живота ее болѣе нельзя уже осязать. У многороженицъ, у которыхъ покровы живота мягче и уступчивѣе, можно еще бываетъ въ это время осязать дно матки. По мѣрѣ уменьшенія объема матки, уменьшается и ея полость. Стѣнки матки дѣлаются тонѣе, и она получаетъ свою прежнюю твердость. Возвращеніе влагалищной части матки къ своему первобытному состоянію совершается гораздо медленнѣе. Губы маточнаго устья, которыя черезъ нѣсколько часовъ послѣ родовъ, представляются въ видѣ весьма незначительнаго рыхлаго возвышенія, постепенно удлиняются, и дней черезъ 8 послѣ родовъ, шейка матки имѣетъ уже половину своей прежней длины, но еще очень толста. Края маточнаго устья представляются припухшими, и на нихъ замѣчаются, болѣе или менѣе, глубокіе разрывы; наружное маточное устье все еще легко доступно для изслѣдывающаго пальца, т. е. онъ свободно можетъ сквозь него пройти. Преобразование маточной шейки продолжается 5 — 6 недѣль, и, по прошествіи этаго времени, мы находимъ ее почти такую же, какою она была до беременности, съ тою

только разницею, что она мягче, короче и толще. Коническая форма влагалищной части матки изменяется въ болѣе, или менѣе, цилиндрическую. Губы маточнаго устья, образуясь постепенно, получаютъ неравную длину, именно передняя становится длиннѣе задней. Полость матки не возвращается совершенно въ то состояніе, въ которомъ она была до беременности, и стѣнки ея дальше отстоятъ другъ отъ друга. Когда преобразование матки кончилось, то она занимаетъ опять въ полости малаго таза то мѣсто, которое занимала до беременности.

§ 224.

Уменьшеніе объема матки совершается подѣ влияніемъ сокращеній ея, которыя называются *послеродовыми потугами*. Эти сокращенія не рѣдко бываютъ такъ слабы, что большая часть родильницъ ихъ вовсе не чувствуетъ. Иногда, напротивъ, онѣ бываютъ такъ сильны, что условливаемая ими боль бываетъ сильнѣе, нежели при родовыхъ потугахъ. Первороженицы рѣдко чувствуютъ при этомъ боль; у многороженицъ, напротивъ, боль не рѣдко достигаетъ высокой степени, и чѣмъ скорѣе одни роды слѣдуютъ за другими, тѣмъ сильнѣе бываетъ эта боль. Въ теченіе первыхъ сутокъ боль эта всегда

бываетъ сильнѣе; потомъ, мало по малу, она становится слабѣе, и, по прошествіи 3 — 4 дней, утихаетъ совершенно. Боль эта особенно сильна бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ маткѣ остались или части послѣда, или значительные сгустки крови, и гдѣ матка, для ихъ изверженія, должна сильно сокращаться. Послѣродовыя потуги отличаются отъ всѣхъ другихъ послѣродовыхъ болѣзней тѣмъ, что между ними есть большіе, или меньшіе, промежутки, что, во время ихъ, отдѣленіе послѣродоваго очищенія бываетъ сильнѣе, и что животъ и матка родильницы бываютъ при этомъ нечувствительны при до-трогиваніи.

§ 225.

По мѣрѣ того, какъ матка уменьшается въ объемѣ, и круглыя ея связки сокращаются и становятся короче. Широкія маточныя связки опять подаются болѣе къ яичникамъ и Фаллопиевымъ трубамъ. Мало по малу широкія маточныя связки принимаютъ свое прежнее горизонтальное положеніе; яичники въ слѣдствіе уменьшившагося прилива крови къ нимъ опять получаютъ свой прежній объемъ и въ нихъ опять начинается образованіе яичекъ.

§ 226.

Чѣмъ ниже опускается матка въ полость малаго таза, тѣмъ больше образуется складокъ во влагалищѣ, и оно дѣлается уже и короче. Отдѣленіе слизи во влагалищѣ также дѣлается слабѣе. Большія дѣтородныя губы, бывшія значительно развитыми, размягченными во время беременности, не скоро получаютъ свою прежнюю упругость, и долго не бываютъ въ состояніи такъ тѣсно прилегать другъ къ другу, чтобы скрывать за собою малыя дѣтородныя губы. Если головка младенца прорѣзывалась очень медленно, то малыя дѣтородныя губы выдаются изъ за нихъ, и получаютъ темный цвѣтъ. Уздечка большихъ дѣтородныхъ губъ остается разорванною, не срастается опять. Если, во время родовъ образовался разрывъ промежности, то онъ, по прошествіи нѣсколькихъ дней, въ слѣдствіе сокращеній мышцъ этой послѣдней, представляется гораздо меньшимъ, нежели былъ первоначально; если онъ потомъ и зарастаетъ совершенно, то на мѣстѣ, гдѣ онъ былъ, остается неизгладимый рубецъ. Покровы живота, въ первые дни послѣ родовъ, бываютъ очень вялы и дряблы, и потомъ медленно возвращаются въ свое прежнее состояніе. Если

женщина раждаетъ часто, то покровы ея живота такъ ослабѣвають, что дѣлаются, наконецъ, висячими. На кожѣ, покрывающей животъ, образуются большія, или меньшія складки и блестящія полосы; бѣлая линія живота получаетъ болѣе темный цвѣтъ.

§ 227.

Тотчасъ послѣ родовъ изъ дѣтородныхъ частей родильницы начинаетъ вытекать жидкость особеннаго рода. Это отдѣленіе продолжается въ теченіе всего того времени, пока продолжается уменьшеніе матки и влагалища, и много способствуетъ возвращенію этихъ органовъ въ ихъ прежнее состояніе. Это отдѣленіе называется *послѣродовымъ очищеніемъ*. Цвѣтъ послѣродоваго очищенія бываетъ различный; въ первые дни послѣ родовъ, оно имѣетъ цвѣтъ красный, потомъ розовый, похожій на цвѣтъ воды, въ которой вымыли сырое мясо, и, наконецъ, бѣлый. Запахъ оно имѣетъ непріятный, гнилой. Въ первые сутки послѣ родовъ, изъ влагалища вытекаетъ почти чистая кровь; она течетъ или непрерывно, или съ промежутками, будучи отъ времени до времени извергаема сокращеніями матки. Источникъ этаго кровотеченія составляетъ мѣсто гдѣ былъ прикрѣпленъ послѣдъ, гдѣ сокращенія мышцъ матки не закрыли

еще совсѣмъ зіяющія отверстія разорванныхъ сосудовъ. Въ послѣдующіе два дня, послѣродовое очищеніе хотя еще имѣетъ красноватый цвѣтъ, но уже не такъ густо. Отдѣляющіеся при этомъ маленькіе сгустки крови имѣютъ буроватый цвѣтъ и отвратительный запахъ, что указываетъ на совершающееся разложеніе крови. Изслѣдуя послѣродовое очищеніе подъ микроскопомъ, мы находимъ въ немъ кровяные шарики, измѣненные въ своей формѣ, и смѣшанные съ эпителиемъ слизистой оболочки матки и влагалища. При анализѣ послѣродоваго очищенія, мы находимъ, что въ немъ нѣтъ фибрина, а вмѣсто этаго послѣдняго только бѣлокъ. По прошествіи 3—4 дней, когда отдѣленіе молока въ грудяхъ уже совершенно установилось, и въ маткѣ нѣтъ болѣе сгустковъ крови, послѣродовое очищеніе дѣлается похожимъ на пасоку, и оставляетъ на бѣлѣ такіе же слѣды, какъ молоко. На 10-й или 11-й день, послѣродовое очищеніе дѣлается бѣлымъ. При изслѣдованіи помощію микроскопа, мы открываемъ въ это время въ послѣродовомъ очищеніи, кромѣ эпителія, гнойные шарики. Это свойство послѣродовое очищеніе сохраняетъ вплоть до своего совершеннаго прекращенія. Количество его уменьшается съ каждымъ днемъ; у женщины, кормящей грудью своего ребенка, оно

продолжается обыкновенно не болѣе 4-хъ недѣль; у женщины не кормящей, оно часто прекращается только по прошествіи 6-ти недѣль. Впрочемъ, относительно качества и количества послѣродоваго очищенія, не рѣдко встрѣчаются уклоненія отъ нормы. Такъ бываетъ иногда, что, по прошествіи уже нѣсколькихъ дней послѣ родовъ, опять неожиданно показывается значительная примѣсь крови къ послѣродовому очищенію. Это замѣчается иногда въ то время, когда въ грудяхъ начинается образовываться значительное количество молока, или если ребенокъ сильно сосетъ, и послѣ душевныхъ волненій. Вообще всѣ причины, могущія произвести сильное возбужденіе кровеносной системы, могутъ измѣнить такимъ образомъ свойства послѣродоваго очищенія. Иногда послѣродовое очищеніе имѣетъ особенно дурной запахъ, и долго его сохраняетъ. Причина этого явленія заключается обыкновенно въ гніеніи оставшихся въ маткѣ кусковъ послѣда. Въ отношеніи къ количеству послѣродоваго очищенія, также часто замѣчаются неправильности. Оно бываетъ, иногда, чрезвычайно обильно. Причина этого явленія заключается обыкновенно въ значительныхъ приливахъ крови къ маткѣ, и въ расслабленіи дѣтородныхъ частей въ слѣдствіе частыхъ родовъ. Въ этомъ

послѣднемъ случаѣ, и по прекращеніи послѣродоваго очищенія, на долгое время остается отдѣленіе бѣлей. Если въ теченіе послѣродоваго времени, родильница сильно потѣетъ, имѣетъ обильныя испражненія на низъ, и въ грудяхъ ея отдѣляется много молока, то количество послѣродоваго очищенія обыкновенно бываетъ меньше. Продолжительность послѣродоваго очищенія также бываетъ весьма различна. Иногда, не взирая на то, что его отдѣляется очень много, оно продолжается гораздо долѣе, нежели обыкновенно; иногда же, напротивъ, при весьма маломъ количествѣ, оно длится только нѣсколько дней, и прекращается безъ всякой видимой причины, и безъ вредныхъ послѣдствій. Діететическое содержаніе родильницы, и душевныя волненія имѣютъ особенное вліяніе на послѣродовое очищеніе. Въ теченіе послѣродоваго времени на всей внутренней поверхности матки образуется новая слизистая оболочка. Образование этой оболочки начинается, какъ выше уже было сказано, еще во время беременности, а въ теченіе послѣродоваго времени, она получаетъ всѣ тѣ свойства, которыя имѣла до беременности, и когда образованіе этой оболочки совершенно окончилось, то женщина опять можетъ сдѣлаться беременною.

§ 228.

Другое важное отправленіе, развивающееся въ организмѣ женщины вскорѣ послѣ родовъ, есть образование молока въ грудяхъ. Выше уже было упомянуто о томъ, что въ грудяхъ во время беременности уже находится жидкость, имѣющая, по наружному виду своему, нѣкоторое сходство съ молокомъ. Но надлежащія качества молока, жидкость эта получаетъ только послѣ родовъ, которые безъ сомнѣнія имѣютъ весьма сильное вліяніе на образование молока въ грудяхъ. Доказательствомъ этому служитъ тотъ фактъ, что не рѣдко послѣ раннихъ родовъ и выкидышей замѣчается присутствіе молока въ грудяхъ. Причина этаго явленія заключается въ тѣсной симпатіи между дѣтородными частями и грудями. Доказательствомъ этому служитъ то, что послѣродовыя боли дѣлаются сильнѣе въ то именно время, когда ребенокъ сосетъ грудь, и что отдѣленіе послѣродоваго очищенія дѣлается менѣе обильнымъ когда груди припухаютъ въ слѣдствіе начинающагося въ нихъ отдѣленія молока.

§ 229.

Если вскорѣ послѣ родовъ начать прикладывать

ребенка къ груди, и часто это повторять, то у здоровыхъ родильницъ, отдѣленіе молока въ грудяхъ устанавливается скоро и притомъ безъ нарушенія общаго состоянія здоровья. Иногда, однако же, особенно у женщинъ слабаго тѣлосложенія и раздражительныхъ, дѣлается на 2-й или 3-й день послѣ родовъ сильный приливъ крови къ грудямъ; отдѣленіе молока быстро увеличивается; образуется выпотѣніе въ мякоть грудей, при чемъ лимфатическіе сосуды и желѣзы припухаютъ. Этимъ мѣстнымъ явленіемъ предшествуетъ обыкновенно лихорадочное состояніе, дрожь попеременно съ жаромъ, за которымъ слѣдуетъ сильный потъ — состояніе извѣстное подъ именемъ *молочной лихорадки*. Если не прикладывать ребенка вовсе къ груди въ первые дни послѣ родовъ, то груди, въ слѣдствіе чрезмѣрнаго накопленія молока въ нихъ, значительно припухаютъ, дѣлаются весьма чувствительными при дотрогиваніи, и всѣ вышеисчисленныя явленія могутъ въ этомъ случаѣ достигнуть высокой степени.

§ 230.

Количество образующагося въ грудяхъ молока, зависитъ отъ развитія самыхъ молочныхъ желѣзъ, отъ тѣлосложенія беременной, и отъ ея діететическаго

содержанія. Тотчасъ послѣ родовъ, молоко еще не имѣетъ тѣхъ качествъ, которыя оно должно имѣть, чтобы быть годнымъ для питанія младенца; оно содержитъ въ себѣ, въ это время, слишкомъ мало казеина, много бѣлка, и гораздо больше частей твердыхъ, нежели настоящее молоко. Молоко, въ это время, имѣетъ желтоватый цвѣтъ; въ свѣжемъ состояніи оно реагируетъ алкалически; но будучи подвергнуто вліянію воздуха, весьма скоро окисаетъ. На 4-й или 5-й день послѣ родовъ, молоко получаетъ надлежащія качества, дѣлающія его вполне способнымъ питать младенца. Оно представляетъ въ это время жидкость синевато-бѣловатую, которая непрозрачна, имѣетъ сладковатый вкусъ, и удѣльный вѣсъ которой равняется 1,018. Молоко содержитъ въ себѣ органическія и неорганическія вещества. Къ первымъ относятся: казеинъ, масло, сахаръ и экстрактивныя начала; къ послѣднимъ — фосфорокислая известь, фосфорокислая магнезія, фосфорокислое желѣзо, хлористый калий, хлористый натръ и натръ. Всѣ вышеисчисленныя органическія и неорганическія вещества частію растворены, частію только смѣшаны съ водою, которая образуетъ наибольшую составную часть молока. Что касается до того, какія измѣненія претерпѣваетъ молоко въ теченіе кор-

мленія ребенка грудью, то изслѣдованія, сдѣланныя съ этою цѣлю, еще такъ немногочисленны, что еще нельзя извлечь изъ нихъ положительно вѣрнаго результата. Изъ наблюденій Simon'a, сдѣланныхъ надъ молокомъ одной и той же женщины въ различные періоды кормленія грудью, видно, что количество твердыхъ частей въ молокѣ не измѣняется, но что количество казеина сначала бываетъ меньше, а потомъ увеличивается; а съ количествомъ сахара бываетъ на оборотъ. Примѣсь солей въ молокѣ сначала бываетъ больше, нежели въ послѣдствіи; количество же частей маслянистыхъ остается то же самое. Пища имѣетъ важное вліяніе на составныя части молока. Лекарственные вещества, введенныя въ организмъ женщины, кормящей грудью младенца, могутъ перейти въ молоко частію въ измѣненномъ, частію же въ неизмѣненномъ видѣ. Изъ опыта извѣстно, что сильныя душевныя волненія могутъ быстро такъ измѣнить качества молока, что употребленіе его сдѣлается пагубнымъ для младенца; но въ чемъ именно состоятъ эти измѣненія — это еще неизвѣстно. Появленіе мѣсячнаго очищенія у кормилицы, иногда, имѣетъ вліяніе на качество молока. Изъ опыта извѣстно также, что если кормилица сдѣлается беременною, то молоко ея измѣняется,

но какъ — это еще неопредѣлено. Отдѣленіе молока въ грудяхъ, при постоянномъ кормленіи ребенка, можетъ продолжаться очень долго. Съ того времени, когда у кормилицы показалось опять мѣсячное очищеніе, отдѣленіе молока дѣлается менѣе обильнымъ. Во время мѣсячнаго очищенія, молоко кормилицы не рѣдко имѣетъ дурное вліяніе на пищеварительные органы ребенка, производитъ поносъ и рвоту.

§ 231.

Остальные части организма родильницы довольно быстро возвращаются къ своему первобытному состоянію. Если изслѣдовать родильницу спустя сутки послѣ родовъ, то мы найдемъ почти то же, что было черезъ нѣсколько часовъ послѣ родовъ. Пульсъ ея представляется полнымъ, нѣсколько учащеннымъ; дыханіе свободно; температура тѣла возвышена; замѣчается особенное расположеніе къ поту, который, при тепломъ содержаніи родильницы, легко выступаетъ на всемъ ея тѣлѣ. Потъ этотъ имѣетъ кисловатый запахъ, и не только не ослабляетъ родильницу, но, напротивъ освѣжаетъ ее. Моча отдѣляется въ маломъ количествѣ, и смѣшана съ послѣродовымъ очищеніемъ; испражненій на низъ нѣтъ; аппетитъ хорошъ; расположеніе ко сну велико. Всѣ эти

явленія со дня на день становятся менѣ явственно выраженными, и, по прошествіи недѣли, большая часть изъ нихъ вовсе уже не замѣчается. На болѣе долгое время остается только особенная мягкость и чувствительность кожи, и слабость всего тѣла. При хорошемъ содержаніи и питательной діетѣ, и эта слабость проходитъ довольно скоро, и здоровье восстанавливается совершенно.

ОТДѢЛЕНІЕ ТРЕТЬЕ.

ДІЕТЕТИКА АКУШЕРСТВА.

ГЛАВА I.

О правилахъ, которыя должна соблюдать женщина во время беременности.

§ 232.

Хотя беременность есть состояніе совершенно нормальное, физиологическое, однако, такъ какъ она производитъ въ тѣлѣ женщины различныя важныя перемѣны, то она въ то же время условливаетъ и

большую воспріимчивость въ отношеніи къ внѣшнимъ вліяніямъ. Тѣ причины, которыя вѣ беременности, не имѣютъ никакого вліянія на организмъ женщины, или только весьма незначительное, во время беременности могутъ подать поводъ къ происхожденію болѣе или менѣе важныхъ болѣзней. А потому необходимо нужно, чтобы женщина, во время беременности, соблюдала нѣкоторыя особенныя правила, имѣющія цѣлю предупредить могущія тутъ быть непріятныя послѣдствія. Вообще, беременная должна вести тотъ же образъ жизни, какой она вела и до беременности, если только въ этомъ образѣ жизни нѣтъ ничего вреднаго для здоровья. Кромѣ того діететическое содержаніе беременной должно соответствовать тѣмъ перемѣнамъ, которыя беременность производитъ въ ея тѣлѣ.

§ 233.

Беременная должна постоянно находиться въ чистомъ, свѣжемъ воздухѣ, что преимущественно необходимо въ концѣ беременности, когда значительно увеличившаяся въ объемѣ матка тѣснить грудобрюшную преграду кверху, отъ чего дыханіе затрудняется. Беременная должна избѣгать посѣщенія такихъ мѣстъ, гдѣ, на небольшомъ пространствѣ,

собирается значительное число людей, какъ это бываетъ напр. въ театрахъ, собраніяхъ и т. п., потому что она легко тамъ можетъ упасть въ обморокъ. Воздухъ въ комнатѣ беременной долженъ быть ежедневно освѣжаемъ, однако же съ осторожностію, имѣя постоянно въ виду то, что беременная женщина весьма легко можетъ простудиться.

§ 234.

Беременная можетъ употреблять ту же пищу, какую она употребляла до беременности. Если аппетитъ ея значительно усиленъ, то надобно совѣтовать ей ѣсть нѣсколько разъ въ день, но немного, и отнюдь не вводить въ желудокъ разомъ большого количества пищи. Ужинъ для беременныхъ вреденъ, потому что послѣ него сонъ легко можетъ сдѣлаться тревожнымъ. Всѣхъ разгорячающихъ кушаньевъ и напитковъ беременная должна избѣгать, въ особенности если она полнокровна. Слабымъ, малокровнымъ беременнымъ можно позволить употребленіе пива и некрѣпкаго вина. Для питья беременная должна употреблять или воду безъ примѣси, или воду съ молокомъ, или съ виномъ. Если беременная чувствуетъ особенный позывъ къ употребленію такой пищи, которой она прежде не употребляла, то можно позво-

лить ей удовлетворить этот позывъ только тогда, когда требуемая ею пища не содержитъ въ себѣ ничего вреднаго.

§ 235.

Испражненія на низъ должны совершаться у беременной правильно, и притомъ ежедневно. Такъ какъ беременныя вообще расположены къ запору, то надобно содѣйствовать правильному испражненію на низъ употребленіемъ растительной діеты. Употребленіе слабительныхъ средствъ для беременныхъ вредно; если же они необходимы, то надобно стараться ограничиваться клистирами; а если этихъ послѣднихъ было бы недостаточно для произведенія испражнений, то прибѣгнуть къ употребленію слабительныхъ маслянистыхъ. Всѣхъ сильно дѣйствующихъ слабительныхъ, каковы напр. senna, jalappa и т. п. употреблять не должно. Мочу беременная должна испускать, какъ только почувствуетъ къ тому побужденіе. Большое накопленіе мочи въ мочевомъ пузырьѣ можетъ имѣть слѣдствіемъ неправильное положеніе матки.

§ 236.

Одежда беременной должна быть сдѣлана такъ,

чтобы она равномерно защищала все ея тѣло отъ простуды, въ особенности же дѣтородныя части и груди. Она должна быть также достаточно широка для того, чтобы не препятствовать увеличенію объема живота и грудей. Въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности, особенно если дно матки значительно перевѣшивается напередъ, надобно совѣтовать беременной подвязывать животъ или широкимъ полотенцемъ, или нарочно для того сдѣланною эластическою подвязкою. Въ сырое и холодное время года, беременная должна носить фланелевые панталоны.

§ 237.

Спать должна беременная не болѣе 7 часовъ въ сутки. Неумѣренный сонъ, особенно послѣ обѣда, также какъ и долгое бдѣніе ночью, вредны. Если матка имѣетъ неправильное положеніе, склонилась въ который либо бокъ, то надобно совѣтовать беременной спать на томъ боку, который противоположенъ тому, въ которомъ находится дно матки.

§ 238.

Умѣренное тѣлодвиженіе для беременной очень полезно, а потому, при хорошей погодѣ, она должна ежедневно дѣлать прогулки. Всѣхъ сильныхъ потря-

сеній и напряженій тѣла, беременная должна тщательно избѣгать. Верховая ѣзда, танцы, ѣзда по неровной дорогѣ, или въ тряскомъ экипажѣ, равно какъ подниманіе большихъ тяжестей, для беременныхъ вредны.

§ 239.

Беременная должна обращать особенное вниманіе на чистоту и опрятность тѣла. По крайней мѣрѣ разъ въ недѣлю она должна брать теплую ванну, и нѣсколько разъ въ день обмывать наружныя дѣтородныя части тепловатою водою. Купанье въ рѣкѣ, и вообще въ холодной водѣ, можно позволить беременной только въ срединѣ беременности. Если у беременныхъ наружныя дѣтородныя части упруги, трудно растяжимы, что особенно замѣчается у молодыхъ уже первобеременныхъ, то надобно совѣтовать чаще употреблять теплыя ванны, чтобы сдѣлать эти части болѣе мягкими и растяжимыми. Если промежность широка и упруга, то полезно дѣлать въ нее маслянистыя втиранія.

§ 240.

Совокупленіе беременная должна производить

какъ можно рѣже. Раздраженіе, производимое имъ, можетъ, въ началѣ беременности, весьма легко произвести кровотеченіе и выкидышъ. Въ концѣ беременности, она должна вовсе отъ него отказаться. Женщины, подвергавшіяся уже прежде неоднократно выкидышамъ, во все продолженіе беременности со-вокупленія производить не должны.

§ 241.

Груды беременной должны быть постоянно предохраняемы отъ давленія, и содержимы тепло. Если беременная сама желаетъ кормить грудью своего будущаго ребенка, то на груди ея должно быть обращено особенное вниманіе. Если соски очень малы, или лежатъ глубоко, то надобно вытягивать ихъ помощію молочнаго насоса, и способствовать развитію ихъ ношеніемъ на нихъ маленькаго колпачка изъ каучука. Если соски очень чувствительны, и если кожа на нихъ очень тонка, то въ послѣдніе мѣсяцы беременности, надобно ежедневно обмывать ихъ два раза краснымъ виномъ, ромомъ, или виннымъ спиртомъ, чтобы тѣмъ предохранить ихъ отъ могущаго случиться послѣ родовъ очень болѣзненнаго изъязвленія.

§ 242.

Всѣхъ сильныхъ душевныхъ волненій, беременная должна тщательно остерегаться. Гнѣвъ, досада, внезапная радость и, въ особенности испугъ, могутъ имѣть самыя вредныя послѣдствія, могутъ произвести конвульсіи, кровотеченіе и выкидышъ. Все, что могло бы нарушить хорошее расположеніе духа, должно быть удалено; въ особенности же должно стараться разсѣять тотъ страхъ, который овладѣваетъ первобеременными при мысли о предстоящихъ родахъ.

ГЛАВА 2.

О діететическомъ содержаніи роженицы, и о помощи, которую ей должно подавать при правильныхъ родахъ.

§ 243.

Подавая помощь роженицѣ при правильныхъ родахъ, надобно имѣть цѣлю — облегчить, по возможности, ея страданія, и предупредить могущія быть дурныя послѣдствія.

§ 244.

Отправляясь къ роженицѣ, надобно взять съ собою наборъ акушерскихъ инструментовъ, и нѣкоторыя фармацевтическія средства, какъ для роженицы, такъ и для младенца, на случай если бы онъ родился мнимо-умершимъ. Въ наборѣ инструментовъ должны находиться: 1) акушерскіе щипцы, 2) пробожникъ, 3) тупые и острые крючки, 4) шелковая петля, употребляемая при поворотахъ и извлеченіи младенца, 5) тупоконечныя ножницы для перерѣзыванія пуповины, 6) два катетера, серебряный и эластическій, 7) трубка для впрыскиваній, 8) тесемки для перевязыванія пуповины и 9) маленькая щетка для тренія мнимо-умершихъ младенцевъ. Изъ лекарственныхъ веществъ надобно взять съ собою: эфиръ, нашатырный спиртъ, *secale cornutum*, въ раздѣленныхъ приѣмахъ, борахъ, также въ раздѣленныхъ приѣмахъ, и коричневую настойку.

§ 245.

Прибывши къ роженицѣ, надобно освѣдомиться дѣйствительно-ли наступило время родовъ; когда роженица имѣла въ послѣдній разъ мѣсячное очищеніе, и когда она въ первый разъ почувствовала движенія

младенца; каково было теченіе беременности, и когда показались первыя потуги. Если мы имѣемъ дѣло съ многороженицею, то надобно распросить каковы были предшествовавшіе роды. Потомъ надобно произвести наружное и внутреннее изслѣдованіе роженицы. Цѣлю этаго изслѣдованія должно быть — узнать дѣйствительно — ли начались роды, и какое положеніе имѣетъ младенецъ. Если роды только что начались, то первое изслѣдованіе должно быть какъ можно короче. Въ это время нѣтъ еще надобности настаивать на томъ, чтобы съ точностію опредѣлить спеціальное положеніе подлежащей части младенца; достаточно убѣдиться только въ томъ, что младенецъ имѣетъ положеніе продольное.

§ 246.

Окончивъ изслѣдованіе, надобно велѣть приготовить для роженицы родильную постель, и наблюсти за тѣмъ, чтобы она была сдѣлана хорошо. Родильная постель должна быть постлана на кровати, или диванѣ, которые должны стоять такъ, чтобы доступъ къ нимъ былъ свободенъ со всѣхъ сторонъ. На кровать, или диванъ, долженъ быть положенъ тюфякъ, покрытый кожею, или клеенкою, и простынею, и нѣсколько подушекъ. На ту часть тюфяка, на

которой долженъ будетъ лежать тазъ роженицы, кладется еще подушка вышиною въ четверть аршина, для того, чтобы тазъ роженицы лежалъ нѣсколько выше, и чтобы доступъ къ ея дѣтороднымъ частямъ былъ свободнѣе. У ногъ роженицы надобно положить свернутую, твердую подушку, чтобы роженица, при вспомоществованіи потугамъ, могла въ нее уператься. Къ тѣмъ ножкамъ кровати, къ которымъ обращены ноги роженицы, должны быть привязаны два большихъ полотенца, за которыя роженица при потугахъ должна держаться руками. Вообще, родильная постель должна быть приготовлена такъ, чтобы, по окончаніи родовъ, ее легко можно было превратить въ обыкновенную постель, и чтобы родильница могла провести на ней первые 8 — 9 дней послѣродоваго времени; потому что, во избѣжаніе худыхъ послѣдствій, всегда лучше не переносить роженицы съ одной постели на другую. Съ этою цѣлю, надобно будетъ послѣ только снять съ родильной постели лишнія подушки, и замѣнить мокрое бѣлье сухимъ и нагрѣтымъ.

§ 247.

Положеніе роженицы на родильной постели можетъ быть двоякое, именно: она можетъ лежать или

на спинѣ, или на боку. Если она лежитъ на спинѣ, то подъ тазъ ея подкладывается подушка, чтобы его нѣсколько приподнять; если же она лежитъ на боку, то подушка эта не нужна. Подъ голову и плечи роженицы надобно положить нѣсколько подушекъ, чтобы верхняя часть ея туловища лежала выше. Ноги роженицы должны находиться въ полувытянутомъ положеніи, и быть нѣсколько раздвинуты. Если же роженица желаетъ родить лежа на боку, то между колѣнами ея надобно положить туго свернутую подушку.

§ 248.

Въ первомъ періодѣ родовъ, когда потуги еще не сильны, роженица можетъ ходить по комнатѣ, сидѣть и лежать, какъ ей угодно. Воздухъ въ комнатѣ роженицы долженъ быть свѣжъ и чистъ; комната должна быть тепла. Лишнихъ особъ въ комнатѣ роженицы быть не должно; надобно оставить при ней, кромѣ повивальной бабки, только двухъ женщинъ для поддерживанія колѣнъ ея во время родовъ. Надобно позаботиться о томъ, чтобы холодная и теплая вода были бы приготовлены въ надлежащемъ количествѣ, какъ для того, чтобы можно было, въ случаѣ надобности, сдѣлать роженицѣ теплую ванну,

такъ и для обмытія новорожденнаго. Сильно пахучихъ веществъ, и животныхъ, которыя могли бы испугать роженицу, въ комнатѣ ея быть не должно. Одежда роженицы должна быть легка и широка. Если роженица захочетъ ѣсть, то можно позволить ей употребленіе легкой, удобоваримой пищи; для питья можно ей дать воду, или воду съ молокомъ; слабымъ роженицамъ можно позволить пить воду съ виномъ. Отъ времени до времени надобно производить внутреннее изслѣдованіе, чтобы слѣдить за перемѣнами, совершающимися въ маточной шейкѣ.

§ 249.

Въ началѣ втораго періода родовъ надобно велѣть поставить роженицѣ промывательное. Мочу роженица должна испускать всякій разъ, какъ только почувствуетъ къ тому побужденіе. Если бы, въ слѣдствіе придавленія шейки мочевого пузыря головкою младенца, роженица не могла бы испустить мочу, то надобно велѣть ей лечь на спину, ввести палецъ во влагалище, и, легкимъ давленіемъ на головку, стараться отодвинуть ее нѣсколько кверху; если бы и это не помогло, то ввести катетеръ. Введеніе серебрянаго катетера, иногда, бываетъ тутъ трудно въ слѣдствіе механическаго сдавленія шейки

мочевого пузыря; въ такомъ случаѣ надобно употребить катетеръ эластическій.

Въ началѣ втораго періода родовъ можно еще позволить роженицѣ, по ея произволу, ходить по комнатѣ, сидѣть и лежать. Но когда маточное устье уже значительно расширено, то надобно совѣтовать ей лечь на постель, чтобы окончательное расширеніе маточнаго устья, и прохожденіе родовыхъ водъ совершились бы при лежачемъ положеніи роженицы. Это необходимо нужно для того, чтобы можно было судить о количествѣ родовыхъ водъ, и для того, что, иногда, вслѣдъ за прохожденіемъ родовыхъ водъ младенецъ рождается на свѣтъ. Если бы въ первомъ періодѣ родовъ не удалось опредѣлить съ точностію специальное положеніе подлежащей части младенца, то надобно стараться опредѣлить его въ началѣ втораго періода, когда оболочки яйца еще не очень напряжены. Вообще же, внутреннее изслѣдованіе роженицы въ этомъ періодѣ родовъ надобно производить весьма осторожно, чтобы не разорвать оболочекъ яйца. Если бы до прохожденія родовыхъ водъ и не удалось бы опредѣлить специальное положеніе подлежащей части младенца, то настаивать на этомъ и тутъ не должно; достаточно если мы знаемъ только, что положеніе младенца правильно.

Изслѣдованіе роженицы должно быть производимо не иначе, какъ въ промежутки между потугами. Если роженица раждаетъ въ первый разъ, то надобно предупредить ее касательно разрыва оболочекъ яйца и прохожденія родовыхъ водъ; въ противномъ случаѣ, явленія эти могутъ ее испугать.

§ 250.

Въ третьемъ періодѣ родовъ можно позволить еще роженицѣ измѣнять свое положеніе на постелѣ, т. е. лежать попеременно, то на спинѣ, то на боку. При прохожденіи родовыхъ водъ, надобно замѣтить ихъ качество и количество. Если, по прохожденіи родовыхъ водъ, потуги несильны, и головка младенца медленно спускается внизъ, то можно позволить роженицѣ прохаживаться по комнатѣ. Вообще не должно, безъ особенной надобности, слишкомъ рано укладывать роженицу въ постель, потому что какъ бы покойно эта послѣдняя ни была постлана, всегда долгое лежаніе на ней утомляетъ роженицу. Надобно только при этомъ чаще производить внутреннее изслѣдованіе роженицы, и какъ только мы замѣтимъ, что головка младенца приближается къ выходу изъ таза, такъ совѣтовать роженицѣ лечь на постель, и уже не позволять ей больше съ нея

вставать. Помогать потугамъ въ этомъ періодѣ родовъ, роженица должна очень осторожно, и ее отнюдь не должно къ тому принуждать. Помогая потугамъ, роженица должна прижимать подбородокъ къ груди, напрягать мышцы живота, какъ это дѣлается при испражненіи на низъ; упираться ногами въ положенную подлѣ нихъ подушку, а руками держаться за полотенца, привязанныя къ ножкамъ кровати. Вслѣдъ за прохожденіемъ родовыхъ водъ, надобно сдѣлать внутреннее изслѣдованіе роженицы, и уже непременно съ точностію опредѣлить специальное положеніе подлежащей части младенца. Въ это время это легко можно сдѣлать, потому что на подлежащей части младенца еще нѣтъ опухолей.

§ 251.

Въ четвертомъ періодѣ родовъ роженица должна уже сохранять на постелѣ постоянное положеніе, и лежать или на спинѣ, или на боку. Въ этомъ періодѣ родовъ надобно обратить особенное вниманіе на предупрежденіе могущаго быть разрыва промежности. Верхняя часть туловища роженицы должна, въ это время, лежать болѣе горизонтально; колѣна должны быть удалены другъ отъ друга не болѣе, какъ на 12"; ноги полувытянуты, а пятки —

обращены внутрь. Помогать потугамъ роженица должна очень осторожно.

§ 252.

Не должно слишкомъ рано поддерживать промежность, потому что этимъ можно помѣшать прохожденію головки и надлежащему растяженію промежности. Когда головка дѣлается видимою между большими дѣтородными губами, и промежность во время потуги напрягается, то надобно приложить палецъ къ головкѣ, чтобы слѣдить за постепеннымъ ея опусканіемъ, и во время успѣть поддержать промежность. Когда промежность, и въ промежутки между потугами, остается напряженною, то наступила пора ее поддерживать. При поддерживаніи промежности, рука ее поддерживающая, кладется на нее различнымъ образомъ, смотря по тому, рождаетъ-ли женщина, лежа на спинѣ, или на боку. Въ первомъ случаѣ, рука кладется на промежность такъ, чтобы кисть руки пришлась бы на уздечку большихъ дѣтородныхъ губъ, чтобы ладонь руки поддерживала всю промежность, а пальцы руки легли бы по бокамъ задняго прохода. При боковомъ же положеніи роженицы, должно, ставши сзади ея, положить руку на ее промежность такъ, чтобы край руки, находя-

шійся между большимъ и указательнымъ пальцемъ,
 легъ бы на спайку большихъ дѣтородныхъ губъ, а
 большой и указательный палецъ легли бы по бокамъ
 большихъ дѣтородныхъ губъ. При поддерживаніи
 промежности, надобно обращать особенное вниманіе
 на уздечку большихъ дѣтородныхъ губъ, потому
 что съ нея обыкновенно начинается разрывъ про-
 межности. Ладонь руки должна поддерживать всю
 промежность равномерно; въ противномъ случаѣ, при
 поддерживаніи одной только передней ея части, раз-
 рывъ можетъ сдѣлаться кзади и въ прямую кишку.
 Если потуги сильны и часты, то надобно раньше
 поддерживать промежность. Когда головка выступаетъ
 изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей, и промежность
 окрашивается, то рука, поддерживающая эту послѣ-
 днюю, должна слѣдить за нею. При прорѣзываніи
 плечъ младенца, надобно также поддерживать про-
 межность, потому что разрывъ ея можетъ сдѣлаться
 и въ это время. Руку, назначенную для поддержи-
 ванія промежности, можно покрыть полотенцемъ, или
 нѣтъ — это все равно; лучше нѣтъ, потому что
 тогда чувство осязанія не будетъ притуплено. При
 поддерживаніи промежности, надобно слегка при-
 поднимать ее въ направленіи къ лобковымъ ко-
 стямъ.

§ 253.

Предложено было много способовъ для предотвращенія разрывовъ промежности, а именно: сдвиганіе кожи верхней части бедеръ къ наружнымъ дѣтороднымъ частямъ, прикладываніе къ уздечкѣ большихъ дѣтородныхъ губъ большого пальца руки, натертаго мѣломъ, надрѣзываніе промежности, на томъ основаніи, что раны рѣзанныя легче заживаютъ, нежели разорванныя, и т. п. Всѣ эти способы излишни, а нѣкоторые изъ нихъ даже вредны. Предлагали также вовсе не поддерживать промежность. Хотя изъ опыта намъ и извѣстно, что промежность, иногда, и безъ поддерживанія остается неповрежденною; но такъ какъ съ другой стороны не рѣдко бывали примѣры, что промежность разрывалась на значительномъ протяженіи, и что разрывы эти влекли за собою весьма дурныя послѣдствія, то, изъ предосторожности, всегда лучше поддерживать промежность.

§ 254.

Когда головка младенца вышла наружу, то свободною рукою надобно ее поддерживать, однако же такъ, чтобы не зажать рта и ноздрей младенца,

потому что онъ, иногда, въ это время начинаетъ уже дышать и кричать. По выхожденіи головки, надобно тотчасъ же осмотрѣть, не обвилась ли пуповина около шеи младенца. Въ такомъ случаѣ надобно потянуть за ту часть пуповины, которая идетъ къ дѣтскому мѣсту, образовать такимъ образомъ изъ пуповины петлю, и перевести ее черезъ головку. Если же нельзя освободить пуповину, то надобно тотчасъ ее перерѣзать, перевязать оба конца ея, и ускорить окончаніе родовъ. Иногда бываетъ, что, при предлежаніи ножекъ, пуповина находится между бедрами младенца, и ими сжимается. Въ такомъ случаѣ, по выхожденіи чреслъ младенца наружу, надобно согнуть одну изъ его ножекъ въ колѣнномъ сочлененіи, образовать изъ пуповины петлю, и перевести ее черезъ ножку.

§ 255.

По выхожденіи головки, выхожденіе плечъ младенца, иногда, замедляется. Можно подождать 5—10 минутъ, не опасаясь за жизнь младенца. Продолжается это долѣе, то надобно потереть рукою дно матки, чтобы вызвать сокращенія матки если ихъ нѣтъ, или усилить ихъ, если они слабы. Если бы и это

не помогло, то надобно ввести во влагалище, мимо промежности, указательный палец руки, заложить его под то плечевое сочленение, которое обращено къ промежности, согнуть его крючкомъ, и легкимъ притяженіемъ освободить это плечо, за которымъ немедленно послѣдуетъ и другое.

§ 256.

По мѣрѣ выходения туловища младенца наружу, надобно его поддерживать. Принимая младенца, надобно обращать вниманіе на то, куда онъ поворачивается лицомъ. Если онъ поворачивается лицомъ къ правому бедру роженицы, какъ то бываетъ въ большей части случаевъ, то лѣвою рукою надобно осторожно обхватить затылокъ его, а правую — бедра; поворачивается же онъ лицомъ къ лѣвому бедру роженицы, то на оборотъ, правую рукою надобно обхватить затылокъ, а лѣвою — бедра. Когда младенецъ совсѣмъ вышелъ изъ дѣтородныхъ частей, то надобно положить его между бедрами матери такъ, чтобы пуповина его не была натянута, и чтобы лице его было обращено кверху. Туловище и конечности младенца надобно покрыть нагрѣтою пеленкою.

§ 257.

Когда младенецъ, по выходѣнїи своемъ на свѣтъ, начинаетъ дышать и кричать, то біеніе артерій въ его пуповинѣ обыкновенно скоро прекращается, и тогда можно приступить къ перевязкѣ ея. Иногда случается, что, не взирая на то, что младенецъ дышетъ и громко кричитъ, біеніе артерій въ его пуповинѣ слышится долго. Въ этихъ случаяхъ, совершенно установившееся дыханіе младенца должно служить показаніемъ къ перевязкѣ пуповины. Если же младенецъ не дышетъ, а біеніе артерій въ его пуповинѣ прекратилось совершенно, то надобно перевязать и перерѣзать пуповину, и прибѣгнуть къ употребленію оживляющихъ средствъ. Перевязываніе и перерѣзываніе пуповины дѣлается слѣдующимъ образомъ: отступя на 2 — 3 дюйма отъ пупочнаго кольца, накладывается на верхнюю поверхность пуповины льняной снурокъ, или тесемка; концы ведутся внизъ, и, на нижней поверхности пуповины, завязываются простымъ узломъ; потомъ концы тесемки опять ведутся вверхъ, и завязываются на верхней поверхности пуповины двойнымъ узломъ. Перевязавши пуповину, надобно ее перерѣзать на разстояніи 4 дюймовъ отъ живота младенца. Нѣко-

торые писатели утверждали, что перевязываніе пуповины излишне, и даже вредно. Хотя изъ сдѣланныхъ наблюденій и видно, что были случаи, гдѣ вовсе не было сдѣлано перевязки, и гдѣ это не имѣло худыхъ послѣдствій; но съ другой стороны, извѣстно также и то, что были и такіе случаи, гдѣ, въ слѣдствіе этаго, дѣлалось смертельное кровотеченіе. А потому перевязываніе пуповины надобно считать необходимою мѣрою предосторожности.

§ 258.

По рожденіи младенца на свѣтъ, надобно обратить вниманіе на то, сокращается ли матка, и остается-ли она сокращенною; если сокращеній нѣтъ, то потерять рукою дно матки. Чтобы узнать отдѣляется-ли кровь изъ дѣтородныхъ частей роженицы, и въ какомъ количествѣ она изливается, надобно подложить подъ дѣтородныя части нѣсколько разъ сложенное и нагрѣтое полотенце. Если матка на ощупь представляется твердою, и если при каждомъ ея сокращеніи вытекаетъ немного крови, то можно предположить, что дѣтское мѣсто отдѣляется отъ матки. Для того, чтобы убѣдиться въ томъ, что послѣдъ дѣйствительно отдѣлился отъ матки, надобно произвести внутреннее изслѣдованіе. Пуповина на-

матывается на четыре пальца лѣвой руки, а два пальца правой руки, указательный и средній, надобно ввести по пуповинѣ вверхъ. Если при этомъ окажется, что послѣдъ находится во влагалищѣ, или лежитъ свободно въ маточномъ устьѣ, то можно прямо приступить къ его удаленію. Съ этою цѣлю, лѣвою рукою надобно слегка потянуть пуповину въ направленіи книзу, а вышеупомянутыми двумя пальцами правой руки давить въ направленіи кзади, на ту часть послѣда, въ которую входитъ пуповина. При этихъ пріемахъ, отдѣлившееся дѣтское мѣсто довольно скоро спускается въ нижнюю часть влагалища. Когда оно показалось между большими дѣтородными губами, то надобно обхватить его пальцами обѣихъ рукъ, повернуть его вокругъ его оси, и вынуть. При этомъ надобно наблюсти за тѣмъ, чтобы и оболочки яйца вышли вмѣстѣ съ послѣдомъ. Вынутый послѣдъ надобно тщательно осмотрѣть, чтобы узнать весь ли онъ вышелъ, и не осталась-ли часть его въ маткѣ. По удаленіи послѣда, надобно опять изслѣдовать снаружи матку, чтобы узнать хорошо-ли она сократилась. На наружныя дѣтородныя части родильницы надобно положить нагрѣтое полотенце, и велѣть ей сложить ноги вмѣстѣ. Часто въ это время у родильницъ показывается сильный ознобъ, а потому

ихъ надобно тепло покрывать. Если родильница желаетъ провести послѣродовое время на другой постель, то не должно спѣшить переносить ее на эту послѣднюю; слишкомъ поспѣшное перенесеніе родильницы на другую постель можетъ имѣть слѣдствіемъ кровотеченіе изъ матки.

§ 259.

Кромѣ вышеисчисленныхъ правилъ, относящихся преимущественно къ тѣмъ случаямъ родовъ, гдѣ младенецъ имѣетъ положеніе темянное, надобно соблюдать еще нѣкоторыя особенныя правила, условливаемыя другими положеніями младенца, и нѣкоторыми уклоненіями отъ совершенно правильнаго хода родовъ. Такъ, при лицевыхъ положеніяхъ младенца, внутреннее изслѣдованіе надобно производить рѣдко и очень осторожно, чтобы не повредить глазъ младенца. При поддерживаніи промежности въ этихъ случаяхъ, надобно остерегаться крѣпко на нее давить, чтобы не замедлить выходненія головки; медленное врѣзываніе головки тутъ особенно опасно для младенца. Если бы на лицѣ младенца образовалась значительная опухоль, и если бы лице его было искажено, то не должно показывать его родильницѣ, пока эта опухоль не пройдетъ, что обыкновенно

дѣлается скоро ; въ противномъ случаѣ, она можетъ испугаться.

При тазовыхъ положеніяхъ младенца, надобно стараться сохранить оболочки яйца неразорванными, сколько возможно долѣе, и до тѣхъ поръ, пока не родится грудь младенца, не предпринимать ничего такого, что могло бы ускорить ходъ родовъ ; въ особенности же никогда не должно тянуть за туловище младенца, потому что, въ слѣдствіе этого, ручки младенца могутъ подняться вверхъ, лечь по бокамъ головки, и тѣмъ значительно затруднить ея выходъ. Никогда не должно измѣнять предлежаніе, когда въ предлежаніе ножекъ ; равнымъ образомъ если одна ножка идетъ впередъ, то не должно стараться вывести и другую. Когда животъ младенца выходитъ наружу, то надобно смотрѣть за тѣмъ, чтобы пуповина не была натянута. По рожденіи туловища, надобно совѣтовать роженицѣ сильнѣе помогать потугамъ, чтобы ускорить выходъ головки. Если бы потуги въ это время были не довольно сильны, то надобно стараться усилить ихъ треніемъ дна матки рукою, или поливаніемъ ээира на животъ роженицы. Если же это не помогаетъ, и выходъ головки замедляется, то надобно тотчасъ же приступить къ искусственному извлеченію ея или руками,

или щипцами. Такъ какъ нельзя напередъ опредѣлить, скоро-ли выйдетъ головка, и не будетъ-ли она задержана въ полости таза, и такъ какъ жизнь младенца въ этихъ случаяхъ подвергается большой опасности, то, подавая помощь роженицѣ при тазовыхъ положеніяхъ младенца, надобно всегда имѣть въ совершенной готовности щипцы, чтобы, въ случаѣ задержанія головки въ полости таза, можно было бы немедленно ихъ наложить.

§ 260.

Если роды идутъ слишкомъ скоро, то надобно стараться замедлить ходъ ихъ. Съ этою цѣлю, надобно совѣтовать роженицѣ вовсе не помогать потугамъ, лежать совершенно горизонтально, не упираться ногами, и не держаться ни за что руками. Тотчасъ послѣ родовъ, на животъ родильницы надобно наложить широкое полотенце, и стянуть имъ немного животъ. Особенно не должно тутъ спѣшить удалять послѣдъ, потому что въ этихъ случаяхъ полезно если онъ останется нѣсколько долѣе въ маткѣ. При медленныхъ родахъ, въ первыхъ двухъ періодахъ ихъ, не должно стараться ускорить ходъ ихъ. Въ третьемъ и четвертомъ періодѣ родовъ, надобно совѣтовать роженицѣ сильнѣе помогать по-

тугамъ. Въ пятомъ періодѣ родовъ, должно остерегаться скорого удаленія послѣда, который въ этихъ случаяхъ обыкновенно остается нѣсколько долѣе въ маткѣ, и стараться треніемъ дна матки рукою усилить ея сокращенія. При трудныхъ родахъ надобно стараться усилить потуги, чтобы онѣ могли преодолѣть противуставленное имъ препятствіе. Въ первыхъ двухъ періодахъ родовъ, роженица не должна помогать потугамъ, а въ слѣдующихъ двухъ стараться усилить ихъ, однако же не чрезмѣрно; въ особенности же должна она тутъ пользоваться промежутками между потугами, и покойно отдыхать.

§ 261.

Если бы по рожденіи младенца, при изслѣдованіи роженицы, оказалось, что матка еще велика и тверда, и, слѣдовательно, можно было бы предположить, что она содержитъ въ себѣ еще младенца, то надобно убѣдиться помощію внутренняго изслѣдованія въ справедливости этого предположенія. Если въ маткѣ дѣйствительно находится еще младенецъ, то надобно осторожно объявить объ этомъ роженицѣ, и успокоить ее увѣреніемъ, что рожденіе втораго младенца совершится и легче, и скорѣе, нежели рожденіе перваго. Если второй младенецъ имѣетъ

положеніе правильное, то рожденіе его надобно предоставить совершенно усиліямъ природы. Если же онъ имѣеть положеніе неправильное, и если только нѣтъ явленій, требующихъ скорѣйшаго окончанія родовъ, то не должно спѣшить исправленіемъ его положенія. Такъ какъ при сложной беременности каждый изъ младенцевъ имѣеть меньшій объемъ, нежели при простой, а полость матки весьма велика, то не рѣдко бываетъ, что неправильныя положенія младенца, безъ помощи искусства, измѣняются въ правильныя. Если же послѣ нѣсколькихъ сильныхъ сокращеній матки, положеніе младенца все таки остается неправильнымъ, то надобно ввести руку въ матку, и сдѣлать поворотъ. По рожденіи перваго младенца, отнюдь не должно тянуть за пуповину, потому что слѣдствіемъ этаго можетъ быть отдѣленіе одной части послѣда отъ стѣнки матки, и сильное кровотеченіе, которое тутъ тѣмъ опаснѣе, что не можетъ быть остановлено до тѣхъ поръ, пока не родится второй младенецъ. И по рожденіи втораго младенца, не должно спѣшить удаленіемъ дѣтскаго мѣста; къ удаленію его можно приступить только тогда, когда сокращенія матки, имѣющія цѣлю его отдѣленіе и изверженіе, сдѣлаются довольно сильными, и когда мы замѣтимъ явленія, указывающія

на совершившееся отдѣленіе его отъ стѣнки матки, и объ которыхъ выше уже было сказано. Если бы, при сложной беременности, роды начались гораздо раньше нормальнаго срока, то, по рожденіи перваго младенца, надобно съ особенною тщательностію удалить все то, что могло бы вновь возбудить сокращенія матки. Бывали примѣры, что въ такихъ случаяхъ, по рожденіи перваго младенца, родовая дѣятельность прекращалась совершенно, и второй младенецъ достигалъ совершенной зрѣлости.

ГЛАВА 3.

О діететическомъ содержаніи родильницы.

§ 262.

Важныя и внезапныя перемѣны, производимыя родами не только въ дѣтородныхъ частяхъ женщины, но и во всемъ ея организмѣ, дѣлаютъ этотъ по-мѣдній весьма чувствительнымъ ко внѣшнимъ вліяніямъ, и располагаютъ его къ важнымъ болѣзнямъ, въ предупрежденіе которыхъ родильница необходимо должна соблюдать нѣкоторыя особенныя правила.

§ 263.

По окончаніи родовъ, родильница должна остаться на родильной постелѣ около получаса, въ горизонтальномъ положеніи, съ сложенными ногами. Потомъ надобно велѣть обмыть ее дѣтородныя части теплою водою, замѣнить мокрое бѣлье сухимъ и предварительно нагрѣтымъ, и осторожно перенести ее на другую постель, которую надобно придвинуть какъ можно ближе къ родильной. Если родильница желаетъ остаться на той же постелѣ, на которой родила, то надобно, черезъ удаленіе лишнихъ подушекъ, превратить родильную постель въ обыкновенную. Постель родильницы должна находиться, по возможности, дальше отъ дверей, оконъ и топленыхъ печей. Она не должна быть слишкомъ мягка и не слишкомъ тепла, чтобы не усиливать чрезмѣрно, и безъ того уже усиленную, дѣятельность кожи. Если бы нужно было перестлатъ постель, но отнюдь не должно позволять родильницѣ, на время перестиланія, вставать съ постели, и садиться на стулъ; надобно, въ этомъ случаѣ, осторожно перенести ее на близъ стоящую кровать, или диванъ, а потомъ опять на перестланную постель. Подъ дѣтородныя части родильницы надобно положить нагрѣтое и нѣсколько разъ сло-

женное полотенце, и перемѣнять его 3 — 4 раза въ день. Перемѣну рубашки и вообще бѣлья, родильница должна производить очень осторожно. Чистое бѣлье, назначенное для замѣненія нечистаго, надобно подвергнуть нагрѣванію въ продолженіи нѣсколькихъ часовъ, чтобы совершенно уничтожить могущую въ немъ быть сырость. Дѣтородная части родильницы должны быть обмываемы нѣсколько разъ въ день тепловатымъ настоемъ ромашки. Животъ родильницы надобно повязать широкимъ полотенцемъ.

§ 264.

Комната родильницы должна быть тепла, и воздухъ въ ней долженъ быть ежедневно освѣжаемъ посредствомъ открыванія оконъ и дверей. Въ первые три дня послѣ родовъ, комната родильницы должна быть полуосвѣщена, какъ потому, что яркій дневный свѣтъ вреденъ для глазъ родильницы, такъ и потому, что полумракъ поддерживаетъ расположеніе ко сну, который такъ необходимъ для родильницы. Свѣтъ сильныхъ душевныхъ волненій родильница должна избѣгать, потому что они весьма легко могутъ дать поводъ къ происхожденію важныхъ болѣзней. Въ первые дни послѣ родовъ, родильница должна

какъ можно меньше говорить, и къ ней не должно допускать никого, кромѣ самыхъ близкихъ родныхъ.

§ 265.

Въ теченіе первыхъ трехъ дней послѣ родовъ, родильница не должна употреблять никакой твердой пищи; ей можно позволить въ это время ѣсть отваръ овсяныхъ или ячменныхъ крупъ нѣсколько разъ въ день. Поутру и вечеромъ она можетъ выпить чашку чаю. По прошествіи первыхъ трехъ дней, ей можно позволить ѣсть супъ изъ курицы, или телятины съ бѣлымъ хлѣбомъ и какую нибудь зелень. Черезъ 8 — 9 дней послѣ родовъ, родильница можетъ опять начать употреблять въ пищу мясо, а потомъ постепенно перейти къ той пищѣ, которую она ѣла до родовъ. Для питья можно давать родильницѣ сахарную воду, воду съ молокомъ, миндальное молоко, настой липоваго цвѣта и т. п. Питье должно быть не холодное. При назначеніи діеты родильницѣ, надобно соображаться также съ состояніемъ ея здоровья вообще, и съ тѣмъ, будетъ-ли она сама кормить ребенка, или нѣтъ. Если родильница имѣетъ тѣлосложеніе слабое, или изнурена предшествовавшими болѣзнями, то пища ея должна быть болѣе питательна. Для питья въ этомъ случаѣ можно давать

ей воду съ виномъ. Если родильница сама не будетъ кормить своего ребенка, то дѣта ея всегда должна быть строже, нежели въ противномъ случаѣ, и оставаться таковою до тѣхъ поръ, пока приливъ прои къ грудямъ не сдѣлается меньше.

§ 266.

Въ первые дни послѣ родовъ, у родильницъ обыкновенно не бываетъ испражнений на низъ, и это нѣсколько не вредитъ. Если бы и на третій день послѣ родовъ не было бы испражнений, то надобно велѣть поставить родильницѣ промывательное, и потомъ уже повторять это каждый день, пока направленія кишечнаго канала не придутъ въ прежній порядокъ. Только въ случаѣ упорнаго запора, можно прибѣгнуть къ употребленію слабительныхъ, и между этими послѣдними всегда выбирать слабѣйшія. При испраженіи на низъ, родильница должна остерегаться сильныхъ сокращеній мышцъ живота. Мочу родильница должна испускать какъ только почувствуетъ тому побужденіе. Если бы она сама не могла испускать мочу, то вводить катетеръ. Если родильница сама не будетъ кормить своего ребенка, то надобно позаботиться о томъ, чтобы на другой же день послѣ родовъ она имѣла испраженіе на низъ,

и съ этою цѣлю велѣтъ поставить ей промывательное; а если бы этаго было недостаточно, то дать внутрь эмульсію съ средними солями.

§ 267.

Послѣродовыя боли рѣдко бываютъ такъ сильны, чтобы нужно было прибѣгать къ какимъ-либо средствамъ для ихъ ослабленія. Если же онѣ очень беспокоятъ родильницу, то надобно положить ей на животъ нагрѣтую фланель, велѣтъ натерѣть животъ теплымъ маковымъ или миндальнымъ масломъ, и поставить промывательное изъ настоя ромашки съ прибавленіемъ двухъ капель *tinct. op. simpl.* Для питья полезно въ этомъ случаѣ давать теплый настой ромашки.

§ 268.

Послѣ родовъ родильница должна лежать въ постелѣ семь дней, не вставая и даже не садясь въ постелѣ. На седьмой день можно ей лежать и сидѣть на постелѣ. На девятый день родильница можетъ встать съ постели, и посидѣть подлѣ постели на покойномъ стулѣ, но не долго, и потомъ опять лечь. Такимъ образомъ въ теченіе дня она можетъ нѣсколько разъ садиться на стулъ. На одиннадцатый

день родильница можетъ немного походить по комнатѣ, но все еще должна больше сидѣть, нежели ходить. Потомъ постепенно, съ каждымъ днемъ, родильница можетъ больше ходить и, наконецъ, перейти къ своимъ обыкновеннымъ домашнимъ занятіямъ. Изъ дому выходить родильница должна начать не раньше, какъ по прошествіи четырехъ недѣль послѣ родовъ, а зимою не раньше, какъ черезъ шесть недѣль. Тяжелыхъ работъ родильница не должна дѣлать мѣсяца три послѣ родовъ. Если родильница сама не будетъ кормить своего ребенка, то она долѣе обыкновеннаго должна оставаться въ постелѣ, чтобы долѣе поддерживать расположеніе къ поту, который тутъ особенно полезенъ.

§ 269.

Каждая родильница должна сама кормить своего ребенка, если только нѣтъ къ тому какихъ-либо важныхъ противупоказаній. Нарушеніе этого правила не рѣдко влечетъ за собою дурныя послѣдствія какъ для матери, такъ и для младенца. У родильницъ, не кормящихъ грудью своего ребенка, легко можетъ образоваться воспаленіе и нагноеніе грудей, и вообще нарушеніе правильнаго теченія послѣродоваго времени. Если родильница сама кормитъ своего ре-

бенка, то къ грудямъ ея приливаетъ значительное количество крови, и это составляетъ отвлеченіе для матки, переполненной еще кровью. Если же родильница сама своего ребенка не кормить, то остающаяся въ маткѣ масса крови, легко можетъ подать поводъ къ происхожденію сильныхъ и часто повторяющихся изліяній крови въ теченіе послѣродоваго времени. Кромѣ того, въ слѣдствіе некормленія грудью, могутъ образоваться застои крови въ маткѣ, и органическія болѣзни этаго органа. Женщины, кормящія грудью своего ребенка, обыкновенно имѣютъ хорошій аппетитъ, всѣ отправленія ихъ организма совершаются правильно, и онѣ скоро получаютъ цвѣтущее здоровье. Кормленіе грудью представляетъ еще ту выгоду, что оно предохраняетъ отъ слишкомъ скорого слѣдованія одной беременности за другою, что всегда истощаетъ силы, особливо если женщина еще очень молода, подаетъ поводъ къ происхожденію различныхъ нервныхъ болѣзней, и заставляетъ женщинъ старѣть преждевременно. Если родильница сама не кормить грудью своего ребенка, то это обстоятельство имѣетъ вредное вліяніе и на этаго послѣдняго. Онъ въ этомъ случаѣ не получаетъ перваго молока, образовавшагося въ грудяхъ, и богатаго солями, которыя спо-

собствуютъ разжиженію и изверженію перваго младенческаго кала, и установленію правильнаго пищеваренія. Къ сожалѣнію, однако же, бываютъ и такіе случаи, гдѣ, не взирая на желаніе родильницы кормить своего ребенка, она не можетъ исполнить этой обязанности своей, или потому, что организмъ ея не представляетъ необходимыхъ къ тому условій, или потому, что кормленіе грудью было бы сопряжено съ опасностію и для нея, и для ребенка, или, наконецъ, потому, что внѣшнія обстоятельства тому препятствуютъ. Родильница не можетъ кормить грудью своего ребенка если у нея почти нѣтъ сосковъ на грудяхъ, какъ это бываетъ иногда, или если соски такъ малы, что ребенокъ не можетъ захватить ихъ губами, или если груди недостаточно развиты, и отдѣляютъ слишкомъ малое количество молока. Женщины слабаго тѣлосложенія, и весьма раздражительныя не должны кормить грудью своего ребенка, потому что всякое душевное волненіе можетъ произвести у нихъ такое измѣненіе въ качествахъ молока, что употребленіе этаго послѣдняго можетъ быть очень вредно для ребенка. Далѣе, тѣ женщины, внѣшнія обстоятельства которыхъ заставляютъ ихъ часто разлучаться съ ребенкомъ, кормить сами не должны, потому что, въ противномъ случаѣ,

ребенку не рѣдко придется голодать, и онъ будетъ получать молоко, которое, въ слѣдствіе слишкомъ долгаго пребыванія въ молочной желѣзѣ, утратило уже свои надлежащія качества. Кромѣ того, въ этомъ случаѣ легко могутъ образоваться застои молока въ грудяхъ, и воспаленіе этихъ послѣднихъ. Бываютъ и такіе случаи, гдѣ въ грудяхъ совершенно здоровыхъ женщинъ образуется такое молоко, которое совершенно негодно для питанія младенца, разстроиваетъ его пищевареніе, производитъ рвоту, поносъ, рѣжущую боль въ кишкахъ, въ слѣдствіе которыхъ ребенокъ быстро худѣетъ. Женщины, страдающія чахоткою, также не должны кормить грудью своего ребенка. Что болѣзнь эта наслѣдственна — это не подлежитъ сомнѣнію, и молоко матери усилитъ въ ребенкѣ расположеніе къ этой болѣзни. Кромѣ того, кормленіе грудью, условливая постоянные приливы крови къ верхней части тѣла, ускоритъ и самое теченіе этой болѣзни. Женщинамъ, страдающимъ помѣшательствомъ не должно позволять кормить ребенка; равнымъ образомъ женщины, подверженныя падучей болѣзни, сами кормить ребенка не должны, потому что во время самаго кормленія грудью можетъ сдѣлаться у нихъ припадокъ этой болѣзни, и онѣ могутъ уронить ребенка на полъ.

Родильница не должна также кормить своего ребенка, если она страдает или такими болѣзнями, заразительность которыхъ несомнѣнна, или такими, которыя, имѣя хроническое теченіе, и, истощая силы женщины, уничтожаютъ возможность образованія въ грудяхъ такого молока, которое было бы годно для питанія младенца.

§ 270.

Если родильница сама желаетъ кормить своего ребенка, то она должна дать ему грудь по прошествіи нѣсколькихъ часовъ послѣ родовъ. Въ первые два мѣсяца послѣ родовъ, надобно давать ребенку сосать грудь такъ часто, какъ онъ того требуетъ; но, въ послѣдствіи, надобно приучить его сосать грудь только въ извѣстные часы дня и ночи; въ противномъ случаѣ, кормленіе грудью слишкомъ изнуряло бы мать. Приложивъ ребенка къ груди, надобно позволить ему сосать столько, сколько онъ пожелаетъ, и давать ему при этомъ попеременно обѣ груди. Грудь должны быть тщательно предохраняемы отъ давленія, и тепло содержимы. Во время кормленія грудью, родильница должна сидѣть на постелѣ. Но такъ какъ въ первые дни послѣ родовъ ей нельзя еще позволить сидѣть на постелѣ, то она

можетъ кормить его лежа, но въ это время, или повивальная бабка, или кто-либо изъ окружающихъ роженицу должны находиться подлѣ родильницы, чтобы взять отъ нея ребенка когда онъ перестанетъ сосать. Эта предосторожность необходима потому, что, въ противномъ случаѣ, родильница можетъ заснуть во время самага кормленія, и задавить ребенка. Въ предупрежденіе могущихъ быть изъязвленій на соскахъ грудей, надобно ихъ послѣ каждаго кормленія обмывать водою. Послѣ всякаго сильного душевнаго волненія, не должно тотчасъ давать ребенку сосать грудь, потому что это можетъ имѣть пагубныя для него послѣдствія. Надобно въ такомъ случаѣ сперва выдавить изъ грудей часть находящагося въ нихъ молока, а потомъ приложить ребенка.

§ 271.

Если же родильница сама не будетъ кормить своего ребенка, то надобно позаботиться объ томъ, чтобы уничтожить образованіе молока въ ея грудяхъ; съ этою цѣлію надобно покрыть груди хлопчатую бумагою, прокуренною сахаромъ, и сдavitъ немногo груди повязкою; діета родильницы должна быть самая умѣренная, и она должна какъ можно меньше пить; внутрь надобно дать родильницѣ слабительное;

особенно полезно давать въ этихъ случаяхъ *Kali sulfuricum*, какъ средство, дѣйствующее специфически на уменьшеніе образованія молока въ грудяхъ *Rp. Kali Sulfur. 3β—3vj, Infus. herbae. Meliss. 3vj, Succī Liquis. 3β M. D. S.* Черезъ часъ по столовой ложкѣ). Кромѣ того надобно совѣтовать родильницѣ въ этихъ случаяхъ долѣе обыкновеннаго оставаться въ постелѣ, и поддерживать въ ней расположеніе къ уюту употребленіемъ теплаго чая изъ липоваго цвѣта и мелиссы; послѣднее изъ этихъ двухъ средствъ имѣетъ также специфическое вліяніе на уменьшеніе образованія молока въ грудяхъ.

ГЛАВА 4.

О діететическомъ содержаніи новорожденнаго.

§ 272.

Перевязавши и перерѣзавши пуповину, надобно тотчасъ же перенести ребенка въ ванну, въ которой должно быть столько воды, чтобы она покрывала все его тѣло. Температура воды должна быть въ 30° R. Въ этой ваннѣ надобно тщательно обмыть ребенка

мягкою губкою. Если бы при этомъ обмываніи младенца простою водою, нельзя было отмыть ту клейкую слизь (*vernix caseosa*) которая покрываетъ нѣкоторыя части его тѣла, то надобно намазать эти части или свѣжимъ, несоленнымъ коровьимъ масломъ, или яичнымъ желткомъ. Если же, и при употребленіи этихъ вспомогательныхъ средствъ, слизь не отмывается, то и не должно настаивать на этомъ; при вторичномъ купаніи ребенка это можно сдѣлать легче. Обмывши ребенка, надобно обтереть его мягкимъ полотенцемъ, и положить на столъ, на мягкой подушкѣ, для одѣванія его. Приступая къ одѣванію младенца, надобно сперва тщательно убѣдиться въ томъ, что перевязка его пуповины сдѣлана хорошо. Если бы при этомъ оказалось, что перевязка ослабѣла, то, въ предупрежденіе могущаго быть кровотечения, надобно сдѣлать перевязку покрѣпче. Потомъ надобно завернуть пуповину въ мягкую тряпочку, намазанную деревяннымъ масломъ, положить ее на лѣвый бокъ младенца, и укрѣпить пупочнымъ бинтомъ. Одежда ребенка должна быть покойна, сдѣлана такъ, чтобы ее легко можно было снять, и, смотря по времени года, болѣе или менѣе тепла. На головку младенца надобно надѣть чепчикъ, или легкую шапочку; на верхнюю часть тѣла — руба-

шечку и кофточку; нижнюю часть тѣла завернуть въ пеленку, и сверхъ всего этаго обвернуть тѣло младенца фланелью. Тугое пеленаніе дѣтей вредно; младенецъ долженъ быть одѣтъ такъ, чтобы онъ свободно могъ двигать руками и ногами. Для укрѣпленія одежды новорожденнаго, надобно употреблять тесемки, а не булавки.

§ 273.

Комната, въ которой находится новорожденный, должна имѣть температуру 14 — 15° Р. Воздухъ въ ней долженъ быть чистъ, и она должна быть умѣренно освѣщена; яркій дневный свѣтъ вреденъ для глазъ младенца. Младенецъ долженъ имѣть свою отдѣльную постель, которая должна быть поставлена такъ близко подлѣ кровати родильницы, чтобы она могла свободно во всякое время брать ребенка къ себѣ. Младенецъ долженъ лежать въ своей постелѣ не на спинѣ, а на боку. Постель младенца должна стоять дальше отъ дверей, оконъ и топленныхъ печей. Умѣренное качаніе младенца въ колыбели не вредно. Сонъ младенца никогда не должно прерывать.

§ 274.

Ребенка надобно два раза въ день купать въ

теплой водѣ. Тряпочку, въ которую завернута пуповина, надобно ежедневно перемѣнять. Бѣлье ребенка, передъ надѣваніемъ, надобно тщательно нагрѣть.

§ 275.

Пищу ребенка, въ первое время послѣ рожденія его на свѣтъ, должно исключительно составлять молоко его матери. Пока въ грудяхъ родильницы еще нѣтъ молока, надобно давать ребенку смѣсь изъ $\frac{1}{3}$ хорошаго коровьяго молока и $\frac{2}{3}$ воды, съ прибавленіемъ небольшого количества сахара. Если родильница сама не можетъ, или не желаетъ кормить своего ребенка, то надобно стараться найти для него хорошую кормилицу. При выборѣ кормилицы надобно обращать вниманіе на слѣдующія обстоятельства:

1) Кормилица должна быть совершенно здорова, въ особенности же она не должна страдать заразительными болѣзнями, каковы напр. чесотка и венерическая болѣзнь. Въ отношеніи къ послѣдней не должно довольствоваться тѣмъ, что мы на дѣтородныхъ частяхъ кормилицы не находимъ признаковъ первичной формы этой болѣзни; надобно также обратить вниманіе на то, нѣтъ-ли гдѣ нибудь на тѣлѣ

слѣдовъ вторичной или третичной формы. Болѣзнь эта не только отъ кормилицы легко можетъ перейти на ребенка, но и остальные члены того семейства, въ которомъ находится кормилица, могутъ быть ею заражены. Кормилица не должна также носить на себѣ слѣдовъ бывшей въ тѣлѣ ея дискразіи, въ особенности золотушной.

2) Ребенокъ кормилицы по возрасту своему, долженъ подходить сколь возможно ближе къ возрасту того ребенка, кормленіе котораго ей хотятъ поручить.

3) Кормилица должна быть не моложе 20, и не старѣе 35 лѣтъ. Многороженницу надобно предпочитать первороженницѣ.

4) Груды кормилицы должны быть умѣренной величины, и не висячія. Кожа, ихъ покрывающая, должна быть бѣла и такъ тонка, чтобы сквозь нее просвѣчивались подкожныя вены. Въ грудяхъ не должно быть затвердѣній. Соски грудей должны быть образованы совершенно правильно, и на нихъ не должно быть изъязвленій. При давленіи на груди, молоко должно вытекать изъ нихъ легко, свободно и притомъ нѣсколькими струйками. Этотъ послѣдній признакъ хорошихъ грудей не всегда вѣренъ, потому что женщины, желающія быть кормилицами,

иногда прибѣгаютъ къ той хитрости, что въ теченіе нѣсколькихъ часовъ, предшествующихъ изслѣдованію ихъ грудей, не позволяютъ своему младенцу сосать грудь, отъ чего въ грудяхъ накапливается большое количество молока.

5) Молоко кормилицы должно имѣть надлежащія качества. Оно должно имѣть синевато-бѣлый цвѣтъ, сладкій вкусъ, и, налитое въ сосудъ, должно, по прошествіи нѣсколькихъ часовъ, отдѣлить значительное количество сливокъ. Если пустить каплю хорошаго молока въ стаканъ холодной воды, то оно, растворившись, должно равномерно окрасить воду опаловымъ цвѣтомъ. Donneé изобрѣлъ особый аппаратъ для опредѣленія качествъ молока по количеству содержащихся въ немъ молочныхъ шариковъ. Но на изслѣдованіе помощію этого аппарата полагаться нельзя, потому что онъ показываетъ только количество жирныхъ частей въ молокѣ.

6) При выборѣ кормилицы надобно обращать также вниманіе и на ея собственнаго ребенка. Если онъ здоровъ и содержится чисто, то это хорошо рекомендуетъ кормилицу. Надобно только при этомъ остерегаться обмана: иногда кормилицы вмѣсто своего ребенка приносятъ чужаго.

§ 276.

Выбравъ хорошую кормилицу, надобно позаботиться объ томъ, чтобы она на долгое время осталась таковою, и съ этою цѣлю совѣтовать родителямъ ребенка соблюдать, въ отношеніи къ кормилицѣ, нѣкоторыя правила, а именно: давать ей ту же пищу, которую она употребляла до поступления въ кормилицы, если только въ этой пищѣ нѣтъ ничего вреднаго для здоровья вообще; не позволять ей долго сидѣть праздною, а, напротивъ заставлять ее работать, и въ особенности производить такія работы, при которыхъ руки находятся въ сильномъ движеніи, какъ напр. мыть полы, катать бѣлье и т. п. Въ слѣдствіе сильныхъ движеній руками, кровь въ большомъ количествѣ приливаетъ къ грудямъ, и отдѣленіе молока въ нихъ дѣлается обильнѣе.

§ 277.

Продолжительность времени, въ теченіе котораго должно кормить ребенка грудью, опредѣляется его тѣлосложеніемъ и здоровьемъ. Если ребенокъ здоровъ, то можно раньше отнять его отъ груди; больныхъ же и слабыхъ дѣтей надобно кормить

грудью долѣе. Вообще можно принять, что достаточно кормить ребенка грудью 11 — 12 мѣсяцевъ. Передъ отнятіемъ его отъ груди, надобно предварительно постепенно приучить его къ болѣе твердой пищѣ, и только тогда отнять его отъ груди, когда мы убѣдимся, что онъ переноситъ эту пищу хорошо. Если непосредственно послѣ отнятія отъ груди, ребенокъ заболѣваетъ, и у него показывается упорный поносъ, то надобно немедленно возвратитъ ему его прежнюю кормилицу.

§ 278.


Если бы у матери, или кормилицы, во время кормленія грудью, показалось мѣсячное очищеніе, то это одно не должно считать показаніемъ къ отнятію ребенка отъ груди. Тутъ надобно совершенно сообразоваться съ состояніемъ здоровья ребенка. Если онъ совершенно здоровъ и полонъ, то не должно отнимать его отъ груди. Если же, напротивъ, онъ начинаетъ худѣть, и если у него показывается поносъ, то надобно его отнять отъ груди. Если мать, или кормилица, во время кормленія грудью, сдѣлается опять беременною, то надобно отнять ребенка отъ груди, потому что молоко въ этомъ случаѣ теряетъ

свои надлежащія качества, и дѣлается негоднымъ для питанія младенца.

§ 279.

Если нельзя найти для ребенка хорошую кормилицу, то надобно вскармливать его искусственно. Искусственное вскармливаніе дѣтей есть дѣло весьма трудное, и требуетъ большаго терпѣнія. Лучшую пищу для ребенка составляетъ въ этомъ случаѣ коровье молоко. Въ первые дни послѣ рожденія младенца на свѣтъ, должно прибавлять къ коровьему молоку двѣ трети воды, потомъ, спустя нѣсколько дней, давать его пополамъ съ водою, а по прошествіи двухъ недѣль, подливать въ молоко уже только одну треть воды. Постепенно надобно уменьшать примѣсь воды къ молоку, и потомъ давать ребенку уже цѣльное молоко. Молоко должно брать отъ одной и той же коровы, которую надобно хорошо кормить, и доить три раза въ день. При искусственномъ вскармливаніи дѣтей, у этихъ послѣднихъ не рѣдко показывается накопленіе вѣтровъ въ кишкахъ, которое ихъ сильно беспокоитъ. Въ предупрежденіе этаго полезно отъ времени до времени, вмѣсто воды, подливать въ молоко настой укропныхъ сѣмянъ (*Infus. Semin. foeniculi*). Пища

ребенка должна быть тепловата; нагрѣвать ее надобно не на огнѣ, а въ горячей водѣ. Кормить ребенка должно изъ узкогорлаго сосуда, къ концу котораго привязывается маленькая губка, покрытая кисеею, или тонкимъ пузыремъ съ нѣсколькими от-верстіями. Губка эта должна быть содержима весьма чисто и, внѣ употребленія, лежать постоянно въ холодной водѣ. Не должно вливать пищу въ ротъ ребенка при горизонтальномъ положеніи его, потому что при этомъ онъ будетъ принужденъ иногда про-глотить больше пищи, нежели сколько ему нужно. При кормленіи надобно нѣсколько приподнять ре-бенка, положить ему въ ротъ вышеупомянутую губку, и позволить ему сосать столько, сколько онъ хочетъ. Спустя мѣсяца два послѣ рожденія младенца на свѣтъ, можно, кромѣ коровьяго молока, давать ему и дру-гую пищу, и именно преимущественно мясную. Пока у ребенка еще нѣтъ зубовъ, надобно давать ему бульонъ изъ курицы, телятины, говядины, съ неболь-шою примѣсью манныхъ крупъ; а когда покажутся зубы, то перейти уже къ употребленію мяса.



ОТДѢЛЕНІЕ ПЕРВОЕ.

О БОЛѢЗНЯХЪ БЕРЕМЕННЫХЪ.

ГЛАВА I.

О болѣзненныхъ состояніяхъ кровеносной системы.

а) *О полнокровіи беременныхъ.*

§ 1.

Количество крови въ тѣлѣ женщины во время беременности всегда увеличивается, и такое увеличеніе, если только оно не превышаетъ извѣстныхъ границъ, есть явленіе нормальное. Если же количество крови увеличивается чрезмѣрно, то это можетъ по-
вести поводъ къ происхожденію различныхъ явленій, болѣе или менѣе важныхъ. Слѣдствія полнокровія, во время беременности, различны: обмороки, конвульсіи, кровоотеченія, смерть младенца и слишкомъ раннее наступленіе родовъ. Во время же родовъ, первая изъ

вышеисчисленныхъ явленій могутъ достигнуть высокой степени; кромѣ того, потуги могутъ сдѣлаться слабыми и недѣйствительными. При такомъ увеличеніи массы крови, легко могутъ образоваться приливы крови къ различнымъ важнымъ органамъ, а именно: къ мозгу, легкимъ и брюшнымъ внутренностямъ. Слѣдствіями такихъ приливовъ будутъ: сильная головная боль, апоплектические припадки, одышка и нарушение отправленій пищеварительныхъ органовъ.

§ 2.

Причина полнокровія беременныхъ заключается преимущественно въ усиленномъ кровотовореніи и прекращеніи мѣсячнаго очищенія. Кромѣ того, сюда же надобно отнести употребленіе слишкомъ питательной и разгорячающей пищи и крѣпкихъ напитковъ, слишкомъ теплое содержаніе, сидячій образъ жизни, и т. п.

§ 3.

Предсказаніе вообще не дурно, потому что тамъ, гдѣ замѣчается излишнее полнокровіе въ тѣлѣ беременной, мы имѣемъ всегда возможность помочь этому скоро и вѣрно. Сильныя головныя боли, во время беременности, болѣе тягостны, нежели опасны; но, во

время родовъ, явленіе это имѣетъ несравненно большее значеніе; тутъ надобно опасаться появленія конвульсій, или во время самыхъ родовъ, или тотчасъ послѣ нихъ. Одышка, во время беременности, можетъ сдѣлаться явленіемъ опаснымъ, если беременная страдаетъ органическими болѣзнями легкихъ, или сердца. При этихъ болѣзняхъ, въ послѣдніе мѣсяцы беременности, когда кровь сильно приливаетъ къ груди, могутъ показаться припадки задушенія. Во время родовъ, при потугахъ, одышка всегда усиливается, а потому вспомошествованіе потугамъ дѣлается для роженицы невозможнымъ, и очень труднымъ, и самые роды замедляются. Въ состояствіе сильныхъ приливовъ крови къ брюшнымъ внутренностямъ, образуются расширенія брюшныхъ венъ, и показываются геморроидальные припадки, нередко достигающіе значительной степени, въ слѣдствіе постоянныхъ запоровъ, къ которымъ всегда расположены беременныя.

§ 4.

При леченіи общаго полнокровія, надобно совѣтствовать беременнымъ остерегаться употребленія всѣхъ горячающихъ яствъ и напитковъ, дѣлать частыя прогулки на чистомъ воздухѣ, и избѣгать всѣхъ душевныхъ волненій. Испражненія на низъ должны со-

вершаться правильно; для поддержанія ихъ, надобно, отъ времени до времени, употреблять промывательное, или легкія слабительныя. Самое же вѣрное средство составляетъ общее кровопусканіе, которое, при значительной степени полнокровія, должно быть обильно; не рѣдко, въ этомъ случаѣ, можетъ даже встрѣтиться надобность повторить кровопусканіе во время самыхъ родовъ. Для внутренняго употребленія весьма полезны: кисловатое питье и селитра. Если бы, не взирая на такое леченіе, признаки общаго полнокровія во время родовъ были весьма явственны, то, для предотвращенія могущихъ быть конвульсій, надобно окончить роды искусственно. При головныхъ боляхъ, замѣчаемыхъ во время беременности, въ слѣдствіе приливовъ крови къ головѣ, леченіе также должно быть противувоспалительное, и если головная боль достигаетъ значительной степени, то необходимо общее кровопусканіе. Если, во время родовъ, показывается сильная головная боль, то надобно немедленно сдѣлать обильное кровопусканіе; въ противномъ случаѣ легко могутъ показаться конвульсіи. Содержаніе роженицы, въ этомъ случаѣ, должно быть прохладное; внутрь надобно дать ей прохладительное питье и селитру. При одышкѣ беременныхъ, леченіе также должно быть противувоспалительное; тутъ особенно полезны небольшія общія

кровопускания, которыя можно повторить нѣсколько разъ въ теченіе беременности. Беременная, въ этомъ случаѣ, особенно должна остерегаться простуды и запоровъ. Если одышка достигаетъ такой степени, что угрожаетъ опасностію жизни беременной, какъ это иногда бываетъ, то надобно приступить къ произведенію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Если одышка показывается во время родовъ, то надобно сдѣлать общее кровопусканіе, и дать внутрь противувоспалительныя средства; а если бы и это не помогло, то нужно окончить роды искусственно. При брюшномъ полнокровіи, во время беременности, надобно преимущественно обращать вниманіе на то, чтобы отпавленія кишечнаго канала совершались правильно, и чаще прибѣгать къ употребленію промывательныхъ и слабительныхъ. Если бы, во время родовъ, показались признаки воспаленія матки, что весьма легко можетъ произойти въ подобномъ случаѣ, — тогда надобно сдѣлать общее кровопусканіе, и окончить роды искусственно.

б) *О варикозныхъ расширеніяхъ венъ.*

§ 5.

Варикозныя расширенія венъ очень часто встрѣ-

чаются у беременныхъ. Они замѣчаются на нижнихъ конечностяхъ, на нижней части живота, на большихъ и малыхъ дѣтородныхъ губахъ, во влагалищѣ и около задняго прохода. На нижнихъ конечностяхъ они представляются въ видѣ поверхностныхъ опухолей, различной величины, имѣющихъ синеватый, фіолетовый или черноватый цвѣтъ; опухоли эти неровны, бугроваты, не имѣють рѣзкаго ограниченія, и мягки; форму онѣ имѣють продолговато-цилиндрическую; при давленіи на нихъ пальцемъ, онѣ легко уступаютъ этому давленію, но, по прекращеніи давленія, тотчасъ достигаютъ до прежняго своего объема. Величина этихъ опухолей различна: отъ величины боба, до величины кулака. Число такихъ опухолей также различно, и иногда ихъ бываетъ нѣсколько. Женщины, беременныя въ первый разъ и полнокровныя, ощущаютъ, иногда, въ этихъ опухоляхъ жгучую боль и чувство напряженія, препятствующее движеніямъ нижнихъ конечностей. У многороженицъ опухоли эти встрѣчаются чаще, нежели у первобеременныхъ, и не рѣдко достигаютъ огромной величины. При значительныхъ расширеніяхъ венъ и утонченіи ихъ стѣнокъ, легко можетъ сдѣлаться разрывъ этихъ послѣднихъ и сильное, даже опасное кровотеченіе. Если есть варикозныя расширенія венъ во влагалищѣ и наружныхъ дѣто-

родныхъ частяхъ, то они весьма легко могутъ разорваться во время родовъ.

§ 6.

Причина варикозныхъ расширеній венъ заключается въ медленномъ кровообращеніи въ кровеносныхъ сосудахъ, и въ особенности въ венахъ, въ слѣдствіе чего въ этихъ послѣднихъ накапливается большое количество крови. Сюда же надобно отнести механическое давленіе матки на брюшныя вены, и замедленіе кровообращенія въ нихъ въ слѣдствіе этого давленія. Общая слабость тѣла, въ особенности же слабость мышцъ, слишкомъ обильное мѣсячное очищеніе, предшествовавшія кровотеченія, часто повторяющаяся беременность, сидячій образъ жизни, пребываніе въ сыромъ и холодномъ воздухѣ, неумѣренное употребленіе теплыхъ ваннъ, и т. п. явленія должны считаться причиною, предрасполагающею къ такому расширенію венъ. Къ причинамъ производящимъ надобно отнести все то, что препятствуетъ кровообращенію въ нижней части тѣла, какъ то: чрезмѣрное растяженіе матки, косое положеніе ея, тугое стягиваніе живота, упорные запоры, и т. п.

§ 7.

Предсказаніе вообще не дурно; сильныя крово-

теченія бываютъ рѣдко. Варикозныя расширенія венъ во влагалищѣ и на наружныхъ дѣтородныхъ частяхъ опаснѣе, нежели на другихъ частяхъ тѣла, потому что, во время ходьбы, они подвергаются тренію, легко могутъ воспалиться и разорваться во время родовъ. Варикозныя расширенія венъ на ногахъ допускаютъ лучшее предсказаніе; хотя во время родовъ и онѣ могутъ лопнуть, но тутъ всегда легко бываетъ остановить кровотеченіе.

§ 8.

Леченіе должно быть общее и мѣстное. Цѣлію перваго должно быть удаленіе причинъ и, въ особенности, давленія на сосуды. Надобно совѣтовать больной носить широкую одежду, и если матка ея чрезмѣрно растянута, то совѣтовать ей большую часть времени проводить въ горизонтальномъ положеніи. Если матка имѣетъ косое положеніе, то надобно его исправить. Противъ запоровъ должно дѣйствовать промывательными и слабительными. Внутреннее леченіе должно быть сообразно съ тѣлосложеніемъ беременной. Если она полнокровна, то должна избѣгать всего, что только можетъ увеличить массу крови; не употреблять разгорячающей пищи и напитковъ; діета прилична

и болѣе растительная; испражненія на низъ должны быть правильны. При значительномъ полнокровіи, надобно сдѣлать общее кровопусканіе. У женщинъ тѣло сложена слабаго, лимфатическаго, надобно стараться ускорить нѣсколько кровообращеніе, и съ этою цѣлю совѣтовать имъ дѣлать умѣренное тѣлодвиженіе на открытомъ воздухѣ, не стоять долго на ногахъ, обмывать тѣло холодною водою, или водою съ уксусомъ. Внутрь полезно, въ этомъ случаѣ, употреблять углекислый поташъ (*kali aceticum*), *elix. acid. Halleri*, уксусную воду (*aqua foeniculi*), зельтерскую воду, ирландскую воду (*Irish water*) и т. п. При брюшномъ полнокровіи, надобно употреблять средства разрѣшающія и слабительныя, каковы на пр. винно-каменно-кислый поташъ (*kali tartaricum*), вытяжка пырейнаго корня (*taraxacum*), одуванчикъ (*taraxacum*), ревень, александрийскій листъ (*senna*) и т. п.

Наружное леченіе заслуживаетъ здѣсь особеннаго вниманія. Цѣлю его должно быть возбужденіе большей жизнедѣятельности въ венахъ и усиленіе сокращенія ихъ стѣнокъ. Для этого полезно обмываніе конечностей уксусомъ съ водою, виномъ, травинымъ спиртомъ (*spir. formicarum*), отварами средствъ стягивающихъ, а именно: дубовой коры (*cort. quercus*), завязнаго корня (*tormentilla*), чернильных

орѣшковъ (gallae turcicae), горлеца (bistorta) *) и растворомъ квасцовъ (alumen); полезно также въ этихъ случаяхъ обкуривать нижнія конечности ароматическими травами. Если варикозныя расширения венъ очень напряжены, и если беременная ощущаетъ въ нихъ сильную боль, то надобно поставитъ пиявки, чтобы предупредить легко возможное воспаленіе венъ. Пиявки никогда не должно приставлять на самую расширенную вену, потому что слѣдствіемъ этого могло бы быть сильное кровотеченіе; надобно ихъ ставить около расширеній. Въ этихъ случаяхъ полезно также дѣлать холодноватыя примочки на пораженную конечность. Если же расширенныя вены представляютъ опухоли торпидныя, неболезненныя, и если при этомъ замѣчается особенная дряблость, вялость венозныхъ

*) *Rp.* Cort. ulmi interior.

Radix. Torm. entillae

āa ℥j

Coque cum

Vini rubri q. s.

Sub. fin. coction. addendo:

℞bae conii macul. ℥j

Colat. ℞j adde:

Plumbi acetici ℥jss

Spir. formicar. ℥jv

D. S. Для обмываній.

фнокъ; то можно смѣло употреблять вышеисчисленныя раздражающія и укрѣпляющія обмыванія. На застоявшихся расширеніяхъ венъ иногда образуются изъязвленія, которыя всегда составляютъ явленіе неблагопріятное. Если замѣчается наклонность къ изъязвленіямъ, то надобно дѣлать на самыя опухоли примочки изъ отвара дубовой коры, съ примѣсью свинцоваго экстракта (*extr. saturni*). При значительныхъ варикозныхъ расширеніяхъ венъ торпиднаго свойства, полезно также увиваніе конечностей бинтомъ. Увиваніе должно дѣлаться такъ, чтобы расширенныя вены были при этомъ несколько прижаты, и при томъ равномерно; но оно не должно причинять боли беременной, и занимать большую часть пораженной конечности. Совѣтовали также, въ случаяхъ упорныхъ, и тамъ гдѣ можно опасаться разрыва венъ, дѣлать перевязку венъ; но такъ какъ всѣ кровавыя операціи могутъ имѣть вредныя послѣдствія для беременныхъ, именно могутъ произвести выкидышъ, то, во избѣжаніе такихъ послѣдствій, лучше прибѣгать къ этому средству. Опасность разрыва варикозныхъ расширеній венъ увеличивается особенно во время родовъ. Роженица, въ этихъ случаяхъ, должна сохранять неизмѣнно покойное горизонтальное положеніе, и какъ можно меньше помогать потугамъ. Если расширенная вена лопнула, то надобно тотчасъ же на

мѣсто разрыва положить тампонъ, налитанный уксу-
сомъ, или какимъ либо растворомъ средствъ стяги-
вающихъ. Если же кровотеченіе, не смотря на это,
не останавливается, и если нѣтъ какихъ-нибудь осо-
бенныхъ противопоказаній, то надобно окончить роды
искусственно.

ГЛАВА 2.

О болѣзненныхъ состояніяхъ пищева- рительныхъ органовъ.

а) О тошнотѣ и рвотѣ беременныхъ.

§ 9.

Рвота весьма обыкновенное явленіе во время бе-
ременности; въ наибольшей части случаевъ она не
опасна, и проходитъ сама собою; иногда, однакоже,
она бываетъ такъ сильна и упорна, что угрожаетъ
беременной опасностію жизни, и, слѣдовательно, тре-
буетъ дѣятельнаго леченія. Рвота показывается въ
различные періоды беременности. Иногда она обна-
руживается въ самомъ началѣ ея, спустя нѣсколько
дней послѣ зачатія; а чаще появляется во второмъ
мѣсяцѣ беременности; иногдаже она начинается на

едьмомъ или осьмомъ мѣсяцѣ беременности. Время дня, въ которое показывается рвота, также весьма различно. Иногда беременную рветъ поутру, какъ только она встанетъ съ постели; иногда послѣ каждаго принятія пищи; въ рѣдкихъ случаяхъ рвота обнаруживается только вечеромъ. Въ наибольшей части случаевъ рвота продолжается только до конца третьяго или четвертаго мѣсяца беременности; рѣдко бываетъ, чтобы она продолжалась во все теченіе беременности. Извергаемое рвотою также бываетъ различно; иногда извергается ею пища въ неизмѣненномъ видѣ; иногда — слизисто-водянистая жидкость, съ примѣсью желчи и даже, крови. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, беременныя переносятъ рвоту легко, и тогда она не влечетъ за собою дурныхъ послѣдствій; но, иногда, рвота сопровождается сильною болью. Если она сильна, и повторяется часто, то слѣдствіемъ ея можетъ быть выкидышъ. Если все, введенное въ желудокъ, извергается рвотою, то беременная, въ слѣдствіе недостатка питанія, можетъ умереть. Dubois *) упоминаетъ десяти случаяхъ, видѣнныхъ имъ, гдѣ, въ слѣдствіе рвоты, беременныя умерли. Кромѣ его, многіе другіе писатели, наблюдавшіе надъ подобными явленіями, ут-

*) Gazette medicale. 1852. № 15.

верждають, что рвота беременныхъ оканчивалась смертію. Я также видѣлъ одинъ случай, гдѣ беременная умерла въ слѣдствіе рвоты, продолжавшейся постоянно въ теченіи первыхъ двухъ мѣсяцевъ беременности. Слѣдствіями сильной рвоты могутъ также быть слѣдующія явленія: кровотеченія, выпаденіе матки и влагалища, воспаленіе брюшныхъ внутренностей, грыжи, разрывъ матки и смерть младенца.

§ 10.

Причина рвоты у беременныхъ заключается преимущественно въ усиленной раздражительности желудка и кишекъ; брюшное полнокрівіе также можетъ условливать особенное расположеніе къ этому болѣзненному явленію; въ концѣ же беременности, рвота можетъ быть слѣдствіемъ механическаго давленія матки на желудокъ и кишки. Рвота, въ слѣдствіе первой изъ вышеприведенныхъ причинъ, показывается обыкновенно въ началѣ беременности, и рѣдко продолжается долѣе половины этой послѣдней. Женщины раздражительныя, истерическія, преимущественно бываютъ подвержены ей, и рвота возбуждается у нихъ всѣмъ, что можетъ усилить раздражительность желудка, такъ напр. употребленіемъ разгорячающихъ яствъ и напитковъ, неудобоваримой пищи, и душевными волненіями. Не-

пріятный запахъ, видъ отвратительныхъ предметовъ, и т. п. могутъ возбудить рвоту у такихъ беременныхъ. Неправильныя положенія матки, въ особенности косыя положенія ея, могутъ также быть причиною рвоты. Рвота, въ слѣдствіе брюшнаго полнокровія, встрѣчается, сравнительно, рѣже. Какъ ближайшія причины рвоты этаго рода, надобно разсматривать все то, что условливаетъ приливы крови къ брюшнымъ органамъ, а именно: употребленіе разгорячающей пищи и напитковъ, сидячій образъ жизни, упорные запоры, долгое стягиваніе живота и т. п. Рвота въ этихъ случаяхъ сопровождается болѣе или менѣе сильною болью, показывается обыкновенно вечеромъ, при чемъ извергается все содержимое въ желудкѣ. Рвота, въ слѣдствіе механическаго давленія со стороны матки на желудокъ и кишки, обыкновенно продолжается не долго. Она обнаруживается въ девятомъ мѣсяцѣ беременности; но въ десятомъ мѣсяцѣ, когда дно матки опускается нѣсколько ниже, она прекращается. Исключенія въ этомъ отношеніи встрѣчаются только въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ матка чрезмѣрно увеличена въ объемѣ.

§ 11.

Предсказаніе различно, смотря по причинамъ и

послѣдствіямъ рвоты. Рвота, замѣчаемая въ слѣдствіе усиленной раздражительности желудка, допускаетъ почти всегда предсказаніе хорошее; рвота, условливаемая брюшнымъ полнокровіемъ, хотя она иногда и бываетъ очень упорна, также не опасна. Предсказаніе зависитъ преимущественно отъ упорства рвоты; если все, введенное въ желудокъ, тотчасъ же извергается рвотою, которая при томъ долго не уступаетъ употребленнымъ противъ нея средствамъ, то предсказаніе дурно, и беременная легко можетъ умереть. Чѣмъ позже во время беременности показывается упорная рвота, и чѣмъ слабѣе тѣлосложеніе беременной, тѣмъ хуже предсказаніе.

§ 12.

При леченіи рвоты беременныхъ, надобно тщательно удалить все то, что могло бы подать поводъ къ ея появленію. Пища беременной должна быть легка и удобоварима; беременная должна лучше ѣсть чаще, но всякій разъ понемногу. Если рвота показывается въ извѣстные часы дня, то въ эти именно часы не должна ѣсть беременная. Пища вообще должна быть не горячая. Беременная должна особенно остерегаться душевныхъ волненій. Если замѣчаются признаки накопленія нечистотъ въ первыхъ путяхъ, то надобно

тъ слабительное, или, даже, рвотное. Если произойдет кислота въ желудкѣ, тогда надобно употребить средства алкалическія. Если желудокъ чистъ, то при леченіи рвоты надобно сообразоваться съ тѣмъ, какою именно рвотою страдаетъ беременная. При рвотѣ, въ слѣдствіе усиленной раздражительности желудка, надобно употреблять средства противусудорожныя и успокоивающія. Въ этихъ случаяхъ полезно употребленіе наливки простой и перечной мяты, мелиссы и померанцовыхъ цвѣтовъ, *Potion. Riveri*, шипучаго порошка, минеральныхъ водъ, содержащихъ угольную кислоту, зельтерской воды, средствъ наркотическихъ, въ особенности опиума, рвотнаго корня (*pecacuanha*) въ малыхъ приѣмахъ, бобровой струи (*castoreum*) и эфирныхъ маслъ. Препараты цинка и морфута также неоднократно оказывали помощь въ подобныхъ случаяхъ. Въ новѣйшее время совѣтовали употреблять съ этою же цѣлію креозотъ. Если же беременная не переноситъ употребленія средствъ внутреннихъ, то надобно прибѣгнуть къ употребленію наружныхъ, раздражающихъ кожу, и противусудорожныхъ. Съ этою цѣлію полезны втиранія эфирныхъ маслъ въ желудочную область, прикладываніе на нее ароматическихъ пластырей, или тряпочки, напитанной нафойкою опиума. Наркотическія средства, настойка

бобровой струи, янтарный спирт оленьяго рога (liq. cornu cervi succin.), могутъ быть также употреблены въ клистирахъ. При рвотѣ, въ слѣдствіе брюшнаго полнокровія, надобно пустить беременной кровь, или поставить пиявки; внутрь дать сначала слабительное, потомъ средства разрѣшающія, а на желудочную область положить шпанскую мушку. Употребленіе теплыхъ ваннъ также часто способствуетъ ослабленію рвоты. Если же, не взирая на употребленіе всѣхъ вышеисчисленныхъ средствъ, рвота упорно продолжается, а жизнь беременной, въ слѣдствіе истощенія силъ, находится въ большой опасности; то надобно произвести искусственные преждевременные роды, или даже искусственный выкидышъ. Въ заключеніе, вотъ нѣсколько испытанныхъ формулъ противъ рвоты беременныхъ, въ дѣйствительности которыхъ и мнѣ неоднократно удавалось удостовѣриться:

1. *Rp.* Extr. rad. Columbo

℥β

Aq. Melissae

℥ijj

Lapid. cancr. praep.

℥iβ

Syr. Papav. albi

℥j

M. D. S. Три раза въ день по столовой ложкѣ
принимать.

2. *Rp.* Pulv. rad. Ipecacuanhae

gr. viij

Sacch. albi

℥iv

M. f. D. Div. in viij part. aeq.

D. S. Черезъ часъ принимать по одному порошку.

3. *Rp.* Kali carbonici aciduli

gr. xv

Acidi tartarici

gr. x

Elaeosacch. citri

gr. v

M. f. P. Dent. tal. dos. 6.

D. S. Принимать черезъ 2 часа по одному по-
рошку, въ водѣ, во время шипѣнія.

4. *Rp.* Natri carbon. aciduli

℥ij

Acidi tartarici

℥j

Sacch. albi

℥℞

M. f. P. D. S. Черезъ часъ принимать по чайной
ложкѣ, въ водѣ, во время шипѣнія.

5. *Rp.* Magnes carbon.

℥ij

Acidi tartarici

℥^{ss}

Elaeosacch. citri

℥j

M. f. P. D. S. 4 раза въ день принимать по чайной ложкѣ, въ водѣ, во время шипѣнія.

6. *Rp.* Tinctur. Ambrae

℥j

— Aromat. acid.

℥ij

M. D. S. 4 раза въ день принимать по 25 капель.

7. *Rp.* Bismuthi nitr. praecipit.

gr. ij

Magnes carbon.

gr. jv

Elaeosacch. anisi

gr. viij

M. f. P. Dent. tal. dos. 8.

D. S. 4 раза въ день принимать по одному порошку.

8. *Rp.* Tinctur. opii crocat.

Aether. acetici

āa ℥j

Aq. destillat.

℥v

Syr. flor. Aurant.

℥j

нимать.

9. *Rp.* Tinctur. opii simplic.

$\tilde{a} a \tilde{3} j$

принимать.

10. *Rp.* Olei amygdal. dulc.

ut f. l. a. Emulsio cum

Ag. flo

3iii

Adde:

Opⁱi pulv.

gr. j

ложкѣ.

11. *Rp.* Pulv. rad. columbo

Əiv

Opīi puri

gr. jv

Ol. Menth. piper.

gutt. X.

Syrupi caryophyllor.

q. s. ut f. Pilulae № XXX

D. S. Три раза въ день принимать по 2 пилюли.

12. *Rp.* Tinctur. cort. Aurant.

З^р

— Castorei

З^{jj}

M. D. S. Четыре раза въ день принимать по 50 капель въ водѣ.

13. *Rp.* Creosoti

gutt. jv

Pulv. rad. Alth.

Aq. destillat. аа q. s. ut f. Pil.
20, ponder. gr. jj Consp. Lycopod.

D. S. Поутру и ввечеру принимать по одной пилюлѣ.

14. *Rp.* Ras. ligni quassiae

З^{jj}

Caryophyllor. pulv.

Э^j

Vini Malacensis

Э^j

Diger. et filtra.

D. S. Три раза въ день по столовой ложкѣ принимать.

15. *Rp.* Ol. hyosciami
— papav. albi
 ā a 3jβ
Liq. corn. cervi succin. 3i
Laud. liq. Sydenh. 3iii

M. D. S. Для втиранія въ желудочную область.

16. *Rp.* Ung. Althaeae
Ol. Hyosc. cocti
 ā a 3iii
Bals. Vitae 3jβ
Tinct. opii 3β

M. D. S. Три раза въ день втирать въ желудочную область.

17. *Rp.* Empl. de Galb. crocat. 3j
Camphorae
Ammoni. carbon. pyrcoleosi
 ā a 3β
Ol. Cajeputi gutt. XL

M. D. S. Намазать на лайку, и положить на желудочную область.

б) *О поносе и запоре беременных.*

§ 13.

Поносъ у беременныхъ появляется преимущественно въ началѣ беременности; онъ обыкновенно бываетъ нервного свойства, и зависитъ отъ симпатіи между маткою и кишечнымъ каналомъ. Если онъ замѣчается въ болѣе поздніе періоды беременности, то всегда бываетъ слѣдствіемъ накопленія нечистотъ въ первыхъ путяхъ, къ чему не рѣдко присоединяется и слабость пищеваренія вообще, бывшая или еще до беременности, или развившаяся въ теченіи этой послѣдней.

§ 14.

При поносе нервного свойства, хотя испражненія бываютъ весьма обильны и жидки, но аппетитъ больной остается хорошимъ; языкъ чистъ; сонъ покоенъ, и голова не болитъ. При поносе же, въ слѣдствіе накопленія нечистотъ въ первыхъ путяхъ, испражненія бываютъ болѣе густы, имѣютъ болѣе темный цвѣтъ и весьма дурной запахъ; аппетита нѣтъ, пищевареніе вообще совершается дурно; языкъ покрытъ бѣловатою слизью; больная жалуется на тяжесть головы и боль въ желудкѣ. Если поносъ обнаруживается въ слѣдствіе

слабости и усиленной раздражительности кишечного канала, то испражнения имѣютъ бѣловатый цвѣтъ, при чемъ пища извергается въ полупереваренномъ видѣ. При всѣхъ вышеисчисленныхъ видахъ поноса, у беременных лихорадочнаго состоянія не замѣчается.

§ 15.

Предсказаніе зависитъ отъ количества и частоты испражнений. Если испражнения сопровождаются сильными потугами (*tenesmus*), то предсказаніе неблагоприятно, потому что можетъ послѣдовать выкидышъ.

§ 16.

Если поносъ показывается въ началѣ беременности, и зависитъ единственно отъ симпатическаго раздраженія кишечнаго канала; то, при употребленіи средствъ противъ него, надобно быть очень осторожнымъ. Такъ какъ поносъ, обнаруживающійся въ это время, обыкновенно бываетъ не опасенъ и мало беспокоитъ беременную; то лучше предоставить дѣло природѣ, тѣмъ болѣе, что около половины беременности онъ обыкновенно прекращается самъ собою. Если поносъ сопровождается сильною болью въ кишкахъ, то надобно прибѣгнуть къ употребленію мягчительныхъ, противусудорожныхъ и наркотическихъ

клизировъ. Если беременная очень полнокровна, или страдаетъ геморроемъ, то полезно приставить пиявки къ заднему проходу. Если поносъ есть слѣдствіе накопленія нечистотъ въ первыхъ путяхъ, то леченіе должно быть совершенно иное. Здѣсь прежде всего должно стараться очистить отъ нихъ желудокъ и кишки, а потомъ позаботиться о томъ, чтобы укрѣпить пищеварительные органы. Для выполненія первой изъ этихъ двухъ индикаций, достаточно бываетъ иногда назначенія приличнаго діететическаго содержанія беременной. Она должна ѣсть меньше, нежели прежде, и употреблять пищу преимущественно слизистую и растительную, съ небольшою примѣсью мяса, если только она не чувствуетъ отвращенія къ нему, какъ это не рѣдко бываетъ. Умѣренное тѣлодвиженіе на чистомъ воздухѣ составляетъ въ этомъ случаѣ необходимое условіе для успѣшнаго леченія. Если же не взирая на приведеніе образа жизни беременной въ должный порядокъ, поносъ все таки продолжается; то надобно прибѣгнуть къ употребленію рвотныхъ и слабительныхъ средствъ, которыя одни только могутъ скоро очистить первые пути, и удалить причину, поддерживающую поносъ. При употребленіи слабительныхъ съ вышеозначенною цѣлію, надобно всегда выбирать между ними горькія, предпочтительно предъ

вѣми прочими. Очистивъ первые пути, надобно стараться укрѣпить ихъ употребленіемъ средствъ тоническихъ. Тутъ полезно употребленіе мясныхъ бульоновъ, горькихъ вытяжекъ, стараго вина и т. п. Если же поносъ замѣчается преизобилованіе кислоты въ желудкѣ, то надобно употребить средства щелочнистыя, въ соединеніи съ горькими. Если испражненія очень жидки, и имѣютъ весьма дурной запахъ, то надобно дать больной хинный отваръ, съ примѣсю нѣсколькихъ капель сѣрной кислоты, а для питья воду съ виномъ. При застарѣломъ поносѣ, причина котораго заключается въ слабости и усиленной раздражительности кишечнаго канала, особенно полезно употребленіе *Discordii*, какъ средства, соединяющаго въ себѣ вяжущія и наркотическія свойства. Снаружи, въ этихъ случаяхъ, надобно употреблять клистиры изъ отвара средствъ горькихъ, съ примѣсю 15—20 капель вырванной настойки опиума (*laudanum liquidum Sydenhami*). Укажемъ на формулы, наиболѣе полезныя противъ поноса беременныхъ:

1. *Rp.* Amygd. dulc. excort.
 Semin. papav. alb.
 āā ʒʒ
 Mucil. gum. Arab.
 ʒij

Aq. flor. sambuci.
 ℥xij

f. l. a emulsio

c. adde:

Syr. Papav. albi
 ℥j

M. D. S. 4 раза въ день принимать по пол-
 чашки чайной.

2. Rp. D̄ti Salep. (ex. ℥β parat.)
 ℥viii

Ammon. muriat.
 ℥j

Tinctur. Rhei aquos.
 ℥j

Laud. liquid. Sydenh.
 ℥j

Syr. Diacodii
 ℥j

M. D. S. Черезъ 2 часа принимать по столовой
 ложкѣ.

3. Rp. Cort. Cascarill.
 ℥ij

c. c. s. q. aq. font. ad
 ℥jv

Colatur. adde:

Spirit. nitr.-aether
 ℥j

Syr. flor. Aurant.
 ℥β

M. D. S. Черезъ 2 часа по столовой ложкѣ принимать.

4. *Rp.* Extr. Cascarill
 — Columbo
 а а 3β
 Aq. Menth. pip.
 uncias v
 Syr. cort. Aurant.
 3j

M. D. S. Черезъ 2 часа принимать по столовой ложкѣ.

5. *Rp.* Cort. Cascarill.
 gr. x
 Opii puri
 Rad. Ipecacuanh.
 gr. β

M. f. P. Dent. tal. dos. 6.

D. S. Три раза въ день принимать по одному порошку.

6. *Rp.* Rad. columbo
 3β
 c. c. aq. font.
 3x
 sub. fin. coction. adde:
 Cort. Cascarill.
 3ij
 Colatur. 3vj adde:

Tinct cort. Aurant.

℥ij

Syrup. cinnamoni

℥j

М. D. S. Черезъ часъ по столовой ложкѣ принимать.

§ 17.

Запоръ также не рѣдко бываетъ у беременныхъ, и замѣчается преимущественно у женщинъ желчнаго и меланхолическаго темперамента. Въ наибольшей части случаевъ, причина запора заключается въ давленіи, производимомъ маткою на кишки. Въ первыхъ мѣсяцахъ беременности запоръ особенно силенъ бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка имѣетъ неправильное положеніе, и именно гдѣ она загибается назадъ. Въ послѣдующіе же періоды беременности, и особенно въ концѣ ея, запоръ замѣчается почти всегда, и есть слѣдствіе механическаго давленія растянутой матки на кишки.

§ 18.

Запоръ продолжается болѣе или менѣе долгое время. Были примѣры, что беременныя въ 8, даже въ 20 дней имѣли только одно испражненіе, и что

то такъ продолжалось въ теченіи всей беременности. Самый калъ въ этихъ случаяхъ дѣлался такъ твердымъ, что для удаленія его надобно было прибѣгать къ помощи инструментовъ. Если запоръ длится долго, то больныя жалуются на ощущеніе жара во всемъ тѣлѣ и на сильную головную боль, которая препятствуетъ спать. Иногда, во время самаго испражненія, въ дѣйствиіе сильныхъ сокращеній мышцъ живота, начинаютъ сокращаться и мышцы матки, и наступаютъ преждевременные роды, или дѣлается выкидышъ.

§ 19.

Если у беременной замѣчается склонность къ запорнымъ запорамъ, то надобно стараться предотвратить ихъ приличною діетою. Беременная, въ этихъ случаяхъ, должна употреблять въ пищу преимущественно вещества растительныя, и выбирать изъ нихъ тѣ, которыя дѣйствуютъ разрѣшающимъ образомъ, какъ, напр.: щавель, огурцы, шпинатъ, различныя ягоды, виноградъ и т. п. Она можетъ ѣсть и мясо, но не иначе, какъ мясо молодыхъ животныхъ. Для нея полезно ей давать сыворотку, оршадъ, отваръ свѣжъ и т. п. Если же запоръ продолжается уже довольно долго, то надобно прибѣгнуть къ употребленію

легкихъ слабительныхъ средствъ и смягчительныхъ кли-
стировъ. Первыя могутъ быть удобно прописываемы
въ слѣдующихъ формулахъ:

1. *Rp.* Natri phosphor.
Зj

Elaeosacch. citri
Зj

M. D. S. Принять въ 2 приема.

2. *Rp.* Acid. tartar.

Эjj

Sacch. alb.

Зj

Aq. flor. Aurant.

З ij

Aeth. acetic.

Эß

Electuar. lenit.

Зvj

M. D. S. Черезъ часъ принимать по столовой
ложкѣ.

3. *Rp.* Tart. natronat.

Зj

Natri carbon. acidul.

Зij

Elaeosacch. foeniculi

Зß

M. f. P. D. S. Черезъ часъ принимать по чайной
ложкѣ.

ГЛАВА 3.

Объ опущеніи и выпаденіи матки.

§ 20.

Опущеніе и выпаденіе матки рѣдко образуются во время беременности, если не существовали еще до нея. Женщины, страдающія этими болѣзнями, рѣдко бываютъ беременными, потому что, въ слѣдствіе такихъ патологическихъ состояній, взаимныя отношенія различныхъ частей полового аппарата не рѣдко такъ измѣняются, что зачатіе дѣлается невозможнымъ. Если послѣ долговременнаго выпаденія матки, эта послѣдняя будетъ вправлена, приведена въ нормальное положеніе, то женщина все таки рѣдко дѣлается беременною; потому что въ этихъ случаяхъ почти всегда образуются въ маткѣ хроническіе завалы (infarctus) или гипертрофія, которые, въ свою очередь, служатъ важнымъ препятствіемъ къ зачатію.

§ 21.

Какъ причины предрасполагающія къ опущенію и выпаденію матки, надобно разсматривать слишкомъ

широкій тазъ и часто слѣдующіе одни за другими роды. Въ слѣдствіе этихъ послѣднихъ, влагалище, составляющее главную podporу матки, дѣлается все болѣе и болѣе широкимъ, верхняя часть его нѣсколько выворачивается, и этимъ условливается уже возможность опущенія матки во время беременности. Если, кромѣ того, въ этихъ случаяхъ, и тазъ представляется слишкомъ широкимъ, то матка, спустившись нѣсколько ниже, въ первыхъ мѣсяцахъ беременности легко можетъ загнуться назадъ. Во второй же половинѣ беременности, матка, если предлежитъ головка младенца, опускается во входъ и даже въ самую полость малого таза, и слѣдствіемъ этаго бываютъ различныя болѣзненные явленія, условливаемые давленіемъ матки на сосѣдственные органы. Сюда относятся: запоры, частое побужденіе къ испущенію мочи, или задержаніе ея, боли въ поясницѣ и бедрахъ, водянка нижнихъ конечностей, варикозныя расширенія венъ и т. п. Во время родовъ, при такомъ положеніи матки, теченіе перваго и втораго періода ихъ можетъ быть замедлено; расширеніе маточнаго устья можетъ совершаться неравномѣрно, что въ свою очередь можетъ подать поводъ къ происхожденію различныхъ неприятныхъ явленій, каковы на пр. выпаденіе ручки мимо головки, выпаденіе пуповины и т. п.

§ 22.

При опущеніи и выпаденіи матки, во время беременности, могутъ встрѣтиться три различныхъ состоянія. Если женщина до наступленія беременности уже страдала опущеніемъ матки, то эта послѣдняя, в теченіи первыхъ трехъ мѣсяцевъ беременности, обыкновенно остается въ этомъ ненормальномъ положеніи; но потомъ, увеличиваясь постепенно въ объемѣ, она не находитъ для себя достаточнаго мѣста въ полости малаго таза, поднимается вверхъ, становится въ входомъ въ малый тазъ, и въ теченіи всѣхъ послѣднихъ періодовъ беременности остается уже неизмѣнно въ положеніи нормальномъ. Въ этихъ случаяхъ, всѣ явленія, бывшія слѣдствіемъ опущенія матки, исчезаютъ, и беременная чувствуетъ себя совершенно хорошо. Если же матка, въ вышеупомянутомъ періодѣ беременности, не поднимается вверхъ, то она ущемляется въ полости малаго таза, и тогда показываются признаки сильнаго давленія со стороны ея на шейку мочевого пузыря и прямую кишку. Ущемленная такимъ образомъ матка, удлиняется обыкновенно одинаково въ обоихъ направленіяхъ, и вверхъ и внизъ; шейка ея значительно припухаетъ, и иногда доходитъ до наружныхъ дѣтородныхъ частей. Обыкновеннымъ слѣдствіемъ такого ущемленія матки бываетъ выкидышъ.

Наконецъ, бываетъ иногда, что матка, въ первыхъ мѣсяцахъ беременности, частію или совсѣмъ выходитъ изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей. Въ наибольшей части подобныхъ случаевъ дѣлается выкидышъ; были, однакоже, и такіе примѣры, гдѣ беременность продолжалась полные десять мѣсяцевъ, не смотря на то, что матка выступила совершенно изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей.

§ 23.

Предсказаніе вообще довольно неблагоприятно; во время беременности, слѣдствіемъ ненормальнаго положенія матки можетъ быть задержаніе мочи и кала, выкидышъ, ущемленіе и воспаленіе матки. Окончаніе родовъ можетъ быть замедлено, и нижняя часть матки можетъ ущемиться между подлежащею частію младенца и стѣнками малаго таза, воспалиться, и, даже, перейти въ омертвѣніе. Предсказаніе зависитъ преимущественно отъ степени выпаденія матки. Если большая часть ея находится внѣ наружныхъ дѣтородныхъ частей, то роженица помогать потугамъ уже не можетъ, и роды въ этомъ случаѣ очень рѣдко оканчиваются однѣми силами природы.

§ 24.

Если матка выпадаетъ во время беременности,

ми даже въ теченіи самыхъ родовъ, то надобно немедленно приступить къ ея вправленію. Больной надобно вѣлѣть лечь горизонтально на постель, подложить подъ ея тазъ подушку, и потомъ легкимъ давленіемъ пальцевъ руки на выпавшую матку, ириподнимать эту послѣднюю въ направленіи оси таза, пока она не придетъ въ нормальное положеніе. Если бы не удалось вправить матку при горизонтальномъ положеніи больной, то надобно вѣлѣть этой послѣдней лечь на колѣна и локти, и попробовать произвести вправленіе въ такомъ положеніи, которое представляетъ въ этомъ случаѣ ту выгоду, что матка сама собою поднимается нѣсколько выше, и гораздо легче поддается напору руки, производящей вправленіе. Держать матку въ данномъ ей положеніи несравненно труднѣе, нежели вправить ее. Лучшее средство для достиженія этой цѣли составляетъ горизонтальное положеніе больной, которое она должна сохранять постоянно, до самаго наступленія родовъ. Если же, по какой бы то ни было причинѣ, больная не можетъ постоянно лежать въ постелѣ, и если матка опять выпадаетъ; то надобно стараться, по крайней мѣрѣ, при помощи приличной повязки защитить выпавшую матку отъ вреднаго вліянія внѣшняго воздуха. Въ введеніи маточныхъ вѣнцевъ во влагалище тутъ

нельзя ожидать пользы, потому что они не въ состояніи удержать матку по причинѣ ея тяжести. Если опустившаяся матка такъ сильно давить на шейку мочевого пузыря, что испущеніе мочи дѣлается весьма труднымъ, или даже невозможнымъ; то надобно выпустить мочу катетеромъ. При выпаденіи матки во время самыхъ родовъ, вправленіе ея только тогда бываетъ легко, когда потуги не сильны, маточное устье еще не открыто, выходъ таза довольно широкъ, и подлежащая часть младенца не объемиста. Вправивши матку, надобно велѣть роженицѣ продолжать лежать горизонтально, съ нѣскольکو приподнятымъ тазомъ, для предотвращенія вторичнаго выпаденія матки. Когда же маточное устье расширится на столько, чтобы можно было пройти сквозь него рукою; тогда надобно сдѣлать поворотъ младенца на ножки, и потомъ извлечь его. Если же, въ слѣдствіе сильныхъ сокращеній матки, эта послѣдняя опускается внизъ, вмѣстѣ съ подлежащею частью младенца, и угрожаетъ выйти изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей; то, для предотвращенія этого, надобно наложить на наружныя дѣтородныя части полотенце, въ которомъ должно быть отверстіе, но только такой величины, чтобы подлежащая часть младенца могла пройти сквозь него; концы этаго полотенца должна держать одна

въ женщинъ, окружающихъ роженицу. Если бы, въ слѣдствіе вліянія вѣшняго воздуха на нижнюю часть матки, маточное устье представлялось отвердѣвшимъ, и если бы оно не расширялось, не взирая на достаточно сильныя потуги, то надобно ввести въ него палецъ или нѣсколько пальцевъ, и осторожно расширить его. А если бы не удалось расширить пальцами маточное устье, тогда должно надрѣзать его въ различныхъ направленіяхъ. Если же вправленіе матки не удается, а подлежащая часть младенца уже глубоко опустилась въ полости таза; то надобно наложить щипцы. По выхожденіи младенца на свѣтъ, отнюдь не должно тянуть за пуповину, и спѣшить удалять младенца; потому что слѣдствіемъ этаго легко можетъ быть совершенное выпаденіе матки. Родильница долже обыкновеннаго должна оставаться въ постелѣ, не менѣе нѣдѣль.

ГЛАВА 4.

О кровотеченіяхъ беременныхъ.

§ 25.

Кровотеченія изъ дѣтородныхъ частей, во время беременности, бываютъ слѣдствіемъ различныхъ при-

чинъ, а именно: продолжающагося мѣсячнаго очищенія, разрыва сосудовъ отпадающей оболочки яйца, разрыва варикознаго расширенія венъ, разрыва пуповины и отдѣленія части дѣтскаго мѣста отъ стѣнки матки. Кровотеченіе можетъ быть при этомъ или *наружнымъ*, или *внутреннимъ*. *Наружнымъ* называется оно тогда, когда кровь свободно изливается изъ дѣтородныхъ частей; *внутреннимъ* — напротивъ, тогда, когда отдѣляющаяся кровь, встрѣтивъ препятствія для своего изліянія, накапливается въ полости матки.

§ 26.

Строго говоря, нельзя назвать кровотеченіемъ того продолженія мѣсячнаго очищенія, которое бываетъ, иногда, въ первые мѣсяцы беременности. Это есть не что иное, какъ продолженіе фізіологическаго отправленія, которое, въ наибольшей части случаевъ, прекращается съ наступленіемъ беременности. Но такъ какъ въ теченіи первыхъ мѣсяцевъ беременности, могутъ показаться изліянія крови изъ дѣтородныхъ частей въ слѣдствіе причинъ патологическихъ; то надобно знать, какими именно признаками отличается отъ нихъ продолжающееся мѣсячное очищеніе. Мѣсячное очищеніе и во время беременности сохраняетъ свой обыкновенный правильный типъ; теченіе

беременности, въ слѣдствіе его появленія, нисколько не нарушается; оно сопровождается тѣми же индивидуальными явленіями, которыми сопровождалось и до беременности; кровь, отдѣляющаяся при этомъ, имѣетъ всѣ качества крови менструальной, и, наконецъ, самому появленію крови не предшествуетъ ничего такого, что могло бы вызвать патологическое кровотечение.

§ 27.

Кровотеченія, въ слѣдствіе разрыва кровеносныхъ сосудовъ отпадающей оболочки, встрѣчаются только въ теченіи первыхъ трехъ мѣсяцевъ беременности, когда не образовалось еще соединеніе яйца съ маткою чрезъ посредство послѣда. Когда дѣтское мѣсто достигаетъ своего полного развитія, тогда сосуды, поднимающіе наружную поверхность кожистой оболочки, за исключеніемъ тѣхъ, которые соотвѣтствуютъ послѣду, уничтожаются, и кровотеченіе такого рода становится не возможнымъ. Если же кровотеченіе происходитъ именно во время самаго образованія дѣтскаго мѣста, то случается иногда, что оно зависитъ отъ двухъ причинъ, а именно: отъ разрыва сосудовъ отпадающей оболочки, и отъ разрыва сосудовъ, соединяющихъ дѣтское мѣсто съ маткою. Всякое болѣе

или менѣе обильное кровотеченіе, случающееся въ теченіи первыхъ трехъ мѣсяцевъ беременности, почти всегда влечетъ за собою смерть зародыша и выкидышъ; иногда же, въ рѣдкихъ случаяхъ, яйцо не извергается изъ матки, а превращается въ заносъ (mola). Кровотеченіе при этомъ всегда бываетъ наружнымъ, потому что излившаяся кровь обыкновенно покрываетъ всю поверхность яйца, разрушаетъ слабую связь этого послѣдняго съ маткою, и, проложивъ себѣ такимъ образомъ путь къ внутреннему маточному устью, изливается наружу. Изліяніе крови наружу не всегда слѣдуетъ непосредственно за разрывомъ сосудовъ; но внезапное увеличеніе объема матки, въ слѣдствіе упомянутаго изліянія крови, возбуждаетъ въ этомъ органѣ сокращенія, которыя, въ свою очередь, производятъ разрывы сосудовъ на большемъ протяженіи, и, слѣдовательно, еще болѣе сильное изліяніе крови, которая, наконецъ, вытекаетъ изъ матки. Переходъ излившейся крови изъ полости матки въ полость влагалища, въ этихъ случаяхъ, значительно облегчается тѣмъ, что, съ наступленіемъ неизбѣжно слѣдующаго за тѣмъ выкидыша, расширяется каналъ маточной шейки.

§ 28.

Причина этого рода кровотеченій заключается въ

переполненіи кровью сосудовъ отпадающей оболочки матки, преждевременныхъ сокращеніяхъ этой по-мѣдней, и въ травматическихъ вліяніяхъ, подѣйствовавшихъ на матку. Сосуды отпадающей оболочки, поддерживающіе питаніе яйца въ теченіи первыхъ трехъ мѣсяцевъ беременности, по тонкости своихъ стѣнокъ, не въ состояніи противиться сильному напору на нихъ изнутри; а потому, если къ нимъ постоянно приливаетъ большое количество крови, или внезапно дѣлается переполненіе ихъ кровью, они легко разрываются. Всякій сильный приливъ крови къ маткѣ, въ послѣдствіе какой бы причины онъ не произошелъ, можетъ подать поводъ къ такому разрыву сосудовъ. Приливы крови къ маткѣ условливаются общимъ полнокровіемъ беременной, острыми болѣзнями, діететическими погрѣшностями, неправильными положеніями матки и употребленіемъ abortивныхъ средствъ. У женщинъ полнокровныхъ, у которыхъ всѣ кровеносные сосуды содержатъ въ себѣ большое количество крови, при самомъ незначительномъ приливѣ крови къ маткѣ, легко можетъ сдѣлаться разрывъ сосудовъ. На этомъ основаніи, женщины полнокровныя всегда бываютъ менѣе расположены къ выкидышамъ, которые случаются у нихъ почти всегда въ тѣ именно дни, когда должно было бы быть мѣсячное очищеніе, если бы они не

были беременными. У такихъ женщинъ самыя незначительныя травматическія вліянія могутъ произвести разрывъ сосудовъ въ маткѣ. Всѣ острые болѣзненные процессы, сопровождаемые сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, усиливаютъ приливы крови къ маткѣ, и, ускоряя кровообращеніе въ ея сосудахъ, легко могутъ подать поводъ къ разрыву тонкихъ сосудовъ, соединяющихъ яйцо съ маткою. Къ числу діететическихъ погрѣшностей, могущихъ произвести приливы крови къ маткѣ, надобно отнести: слишкомъ частое совокупленіе, неумѣренное употребленіе теплыхъ ваннъ и спиртуозныхъ напитковъ, прикладываніе раздражающихъ средствъ на нижнія конечности и около наружныхъ дѣтородныхъ частей, и т. п. Между неправильными положеніями матки, выпаденіе и загибаніе ея назадъ въ особенности способствуютъ переполненію матки кровью; потому что при этихъ уклоненіяхъ отъ правильнаго положенія матки, ея сосуды и сосуды таза подвергаются болѣе или менѣе сильному давленію, въ слѣдствіе котораго кровообращеніе въ венахъ маточной мякоти становится менѣе свободнымъ, и образуются застои крови. Употребленіе abortивныхъ средствъ также почти всегда влечетъ за собою значительныя приливы крови къ маткѣ.

§ 29.

Травматическія вліянія, какъ уже было сказано выше, могутъ произвести кровотеченія изъ матки. Сюда относятся: толчекъ въ животъ, паденіе на него, и всѣ вообще сильныя потрясенія тѣла, въ слѣдствіе которыхъ непосредственно можетъ слѣяться отдѣленіе части послѣда отъ стѣнки матки, или разрывъ сосудовъ отпадающей оболочки, съ изліяніемъ крови. Въ другихъ же случаяхъ, травматическія вліянія производятъ первоначально гиперемію матки, которая потомъ, въ послѣдствіи, производитъ разрывъ сосудовъ и кровотеченіе. Если большая часть яйца отдѣляется отъ стѣнки матки, то изъ разорванныхъ сосудовъ изливается въ полость матки большое количество крови, которая вскорѣ пролагаетъ себѣ дорогу въ полость влагалища. Иногда, въ слѣдъ за механическимъ напѣніемъ, подѣйствовавшимъ на матку, изливается значительное количество крови изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей беременной, бывшей дотолѣ совершенно безкровною. Иногда, напротивъ, сначала показывается только нѣсколько капель крови, а потомъ уже кровотеченіе усиливается. Послѣ появленія кровотечения, теченіи нѣсколькихъ часовъ, не замѣтно бываетъ сокращеній матки; но потомъ, когда часть излившейся крови сосудовъ крови, оставаясь въ маткѣ и сгущаясь,

начинаетъ производить быстрое увеличеніе объема этаго органа, показываются все болѣе и болѣе сильныя сокращенія матки, которыми яйцо наконецъ извергается вонъ.

§ 30.

Кровотеченія, въ слѣдствіе разрыва варикознаго расширенія венъ, во время беременности встрѣчаются рѣдко; гораздо чаще случаются они во время самыхъ родовъ. Они принадлежатъ къ числу самыхъ опасныхъ явленій; потому что кровь въ этихъ случаяхъ не рѣдко изливается съ такою быстротою, и въ такомъ количествѣ, что беременная можетъ потерять въ теченіи получаса 5 — 6 фунтовъ крови. Разрывы варикозныхъ расширеній венъ большихъ дѣтородныхъ губъ и влагалища всегда гораздо опаснѣе, нежели разрывы этихъ расширеній въ самой полости матки; потому что, въ этомъ послѣднемъ случаѣ, матка, сокращаясь, можетъ сдавить разорванную вену, и тѣмъ умѣрить силу кровотеченія. Если беременная страдала варикозными расширеніями венъ наружныхъ дѣтородныхъ частей (при чемъ эти послѣднія представляются припухшими и бугроватыми), и если, съ появленіемъ кровотеченія, опухоль наружныхъ дѣтородныхъ частей совершенно уничтожается, и онѣ зна-

тельно уменьшаются въ объемѣ; то можно уже предположить, что мы имѣемъ дѣло съ изліяніемъ крови, въ слѣдствіе разрыва вены. Это предположеніе ставится правдоподобнымъ, если мы, при внутреннемъ изслѣдованіи, находимъ маточное устье закрытымъ, и если изливающаяся кровь имѣетъ темный цвѣтъ. Если разрывается вена въ нижней части влагалища, то можно сказать, иногда, раздвинувши большія дѣтородныя губы, видѣть разорванную вену. Къ причинамъ, могущимъ произвести разрывъ варикознаго расширенія вены во время беременности, надобно отнести всѣ патетическія вліянія, подѣйствовавшія непосредственно на наружныя дѣтородныя части, каковы на ударъ по нимъ, паденіе на задницу, всѣ сильныя потрясенія тѣла, и поднятіе большихъ тяжестей. Разрывъ варикознаго расширенія вены во влагалищѣ можетъ образоваться равнымъ образомъ въ слѣдствіе совокупленія, и были примѣры, что такіе разрывы случались именно во время самаго совокупленія, происшедшаго въ концѣ беременности, и что за ними слѣдовало смертельное кровотеченіе.

§ 31.

Разрывъ пуповины во время беременности принадлежитъ къ числу явленій весьма рѣдкихъ. Къ при-

чинамъ такого разрыва надобно отнести: чрезмѣрную короткость пуповины, обвитіе ея около членовъ младенца, органическія болѣзни сосудовъ, ея составляющихъ, вѣшнія насилія и сильныя потрясенія тѣла. Вслѣдъ за разрывомъ, изъ обоихъ концевъ разорванной пуповины изливается кровь въ полость яйца. Кровотеченіе остается тогда внутреннимъ до тѣхъ поръ, пока оболочки яйца цѣлы. Распознаваніе такого разрыва невозможно до рожденія младенца на свѣтъ. Можно только предположить, что мы имѣемъ передъ собою внутреннее кровотеченіе, если вдругъ показываются явленія, обыкновенно сопровождающія большія потери крови, каковы: общая слабость, быстрый упадокъ пульса, обморокъ, потемнѣніе зрѣнія, звонъ въ ушахъ и т. п. По мѣрѣ того какъ кровь изливается въ полость яйца, матка быстро увеличивается въ объемъ, и потомъ вскорѣ начинаетъ сокращаться. Когда, въ слѣдствіе сокращеній ея, разрываются оболочки яйца; тогда вмѣстѣ съ родовыми водами изливается и кровь, накопившаяся въ полости яйца. Кровотеченіе, въ слѣдствіе разрыва пуповины, сопряжено съ величайшею опасностію, и при этомъ погибаютъ почти всегда и мать и младенецъ.

§ 32.

Кровотеченія, въ слѣдствіе отдѣленія части послѣда отъ стѣнки матки, могутъ показаться во всѣ періоды беременности, начиная съ четвертаго мѣсяца н. Всѣ тѣ причины, которыя условливаютъ разрывъ сосудовъ отпадающей оболочки, и о которыхъ сказано уже было выше, могутъ произвести и отдѣленіе части послѣда отъ стѣнки матки. Сюда же удобно отнести прикрѣпленіе послѣда къ нижней части матки — состояніе, извѣстное подъ именемъ предлежанія послѣда (*placenta praevia*). Объ этой послѣдней причинѣ будетъ упомянуто подробнѣе ниже, въ главѣ о предлежаніи дѣтскаго мѣста; здѣсь же будетъ рѣчь только о кровотеченіяхъ, въ слѣдствіе отдѣленія части послѣда отъ стѣнки матки въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ прикрѣпленъ правильно т. е. около верха матки. Такія кровотеченія показываются или внезапно, какъ то бываетъ послѣ сильныхъ потрясеній тѣла, или постепенно; въ послѣднемъ случаѣ имъ обыкновенно предшествуютъ нѣкоторыя явленія, которыя служатъ предвѣстниками этого болѣзненнаго состоянія. Къ такимъ явленіямъ относятся: лихорадочное состояніе, признаки общаго и мѣстнаго полнокровія и приливовъ крови къ маткѣ; ощущеніе тяжести, жара

и боли въ нижней части живота; тягучая боль въ бедрахъ, и возвышеніе температуры наружныхъ дѣтородныхъ частей. Потомъ показывается кровь изъ дѣтородныхъ частей въ большемъ или меньшемъ количествѣ, смотря потому, можетъ-ли она свободно проникать сквозь маточное устье, или нѣтъ. Цвѣтъ крови бываетъ или красный, или темный, и въ этомъ послѣднемъ случаѣ выходятъ и сгустки крови. Кровотеченія эти, какъ слѣдствія причинъ динамическихъ, чаще показываются именно въ тѣ дни, когда должно было-бы быть мѣсячное очищеніе, еслибы женщина не была беременна.

При отдѣленіи части послѣда отъ стѣнки матки, могутъ разорваться или нѣсколько сосудовъ вдругъ, или одинъ большаго калибра, и тогда кровотеченіе можетъ быть до того сильно, что если не будетъ подана немедленно надлежащая помощь, то беременная скоро можетъ умереть. Если значительная часть послѣда отдѣляется отъ стѣнки матки, то выкидышъ неизбеженъ, и чѣмъ скорѣе онъ совершается, тѣмъ лучше; потому что матка только по опорожненіи своемъ можетъ сократиться такъ сильно, чтобы сдвинуть разорванные сосуды, и тѣмъ остановить изліяніе крови. Если же только весьма незначительная часть дѣтскаго мѣста отрывается отъ стѣнки матки, то кро-

Кровотечение не рѣдко бываетъ необильно и непродолжительно, и беременность можетъ остаться ненарушенной. Кровотечение останавливается тогда въ слѣдствіе того, что разорванные сосуды сокращаются, вдаются въ мякоть матки, и на концахъ ихъ образуются сгустки крови, ихъ запирающіе. Оторванная часть дѣтскаго мѣста можетъ опять соединиться съ соответствующею ей стѣнкою матки; но прежнее соединеніе ихъ между собою, т. е. посредствомъ сосудовъ, возстановиться уже не можетъ. Способъ соединенія оторванной части дѣтскаго мѣста съ маткою, въ большей части случаевъ, бываетъ таковой, когда излившаяся кровь, помѣстившись между ними, свертывается, и образуетъ первоначально только слабую связь; потомъ жидкія части крови постепенно всасываются, а оставшійся фибринъ крѣпче и крѣпче связываетъ оторванную часть дѣтскаго мѣста съ маткою. Такого рода соединеніе бываетъ иногда такъ крѣпко, что, во время родовъ, для уничтоженія его, недостаточно бываетъ однихъ сокращеній матки, и это можетъ подать поводъ къ появленію кровотечения въ послѣдній періодъ родовъ. При отдѣленіи части послѣда отъ стѣнки матки, кровотечение можетъ быть или наружнымъ, или внутреннимъ. Кровь только въ первомъ случаѣ можетъ свободно изливаться наружу,

если который — либо край дѣтскаго мѣста отдѣлился отъ матки. Но иногда бываетъ, что только середина послѣда отрывается отъ матки, а края его вездѣ находятся въ нормальномъ съ нею соединеніи. Въ такомъ случаѣ, изливающаяся изъ разорванныхъ сосудовъ кровь, не имѣя возможности проложить себѣ путь къ маточному устью, накапливается между дѣтскимъ мѣстомъ и соотвѣтствующею ему частію внутренней поверхности матки. Такія накопленія крови достигаютъ иногда огромныхъ размѣровъ, вмѣщаютъ въ себѣ 4—5 фунтовъ крови. Излившаяся кровь проникаетъ иногда въ самую мякоть послѣда, инфильтрируетъ его, и образуется состояніе, извѣстное подъ именемъ *апоплексіи дѣтскаго мѣста*. Такое внутреннее кровотеченіе въ высшей степени опасно, какъ потому, что беременная въ короткое время теряетъ большое количество крови, такъ и потому, что распознаваніе его весьма трудно. При такомъ внутреннемъ кровотеченіи, животъ беременной быстро увеличивается въ объемѣ, заостряется, и матка на ощупь представляется гораздо болѣе мягкой, нежели была до того времени. Пропорціонально съ увеличеніемъ объема матки, силы беременной падаютъ болѣе и болѣе, показываются обмороки, конвульсіи, и больная наконецъ умираетъ.

§ 33.

Предсказаніе при кровотеченіяхъ во время беременности различно, смотря по причинамъ, его производившимъ, по силѣ кровотеченія и его продолжительности, и по тѣлосложенію беременной. Кровотеченіе, въ слѣдствіе продолжающагося мѣсячнаго очищенія, не опасно, и всегда прекращается само собою. Если причина кровотеченія заключается въ разрывѣ сосудовъ отпадающей оболочки, то предсказаніе не дурно, какъ потому, что кровотеченіе скоро тутъ бываетъ сильно, такъ и потому, что въ слѣдствіе этого бываетъ выкидышъ, послѣ котораго кровотеченіе скоро прекращается. При разрывѣ варикознаго расширенія вены во влагалищѣ, или на наружныхъ дѣтородныхъ частяхъ, кровотеченіе, хотя оно и можетъ быть очень сильно, допускаетъ предсказаніе хорошее; потому что тутъ легко можно найти мѣсто, отдѣляющее кровь, и остановить ея изліяніе дѣйствіемъ средствъ механическихъ. При разрывѣ пуповины предсказаніе вообще дурно; въ истинности же оно зависитъ отъ того, скоро-ли будетъ узнана причина кровотеченія, и скоро-ли будетъ оказана надлежащая помощь. При кровотеченіяхъ, въ слѣдствіе отдѣленія части послѣда отъ стѣнки матки,

предсказаніе преимущественно зависитъ отъ того, на какомъ протяженіи дѣтское мѣсто оторвалось отъ матки. Если оторвалась только не значительная часть послѣда, то предсказаніе, въ отношеніи къ дальнѣйшему теченію беременности, въ большей части случаевъ, хорошо; потому что, какъ уже сказано было выше, не рѣдко бываетъ, что оторванная часть дѣтскаго мѣста опять срастается съ маткою, и кровотеченіе останавливается само собою. Но въ отношеніи къ предстоящимъ родамъ, предсказаніе въ этихъ случаяхъ нехорошо; потому что оторванная часть послѣда соединяется слишкомъ крѣпко съ маткою, и слѣдствіемъ этого не рѣдко бываютъ опасныя кровотечения въ пятомъ періодѣ родовъ. Если же значительная часть дѣтскаго мѣста отдѣляется отъ матки, то предсказаніе всегда дурно; потому что, кромѣ большой потери крови, плодъ всегда извергается изъ матки. При отдѣленіи значительной части послѣда отъ стѣнки матки, предсказаніе всегда лучше тамъ, гдѣ отрывается и край его, нежели тамъ, гдѣ края его вездѣ остаются соединенными съ маткою, а отрывается одна только середина его; потому что въ первомъ случаѣ кровотеченіе будетъ наружнымъ, и мы имѣемъ возможность оцѣнить его силу и опасность, и тотчасъ же подать надлежащую помощь;

во второмъ же случаѣ, кровотеченіе можетъ достигнуть огромныхъ размѣровъ прежде, нежели будетъ открыта настоящая его причина. Чѣмъ быстрѣе изливается кровь, тѣмъ хуже предсказаніе. Продолжительное кровотеченіе, если только при этомъ кровь изливается понемногу, далеко не такъ опасно. Тѣлосложеніе больной имѣетъ большое вліяніе на предсказаніе. Женщины тѣлосложенія крѣпкаго, полнокровныя, всегда лучше переносятъ кровотечения, нежели женщины тѣлосложенія слабаго. У этихъ послѣднихъ, если даже и удастся скоро остановить кровотеченіе, не рѣдко образуются послѣдовательныя болѣзни. Періодъ беременности, въ теченіе котораго показалось кровотеченіе, имѣетъ мало вліянія на предсказаніе. Хотя, а ргіогі, и надобно было бы допустить, что чѣмъ позднѣе въ теченіе беременности показывается кровотеченіе, тѣмъ хуже должно быть предсказаніе; потому что, по мѣрѣ приближенія беременности къ своему правильному концу, сосуды матки развиваются все болѣе и болѣе, и, слѣдовательно, могутъ въ короткое время излить большое количество крови; но съ другой стороны, это уравновѣшивается тѣмъ, что чѣмъ ближе беременность къ своему правильному окончанію, тѣмъ больше развита въ маткѣ способность сокращаться, и она, го-

вора сравнительно, гораздо скорѣе можетъ извергнуть изъ себя плодъ, сдавить сокращеніями своими отверстія разорванныхъ сосудовъ, и тѣмъ остановить кровотеченіе. Для младенца предсказаніе всегда болѣе или менѣе дурно. Только при тѣхъ кровотеченияхъ, которыя суть не что иное, какъ продолжающееся мѣсячное очищеніе, если они не очень обильны, жизнь его не подвергается опасности; при всѣхъ же остальныхъ видахъ кровотеченія, предсказаніе для него нехорошо. Опасность для младенца условливается не одною только потерей крови изъ матки и, слѣдовательно, ослабленіемъ его питанія; здѣсь должно принять въ соображеніе еще и другое обстоятельство, именно то, что причины, производящія кровотечения во время беременности, въ то же время не рѣдко вызываютъ и сокращенія матки, которая часто извергаетъ изъ себя младенца въ такой періодъ беременности, когда онъ, будучи отдѣленъ отъ матери, не можетъ еще продолжать жить самостоятельно. При разрывѣ пуповины предсказаніе для младенца всегда очень дурно; потому что, при трудности распознаванія этаго состоянія, помощь съ нашей стороны всегда опоздаетъ. При отдѣленіи незначительной части послѣда отъ стѣнки матки, предсказаніе для младенца въ томъ только отношеніи будетъ хо-

рошо, что теченіе беременности иногда не нарушается этимъ, (какъ сказано было выше), и онъ можетъ родиться доношеннымъ. Но во всякомъ случаѣ, такъ какъ оторванная часть послѣда дѣлается уже негодною для его питанія, онъ, въ слѣдствіе уменьшенія этаго послѣдняго, можетъ родиться слабымъ. При отдѣленіи значительной части дѣтскаго мѣста отъ матки, предсказаніе для младенца всегда неблагоприятно, по причинѣ большой потери крови, которой при этомъ подвергается беременная.

§ 34.

При леченіи кровотеченій беременныхъ, надобно имѣть въ виду три индикации: 1) остановить кровотеченіе, 2) предотвратить вторичное появленіе его, и довести беременность до правильнаго конца ея, и 3) если не возможно остановить кровотеченіе, и если оно угрожаетъ дѣйствительною опасностію жизни беременной, то содѣйствовать употребленіемъ внутреннихъ и наружныхъ средствъ скорѣйшему опорожненію матки, съ цѣлю доставить ей возможность сильно сократиться, и тѣмъ остановить изліяніе крови. При леченіи кровотеченій во время беременности, въ слѣдствіе какой бы причины они не произошли, совер-

шенное спокойствіе духа и тѣла беременной составляетъ необходимое условіе для успѣшнаго леченія. При первыхъ признакахъ кровотеченія, надобно тотчасъ же велѣть беременной лечь въ постель, и лежать на ней горизонтально, на спинѣ, съ сложенными ногами. Постель должна состоять изъ матраца, покрытаго кожею; беременная должна быть весьма легко покрыта. Воздухъ въ комнатѣ ея долженъ быть свѣжъ и прохладенъ; діета ея должна быть мало питательная и болѣе растительная. Для питья надобно дать беременной растворъ кремортартара (чайную ложку кремортартара на стаканъ воды); отправленія кишечнаго канала должны быть правильны; а если нѣтъ испражнений на низъ, то велѣть поставить промывательное, или дать столовую ложку клещевинаго масла (*ol. ricini*). При незначительной степени кровотеченія, для прекращенія его бываетъ достаточно одного вышеупомянутаго діететическаго содержанія беременной. Если причина кровотеченія заключается въ продолжающемся мѣсячномъ очищеніи, то не должно предпринимать ничего такого, что могло бы его остановить; надобно только предписать беременной покойное и прохладное содержаніе. Если причина кровотеченія заключается въ разрывѣ одной части сосудовъ отпадающей оболочки, то надобно

прибѣгнуть къ употребленію средствъ стягивающихъ, а именно квасцовъ (*Rp. Aluminis crudi ℥j. Solve in Aq. menth. pip. ℥j. adde: Tinct. Cinnamomi ℥j, Syrup. Diacod. ℥j. M. D. S.* Черезъ 2 часа принимать по столовой ложкѣ), сѣрноокислаго цинка (*zincum sulfuricum*) по 2 грана на приѣмъ, 4 раза въ день, настойки соленоокислаго желѣза (*Tinct. ferri muriatici oxydulati*), отъ 15 до 25 капель на приѣмъ, 4 раза въ день. Прибавленіе коричневой настойки и опиума къ вышеупомянутымъ средствамъ всегда усиливаетъ ихъ дѣйствіе. Само собою разумѣется, что употребленіе средствъ стягивающихъ дозволяется только тамъ, гдѣ нѣтъ засоренія въ первыхъ путяхъ; въ этомъ послѣднемъ случаѣ, употребленію средствъ стягивающихъ надобно предпослать слабительное, и только тогда начать давать средства стягивающія, когда послѣдуетъ нѣсколько испражнений на низъ. Снаружи полезно употребленіе клистира изъ раствора 15 — 20 гранъ уксусокислаго свинца (*Plumbum aceticum*) въ ℥vj. воды. Если больная полнокровна, и если кровотеченіе сопровождается лихорадочныхъ состояніемъ, то полезно употребленіе наперсточной травы съ фосфорною кислотою (*Rp. Hb̃ae Digit. purp. gr. X. inf. aq. fervid. Colalur. ℥vj adde: Acidi phosphorici ℥j, Syr. Althae. ℥j. M. D. S.* Черезъ часъ принимать по

столовой ложкѣ). Можно также въ этомъ случаѣ давать смѣсь изъ равныхъ частей фосфорной кислоты и малиноваго сиропа, по 15 капель чрезъ каждые 2 часа. Для питья можно дать больной воду съ прибавленіемъ Elix. acid. Halleri въ маломъ количествѣ, чтобы вода имѣла пріятный кисловатый вкусъ. Если показывается изліяніе крови въ слѣдствіе разрыва варикознаго расширенія вены, то надобно открыть мѣсто разрыва и положить на него тампонъ*), напитанный растворомъ квасцовъ, или уксусомъ, и придавить имъ разорванную вену. Если показываются признаки внутренняго кровотечения (которое, какъ уже было сказано выше можетъ быть слѣдствіемъ разрыва пуповины, или отдѣленія центральной части дѣтскаго мѣста отъ стѣнки матки), то отъ внутреннихъ средствъ пользы ожидать нельзя, и не должно тратить драгоценнаго времени на употребленіе ихъ. Если при этомъ силы больной быстро упадаютъ, и жизнь ея находится въ опасности, то надобно тотчасъ же сдѣлать искусственное прободеніе оболочекъ

*) Тампономъ называется шаръ изъ корпіи, или хлопчатой бумаги, который заворачивается въ тонкую холстину, напитывается стягивающими средствами, и вводится во влагалище. Такихъ тампоновъ вводится во влагалище одинъ, или нѣсколько, смотря по надобности.

яйца, чтобы доставить маткѣ возможность сильно сократиться и извергнуть изъ себя плодъ. Только такимъ образомъ можно въ этомъ случаѣ остановить кровотеченіе. Если же, по изверженіи плода, дѣтское мѣсто не отдѣляется отъ матки, а признаки внутренняго кровотечения продолжаются; то надобно ввести руку въ матку, и произвести искусственное отдѣленіе и удаленіе послѣда. По удаленіи дѣтскаго мѣста, надобно дать больной наливку рожковъ съ фосфорною кислотою и корицею (*Rp. Pulv. secalis cornuti* ℥j inf. aq. fervid. Colatur. ℥vj adde: *Acidi phosphorici* ℥j, *Tinctur. cinnam.* ℥β, *Syr. Cort. Aurant.* ℥j. M. D. S. Черезъ полчаса принимать по столовой ложкѣ), съ цѣлю вызвать сильныя сокращенія матки. Снаружи полезно сдѣлать впрыскиваніе въ полость матки изъ смѣси, состоящей изъ $\frac{2}{3}$ холодной воды и $\frac{1}{3}$ уксуса. Если больная, въ слѣдствіе большой потери крови, значительно ослабѣла, то надобно ей назначить крѣпкую, питательную діету, старое вино и укрѣпляющія средства, какъ на пр. *Infusum Chinae frig. paratum*, съ примѣсю желѣзной настойки, въ послѣдствіи же ароматическія ванны и т. п. При отдѣленіи части послѣда отъ стѣнки матки, и появившемся, въ слѣдствіе того, наружномъ кровотеченіи, надобно тотчасъ же положить больную въ постель,

назначить ей прохладное содержаніе, дать внутрь средства стягивающія, въ соединеніи съ минеральными кислотами, и тампонировать влагалище. Тампонъ въ этомъ случаѣ дѣйствуетъ такимъ образомъ, что, закрывая собою маточное устье, онъ не допускаетъ свободного изліянія крови изъ этаго послѣдняго. Кровь накапливается въ полости матки, свертывается, и ея сгустки закрываютъ отверстія разорванныхъ сосудовъ. Если только незначительная часть послѣда отдѣлилась отъ матки, то этимъ способомъ не рѣдко удастся остановить кровотеченіе. Если же значительная часть дѣтскаго мѣста отрывается отъ стѣнки матки, то всѣ эти средства оказываются недостаточными для остановленія кровотеченія, которое въ этихъ случаяхъ можетъ быть совершенно прекращено только по опорожненіи матки. Вообще при кровотеченіяхъ, происшедшихъ въ слѣдствіе отдѣленія части послѣда отъ матки, надобно, подавая помощь беременной, совершенно сообразоваться съ силою кровотеченія. Пока кровотеченіе не сильно, можно употреблять вышеупомянутыя внутреннія и наружныя средства для его прекращенія. Но если кровотеченіе становится такъ значительнымъ, что угрожаетъ дѣйствительною опасностію жизни беременной; то не должно настаивать на употребленіи вышеупо-

мянутыхъ средствъ, а прибѣгнуть немедленно къ мѣрамъ болѣе энергическимъ, болѣе дѣйствительнымъ. Сперва надобно въ этихъ случаяхъ сдѣлать искусственное прободеніе оболочекъ яйца, съ цѣлію выпустить родовыя воды и возбудить этимъ сокращенія матки. Если же, не взирая на уменьшеніе объема матки, кровотеченіе все таки продолжается съ одинаковою силою; то надобно ввести руку въ матку, повернуть младенца на ножки, извлечь его, и вслѣдъ за тѣмъ искусственно отдѣлить и удалить дѣтское мѣсто. По удаленіи дѣтскаго мѣста, надобно дать больной внутрь такія средства, которыя возбуждаютъ и усиливаютъ сокращенія матки; а снаружи положить на животъ въ нѣсколько разъ сложенную простыню, чтобы, механическимъ давленіемъ на матку, содѣйствовать ея сокращеніямъ.

ГЛАВА 5.

О выкидышѣ.

§ 35.

Выкидышемъ (abortus) называется изверженіе плода изъ матки въ такомъ періодѣ беременности, когда онъ, будучи отдѣленъ отъ матери, не въ состояніи

еще продолжать жить самостоятельно. Во второмъ, третьемъ и четвертомъ мѣсяцѣ беременности, выкидышъ случается, сравнительно говоря, гораздо чаще, нежели въ послѣдующіе періоды беременности. А въ наибольшей части случаевъ онъ бываетъ въ третьемъ мѣсяцѣ беременности; это вѣроятно, зависитъ отъ того, что въ этомъ періодѣ беременности, въ слѣдствіе начинающагося образованія дѣтскаго мѣста, жизнедѣятельность въ сосудахъ яйца и матки значительно бываетъ возвышена. Кромѣ того, въ теченіи первыхъ трехъ мѣсяцевъ беременности, связь яйца съ маткою поддерживается только сосудами кожистой оболочки, которые, по своей тонкости и нѣжности, весьма легко разрываются. Когда связь яйца съ маткою поддерживается образовавшимся уже дѣтскимъ мѣстомъ, и, слѣдовательно, дѣлается болѣе крѣпкою, выкидыши встрѣчаются уже гораздо рѣже. Если выкидышъ происходитъ не въ слѣдствіе внѣшнихъ насилій, то онъ почти всегда случается въ тѣ именно дни, когда слѣдовало бы быть мѣсячному очищенію, еслибы женщина не была беременна.

§ 36.

Причины выкидыша можно раздѣлить на *предрасполагающія* и *случайныя*. Къ *предрасполагающимъ*

причинамъ надобно отнести: чрезмѣрную чувствительность всего организма, общую слабость тѣла, общее полнокровіе, и, въ особенности, переполненіе матки кровью. Причинъ случайныхъ очень много, и онѣ отчасти заключаются въ организмъ беременной, отчасти же въ самомъ яйцѣ. Случайныя причины выкидыша, для удобнѣйшаго обозрѣнія ихъ, можно раздѣлить на три разряда, изъ которыхъ къ первому будутъ относиться тѣ изъ нихъ, которыя производятъ отдѣленіе яйца отъ матки и кровотеченіе; ко второму — тѣ, которыя условливаютъ недостаточное питаніе, болѣзни и, наконецъ, смерть младенца; къ третьему же — тѣ изъ нихъ, которыя могутъ возбудить преждевременныя сокращенія матки. Само собою разумѣется, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ одно и тоже время, могутъ дѣйствовать причины, относящіяся къ каждому изъ этихъ трехъ разрядовъ отдѣльно. Если матка имѣетъ особенное расположеніе къ выкидышу, то достаточно бываетъ самыхъ незначительныхъ, по видимому, случайныхъ причинъ для его произведенія. Въ другихъ же случаяхъ, напротивъ, не рѣдко видимъ мы, что сильнѣйшія потрясенія тѣла не нарушаютъ правильнаго теченія беременности. Такъ на пр. *Mauriceau* упоминаетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ беременная, на седь-

момъ мѣсяцѣ беременности, испугавшись пожара, бросилась изъ окна третьяго этажа дома, упала на мостовую, переломила себѣ при этомъ руку, но не скинула. Такъ какъ стѣнки сосудовъ, соединяющихъ сперва яйцо, а потомъ послѣдъ съ маткою, весьма тонки и нѣжны, то достаточно иногда значительнаго прилива къ нимъ крови, для того, чтобы произвести отдѣленіе яйца и послѣда отъ матки. А потому переполненіе вышеупомянутыхъ сосудовъ кровью и все, что можетъ произвести такое переполненіе, можетъ быть и причиною выкидыша. Сюда надобно отнести: возбужденіе кровеносной и нервной системы, въ слѣдствіе острыхъ болѣзней; сильныя душевныя волненія; слишкомъ частое совокупленіе; употребленіе абортивныхъ и проносныхъ средствъ; неправильныя положенія матки; запоры; тугое стягиваніе живота; сильное напряженіе мышцъ живота, при подниманіи и ношеніи большихъ тяжестей; неумѣренное употребленіе теплыхъ полу-ваннъ и ножныхъ ваннъ, и т. п. Чрезмѣрная тонкость сосудовъ, соединяющихъ яйцо съ маткою, также легко можетъ подать поводъ къ ихъ разрыву, кровотеченію и выкидышу. Такую чрезмѣрную тонкость этихъ сосудовъ мы находимъ преимущественно у женщинъ слабаго, нѣжнаго тѣлосложенія, и, въ

особенности, при слабости матки, бывающей слѣдствіемъ хроническаго катарра этого органа и часто повторявшихся кровотеченій. Причиною выкидыша могутъ также быть такія болѣзненные состоянія матки, которыя препятствуютъ ей увеличиваться въ объемѣ сообразно съ увеличеніемъ яйца, какъ на пр. излишняя упругость ея мышцъ, фиброзныя тѣла въ ней, сращенія ея съ около лежащими частями и т. п. Чрезмѣрный объемъ яйца, какъ то бываетъ на пр. при накопленіи въ полости его огромнаго количества родовыхъ водъ при сложной беременности, при заносахъ и т. п. состояніяхъ, можетъ также подать поводъ къ выкидышу; потому что увеличеніе объема матки, въ этихъ случаяхъ, не будетъ соответствовать слишкомъ быстрому увеличенію объему яйца. Наконецъ, къ этому же разряду причинъ выкидыша надобно отнести и всѣ сильныя потрясенія тѣла, въ слѣдствіе которыхъ можетъ быть мгновенно нарушена связь яйца съ маткою.

§ 37.

Ко второму разряду причинъ выкидыша, которыя, какъ уже было сказано выше, условливаютъ недостаточное питаніе, болѣзни и, наконецъ, смерть за-

родыша, надобно отнести различныя аномаліи въ образованіи самаго яйца, какъ то: 1) болѣзни послѣда, а именно: переполненіе его кровью, апоплексію его, воспаленіе и образованіе эксудата въ немъ; 2) аномаліи оболочекъ яйца, куда относятся: утолщеніе ихъ въ слѣдствіе отдѣленія и сгущенія эксудата на ихъ поверхностяхъ, и размягченіе ихъ; 3) аномаліи пуповины, какъ то: обвитіе ея около членовъ младенца, туго затянутые настоящіе узлы на ней, облитерація сосудовъ ея, аневризматическое расширеніе и разрывъ этихъ послѣднихъ; 4) аномаліи со стороны родовыхъ водъ, а аменно: излишнее количество ихъ и ненормальный составъ; 5) аномаліи въ образованіи самаго зародыша и различныя болѣзни его; сюда относятся: недостатки первоначальнаго образованія, уродства, воспаленія, водянка, различныя накожныя болѣзни и т. п. Со стороны беременной къ причинамъ этаго разряда надобно отнести всѣ важныя болѣзни, какъ то воспаленія важныхъ внутреннихъ органовъ, острья сыпи, въ особенности оспу и скарлатину, кровавый поносъ, холеру, конвульсіи, chlorosis, образованіе туберкуловъ, венерическую болѣзнь и т. п. и, наконецъ, всѣ сильныя душевныя волненія.

§ 38.

Къ третьему разряду причинъ выкидыша, условливающихъ преждевременныя сокращенія матки, относятся: 1) всѣ тѣ болѣзненные состоянія матки, которыя, уменьшая ея растяжимость, препятствуютъ образованію перемѣнъ, обыкновенно совершающихся въ ней во время беременности, какъ то: недостатки первоначальнаго образованія, неправильныя положенія, воспаления, отложенія болѣзненныхъ продуктовъ въ мякоть матки, воспаление и изъязвленіе маточной шейки; сращеніе матки съ сосѣдственными органами и т. п. Иногда замѣчается въ маткѣ особенная склонность къ выкидышу въ одинъ и тотъ же періодъ беременности, такъ, что это обращается какъ бы въ привычку, и, при слѣдующихъ беременностяхъ, выкидышъ повторяется уже безъ всякой, повидимому, причины. Причина такого обычнаго скидыванія заключается, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ чрезмѣрной чувствительности нервовъ матки, и болѣзненныхъ состояніяхъ ея, развившихся въ слѣдствіе часто повторявшихся выкидышей, каковы на пр. катарръ матки, изъязвленія маточной шейки, хроническіе завалы, дряблость матки и т. п. 2) Раздраженіе матки треніемъ дна ея, холодными обливаніями, употребленіемъ теплыхъ и хо-

лодныхъ душѣй; раненіе беременной матки, накопленіе огромнаго количества родовыхъ водъ, и т. п. 3) Употребленіе фармацевтическихъ средствъ, дѣйствующихъ специфически на возбужденіе сокращеній въ маткѣ. 4) Болѣзни груди. 5) Разрывъ оболочекъ яйца.

§ 39.

Самому выкидышу обыкновенно предшествуютъ нѣкоторыя болѣзненные явленія, на которыя можно смотрѣть какъ на предвѣстниковъ его, а именно: чувство тяжести въ животѣ; большая усталость; печальное расположеніе духа; опущеніе матки; боль въ крестцѣ; частое побужденіе къ испущенію мочи; отдѣленіе водянисто-слизистой жидкости изъ влагалища; періодически повторяющіяся боли въ маткѣ, при чемъ замѣчаются и слабыя сокращенія матки; чувство давленія въ маткѣ, и кровотеченіе. Если зародышъ уже умеръ, то къ этимъ явленіямъ присоединяются признаки смерти его, о которыхъ уже было говорено выше (см. Вып. 1, § 147).

§ 40.

Теченіе выкидыша бываетъ чрезвычайно различно, смотря по тому, въ какомъ періодѣ беременности онъ наступаетъ, по причинамъ его произведшимъ, и по

осложненіямъ его съ другими болѣзненными состояніями. Иногда теченіе выкидыша бываетъ чрезвычайно медленно, и такъ какъ онъ сопровождается постояннымъ, болѣе или менѣе сильнымъ кровотеченіемъ, то бываетъ причиною чрезвычайнаго ослабленія больной. Медленное теченіе выкидыша условливается недостаточнымъ развитіемъ мышечныхъ волоконъ матки, не получившихъ еще способности сильно сокращаться, и упругостію маточной шейки и всего нижняго сегмента матки. На основаніи этихъ причинъ, расширеніе маточнаго устья продолжается иногда нѣсколько дней, и сопровождается сильною болью. Если связь яйца съ маткою нарушается внезапно, въ слѣдствіе какого либо сильнаго потрясенія тѣла; то кровотеченіе, сопровождающее выкидышъ, обыкновенно бываетъ сильно. Чѣмъ менѣе времени протекло отъ зачатія до наступленія выкидыша, тѣмъ менѣе обильно бываетъ кровотеченіе, и на оборотъ. Выкидыши, случающіеся во второй половинѣ беременности, почти всегда сопровождаются сильными кровотечениями. Въ теченіе выкидыша беременныя жалуются на чувство усталости, тяжесть головы, безсонницу и на отсутствіе аппетита; пульсъ у нихъ бываетъ частъ, и, иногда, показываются явленія нервныя, какъ то: бредъ, обмороки и, даже конвульсіи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, напротивъ,

выкидышъ совершается скоро, и не сопровождается важными болѣзненными явленіями. Если выкидышъ случается въ теченіи первыхъ трехъ мѣсяцевъ беременности, то все яйцо, въ цѣлости, извергается маткою. Въ этихъ случаяхъ оно обыкновенно бываетъ покрыто сгустками крови, и можетъ остаться незамѣченнымъ между ними. Такъ какъ мышечныя волокна матки въ это время еще весьма мало развиты, то родовая дѣятельность проявляется въ нихъ слабо, а иногда прекращается совсѣмъ, до достаточнаго расширенія маточнаго устья. Яйцо, въ этомъ случаѣ, можетъ остаться въ полости матки, но растворяется, превращается въ сукровицу, и выходитъ въ видѣ буроватой жидкости, имѣющей весьма дурной запахъ. Если часть этой жидкости будетъ всосана маткою, то это можетъ подать поводъ къ происхожденію опасныхъ явленій, и больныя послѣ этого всегда поправляются медленно. Если выкидышъ наступаетъ послѣ образованія дѣтскаго мѣста, то изверженію зародыша предшествуетъ разрывъ оболочекъ яйца и истеченіе родовыхъ водъ; весьма рѣдко бываютъ тѣ случаи, гдѣ послѣ совершившагося образованія послѣда, все яйцо извергается изъ матки въ цѣлости. Чѣмъ позднѣе дѣлается выкидышъ, тѣмъ болѣе развита бываетъ родовая дѣятельность, и если значительная часть послѣда отры-

вается отъ матки, въ слѣдствіе травматическихъ вліяній; то кровотеченіе, до прохожденія родовыхъ водъ, обыкновенно бываетъ сильно. Прохожденіе зародыша сквозь родовые пути, по причинѣ его малости и мягкости, совершается легко, не смотря на то, что онъ въ этихъ случаяхъ часто имѣетъ положеніе неправильное. Отдѣленіе и изверженіе дѣтскаго мѣста послѣ выкидыша всегда совершается медленнѣе, нежели послѣ правильныхъ родовъ, и для этого иногда потребно нѣсколькихъ дней. Впрочемъ задержаніе послѣда въ полости матки въ этихъ случаяхъ далеко не такъ вредно, какъ замедленіе его отдѣленія послѣ правильныхъ родовъ. Были примѣры, что послѣдъ послѣ выкидыша, оставшись въ маткѣ, былъ мало по малу всосанъ этою послѣднею, безъ всякаго вреда для больной.

§ 41.

Распознаваніе выкидыша, наступающаго въ ранніе періоды беременности, чрезвычайно трудно, потому что мы не имѣемъ даже такихъ признаковъ, по которымъ можно было бы навѣрное узнать существованіе беременности въ первой ея половинѣ. Если выкидышъ наступаетъ въ теченіи первыхъ шести недѣль послѣ зачатія, то только тогда можно считать

его совершившимся, когда въ крови, отдѣляющейся изъ дѣтородныхъ частей женщины, находится или все яйцо, или нѣкоторыя части его. Если у женщины, имѣвшей всегда правильное мѣсячное очищеніе, это послѣднее не появляется въ теченіи двухъ, трехъ мѣсяцевъ, а потомъ вдругъ показывается кровотеченіе изъ дѣтородныхъ частей, сопровождаемое болью и отдѣленіемъ нѣсколькихъ большихъ сгустковъ крови, то можно съ большою вѣроятностію, предположить, что она скинула. Такое предположеніе дѣлается еще болѣе вѣроятнымъ, если самому появленію кровотеченія предшествовало вліяніе такихъ причинъ, которыя часто условливаютъ выкидышъ. Если выкидышъ наступаетъ въ болѣе поздніе періоды беременности, то его можно узнать по явленіямъ, его сопровождающимъ и имѣющимъ большое сходство съ тѣми, которыя обыкновенно замѣчаются при правильныхъ родахъ, а именно по сокращеніямъ матки, которыя дѣлаются все сильнѣе, продолжительнѣе, и скоро слѣдуютъ одно за другимъ. Впрочемъ и въ этихъ случаяхъ, распознаваніе только тогда будетъ совершенно вѣрно, когда мы имѣемъ возможность осязать, или видѣть самое яйцо. Если у женщины, не имѣвшей мѣсяца два, три мѣсячнаго очищенія, и у которой въ теченіе этаго времени замѣчались тѣ перемѣны въ состояніи общаго здоровья,

которыя обыкновенно сопровождают беременность, мы, при внутреннемъ изслѣдованіи, находимъ маточное устье воронкообразно расширеннымъ, то можно, съ большою вѣроятностію, допустить, что наступаетъ выкидышъ. Если сокращенія матки дѣйствительно уже начались и продолжаются уже нѣкоторое время, то, подавая помощь больной, весьма важно знать находится ли еще яйцо въ полости матки, или уже извергнуто изъ нея. Если сокращенія матки періодически повторяются, а маточное устье все болѣе и болѣе расширяется, то яйцо находится еще въ полости матки. Кромѣ того, пока яйцо находится еще въ полости матки, до тѣхъ поръ больная чувствуетъ такую же боль, какою сопровождаются правильные роды; по изверженіи же яйца изъ матки, боль эта тотчасъ прекращается.

§ 42.

Предсказаніе при выкидышѣ всегда неблагопріятно. Кромѣ того, что зародышъ при этомъ погибаетъ, могутъ еще показаться или въ теченіи самаго выкидыша, или непосредственно послѣ него, различныя явленія, угрожающія опасностію жизни больной. Предсказаніе зависитъ отъ періода беременности, въ теченіи котораго наступаетъ выкидышъ, отъ причинъ его

произведшихъ, и отъ явленій, сопровождающихъ самый выкидышъ. Если выкидышъ наступаетъ въ теченіи первыхъ двухъ мѣсяцевъ беременности, то онъ не опасенъ; чѣмъ позднѣе онъ наступаетъ, тѣмъ больше опасность. Если женщина, страдающая тифомъ, воспаленіемъ брюшины, или другою какою либо важною болѣзнію, скинетъ, то это обыкновенно предвѣщаетъ смерть. Если выкидышъ наступаетъ въ слѣдствіе употребленія abortивныхъ средствъ, то онъ всегда бываетъ опасенъ. Если выкидышъ условливается неправильнымъ образованіемъ, или болѣзненными состояніями различныхъ частей яйца, то онъ не опасенъ; теченіе его, въ этихъ случаяхъ, бываетъ медленно, а боль и кровотеченіе, его сопровождающія, незначительны. Если выкидышъ наступаетъ внезапно, въ слѣдствіе причинъ травматическихъ, то предсказаніе зависитъ преимущественно отъ силы кровотеченія, его сопровождающаго.

§ 43.

Если женщина подвергалась уже прежде выкидышу, то, при наступленіи слѣдующей беременности, главною цѣлю нашего леченія должно быть предупрежденіе его повторенія. Женщина, въ этомъ случаѣ, должна строго исполнять тѣ правила, которымъ

должны слѣдовать беременныя вообще, и объ которыхъ выше уже было говорено (см. Вып. 1, §§ 232—243), и, въ особенности, не производить совокупленія во все теченіе беременности. Если женщина полнокровна, и страдаетъ приливами крови къ маткѣ, то надобно слѣлать ей общее кровопусканіе, и назначить прохладное содержаніе. Если прежде бывшій выкидышъ случился въ слѣдствіе какой либо очевидной причины, то, при слѣдующей беременности, женщина должна тщательно избѣгать всего того, что могло бы благопріятствовать вліянію той же причины. Особенное вниманіе должно обращать въ этомъ случаѣ на беременную въ тотъ періодъ беременности, въ теченіи котораго она прежде скинула, и въ тѣ дни, въ которые у нея должно было быть мѣсячное очищеніе, еслибы она не была беременна, потому что выкидыши преимущественно случаются именно въ эти дни. Если выкидышъ, безъ видимой причины, повторяется нѣсколько разъ сряду въ одинъ и тотъ же періодъ, то предупредить его повтореніе бываетъ очень трудно, и удается только тогда, когда мы имѣемъ возможность открыть причину его. При изслѣдованіи причины выкидыша, надобно обращать особенное вниманіе на матку, какъ органъ, въ которомъ часто замѣчаются различныя аномаліи и болѣзни. Если

матка имѣть правильную форму и нормальное положеніе, то надобно освѣдомиться о ея отправленіяхъ, и тщательно изслѣдовать ея шейку. Если эта послѣдняя значительно увеличена въ объемѣ, мягка и дрябла, и если беременная страдаетъ хроническими бѣлями, то можно принять, что причина выкидыша заключается въ слабости и размягченіи самой матки. Лечение, какъ паружное, такъ и внутреннее, въ этомъ случаѣ, должно быть укрѣпляющее. Внутрь полезно тутъ употребленіе хины и желѣза, въ соединеніи съ средствами ароматическими, и натуральныхъ минеральныхъ водъ, содержащихъ желѣзо въ большемъ количествѣ каковы на пр. Пирмонтская, Спааская, Дрибургская и Боклетская. Если маточная шейка, будучи увеличена въ объемѣ, въ то же время представляется и весьма чувствительною при дотрогиваніи, то надобно совѣтовать больной употребленіе Эмской минеральной воды (Bubenquelle), или Гомбургской (Adelheitsquelle). Если же въ маточной шейкѣ, увеличенной въ объемѣ, замѣчается затвердѣніе, то надобно предписать больной употребленіе Крейцнахской минеральной воды. Если во влагалищной части матки нѣтъ ничего ненормальнаго, а мѣсячное очищеніе отдѣляется въ весьма маломъ количествѣ, и замѣчаются запоры, то полезно употребленіе Маріенбадской ми-

неральной воды (Kreuzbrunnen) и Киссингенской. Венерическая болѣзнь, въ разныхъ своихъ формахъ, также не рѣдко составляетъ причину выкидыша, а потому больную надобно тщательно изслѣдовать и въ этомъ отношеніи. Иногда причина выкидыша заключается единственно въ слабости и раздражительности нервной системы. Тутъ полезны желѣзныя ванны, морскія купанія и леченіе холодною водою по методѣ Присница. Если женщина, подвергавшаяся уже прежде выкидышамъ, опять сдѣлалась беременною, то надобно продолжать осторожно употребленіе вышеупомянутыхъ средствъ, принаравливая ихъ тщательно къ тѣлосложенію больной и болѣзненному состоянію ея матки. Одно изъ лучшихъ средствъ для предупрежденія выкидыша составляетъ долгое лежаніе въ постелѣ. Если женщина нѣсколько разъ сбрасывала уже въ одинъ и тотъ же періодъ беременности, то надобно недѣли за двѣ, за три, до наступленія этаго періода, положить ее въ постель, и позволить ей встать не раньше, какъ недѣли черезъ три по минованіи того періода беременности, въ который она прежде скидывала. Если показывается боль въ поясницѣ и кровотеченіе — признаки, предвѣщающіе наступленіе выкидыша, то надобно мотчасъ же велѣть больной принять горизонтальное положеніе, и упо-

требить приличныя средства для прекращенія кровотока. Отдѣляющуюся кровь должно тщательно собирать и осматривать, чтобы имѣть возможность опредѣлить находится-ли еще яйцо въ полости матки, или уже вышло изъ нея. Если кровотечение продолжается, показываются потуги, и маточное устье начинаетъ расширяться, то надобно прежде всего рѣшить вопросъ: должно ли препятствовать совершенію выкидыша, или нѣтъ? Если тазъ значительно суженъ, если матка страдаетъ какою-либо важною органическою болѣзнію; если она имѣетъ неправильное положеніе, и это послѣднее не можетъ быть исправлено, какъ на пр. при ущемленіи ея въ полости малаго таза, то не должно стараться препятствовать совершенію выкидыша, потому что его должно разсматривать въ этихъ случаяхъ какъ цѣлебное усиліе природы для предупрежденія другихъ, еще болѣе важныхъ болѣзненныхъ состояній. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сокращенія матки сдѣлались уже сильными, гдѣ маточное устье на столько расширено, что можно сквозь него пройти пальцемъ, всѣ наши усилія препятствовать совершенію выкидыша обыкновенно остаются безплодными. Если кровотечение, сопровождающее выкидышъ такъ сильно, что угрожаетъ опасностію жизни беременной, то не должно ничѣмъ за-

медлять теченіе выкидыша; потому что, замедляя его, мы подвергаемъ беременную опасности потерять еще большее количество крови. Если же, при внутреннемъ изслѣдованіи беременной, оказалось бы, что маточное устье закрыто, или только что начинаетъ расширяться, и если при этомъ кровотеченіе незначительно, а потуги слабы, то должно употребить всѣ средства для того, чтобы остановить ходъ выкидыша. Для достиженія этой цѣли, надобно стараться уменьшить приливъ крови къ маткѣ, и уничтожить потуги. Для уменьшенія приливовъ крови къ маткѣ, надобно положить беременную такъ, чтобы тазъ ея лежалъ повыше, и велѣть поставить ей промывательное изъ холодной воды, которое, въ случаѣ надобности, можно и нѣсколько разъ повторить. Если беременная полнокровна, то надобно сдѣлать ей обильное общее кровопусканіе. Внутрь надобно дать селитру, или *Elix. acid. Halleri*. Беременнымъ слабаго тѣлосложенія можно прописать въ этомъ случаѣ *Elix. acid. Halleri cum Tinct. opii*. Для прекращенія потугъ, опиумъ составляетъ самое дѣйствительное средство; въ видѣ клистира онъ дѣйствуетъ тутъ сильнѣе, нежели принятый внутрь. Одинъ гранъ водянаго экстракта опиума надобно развести въ трехъ унцахъ какого-либо слизистаго отвара, и изъ этаго сдѣлать

промывательное, которое, въ случаѣ надобности, можно черезъ 2 часа повторить. Если беременная полнокровна, то употребленію промывательныхъ съ опіумомъ, во всякомъ случаѣ должно предшествовать общее кровопусканіе. Если же, не взирая на употребленіе вышеупомянутыхъ средствъ, ходъ выкидыша остановить нельзя, то надобно, при дальнѣйшемъ теченіи его, соблюдать тѣже правила, какъ при нормальныхъ родахъ, а именно ничѣмъ его не замедлять и предотвращать могущія встрѣтиться опасныя явленія. Если кровотеченіе сильно, а маточное устье или вовсе еще не расширено, или расширено весьма мало, то надобно способствовать скорѣйшему его расширенію. Если выходятъ сгустки крови, то надобно ихъ тщательно изслѣдовать, чтобы узнать вышло ли яйцо изъ полости матки. Если потуги становятся все сильнѣе и сильнѣе, что служитъ доказательствомъ того, что яйцо еще находится въ маткѣ, то надобно отъ времени до времени производить внутренне изслѣдованіе беременной, для того, чтобъ слѣдить за ходомъ выкидыша, но производить его весьма осторожно, и не проникать пальцемъ сквозь маточную шейку, потому что, въ противномъ случаѣ, кровотеченіе можетъ усилиться. Когда, въ слѣдствіе сокращеній матки, яйцо показывается наконецъ ме-

жду губами маточнаго устья, и если только кровотеченіе не сильно, то отнюдь не должно спѣшить удалять яйцо искусственно. При искусственномъ удаленіи его, цѣлость его легко можетъ быть нарушена, а оставшіяся въ полости матки части его могутъ подать поводъ къ продолженію сокращеній матки и кровотеченія. Если кровотеченіе становится сильнѣе, а потуги ослабѣваютъ, то надобно стараться усилить эти послѣднія употребленіемъ коричневой настойки, давая больной черезъ каждыя четверть часа по 30 капель. Если же, не взирая на это, кровотеченіе все усиливается, а маточное устье расширяется очень медленно, то надобно стараться уменьшить силу кровотеченія, и ускорить расширеніе маточнаго устья. Для достиженія той и другой цѣли, тампонъ составляетъ лучшее средство. Касаясь непосредственно маточнаго устья, тампонъ его раздражаетъ, вызываетъ болѣе сильныя сокращенія матки и тѣмъ способствуетъ скорѣйшему расширенію маточнаго устья. Въ то же время тампонъ, закрывая собою маточное устье, и, препятствуя свободному изліянію крови изъ него, способствуетъ скорѣйшему образованію сгустковъ крови, и, слѣдовательно, уменьшенію кровотеченія. Для ослабленія этаго послѣдняго, полезно также класть холодныя примочки надъ лобковыми костями беременной.

Кромѣ ослабленія кровотеченія, холодныя примочки полезны тутъ еще и въ томъ отношеніи, что дѣйствіе холода на матку вызываетъ болѣе сильныя сокращенія ея. Еслибы эти послѣднія все таки оставались слабыми, то надобно дать больной внутрь рожки, по 10 гранъ черезъ каждыя четверть часа. Если же маточное устье достаточно уже расширено для того, чтобы яйцо могло сквозь него пройти, если это послѣднее можно уже осязать между губами маточнаго устья, но оно не выходитъ въ слѣдствіе слабости сокращеній матки, а кровотеченіе между тѣмъ сильно, то нельзя долѣе медлить; надобно ввести въ маточное устье указательный и средній пальцы руки, захватить ими яйцо, и извлечь его. Еслибы оболочки яйца при этомъ разорвались, и часть ихъ осталась бы въ полости матки, то надобно удалить эти остатки пальцами. Еслибы это и не удалось съ перваго раза, то надобно черезъ нѣсколько часовъ повторить попытку ихъ извлеченія. имѣя въ виду, что эти остатки могутъ подать поводъ къ происхожденію сильныхъ кровотеченій. Еслибы эти попытки остались безъ успѣха по причинѣ высокаго стоянія маточнаго устья, то надобно стараться вызвать болѣе сильныя сокращенія матки употребленіемъ рожковъ. Съ этою же цѣлю

можно употребить тампонъ и холодныя впрыскиванія въ полость матки. Противъ малокровія, бывающаго не рѣдко слѣдствіемъ кровотеченій, сопровождающихъ выкидышъ, надобно въ послѣдствіи употребить леченіе укрѣпляющее.

ГЛАВА 6.

О воспаленіи матки.

§ 44.

Воспаленіе матки во время беременности встрѣчается довольно часто. Предрасполагающими причинами этого болѣзненнаго состоянія наобно считать: усиленную жизнедѣятельность въ маткѣ, значительные приливы крови къ ней, размягченіе ея мякоти, сращенія матки съ окружающими ее частями, въ слѣдствіе котораго она не можетъ свободно растягиваться, увеличиваться въ объемъ, и затвердѣніе нѣкоторыхъ частей матки, противящихся общему размягченію этого органа. Къ причинамъ случайнымъ надобно отнести: простуду, которой беременная весьма легко можетъ подвергнуться, если она одѣвается легко въ сырое время года, и которая можетъ подать поводъ ко происхожденію особенной формы воспаленія

матки, именно воспаленія ревматическаго. Эта форма воспаленія преимущественно встрѣчается у тѣхъ женщинъ, которыя имѣютъ особенное расположеніе къ подагрѣ и ревматизму. Далѣе, къ причинамъ случайнымъ надобно отнести: внезапное прекращеніе геморроидальнаго кровотеченія, употребленіе разгорячающихъ напитковъ и abortивныхъ средствъ, сильныя потрясенія тѣла, поднятіе и ношеніе большихъ тяжестей, сильное стягиваніе живота, частое совокупленіе и душевныя волненія. Во время самыхъ родовъ, воспаленіе матки встрѣчается также довольно часто, и какъ причины этой болѣзни надобно тутъ разсматривать: неосторожное и слишкомъ долгое треніе дна матки рукою, съ цѣлю вызвать или усилить потуги, употребленіе холодныхъ стягивающихъ врыскиваній въ полость матки въ 5-мъ періодѣ родовъ для остановленія кровотеченія, неумѣренное употребленіе внутреннихъ средствъ, усиливающихъ сокращенія матки, узкость таза, ущемленіе маточнаго устья между подлежащею частію младенца и стѣнкою таза, и неосторожное производство акушерскихъ операцій.

§ 45.

Воспаленіе матки, съ самаго начала своего, сопровождается сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ;

за сильнымъ ознобомъ слѣдуетъ сильный жаръ, при чемъ температура всей поверхности тѣла больной представляется возвышенною, животъ же горячимъ; кожа суха. Лихорадочное состояніе имѣетъ тутъ характеръ синохальный, и если нѣтъ гастрическихъ осложнений, то языкъ больной имѣетъ темнокрасный цвѣтъ; глаза ея блестятъ; пульсъ твердъ, сжатъ и очень частъ. Больная жалуется на головную боль, которая преимущественно сосредоточивается въ затылкѣ, а иногда же распространяется и на всю голову. При этомъ замѣчается сильная жажда; испражнений на низъ нѣтъ; моча отдѣляется въ маломъ количествѣ, и имѣетъ темнокрасный цвѣтъ. По прошествіи этаго перваго приступа лихорадочнаго состоянія, мѣстныя явленія обозначаются явственнѣе. Больная жалуется тогда на тягучую, иногда жгучую, иногда же колючую боль въ нижней части живота, которая ощущается особенно сильно около мочеваго пузыря, и отсюда уже распространяется къ яичникамъ. Если воспаленіе распространяется и на внѣшніе слои мышцъ матки, то къ нему не рѣдко присоединяется воспаленіе брюшины и кишекъ, въ слѣдствіе чего весь животъ больной дѣлается весьма чувствительнымъ при дотрогиваніи, и вздувается, показывается икота и, даже, рвота. Больная, страдающія

воспаленіемъ матки, обыкновенно лежать на спинѣ, неподвижно, съ согнутыми нижними конечностями. Въ этомъ положеніи, боль, которую онѣ чувствуютъ въ маткѣ, тупа и тягуча; но если онѣ пытаются сдѣлать какое либо движеніе, равно при кашлѣ, чиханіи и давленіи рукою на животъ, боль эта становится колючею. Не рѣдко больныя жалуются также на ощущеніе сильной пульсаціи въ животѣ. При внутреннемъ изслѣдованіи мы находимъ влагалище горячимъ, матку припухшею и весьма чувствительною при дотрогиваніи. Воспаленіе матки, во время беременности, преимущественно занимаетъ дно ея, какъ ту часть, которая болѣе другихъ подвержена вліянію внѣшнихъ насилій. Если же воспаленіе преимущественно сосредоточивается въ маточной шейкѣ, то при самомъ легкомъ прикосновеніи къ ней больныя ощущаютъ сильную боль, и маточная шейка представляется увеличенною въ объемѣ и размягченною. При воспаленіи матки въ небеременномъ состояніи, если не будетъ подана скоро надлежащая помощь, всѣ вышеисчисленныя явленія дѣлаются все сильнѣе и сильнѣе, показывается часто рвота, бредъ, холодъ конечностей, конвульсіи и больная наконецъ умираетъ. Если болѣзнь длится долго, то можетъ обра-

зоваться нагноеніе и омертвѣніе матки. Во время беременности же такой исходъ болѣзни бываетъ очень рѣдко потому, что когда воспаленіе поражаетъ матку въ сильной степени, то почти неминуемымъ слѣдствіемъ этого бываетъ выкидышъ и, болѣе или менѣе, сильное кровотеченіе, которымъ воспаленіе и разрѣшается. Если воспаленіе матки имѣетъ чисто ревматическій характеръ, то оно можетъ длиться во все теченіе беременности, и достигнуть высшей степени своей только во время самыхъ родовъ, ходъ которыхъ, въ слѣдствіе этого, можетъ сдѣлаться весьма неправильнымъ. Если воспаленіе поражаетъ матку во время самыхъ родовъ, то потуги дѣлаются чрезвычайно болѣзненными, короткими и недѣйствительными. Маточное устье расширяется при этомъ весьма медленно, и очень чувствительно при дотрогиваніи. Къ головѣ и груди дѣлаются при этомъ сильные приливы крови; лице роженицы представляется темно-краснымъ; глаза ея блестятъ и выступаютъ изъ своихъ орбитъ; пульсъ частъ, полонъ и твердъ. Если при такомъ состояніи роженицы ей не будетъ оказана скоро надлежащая помощь, то она можетъ умереть до окончанія родовъ.

§ 46.

Распознаваніе воспаленія матки не трудно. Сильная

боль, сопровождающая это болѣзненное состояніе, и признаки его, легко открываемые посредствомъ наружнаго и внутренняго изслѣдованія, весьма облегчаютъ распознаваніе. Что же касается до предсказанія, то оно неблагопріятно. Если матка поражается воспаленіемъ во время беременности, то почти всегдашнимъ слѣдствіемъ этаго бываетъ выкидышъ и, болѣе или менѣе, сильное кровотеченіе. Кромѣ того, воспаленіе съ матки очень часто переходитъ на послѣдь, въ слѣдствіе чего образуется слишкомъ крѣпкое соединеніе этаго послѣдняго съ маткою, и это можетъ подать поводъ къ задержанію дѣтскаго мѣста въ полости матки въ пятомъ періодѣ родовъ, и сильному кровотеченію. Предсказаніе еще хуже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка поражается воспаленіемъ во время самыхъ родовъ. Потуги въ этомъ случаѣ дѣлаются неправильными, чрезвычайно болѣзненными и весьма продолжительными, и производятъ сильное раздраженіе нервной системы, слѣдствіемъ котораго могутъ быть конвульсіи.

§ 47.

При леченіи воспаленія матки, прежде всего надобно позаботиться объ томъ, чтобы больная лежала на матрацѣ, и сохраняла бы постоянно покойное, го-

горизонтальное положеніе съ согнутыми нижними конечностями, чтобы мышцы живота были сколь возможно менѣе напряжены. При такомъ положеніи больной, боль въ животѣ дѣлается сносимѣе. Температура комнаты больной должна быть не высока; содержаніе больной вообще должно быть прохладное, діета — самая строгая. Главное средство составляет обильное общее кровопусканіе. Если воспаленіе послѣ этого перваго кровопусканія не ослабѣваетъ, то черезъ сутки надобно повторить его. На животъ больной надобно велѣть поставить 20 — 25 пиявокъ, а потомъ положить на него теплыя примочки. Полезно также посадить больную въ теплую ванну. Знутрь надобно дать сначала *calomel*, а потомъ перейти къ употребленію селитры съ лавровишневою водою (*Aq. lauro-cerasi*). Весьма полезно также въ этихъ случаяхъ употребленіе рвотнаго камня (*tart. stibiatus*) въ малыхъ приѣмахъ. Если слизистая оболочка кишечнаго канала раздражена, и если больная жалуется на тошноту, то средства этого употреблять не должно. Если воспаленіе матки имѣетъ характеръ ревматическій, то надобно прописать больной опиумъ съ рвотнымъ корнемъ (*iprecasuanha*) въ малыхъ приѣмахъ, которые въ этихъ случаяхъ уменьшаютъ боль и производятъ потъ. При воспаленіи матки, во время родовъ, надобно

также сдѣлать общее кровопусканіе. Если маточное устье достаточно расширено, и нѣтъ какихъ либо особенныхъ противупоказаній къ искусственному окончанію родовъ, то надобно посилѣшить извлечь младенца, потому чѣмъ долѣе длятся роды, тѣмъ сильнѣе становится воспаленіе. Если же маточное устье еще не расширено, а боль въ маткѣ сильна, то послѣ общаго кровопусканія надобно дать больной эмульсію съ селитрою. Если бы, въ слѣдствіе кровопусканія, потуги прекратились, то не должно стараться вызывать ихъ употребленіемъ наружныхъ и внутреннихъ средствъ, потому что онѣ, усиливая приливъ крови къ маткѣ, могутъ еще болѣе ухудшить состояніе больной. Надобно въ этомъ случаѣ предоставить дальнѣйшій ходъ родовъ силамъ природы, и подождать пока маточное устье расширится на столько, чтобы можно было приступить къ искусственному окончанію родовъ, и тогда извлечь младенца.

ГЛАВА 7.

О вѣматочной беременности.

§ 48.

Вѣматочною беременностію называется то патологическое состояніе, при которомъ оплодотво-

ренное яйцо развивается не въ полости матки, а въ другой какой либо части полового аппарата, или даже внѣ его. Оплодотворенное яйцо на пути своемъ отъ яичника къ маткѣ, въ слѣдствіе различныхъ причинъ, можетъ быть задержано, и начать развиваться въ различныхъ частяхъ полового аппарата. Въ другихъ же случаяхъ, оплодотворенное яйцо, вышедши изъ яичника, можетъ вовсе не попасть въ фаллопиеву трубу, упасть въ полость живота, и тутъ начать развиваться. На этомъ основаніи и принимаютъ нѣсколько различныхъ видовъ внѣматочной беременности, а именно: 1) *беременность трубную* (graviditas tubaria), гдѣ яйцо развивается въ фаллопиевой трубѣ, 2) *беременность въ стѣнкѣ матки* (gravid. interstitialis), гдѣ яйцо развивается въ той части фаллопиевой трубы, которая проникаетъ сквозь стѣнку матки; 3) *беременность брюшную*, гдѣ оплодотворенное яйцо развивается въ брюшной полости, и 4) *беременность яичника*, гдѣ яйцо, будучи оплодотворено, не отдѣляется отъ яичника, а развивается на немъ.

§ 49.

Между всѣми вышесчисленными видами внѣматочной беременности, трубная встрѣчается, сравнительно, чаще другихъ, потому что въ фаллопиевыхъ

трубахъ, представляющихъ длинныя и очень узкіе каналы, яйцо легче можетъ быть задержано, нежели въ другихъ частяхъ полового аппарата. Въ лѣвой фаллопіевой трубѣ чаще встрѣчается беременность, нежели въ правой. Фаллопіева труба, содержащая въ себѣ развивающееся яйцо, растягивается на подобіе мѣшка; стѣнки ея утолщаются; сосуды ихъ значительно увеличиваются въ объемѣ; мышечныя волокна также значительно развиваются. Слизистая оболочка, выстилающая фаллопіеву трубу, при этомъ утолщается, разрыхляется и дѣлается похожею на отпадающую оболочку матки. Если оплодотворенное яйцо развивается въ той части фаллопіевой трубы, которая проникаетъ сквозь маточную стѣнку, то оно растягиваетъ эту послѣднюю, и образуетъ сбоку матки значительно выдающееся возвышеніе. Отверстіе, сообщающее полость фаллопіевой трубы съ полостію матки, представляется, въ этихъ случаяхъ, обыкновенно закрытымъ, такъ, что полость, содержащая въ себѣ развивающееся яйцо, не имѣетъ сообщенія съ полостію матки. При брюшной беременности яйцо прикрѣпляется къ брюшинѣ около яичника, или въ Дугласовой складкѣ, или на широкой маточной связкѣ; иногда случается, что оно прикрѣпляется къ кишкамъ, къ брыжейкѣ, или къ внутренней поверхности брюшныхъ стѣнокъ.

Около того мѣста къ которому прикрѣпляется яйцо, замѣчается значительное развитіе кровеносныхъ сосудовъ и выпотѣніе эксудата, которыя служатъ для того, чтобы доставить яйцу надлежащее питаніе, образовать для него покровъ. Рѣже всѣхъ прочихъ видовъ внѣматочной беременности встрѣчается беременность яичника. Оплодотворенное яйцо въ этомъ случаѣ прикрѣпляется къ той части брюшины, которая одѣваетъ яичникъ, и находится обыкновенно въ соединеніи съ бахромою фаллопиевой трубы.

§ 50.

При внѣматочной беременности, въ маткѣ, не смотря на то, что она не содержитъ въ себѣ яйцо, происходятъ тѣ же самыя перемѣны, которыя мы замѣчаемъ въ ней въ началѣ правильной беременности. Стѣнки ея становятся толще, и содержатъ въ себѣ большее количество крови; форма ея дѣлается болѣе овальною, полость — больше; наружное маточное устье становится кругловатымъ, и, иногда, бываетъ незначительно расширено. На внутренней поверхности матки образуется также отпадающая оболочка; мѣсячное очищеніе обыкновенно прекращается. При внѣматочной беременности, матка не рѣдко имѣетъ косое положеніе, потому что полость, содержащая въ себѣ раз-

вивающееся яйцо, давить на нее съ боку, и заставляеть ее принять такое положеніе; маточное устье представляется при этомъ обращеннымъ въ ту сторону, въ которой находится развивающееся яйцо. Если яйцо развивается сзади матки въ Дугласовой складкѣ, то оно прижимаетъ матку къ передней стѣнкѣ таза, или приподнимаетъ ее кверху. Иногда, въ рѣдкихъ, однакоже, случаяхъ, въ маткѣ не замѣчается вовсе никакихъ перемѣнъ.

§ 51.

Развитіе яйца совершается при всѣхъ видахъ внѣматочной беременности также точно, какъ и при правильной беременности. Дѣтское мѣсто имѣетъ тоже самое устройство, какъ и при маточной беременности, съ тою только разницею, что оно бываетъ тонѣе, часто представляется раздѣленнымъ на нѣсколько долей, и крѣпче соединяется съ тѣми частями, къ которымъ прилегаеть.

§ 52.

Исходы внѣматочной беременности бываютъ весьма различны. При трубной беременности и беременности яичника, мѣшокъ, содержащій въ себѣ яйцо, увеличиваясь въ объемѣ, становится все тонѣе и тонѣе,

и, наконецъ, разрывается, при чемъ изъ разорванныхъ сосудовъ изливается большое количество крови въ полость живота, въ слѣдствіе чего беременная обыкновенно умираетъ. Бываетъ, однакоже, иногда, хотя и весьма рѣдко, что беременная переноситъ благополучно этотъ разрывъ, и что яйцо, попавши въ полость живота, продолжаетъ тамъ развиваться. Такого рода брюшная беременность называется *послѣдовательною* (gravid. abdominalis secundaria), въ отличіе отъ той беременности, при которой яйцо, въ самомъ началѣ своего развитія, находится уже въ полости живота. Если яйцо развивается въ фаллопиевой трубѣ или на яичникѣ, то беременность продолжается обыкновенно не болѣе 4 мѣсяцевъ, потому что большее растяженіе этихъ органовъ не возможно, и они разрываются. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оплодотворенное яйцо развивается въ той части фаллопиевой трубы, которая проходитъ сквозь стѣнку матки, беременность можетъ продолжаться долѣе, и не повлечъ за собою разрыва мѣшка, содержащаго въ себѣ яйцо, и кровотеченія. Были даже примѣры, что беременность, въ этихъ случаяхъ, продолжалась полные десять мѣсяцевъ. Разрывъ мѣшка, содержащаго въ себѣ яйцо, дѣлается или въ слѣдствіе значительнаго утонченія его стѣнокъ, или внезапно, въ слѣдствіе сильнаго по-

трясенія тѣла беременной. Если яйцо, послѣ разрыва мѣшка, его содержавшаго, попадаетъ въ полость живота, и начинаетъ тутъ развиваться далѣе, то оно своимъ прикосновеніемъ вызываетъ воспаленіе тѣхъ частей, которыхъ соприкасается. Въ слѣдствіе этого воспаленія дѣлается выпотѣніе эксудата, изъ котораго образуется потомъ оболочка, окружающая яйцо со всѣхъ сторонъ, и отдѣляющая его отъ брюшныхъ органовъ. Такой счастливый исходъ, впрочемъ, бываетъ рѣдко. Чаше же случается, что воспаленіе брюшины достигаетъ въ этихъ случаяхъ такой степени, что больная умираетъ. Если яйцо, тотчасъ послѣ своего оплодотворенія, попадаетъ въ полость живота и тутъ развивается, то оно не рѣдко достигаетъ полного развитія. Въ концѣ десятаго мѣсяца беременности показываются, въ этомъ случаѣ, боли, похожія на родовыя; боли эти иногда продолжаются недѣли двѣ, въ теченіи которыхъ беременная легко можетъ умереть въ слѣдствіе истощенія силъ. Младенецъ обыкновенно умираетъ во время этихъ болей, и переходитъ въ гніеніе; мѣшокъ, содержавшій въ себѣ яйцо, растворяется, превращается въ сукровицу, которая, касаясь брюшины, производитъ воспаленіе этой послѣдней, въ слѣдствіе котораго больная умираетъ. Въ болѣе счастливыхъ случаяхъ, гной и сукровица,

образовавшіеся въ слѣдствіе разложенія яйца, пролагаютъ себѣ дорогу наружу сквозь покровы живота, прямую кишку, или мочевоѣ пузырь, при чемъ и самое тѣло младенца выходитъ кусками, и больная, иногда, выздоравливаетъ. Самый благопріятный исходъ вѣматочной беременности есть тотъ, гдѣ младенецъ превращается въ известковую массу (*Lithopaedion*). Младенецъ, въ этихъ случаяхъ, умираетъ, а мѣшокъ, содержащій въ себѣ яйцо, не разрывается и не разлагается, а напротивъ дѣлается толще и плотнѣе, и срастается съ околележащими частями. Жидкія части младенца потомъ всасываются, остаются однѣ твердыя, между которыми въ послѣдствіи отлагается известковое вещество, соединяющее ихъ въ одну сплошную массу, называемую *Lithopaedion*, которая можетъ долгое время оставаться въ полости живота, не причиняя никакого разстройства здоровья. Были даже примѣры, что женщины, имѣвшія въ полости живота *Lithopaedion*, дѣлались беременными, и что беременность у нихъ благополучно достигала своего конца.

§ 53.

Распознаваніе вѣматочной беременности чрезвычайно трудно, потому что нѣтъ ни одного признака, на основаніи котораго можно было бы допустить съ

вѣроятностію существованіе этаго патологическаго состоянія. Распознаваніе особенно трудно въ теченіи первыхъ двухъ, трехъ мѣсяцевъ беременности; оно становится легче только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ беременность находится уже во второй половинѣ своей. Мы можемъ предполагать существованіе внѣматочной беременности, если: 1) тѣ явленія, которыя обыкновенно замѣчаются вскорѣ послѣ зачатія, какъ то: тошнота, рвота, измѣненіе расположенія духа и т. д., въ данномъ случаѣ достигаютъ болѣе значительной степени, нежели обыкновенно; 2) если изъ дѣтородныхъ частей женщины, во 2 и 3 мѣсяцѣ беременности, отъ времени до времени, показывается изліяніе крови, смѣшанной съ кусками оболочекъ; 3) если женщина чувствуетъ въ животѣ боль, похожую на родовыя боли, и если при этомъ отправленія кишечнаго канала и мочеваго пузыря совершаются неправильно; 4) если женщина ощущаетъ въ животѣ, постоянно на одномъ и томъ же мѣстѣ, сильную боль, имѣющую сходство съ тою, которая обыкновенно замѣчается при воспаленіи брюшины. Боль эта, какъ признакъ внѣматочной беременности, по мнѣнію нѣкоторыхъ врачей, имѣетъ еще болѣе значенія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она сопровождается тоскою и сильнымъ безпокойствомъ беременной, столами, блѣдностію и

искаженіемъ лица, пониженіемъ температуры всего тѣла и, въ особенности, конечностей, холоднымъ потомъ, обмороками и рвотою. Причина этой боли заключается, вѣроятно, въ постепенномъ разрывѣ мѣшка, содержащаго въ себѣ яйцо. Иногда она прекращается на нѣсколько дней, но потомъ возвращается съ большею силою, послѣ чего беременная обыкновенно скоро умираетъ. Всѣ эти субъективные признаки не вѣрны, потому что они, кромѣ вѣматочной беременности, могутъ быть еще условливаемы и различными другими патологическими состояніями. Признаки, открываемые посредствомъ наружнаго и внутренняго изслѣдованія беременной, также невѣрны. Сюда относится: 1) осязаніе твердой, нечувствительной при прикосновеніи опухоли въ полости живота, и при томъ занимающей постоянно одно и то же мѣсто. Этотъ признакъ только тогда имѣетъ значеніе, если мы въ то же время находимъ матку увеличенною въ объемъ, и лежащею непосредственно подлѣ вышеупомянутой опухоли, и если въ этой послѣдней замѣчаются движенія младенца; 2) возможность ощущать рукою, положенною на животъ беременной, движеніе младенца явственнѣе, нежели при маточной беременности; 3) неравномѣрное увеличеніе объема живота беременной, при чемъ одна половина его, сравнительно, гораздо

больше другой; 4) пустота матки при изслѣдованіи ея зондомъ, при существованіи многихъ признаковъ беременности.

§ 54.

Какія именно причины препятствуютъ оплодотворенному яйцу попасть въ полость матки, и подаютъ поводъ къ происхожденію вѣматочной беременности, это не возможно опредѣлить съ точностію. Судя а priori, можно допустить, что всѣ органическія измѣненія въ маточныхъ трубахъ, имѣющія слѣдствіемъ уменьшеніе ихъ калибра, могутъ препятствовать свободному прохожденію яйца отъ яичника къ маткѣ. Къ такимъ органическимъ измѣненіямъ fallopieвыхъ трубъ надобно отнести разрыхленіе ихъ слизистой оболочки, могущее быть слѣдствіемъ значительныхъ приливовъ крови къ ней и хроническаго воспаленія ея, при чемъ она дѣлаясь толще, уменьшаетъ калиберъ маточныхъ трубъ. Равнымъ образомъ, болѣзненные продукты, отложившіеся на маточныхъ трубахъ, или въ полости ихъ, могутъ препятствовать движенію яйца по нимъ. Происхожденіе брюшной беременности легче можно объяснить. Здѣсь, если только бахрома fallopieвой трубы не успѣетъ во время обхватить яичникъ, чтобы принять выходящее изъ него яйцо,

это послѣднее падаетъ въ полость живота. Такіе случаи, вѣроятно, бываютъ часто, но не всегда обуславливаютъ внѣматочной беременности потому, что яйцо попадаетъ въ полость живота не будучи еще оплодотворено. Свободному движенію бахромы маточныхъ трубъ могутъ препятствовать различные болѣзненные процессы. Такъ на пр. при воспаленіи брюшины, и слѣдующемъ за нимъ выпотѣніи эксудата, бахрома фаллопиевыхъ трубъ можетъ срастись съ окружающими ее частями, и подвижность ея отъ того значительно уменьшится. При такомъ измѣненіи отношенія бахромъ фаллопиевыхъ трубъ къ окружающимъ частямъ, весьма легко можетъ случиться, что яйцо, вышедши изъ яичника, попадетъ не въ нее, а прямо въ полость живота. Случайныя причины, могущія произвести внѣматочную беременность, также невозможно опредѣлить съ точностію. Принимаютъ, что сильныя душевныя волненія женщины во время совокупленія, или вскорѣ послѣ него, могутъ воспрепятствовать яйцу проникнуть въ полость матки. Но какія именно измѣненія въ дѣтородныхъ частяхъ могутъ произвести эти душевныя волненія — этого мы не знаемъ. Со стороны яйца, за причину, могущую воспрепятствовать свободному движенію его по маточной трубѣ, можно

принять слишкомъ быстрое развитіе его, при чемъ величина его не будетъ пропорціональна съ калибромъ маточной трубы.

§ 55.

Предсказаніе при внѣматочной беременности весьма неблагопріятно. При беременности яичника и беременности трубной, обыкновенно дѣлается разрывъ той части, которая содержитъ въ себѣ развивающееся яйцо, и смертельное кровотеченіе. Предсказаніе лучше въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ яйцо развивается въ той части фаллопиевой трубы, которая проникаетъ сквозь стѣнку матки, потому что хотя и тутъ не рѣдко дѣлается разрывъ и смертельное кровотеченіе, однакоже бываетъ иногда, что беременность достигаетъ своего нормального конца. Лучшее предсказаніе при внѣматочной беременности допускаютъ тѣ случаи, гдѣ яйцо развивается въ полости живота, потому что тутъ или можетъ образоваться Lithopaedion, или беременная и младенецъ могутъ быть спасены посредствомъ операціи кесарскаго сѣченія.

§ 56.

Если бы, на основаніи вышеисчисленныхъ признаковъ, можно было допустить существованіе внѣ-

маточной беременности въ первыхъ ея періодахъ, то надобно стараться выполнить двѣ индикаціи: 1) препятствовать развитію яйца, и ускорить смерть зародыша и 2) дѣйствовать противъ опасныхъ явленій, сопровождающихъ это патологическое состояніе, въ особенности же противъ воспаленія и сильныхъ болей въ животѣ. Лучшими средствами, для выполненія обѣихъ этихъ индикацій, служатъ общія и мѣстныя кровопусканія, припарки на животъ и опиумъ внутрь, и въ видѣ клистировъ. Если бы въ теченіи первыхъ 7 мѣсяцевъ беременности произошелъ разрывъ мѣшка, содержащаго въ себѣ яйцо, и внутреннее кровотечение, то надобно прибѣгнуть къ употребленію холодныхъ примочекъ на животъ, придавить брюшную начальственную артерію, и туго перевязать нижнія конечности. Противъ воспаленія брюшины, слѣдующаго обыкновенно за такимъ разрывомъ, надобно употребить леченіе противувоспалительное. Если внѣматочная беременность продолжается болѣе 7 мѣсяцевъ, и есть вѣрные признаки жизни младенца, то советуютъ сдѣлать лапоротомию (разрѣзъ покрововъ живота); но исходъ этой операціи, въ большей части случаевъ, бываетъ неблагопріятенъ. Если бы, по минованіи 7 мѣсяца беременности, произошелъ разрывъ мѣшка, содержащаго въ себѣ яйцо, кровотечение и

воспаленіе, то надобно прибѣгнуть къ употребленію вышеупомянутыхъ средствъ для ослабленія кровото-ченія и воспаленія. Если же есть при этомъ признаки жизни младенца, то надобно немедленно сдѣлать ла-поротомію. Равнымъ образомъ должно немедленно при-ступить къ этой операціи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ бе-ременная умерла внезапно, въ слѣдствіе кровото-ченія. Если же нѣтъ признаковъ жизни младенца, то опе-раціи этой дѣлать не должно. Если младенецъ умеръ, и перешелъ въ гніеніе, то надобно стараться под-держивать силы больной, чтобы она могла перенести обильное отдѣленіе гноя. Если этотъ послѣдній си-лится проложить себѣ дорогу наружу и образуются абсцессы, то надобно ихъ вскрывать тотчасъ же, какъ только въ нихъ замѣтна будетъ флуктуація, и рас-ширить искусственно отверстія ихъ, если бы они ока-зались недостаточными для свободного истеченія гноя. Если бы при этомъ нѣкоторыя части младенца при-близились къ отверстію абсцесса, то надобно ихъ извлечь.

ОТДѢЛЕНІЕ ВТОРОЕ.

ОБЪ АНОМАЛЯХЪ СО СТОРОНЫ ЧАСТЕЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХЪ, ВМѢСТѢ СЪ МЛАДЕНЦЕМЪ, ЯЙЦО.

ГЛАВА I.

О заносахъ.

§ 57.

Если оплодотворенное яйцо, въ слѣдствіе какой либо причины, такъ измѣняется въ составныхъ своихъ частяхъ, что превращается совершенно въ инородную массу, не имѣющую никакого сходства съ правильно образованнымъ яйцомъ, то оно называется *заносомъ* или *клубомъ* (*mola*). Заносы, по внутреннему своему устройству, представляютъ чрезвычайно различныя видоизмѣненія, которыя, однакоже, всѣ могутъ быть подведены подъ три главныхъ вида ихъ. Они суть слѣдующіе: 1) *Водяной заносъ* (*mola aquosa*). Онъ состоитъ изъ овальнаго мѣшка, образовавшагося изъ оболочекъ яйца, и содержащаго въ себѣ жидкость, которая, въ большей части случаевъ, представляется

мутною, съ примѣсью крови. Слѣдовъ зародыша въ этой жидкости обыкновенно не бываетъ, и заносы такого рода рѣдко остаются въ маткѣ долѣе двухъ мѣсяцевъ. 2) *Мясистый заносъ* (*mola carnosa*) представляетъ походящую на мясо массу, въ центрѣ которой находится полость, наполненная или свѣтлою, или смѣшанною съ кровью жидкостію. Такого рода заносы образуются, вѣроятно, въ слѣдствіе воспаленія, поразившаго матку въ самомъ началѣ беременности, и изліянія крови въ полость яйца. Эти процессы обыкновенно влекутъ за собою утолщеніе оболочекъ яйца. Внѣшній покровъ такихъ заносовъ обыкновенно составляетъ отпадающая оболочка матки, крѣпко сросшаяся съ весьма утолщеною кожистою оболочкою. Внутренняя поверхность полости, заключенной въ такомъ заносѣ, выстигается водною оболочкою. Мясистый заносъ рѣдко бываетъ величиною болѣе кулака, и извергается обыкновенно маткою не позднѣе, какъ въ пятомъ мѣсяцѣ беременности. Если же онъ остается долѣе въ маткѣ, то въ немъ не рѣдко совершаются различныя измѣненія, образуются отложенія известковыхъ и костяныхъ частицъ. 3) *Пузырьчатый заносъ* (*mola vesicularis*), представляетъ патологическое измѣненіе космъ кожистой оболочки яйца, при чемъ на концахъ ихъ образуются большей, или меньшей

величины пузырьки, соединенные между собою рыхлою кѣтчаткою. Пузырьки эти наполнены свѣтлою жидкостію, и висятъ на тонкихъ стебелькахъ, что придаетъ всему заносу видъ винограднаго грозда. Образовавшись, пузырьки эти быстро увеличиваются въ объемѣ, и заносъ такого рода въ пятомъ мѣсяцѣ беременности равняется, по величинѣ своей, головкѣ доношеннаго младенца, и вѣситъ иногда отъ шести до десяти фунтовъ.

§ 58.

Причина образованія заносовъ заключается въ патологическихъ состояніяхъ оболочекъ яйца и самаго зародыша. Воспаленіе оболочекъ яйца, если оно сопровождается изліяніемъ крови и выпотѣніемъ экссудата въ полость яйца, надобно разсматривать какъ главную причину образованія заносовъ. Все то, что условливаетъ значительные приливы крови къ маткѣ во время беременности, можетъ подать поводъ къ образованію заносовъ. Если оболочки яйца болѣзненно измѣняются, то и отпугавленія ихъ нарушаются, и зародышъ вскорѣ послѣ зачатія умираетъ. Болѣзни зародыша, влекушія обыкновенно за собою смерть его, также могутъ быть причиною образованія заносовъ.

Изъ опыта извѣстно, наконецъ, что, при органическихъ болѣзняхъ матки, заносы встрѣчаются гораздо чаще, нежели при нормальномъ состояніи этого органа.

§ 59.

Распознаваніе заносовъ очень трудно, и часто даже не возможно. Можно только предполагать, что въ маткѣ есть заносъ, если объемъ матки не соответствуетъ періоду беременности, т. е. если она или слишкомъ велика, или слишкомъ мала; если увеличеніе объема матки внезапно прекращается; если во второй половинѣ беременности, беременная не ощущаетъ движеній младенца, и если мы, при неоднократномъ изслѣдованіи беременной, ихъ отличить не можемъ; если сердцебіенія младенца не слышно; если матка слишкомъ тверда, или если она, въ теченіи первыхъ мѣсяцевъ беременности, представляется слишкомъ мягкой, и если во время беременности часто показываются сокращенія матки, сопровождающіяся кровотеченіями изъ нея. Всѣ эти признаки не вѣрны, и только присутствіе многихъ изъ нихъ въ одно и то же время можетъ подать поводъ къ предположенію, что матка содержитъ въ себѣ заносъ. Въ маткѣ, содержащей въ себѣ правильно развивающагося младенца, можетъ быть и заносъ; но и въ этомъ случаѣ,

присутствіе заноса не можетъ быть узноано съ достовѣрностію. При развитіи заноса въ полости матки, спустя недѣли четыре послѣ начала его образованія, начинаютъ показываться кровотеченія изъ матки, которыя повторяются потомъ съ большими или меньшими промежутками, и не рѣдко дѣлаются опасными. Изверженіе заносовъ почти всегда сопровождается сильнымъ кровотеченіемъ. При пузырьчатомъ заносѣ, этотъ послѣдній, иногда, разрывается, и выходитъ отдѣльными кусками. Если матка содержитъ въ себѣ заносъ и правильно развитаго младенца, то, при родахъ, или этотъ послѣдній сперва рождается на свѣтъ, а за нимъ извергается заносъ, или бываетъ на оборотъ. Если заносъ извергается не весь, и нѣкоторыя части его, по причинѣ слишкомъ крѣпкой связи ихъ съ маткою, остаются въ этой послѣдней, то это обыкновенно подаетъ поводъ къ сильнымъ кровотеченіямъ, которыя продолжаются до тѣхъ поръ, пока остатки заноса не выйдутъ изъ матки. Слѣдствіемъ заносовъ не рѣдко бываютъ катарры матки, бѣли, хроническіе завалы матки, задержаніе мѣсячнаго очищенія и безплодіе. Предсказаніе, при заносахъ, зависитъ отъ силы кровотеченія, ихъ сопровождающаго, и отъ того, весь ли заносъ будетъ извергнутъ маткою, или части его останутся въ маткѣ. Въ послѣднемъ случаѣ, посто-

янные потери крови могут такъ ослабить больную, что жизнь ея будетъ находиться въ опасности.

§ 60.

При леченіи этого болѣзненнаго состоянія, надобно обращать преимущественно вниманіе на кровотечение. Для уменьшенія этого послѣдняго, надобно совѣтовать больной лежать въ горизонтальномъ положеніи; внутрь дать ей кисловатое питье, и назначить ей питательную діету, для поддержанія силъ. Если же кровотечение становится сильно, то надобно тампонировать влагалище. Если матка начинаетъ сокращаться съ цѣлю извергнуть изъ себя заносъ, и если кровотечение не сильно, то надобно предоставить все дѣло усиліямъ природы. Если сокращенія матки слишкомъ слабы, и изверженіе заноса въ слѣдствіе того замедляется, то надобно стараться усилить сокращенія матки употребленіемъ рожковъ и другихъ подобныхъ средствъ. Если бы во время самаго изверженія заноса, кровотечение сдѣлалось сильнымъ, до достаточнаго расширенія маточнаго устья, то надобно также тампонировать влагалище. Если же, и по совершенномъ расширеніи маточнаго устья, кровотечение продолжается съ значительною силою, то надобно ввести руку въ матку, и извлечь заносъ.

ГЛАВА 2.

Объ аномаліяхъ пуповины и дѣтскаго мѣста.

§ 61.

Пуповина не рѣдко представляетъ различныя аномаліи, и нѣкоторыя изъ нихъ могутъ имѣть существенное вліяніе на развитіе младенца. Къ аномаліямъ пуповины относятся: излишняя длина и чрезмѣрная короткость ея, излишняя толщина и чрезмѣрная тонкость ея, ложные и настоящіе узлы, обвитіе ея около шеи, живота и конечностей младенца, прикрѣпленіе ея около края дѣтскаго мѣста и къ оболочкамъ яйца, неправильное распредѣленіе кровеносныхъ сосудовъ ея, и варикозныя расширенія пупочной вены.

§ 62.

Въ отношеніи къ длинѣ пуповины, уклоненія отъ нормы встрѣчаются довольно часто. Впрочемъ, слишкомъ длинныя пуповины, сравнительно, встрѣчаются чаще, нежели слишкомъ короткія. Пуповина имѣетъ, иногда, до 60" въ длину; въ противоположность этому, длина ея, иногда, едва равняется нѣсколькимъ дюймамъ; бываютъ и такіе случаи, гдѣ пуповины вовсе

нѣтъ, и гдѣ младенецъ своимъ пупочнымъ кольцомъ прилегаєтъ непосредственно къ дѣтскому мѣсту. Впрочемъ отсутствіе пуповины въ этомъ случаѣ нисколько не измѣняетъ способа сообщенія между матерью и младенцемъ, которое все таки совершается посредствомъ пупочныхъ сосудовъ этого послѣдняго. Излишняя длина и чрезмѣрная короткость пуповины не имѣютъ вреднаго вліянія на развитіе младенца; если же пуповины вовсе нѣтъ, то это обстоятельство можетъ подать поводъ къ рановременному отдѣленію послѣда отъ стѣнки матки, кровотеченіямъ и выкидышу. Излишняя длина пуповины составляетъ главную причину обвитія ея около членовъ младенца, образованія узловъ на ней, и выпаденія ея.

§ 63.

Толщина пуповины зависитъ отъ большаго, или меньшаго количества Вартоніевой студени, окружающей ея сосуды. Иногда пуповина имѣетъ въ діаметрѣ 12—14''; такая чрезмѣрная толщина пуповины замѣчается преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ младенецъ великъ, хорошо развитъ; пуповина въ этомъ случаѣ всегда бываетъ очень круто свита, и бываетъ короче, нежели обыкновенно. Иногда, напротивъ, ко-

личество Вартоніевой студени около пуповины бываетъ весьма мало, а иногда ея вовсе не бываетъ, такъ, что пуповина состоитъ только изъ сосудовъ и водной оболочки, составляющей ихъ общій покровъ, и, по толщинѣ своей, равняется гусиному перу. При такой чрезмѣрной тонкости пуповины, обыкновеннаго спиральнаго извиванія ея сосудовъ вовсе не замѣчается; въ срединѣ ея, въ этомъ случаѣ, находится вена, а по бокамъ этой послѣдней, и параллельно съ нею, лежатъ обѣ пупочныя артеріи. Излишняя толщина пуповины, равно какъ и чрезмѣрная тонкость ея, не имѣютъ вреднаго вліянія на развитіе младенца.

§ 64.

Ложные узлы на пуповинѣ суть не что иное, какъ отложеніе большаго количества Вартоніевой студени на нѣкоторыхъ частяхъ пуповины. Такихъ ложныхъ узловъ бываетъ, иногда, нѣсколько на пуповинѣ; но они не имѣютъ никакого вліянія на развитіе младенца. Настоящіе узлы пуповины, напротивъ, имѣютъ гораздо болѣе важное значеніе. Они образуются въ слѣдствіе прохожденія тѣла младенца сквозь петли пуповины, при чемъ самъ младенецъ, производя движенія своими членами, затягиваетъ петли въ узлы. Такихъ

настоящихъ узловъ на пуповинѣ бываетъ, иногда, два, три, въ самомъ близкомъ разстояніи другъ отъ друга, что доказываетъ, что младенецъ нѣсколько разъ прошелъ сквозь петлю пуповины. Чрезмѣрная длина пуповины, и слишкомъ значительное растяженіе матки огромнымъ количествомъ родовыхъ водъ, составляютъ условія, благопріятствующія образованію этихъ узловъ. Если пуповина очень длинна, то она образуетъ большія петли, свободно плавающія въ родовыхъ водахъ, и если полость матки при этомъ, сравнительно съ объемомъ младенца, слишкомъ велика, то этотъ послѣдній, имѣя возможность весьма легко измѣнять свое положеніе, можетъ пройти сквозь петлю пуповины, и потомъ затянуть ее. Вліяніе этихъ узловъ на развитіе младенца различно, смотря по тому, слабо или туго они затянуты; въ первомъ случаѣ они нисколько не вредны; во второмъ же, такъ какъ кровообращеніе между дѣтскимъ мѣстомъ и младенцемъ становится затруднительнымъ, то этотъ послѣдній, не получая надлежащаго питанія, будетъ слабо развиваться, легко можетъ даже умереть, и сдѣлается выкидышъ.

§ 65.

Обвитіе пуповины вокругъ членовъ младенца, а именно около шеи, нижнихъ конечностей и живота,

встрѣчается довольно часто. Около шеи младенца, она, сравнительно, обвивается гораздо чаще, нежели около нижнихъ конечностей; около живота она обвивается рѣдко, и то только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она очень длинна. Иногда она обвивается и нѣсколько разъ вокругъ одного и того же члена младенца; иногда же она обвивается около двухъ членовъ младенца. Ненормальная длина пуповины составляетъ главное условіе, благопріятствующее такому обвитію; самое же обвитіе совершается въ слѣдствіе движеній тѣла младенца вокругъ его продольной оси. Если пуповина имѣетъ достаточную длину, то обвитіе ея вокругъ членовъ младенца не имѣетъ вреднаго вліянія на правильное теченіе беременности; если же пуповина коротка, то обвитіе ея можетъ подать поводъ къ преждевременному отдѣленію дѣтскаго мѣста отъ стѣнки матки, сильнымъ кровотеченіямъ и выкидышу.

§ 66.

Въ отношеніи къ прикрѣпленію пуповины къ дѣтскому мѣсту, также не рѣдко встрѣчаются аномаліи. Такъ на пр. часто случается, что она входитъ не въ середину дѣтскаго мѣста, а уклоняется нѣсколько отъ центра его. Иногда она прикрѣпляется къ краю дѣтскаго мѣста. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, часто

бываетъ, что кровеносныя сосуды, ея составляющіе, не доходя до дѣтскаго мѣста, отдѣляются одинъ отъ другаго, и каждый изъ нихъ отдѣльно проникаетъ въ дѣтское мѣсто. Наконецъ, случается иногда, что сосуды пуповины, на разстояніи нѣсколькихъ дюймовъ отъ края дѣтскаго мѣста, помѣщаются между оболочками яйца, а потомъ, раздѣлившись на нѣсколько вѣтвей, идутъ уже къ краю дѣтскаго мѣста, и вступаютъ въ него. Если сосуды пуповины идутъ между оболочками яйца, въ нижней части этого послѣдняго, то они могутъ подвергнуться давленію со стороны младенца, въ слѣдствіе чего кровообращеніе между нимъ и дѣтскимъ мѣстомъ можетъ быть воспрепятствовано. Кромѣ того, при разрывѣ оболочекъ яйца во время родовъ, сосуды пуповины въ этомъ случаѣ также могутъ разорваться. Всѣ же прочія аномаліи въ отношеніи прикрѣпленія пуповины къ дѣтскому мѣсту, обыкновенно не имѣютъ никакого вліянія на правильное теченіе беременности и родовъ.

§ 67.

Въ отношеніи къ распредѣленію сосудовъ пуповины, встрѣчаются слѣдующія аномаліи. Артеріи пуповины, не проникнувъ еще сквозь пупочное кольцо, иногда, соединяются между собою, и составляютъ

одну артерію бѣльшаго калибра. Въ противоположность этому бываетъ иногда, что одна или обѣ артеріи пуповины до выходѣнія своего изъ брюшной полости младенца, или, вышедши изъ нея, раздѣляются на двѣ, три отдѣльныя вѣтви, и въ этомъ видѣ идутъ къ дѣтскому мѣсту. Вена пуповины рѣдко раздѣляется на вѣтви; это бываетъ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сосуды пуповины идутъ между оболочками яйца, какъ выше было сказано, и то не всегда. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, наконецъ, бываетъ, что каждый изъ трехъ кровеносныхъ сосудовъ, составляющихъ пуповину, имѣетъ свою отдѣльную наружную оболочку, и всѣ три сосуда одинъ отъ другаго отдѣлены, такъ, что кажется будто бы младенецъ имѣетъ три пуповины. Всѣ эти аномаліи не имѣютъ никакого вліянія на развитіе младенца. Варикозныя расширенія вены пуповины встрѣчаются рѣдко. Они достигаютъ иногда величины голубинаго яйца, и были примѣры, что они разрывались, и что слѣдствіемъ этого было смертельное кровотеченіе.

§ 68.

Въ отношеніи къ образованію дѣтскаго мѣста, также встрѣчаются различныя аномаліи. Такъ бываютъ

случаи, гдѣ дѣтскаго мѣста вовсе нѣтъ, или гдѣ оно очень мало, или раздѣлено на нѣсколько частей. Кромѣ этихъ недостатковъ первоначальнаго образованія, въ дѣтскомъ мѣстѣ развиваются, иногда, различныя болѣзненные состоянія, каковы на пр. конгестивное состояніе его, воспаленіе и водянка. Какъ органическіе недостатки дѣтскаго мѣста, такъ и болѣзненные состоянія его, могутъ, иногда, имѣть весьма важное вліяніе на правильное теченіе беременности и родовъ.

§ 69.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣтскаго мѣста вовсе нѣтъ, сосуды пуповины развѣтвляются между кожей и водною оболочками яйца. Развѣтвленія эти между собою ничѣмъ не соединяются, т. е. не образуютъ ничего похожаго на обыкновенное дѣтское мѣсто. Эти развѣтвленія, въ отношеніи къ питанію младенца, замѣняютъ собою дѣтское мѣсто; но питаніе младенца въ этихъ случаяхъ всегда совершается недостаточнымъ образомъ, и младенецъ рождается малымъ и слабымъ. Рѣдко бываетъ, чтобы младенецъ въ этихъ случаяхъ былъ доношеннымъ; въ наибольшей части случаевъ, роды наступаютъ раньше нормальнаго срока. Если послѣдъ очень малъ, то это также всегда

имѣть значительное вліяніе на развитіе младенца, и онъ раждается на свѣтъ слабымъ. По увѣренію нѣкоторыхъ писателей, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣдъ очень малъ, отдѣленіе молока въ грудяхъ послѣ родовъ бываетъ весьма умѣренно. Meissner *) говоритъ, что онъ видѣлъ много такихъ случаевъ. Иногда дѣтское мѣсто представляется раздѣленнымъ на нѣсколько частей, или долей, соединенныхъ между собою посредствомъ кровеносныхъ сосудовъ. Такое раздѣленіе дѣтскаго мѣста не имѣетъ никакого вліянія на правильное развитіе младенца.

§ 70.

Болѣзненные состоянія дѣтскаго мѣста имѣютъ весьма важное значеніе, потому что, въ наибольшей части случаевъ, причина выкидышей и преждевременныхъ родовъ, слабости, недостатковъ первоначальнаго образованія и, даже, смерти младенца, и задержаніе послѣда въ полости матки послѣ родовъ, заключается въ болѣзняхъ дѣтскаго мѣста. Распознаваніе болѣзненныхъ состояній послѣда, во время беременности, весьма трудно, потому что признаки ихъ обыкновенно

*) Meissner, Forschungen des 19-ten Jahrhunderts im Gebiete der Geburtshilfe. Th. 1, p. 113.

бываютъ выражены весьма не явственно. Въ слѣдствіе этихъ болѣзненныхъ состояній, нѣкоторыя части дѣтскаго мѣста, иногда, такъ существенно измѣняются, что дѣлаются совершенно негодными для питанія младенца.

§ 71.

Конгестивное состояніе дѣтскаго мѣста, или переполненіе сосудовъ его кровью, есть явленіе довольно частое. Оно образуется или быстро, или медленно, проходитъ иногда, не оставляя послѣ себя никакихъ слѣдовъ, а иногда, напротивъ, слѣдствіемъ его бываетъ изліяніе крови въ мякоть послѣда, или, такъ называемая, апоплексія дѣтскаго мѣста. Сосуды его представляются при этомъ переполненными кровью и растянутыми; наружная поверхность его имѣетъ темно-фіолетовый цвѣтъ, а мякоть — темно-красный. Иногда и самый объемъ послѣда бываетъ увеличенъ. Не рѣдко замѣчаются при этомъ разрывы нѣсколькихъ сосудовъ, и изліяніе крови. Эти послѣдніе бываютъ или на наружной, или на внутренней поверхности дѣтскаго мѣста, или въ срединѣ его. Величина полостей, содержащихъ въ себѣ излившуюся кровь, бываетъ различна, до величины голубинаго яйца. Мякоть послѣда бываетъ иногда напитана излившеюся кровью,

въ которой постепенно совершаются различные метаморфозы. Сначала она свертывается, и имѣетъ темно-красный цвѣтъ; потомъ, когда пасока ея всасывается, и кровяные шарики уничтожаются, оставшійся фибринъ образуетъ сгустокъ, имѣющій или красноватый, или шоколадный, или блѣдо-желтоватый, или желтый цвѣтъ. Сгустокъ этотъ твердъ, и при разрѣзѣ представляетъ сплошную, однородную массу.

§ 72.

Причины конгестивнаго состоянія дѣтскаго мѣста заключаются въ нарушеніи правильнаго кровообращенія между младенцемъ и дѣтскимъ мѣстомъ. Такое нарушеніе можетъ быть слѣдствіемъ различныхъ болѣзненныхъ состояній зародыша, пуповины и сосудовъ послѣда. Со стороны беременной, приливы крови къ нижней части живота и преждевременныя сокращенія матки могутъ подать поводъ къ образованію конгестивнаго состоянія дѣтскаго мѣста. Къ причинамъ случайнымъ надобно отнести: травматическія вліянія, сильное и часто повторяющееся напряженіе мышцъ живота и душевныя волненія.

§ 73.

Предсказаніе какъ для беременной, такъ и для

младенца неблагоприятно. Если конгестивное состояніе послѣда образуется въ началѣ беременности, то зародышъ обыкновенно умираетъ. Если значительная часть послѣда отдѣляется отъ матки, то слѣдствіемъ этого всегда бываетъ преждевременное наступленіе родовъ, которымъ предшествуютъ болѣе или менѣе сильныя кровотеченія.

§ 74.

Распознаваніе конгестивнаго состоянія послѣда, какъ выше уже было сказано, очень трудно, потому что оно не выражается никакими характеристическими признаками. Больныя жалуются, иногда, на постоянную, или перемежающуюся боль въ маткѣ, которая распространяется на паховыя области, бедра и, иногда, даже на груди. Иногда замѣчается также изліяніе крови изъ влагалища, повторяющееся съ большими, или меньшими промежутками. Такъ какъ точное распознаваніе этого болѣзненнаго состоянія очень трудно, а, иногда, и не возможно, то и леченіе можетъ быть только симптоматическое. Если больныя жалуются на постоянную боль въ маткѣ, то полезно отъ времени до времени прикладывать піявки на животъ, и дѣлать втиранія ртутной мази въ него. Теплыя ванны также

могутъ тутъ быть употребляемы съ пользою. Если показываются кровотоечения изъ дѣтородныхъ частей, то противъ нихъ должно быть употреблено леченіе, объ которомъ выше уже было говорено (см. § 34).

§ 75.

Если конгестивное состояніе дѣтскаго мѣста продолжается долго, если оно развивается медленно, и если при томъ не послѣдуетъ разрыва сосудовъ и изліянія крови, то образуется воспаленіе послѣда, которое характеризуется преимущественно тѣмъ, что слѣдствіемъ его бываетъ гепатизація нѣкоторыхъ частей дѣтскаго мѣста (*hepatisatio placentae*). Въ анатомическомъ отношеніи, между конгестивнымъ состояніемъ дѣтскаго мѣста и воспаленіемъ его, существуетъ только та разница, что при первомъ, приливы крови къ послѣду совершаются быстро, и съ такою силою, что условливаютъ, иногда, апоплексію дѣтскаго мѣста; при второмъ же — приливы крови совершаются медленно, и не съ такою силою, и слѣдствіемъ ихъ бываетъ выпотѣніе эксудата въ мякоть послѣда, т. е. образованіе гепатизаціи. Гепатизированныя части послѣда бываютъ величиною отъ голубинаго до гусинаго яйца; цвѣтъ онѣ имѣютъ темноватый, и бываютъ

тверже окружающих ихъ здоровыхъ частей послѣда. При разрѣзѣ ихъ, мы находимъ, что онѣ состоятъ изъ плотной, зернистой массы, имѣющей буровато-красный цвѣтъ. Иногда, въ серединѣ ихъ находится нѣсколько маленькихъ полостей, наполненныхъ кровью. Если сдавить между пальцами гепатизированную часть послѣда, то изъ нея вытекаетъ сѣровато-красная жидкость, содержащая въ себѣ много фибрина, и имѣющая способность свертываться. Спустя нѣсколько времени, гепатизированныя части послѣда получаютъ болѣе свѣтлый цвѣтъ, и дѣлаются тверже, въ слѣдствіе того, что жидкія части, въ нихъ содержащіяся, всасываются. По мѣрѣ того, какъ гепатизированныя части послѣда измѣняются въ цвѣтъ своемъ, и дѣлаются тверже, объемъ ихъ становится меньше, сосуды ихъ облитерируются и, наконецъ, образуется переходъ въ частное отвердѣніе дѣтскаго мѣста. Отвердѣвшія части его имѣютъ свѣтло-желтый цвѣтъ, очень плотны, и, иногда, бываютъ такъ сухи и тверды, что издають трескъ при разрѣзываніи ихъ. Слѣдствіемъ воспаления дѣтскаго мѣста, иногда, бываетъ также изліяніе пасоки между наружною поверхностію послѣда и внутреннею поверхностію матки, подающее поводъ къ сращенію между этими двумя органами. Подобнаго рода сращенія бываютъ не рѣдко такъ крѣпки, что

въ пятомъ періодѣ родовъ сокращеній матки бываетъ недостаточно для отдѣленія послѣда, и даже искусственное отдѣленіе его рукою бываетъ весьма трудно. Иногда находимъ мы также въ дѣтскомъ мѣстѣ изліяніе гноя, въ слѣдствіе бывшаго воспаления. Встрѣчаются тутъ также, иногда, и отложенія фосфорокислой и углекислой извести.

§ 76.

Что касается до причинъ воспаления дѣтскаго мѣста, то, какъ причину предрасполагающую, надобно разсматривать часто повторяющіеся, сильные приливы крови къ этому органу. Изъ опыта извѣстно также, что женщины, страдавшія уже одинъ разъ воспаленіемъ дѣтскаго мѣста, при слѣдующихъ беременностяхъ имѣютъ особенное расположеніе къ этому болѣзненному состоянію. Къ причинамъ случайнымъ, могущимъ произвести воспаление послѣда, надобно отнести всѣ сильныя потрясенія тѣла, сильныя душевныя волненія и воспаление матки.

§ 77.

Распознаваніе воспаления дѣтскаго мѣста очень

трудно, потому что это болѣзненное состояніе не сопровождается никакими патогномическими признаками. Боль въ маткѣ и поясницѣ составляетъ одинъ изъ самыхъ постоянныхъ признаковъ его. Боль эта бываетъ, иногда, перемежающеюся, усиливается при давленіи рукою на матку, и продолжается обыкновенно до конца беременности. Иногда, въ теченіи этой болѣзни, показывается, отъ времени до времени, ознобъ, что указываетъ на то, что воспаленныя части послѣда перешли въ нагноеніе, и что въ тѣлѣ больной развивается гнойная дискразія. Предсказаніе, какъ для беременной, такъ и для младенца неблагопріятно, потому что можетъ образоваться крѣпкое сращеніе послѣда съ маткою, влекущее за собою не рѣдко весьма опасныя послѣдствія. каковы на пр. сильныя кровотеченія въ пятомъ періодѣ родовъ, воспаленіе матки послѣ родовъ и т. п. Такъ какъ отвердѣвшія части послѣда дѣлаются негодными для питанія младенца, то этотъ послѣдній или умираетъ въ маткѣ, или рождается слабымъ. Лечение должно быть противу-воспалительное, состоящее въ общихъ и мѣстныхъ кровопусканіяхъ, и употребленіи средствъ отвлекающихъ на кишечный каналъ. Полезно тутъ также отъ времени до времени, приставлять большія шпанскія мушки на животъ беременной.

§ 78.

Водянка дѣтскаго мѣста встрѣчается преимущественно у беременныхъ, страдающихъ водяною болѣзнію. Самый послѣдъ представляется при этомъ значительно увеличеннымъ въ объемѣ, имѣеть блѣдный цвѣтъ, и пропитанъ серозною жидкостію. Эта послѣдняя содержится въ промежуткахъ между сосудами послѣда, и, при сдавливаніи его, легко изъ него изливается. При такомъ состояніи дѣтскаго мѣста, матка обыкновенно содержитъ въ себѣ огромное количество родовыхъ водъ. Въ полостяхъ тѣла младенца, и подъ кожей его, также не рѣдко замѣчаются изліянія серозной жидкости. Питаніе младенца въ этихъ случаяхъ всегда совершается недостаточнымъ образомъ, и онъ умираетъ въ маткѣ, или рождается слабымъ. Въ слѣдствіе значительнаго растяженія послѣда, могутъ тутъ также произойти разрывы его сосудовъ, и изліяніе крови въ мякоть его. Кромѣ того, такъ какъ матка въ этихъ случаяхъ бываетъ чрезмѣрно растянута, то, во время родовъ, потуги могутъ сдѣлаться неправильными и недѣйствительными, и могутъ показаться обильныя кровотеченія. Чрезмѣрное растяженіе матки можетъ тутъ также подать поводъ къ преждевременному наступленію родовъ.

ОТДѢЛЕНІЕ ТРЕТЬЕ.

О ПРИЧИНАХЪ НЕПРАВИЛЬНЫХЪ РОДОВЪ СО СТОРОНЫ РОЖЕНИЦЫ.

ГЛАВА I.

О неправильномъ образованіи таза.

§ 79.

Въ женскомъ тазѣ не рѣдко встрѣчаются различныя уклоненія отъ нормальнаго устройства въ отношеніи къ образованію различныхъ костей, его составляющихъ, и соединенію ихъ между собою, къ длинѣ его поперечниковъ, наклоненію его, и, наконецъ, въ отношеніи къ соединенію таза съ позвоночнымъ столбомъ и нижними конечностями. Нѣкоторыя изъ этихъ аномалій суть недостатки первоначальнаго образованія, другія же, напротивъ, суть слѣдствія различныхъ болѣзненныхъ состояній, развившихся въ костяхъ таза. Къ первымъ относятся: 1) слишкомъ большой тазъ, увеличенный во всѣхъ своихъ размѣрахъ; 2) отчасти увеличенный тазъ, при чемъ нѣкоторые изъ его поперечниковъ представляются удли-

ненными, а остальные имѣютъ нормальную длину; 3) тазъ, уменьшенный во всѣхъ своихъ размѣрахъ; 4) отчасти уменьшенный тазъ, въ которомъ только нѣкоторые изъ его діаметровъ представляются укороченными, а остальные имѣютъ нормальную длину; 5) тазъ, уменьшенный въ слѣдствіе неправильнаго отношенія между послѣднимъ поясничнымъ позвонкомъ и первымъ ложнымъ позвонкомъ крестцовой кости; 6) тазъ, искривленный въ косомъ направленіи, въ слѣдствіе сращенія одной изъ его безыменныхъ костей съ крестцовой, при чемъ одна половина этой послѣдней представляется въ атрофированномъ состояніи; 7) тазъ, сѣуженный въ направленіи своихъ поперечныхъ діаметровъ, въ слѣдствіе сращенія обѣихъ безыменныхъ костей съ крестцовой; 8) слишкомъ много наклоненный тазъ, и 9) тазъ, имѣющій слишкомъ малое наклоненіе. Къ аномаліямъ таза, произведеннымъ болѣзненными состояніями, относятся: 1) тазъ, измѣненный въ слѣдствіе англійской болѣзни (rhachitis); 2) тазъ, измѣненный въ слѣдствіе размѣгченія его костей (osteomalacia); 3) тазъ, измѣненный въ слѣдствіе аномалій позвоночнаго столба; 4) атрофія костей таза; 5) тазъ, уменьшенный въ своихъ поперечникахъ, въ слѣдствіе образованія костяныхъ наростовъ и опухолей въ полости его;

6) тазъ, измѣненный въ слѣдствіе переломовъ костей его, и 7) сращеніе (anchylosis) копчиковой кости съ крестцовой, при чемъ подвижность первой уничтожается. Въ вышеизложенномъ порядкѣ мы рассмотримъ теперь каждую изъ аномалій таза въ частности.

§ 80.

Вообще большой тазъ, увеличенный во всѣхъ своихъ размѣрахъ, одинаково часто встрѣчается у женщинъ и высокаго и среднего роста. Кости, его составляющія, имѣютъ совершенно правильное отношеніе другъ къ другу, но всѣ поперечники его представляются удлиненными. Это удлиненіе поперечниковъ бываетъ различно, начиная отъ $\frac{1}{4}$ "— $\frac{1}{2}$ " до 1". Вліяніе этой аномаліи таза обнаруживается уже во время беременности тѣмъ, что подлежащая часть младенца раньше и глубже опускается въ полость малого таза, нежели при нормальномъ устройствѣ его, давить сильно на сосѣдственные съ маткою органы, отъ чего происходятъ: задержаніе мочи, упорные запоры, варикозныя расширенія венъ на наружныхъ дѣтородныхъ частяхъ и нижнихъ конечностяхъ, и водянка какъ первыхъ, такъ и послѣднихъ. На ходъ родовъ излишняя вмѣстимость таза имѣетъ еще болѣе

вредное вліяніе. Если младенець имѣть при этомъ нормальную величину, то рожденіе его на свѣтъ можетъ совершиться очень скоро и, иногда, достаточно бываетъ нѣсколькихъ потугъ для того, чтобы вытѣснить его изъ дѣтородныхъ частей. Выхожденіе младенца на свѣтъ можетъ тутъ сдѣлаться совершенно внезапно, при стоячемъ или сидячемъ положеніи роженицы; младенець можетъ упасть на полъ; пуповина можетъ разорваться; дѣтское мѣсто можетъ быстро оторваться отъ матки; эта послѣдняя можетъ выпасть, или выворотиться, и можетъ показаться сильное кровотеченіе. Кромѣ того, такъ какъ наружныя дѣтородныя части не будутъ въ этомъ случаѣ имѣть достаточно времени, чтобы приготовиться къ тому значительному растяженію, которому онѣ подвергаются при прохожденіи сквозь нихъ младенца, то легко можетъ сдѣлаться большой разрывъ промежности.

§ 81.

Если не всѣ поперечники малаго таза, а только нѣкоторые изъ нихъ, удлинены (отчасти большой тазъ), то, въ наибольшей части случаевъ, діаметры его входа имѣютъ ненормальную мѣру, а поперечники выхода — нормальную. Иногда, хотя и рѣдко, бываетъ и на

оборотъ, т. е. вмѣстимость выхода превышаетъ нормальную мѣру, а входъ представляется совершенно нормальнымъ. Эта аномалія таза встрѣчается преимущественно у женщинъ высокаго роста. Увеличеніе нѣкоторыхъ поперечниковъ въ этомъ случаѣ рѣдко превышаетъ $\frac{3}{4}$ ". Вліяніе частнаго увеличенія таза на ходъ родовъ бываетъ различно, смотря по тому, которая именно часть его имѣетъ ненормальную вмѣстимость. Если входъ въ тазъ увеличенъ, то вступленіе младенца въ него совершается быстро, а дальнѣйшій ходъ родовъ будетъ нормальный; роженица и младенецъ, въ этомъ случаѣ, не подвергаются опасности. Если же при нормальномъ устройствѣ входа въ тазъ, выходъ его представляется увеличеннымъ, то вступленіе младенца въ полость таза совершается съ обыкновенною трудностію; но когда младенецъ приблизится къ выходу таза, то окончательное выходженіе его на свѣтъ можетъ совершиться мгновенно, и если не будутъ приняты надлежащія мѣры предосторожности, то послѣдствія могутъ быть также вредны, какъ при вообще большемъ тазѣ.

§ 82.

Тазъ, уменьшенный во всѣхъ своихъ размѣрахъ, встрѣчается у женщинъ очень малаго роста; но бы-

вають примѣры, что эта аномалія таза встрѣчается и у женщинъ средняго и, даже, большаго роста. Совершенно одинаковое уменьшеніе всѣхъ поперечниковъ таза встрѣчается рѣдко; чаще бываетъ, что одинъ какой либо поперечникъ представляется болѣе укороченнымъ, нежели другіе. При самой значительной степени уменьшенія всѣхъ діаметровъ таза, каждый изъ нихъ бываетъ укороченъ на 12''—15''; чаще же случается, что это уменьшеніе не превышаетъ 4''—10''. Вышина такого таза остается при этомъ или нормальною, или представляется меньше обыкновенной. Если же всѣ діаметры таза одинаково уменьшены, то прямой діаметръ входа въ малый тазъ обыкновенно представляется болѣе укороченнымъ, нежели всѣ остальные. Между всѣми аномаліями въ устройствѣ таза, общее уменьшеніе всѣхъ его поперечниковъ встрѣчается чаще, нежели всѣ прочія. Вліяніе этой аномаліи, во время беременности, обнаруживается тѣмъ, что нижній сегментъ матки вплоть до самыхъ родовъ остается высоко надъ входомъ въ тазъ, а подлежащая часть младенца остается надъ нимъ подвижною до самаго наступленія родовъ. Ходъ этихъ послѣднихъ всегда бываетъ при этомъ медленный, потому что какъ вступленіе подлежащей части младенца во входъ малаго таза, такъ и дальнѣйшее прохожденіе

ея сквозь полость его, совершаются съ значительною трудностію. Жизнь младенца находится, въ этомъ случаѣ, въ большой опасности, потому что онъ подвергается равномерному, сильному давленію со всѣхъ сторонъ. При значительной степени уменьшенія всѣхъ діаметровъ таза, окончаніе родовъ одними силами природы часто не только становится невозможнымъ, но даже нельзя бываетъ извлечь младенца, не уменьшивъ предварительно объемъ его тѣла.

§ 83.

При частномъ уменьшеніи вмѣстимости малаго таза, гдѣ одинъ, или нѣсколько діаметровъ его представляются укороченными, часто случается, что только прямой діаметръ входа въ тазъ не имѣетъ нормальной мѣры, а всѣ остальные имѣютъ обыкновенную длину; прямой діаметръ выхода таза, даже, иногда, представляется тутъ удлинненнымъ. Иногда, хотя и рѣдко, бываетъ также, что вся полость малаго таза имѣетъ воронкообразную форму, при чемъ входъ въ него имѣетъ вмѣстимость нѣсколько больше нормальной, а выходъ представляется суженнымъ. Частное уменьшеніе вмѣстимости малаго таза одинаково часто встрѣчается у женщинъ высокаго и малаго роста, крѣпкаго и слабаго тѣлосложенія. Уменьшеніе діаметровъ таза

никогда не бываетъ тутъ такъ значительно, какъ при общемъ уменьшеніи таза, и рѣдко превышаетъ $\frac{1}{2}$ ". Вліяніе этой аномаліи таза на теченіе беременности и родовъ бываетъ то же самое, какъ и при общемъ уменьшеніи всѣхъ его діаметровъ, только, разумѣется, въ менѣе значительной степени.

§ 84.

Тазы, измѣненные въ слѣдствіе неправильнаго соединенія послѣдняго поясничнаго позвонка съ первымъ ложнымъ позвонкомъ крестцовой кости, встрѣчаются очень рѣдко. Всѣ кости, составляющія собственно самый тазъ, не представляютъ тутъ ничего ненормальнаго въ отношеніи къ своей формѣ, величинѣ и отстоянію другъ отъ друга, но послѣдній поясничный позвонокъ соединяется не съ верхнею, а съ переднею поверхностію перваго ложнаго позвонка крестцовой кости, и покрываетъ собою половину, или двѣ трети этого послѣдняго. Передняя поверхность послѣдняго поясничнаго позвонка становится тутъ нижнею, образуетъ почти прямой уголъ съ верхнею частію крестцовой кости, и закрываетъ собою заднюю часть входа въ малый тазъ. Прямой поперечникъ входа въ малый тазъ представляется при этомъ укорочен-

нымъ на $1\frac{1}{2}''$. Эта аномалія не есть слѣдствіе какого-либо болѣзненнаго процесса, и должна быть разсматриваема какъ недостатокъ первоначальнаго образованія. Вліяніе ея на ходъ родовъ весьма важно, и роды ни въ какомъ случаѣ не могутъ окончиться безъ помощи искусства.

§ 85.

При измѣненіи формы таза въ слѣдствіе сращенія одной безымянной кости съ крестцовой (synostosis), одна половина этой послѣдней и соотвѣтствующая ей часть кости безымянной представляются въ атрофированномъ состояніи. Весь тазъ представляется при этомъ искривленнымъ въ какомъ направленіи; та боковая стѣнка его, которая соотвѣтствуетъ вышеупомянутому сращенію, подвигается ближе къ передней поверхности крестцовой кости, а другая боковая стѣнка таза, напротивъ, отстоитъ отъ нея, на большее разстояніе, нежели обыкновенно. Симметрія всего таза, въ слѣдствіе этого, нарушается; та половина его, которая соотвѣтствуетъ вышеупомянутому сращенію, представляется суженною, а другая, противоположная ей, напротивъ, увеличенною въ своихъ размѣрахъ. Передняя поверхность крестцовой кости бываетъ при

этомъ болѣе обращена къ патологически измѣненной половинѣ таза; соединеніе лобковыхъ костей представляется сдвинутымъ въ сторону, и уже не находится прямо противъ мыса крестцовой кости, центръ котораго находится уже прямо противъ лонно-бедереннаго бугорка атрофированной половины таза. Нижний конецъ крестцовой кости отстоитъ при этомъ ближе отъ шишки и бугорка сѣдалищной кости атрофированной половины таза, нежели отъ тѣхъ же частей другой сѣдалищной кости. Дуга лобковыхъ костей также искривляется, и та половина ея, которая соотвѣтствуетъ атрофированной половинѣ таза, подается болѣе назадъ. Внутренняя поверхность безымянной кости суженной половины таза представляется при этомъ болѣе плоскою, а безымянная линія укороченною. Степени искривленія таза при этой аномаліи бываютъ весьма различны, смотря по большому, или меньшему распространенію атрофіи, и по тому, къ какому разряду тазовъ вообще принадлежитъ тазъ, измѣненный въ слѣдствіе этой аномаліи, большимъ, или малымъ. Косые діаметры таза, въ отношеніи къ длинѣ своей, представляютъ здѣсь большую разницу; иногда бываетъ, что одинъ изъ нихъ содержитъ въ себѣ 5", а другой, противоположный ему, только 3". Прямой діаметръ входа въ малый тазъ имѣетъ при

этомъ косое направленіе, но длина его или остается нормальною, или представляется незначительно, на нѣсколько линій, укороченною. Въ случаяхъ значительнаго искривленія таза этого рода, мысъ крестцовой кости отстоитъ отъ соотвѣтствующей ему передней стѣнки таза только на 2" — 3". Прямой діаметръ полости малаго таза бываетъ при этомъ незначительно укороченъ; но всѣ поперечные діаметры ея, напротивъ, имѣютъ длину меньше нормальной; въ особенности же разстояніе между хребтиками и шишками сѣдалищныхъ костей становится меньшимъ, такъ что, при высшей степени этого искривленія таза, первые отстоятъ другъ отъ друга только на 2" 3"', а послѣдніе — на 2" 10"'. Эта аномалія встрѣчается одинаково часто, у женщинъ большаго роста и крѣпкаго тѣлосложенія, и у женщинъ малаго роста и нѣжнаго тѣлосложенія. Она не есть недостатокъ первоначальнаго образованія, что доказывается тѣмъ, что въ дѣтскихъ тазахъ ее никогда не находили; она развивается постепенно въ послѣдствіи. Вліяніе этой аномаліи таза на ходъ родовъ весьма важно, и они могутъ окончиться однѣми силами природы только при самой незначительной степени этого искривленія и маломъ объемѣ тѣла младенца.

§ 86.

Сращеніе крестцовой кости съ обѣими безъименными (*synostosis duplex*) встрѣчается очень рѣдко. При этой аномаліи въ устройствѣ таза, этотъ послѣдній представляется симметрическимъ, но значительно суженнымъ въ направленіи своихъ поперечныхъ діаметровъ. Крестцовая кость бываетъ при этомъ значительно измѣнена, въ слѣдствіе недостаточнаго развитія боковыхъ ея частей; она представляется менѣе вогнутою, и вдается болѣе, нежели обыкновенно между безъименными костями. Вся крестцовая кость становится при этомъ болѣе узкою, а отверстія ея — значительно меньшими. Сочлененія крестцовой кости съ обѣими безъименными представляются совершенно окостенѣвшими, и нельзя бываетъ даже найти слѣдовъ прежде бывшаго раздѣленія между этими костями. Тѣ части обѣихъ безъименныхъ костей, которыя прилегаютъ къ кости крестцовой, также представляются недостаточно развитыми и уменьшенными въ объемъ своемъ. Всѣ поперечные діаметры малаго таза бываютъ при этомъ значительно укорочены; поперечный діаметръ входа его содержитъ въ себѣ $2\frac{1}{2}''$ — до $3''$; тотъ же поперечникъ полости таза — $1'' 9'''$ — $2'' 4'''$, а поперечный діаметръ выхода таза — $1''$ — $1'' 8'''$. Прямые діаметры таза имѣютъ при этомъ

нормальную мѣру; иногда случается даже, что прямой поперечникъ выхода таза имѣетъ длину больше нормальной, и содержитъ въ себѣ 4" — 5". Всѣ прочія части тѣла женщины обыкновенно бываютъ при этомъ совершенно правильно развиты. Вліяніе этой аномаліи таза на ходъ родовъ весьма важно; степень его зависитъ отъ большаго или меньшаго сѣуженія таза въ поперечномъ направленіи.

§ 87.

При излишнемъ наклоненіи таза, передняя стѣнка его стоитъ гораздо ниже, нежели обыкновенно, а мысь крестцовой кости, напротивъ, выше; послѣдніе поясничные позвонки представляются при этомъ болѣе вогнутыми внутрь, нежели при нормальномъ устройствѣ таза. Эта аномалія таза имѣетъ вліяніе и на положеніе наружныхъ дѣтородныхъ частей; рашелина большихъ дѣтородныхъ губъ оттягивается болѣе назадъ, и промежутокъ между входомъ во влагалище и заднимъ проходомъ становится меньше. При такомъ излишнемъ наклоненіи таза, матка не находитъ уже достаточной опоры во входѣ въ него, и перегибается своимъ дномъ напередъ, отъ чего и образуется, такъ называемый, *висячій животъ*. Беременная, стра-

дающія эту аномалію таза, обыкновенно имѣютъ огромный животъ. При высшей степени излишняго наклоненія таза, дно матки такъ значительно перевѣшивается напередъ, что устье матки поднимается до мыса крестцовой кости, и его или вовсе нельзя достать пальцемъ, или можно осязать только переднюю губу его. Вліяніе этой аномаліи таза на ходъ родовъ заключается въ томъ, что такъ какъ правильное отношеніе между продольною осью матки и продольною осью таза тутъ нарушено, то вступленіе подлежащей части младенца во входъ малаго таза совершается гораздо медленнѣе, и съ большею трудностію, нежели обыкновенно. Кромѣ того слѣдствіемъ этого можетъ быть неправильное, неравномѣрное расширеніе маточнаго устья, что можетъ подать поводъ къ выпаденію ручки, или пуповины младенца, и слишкомъ раннему образованію большой опухоли на головкѣ младенца. При излишнемъ наклоненіи таза, роды всегда идутъ медленно, потому что направленіе сокращеній матки не будетъ соотвѣтствовать оси малаго таза.

§ 88.

Если тазъ имѣетъ слишкомъ малое наклоненіе, то эта аномалія его также имѣетъ вліяніе на положеніе наружныхъ дѣтородныхъ частей и матки. Ра-

щелина большихъ дѣтородныхъ губъ подается при этомъ болѣе напередъ, а промежность, въ слѣдствіе того, становится длиннѣе. Дно матки, въ этихъ случаяхъ, меньше напираетъ на покровы живота, отъ чего объемъ этого послѣдняго представляется меньшимъ, нежели слѣдовало бы ожидать, судя по періоду беременности. На ходъ родовъ, слишкомъ незначительное наклоненіе таза имѣетъ хорошее вліяніе, роды въ этихъ случаяхъ всегда идутъ скорѣе, нежели обыкновенно. Только тамъ, гдѣ слишкомъ малое наклоненіе таза осложняется съ излишнею вмѣстимостію малаго таза, послѣдствія могутъ быть дурныя, именно тѣ же самыя, какъ при вообще слишкомъ широкомъ тазѣ (см. § 80).

§ 89.

Форма таза, измѣненнаго въ слѣдствіе англійской болѣзни, имѣетъ ту особенность что большой поперечникъ большаго таза становится больше отъ того, что гребешки подвздошныхъ костей дальше отстоятъ другъ отъ друга, нежели то бываетъ при нормальномъ устройствѣ таза. Прямой діаметръ входа въ малый тазъ представляется значительно уменьшеннымъ, а поперечный діаметръ входа въ тазъ или имѣетъ нормальную величину, или даже удлинень. Въ полости малаго таза, прямой діаметръ также бываетъ уменьшенъ,

но уже не такъ значительно, какъ при входѣ въ тазъ; а поперечный діаметръ и тутъ представляется удлинненнымъ. Поперечный діаметръ выхода таза бываетъ при этомъ удлинень въ слѣдствіе того, что шишки сѣдалищныхъ костей дальше отстоятъ другъ отъ друга, нежели при нормальномъ устройствѣ таза, и что дуга лобковыхъ костей шире. Прямой поперечникъ выхода таза также не рѣдко бываетъ тутъ удлинень, такъ, что выходъ таза становится шире нормальнаго. Слѣдовательно, тазъ, измѣненный въ слѣдствіе англійской болѣзни, бываетъ сужень только при входѣ въ него, и то только въ направленіи прямого поперечника. Кости таза, въ этихъ случаяхъ, хотя и отвердѣли опять послѣ того размягченія, которое ихъ поразило въ дѣтствѣ, но очевидно недостаточно развиты; хотя ширина дуги лобковыхъ костей и доказываетъ, что форма таза уже не дѣтская, но самая масса костей осталась такою же, какою бываетъ въ дѣтствѣ. Крестцовая кость тутъ шире обыкновеннаго, но за то короче, выемка ея представляется изглаженною, потому что края этой кости загибаются назадъ; въ болѣе разительныхъ случаяхъ, крестцовая кость даже становится въ серединѣ своей выпуклою, вмѣсто того, чтобы быть вогнутою. Мысль крестцовой кости стоитъ ниже обы-

кновеннаго; верхній конецъ его подается болѣе впередъ и внутрь, а нижній — болѣе кзади и наружу. Подвздошныя кости бываютъ при этомъ меньше, нежели обыкновенно; внутреннія поверхности ихъ, въ слѣдствіе болѣе значительнаго отстоянія гребешковъ подвздошныхъ костей другъ отъ друга, направлены кпереди. Выпуклость горизонтальныхъ вѣтвей лобковыхъ костей становится при этомъ плосче, и отъ того прямой діаметръ входа въ малый тазъ дѣлается короче; въ случаяхъ значительнаго суженія таза, одна изъ вышеупомянутыхъ вѣтвей лобковыхъ костей вдается въ полость таза, и подается къ мысу крестцовой кости, который съ своей стороны подается впередъ. Нисходящія вѣтви лобковыхъ костей отстоятъ далеко одна отъ другой, и, въ соединеніи съ также далеко отстоящими другъ отъ друга шишками сѣдалищныхъ костей, образуютъ широкій выходъ таза. Тазъ при этомъ вообще ниже обыкновеннаго; вертлужныя впадины подаются болѣе кпереди. При незначительной степени суженія, тазъ сохраняетъ еще нѣкоторую симметрію; при болѣе же значительной степени суженія, онъ становится уже на одной сторонѣ, и при томъ чаще на лѣвой; при очень значительной же степени суженія, форма таза совершенно искажается; онъ склоняется на одну сторону; поясничные позвонки

искривляются; одна подвздошная кость стоитъ ниже, нежели другая; крестцовая кость подается въ одну сторону и притомъ въ косомъ направленіи, а горизонтальная вѣтвь одной изъ лобковыхъ костей подается къ мысу крестцовой кости, такъ, что прямой діаметръ входа въ малый тазъ содержитъ въ себѣ, иногда, не болѣе 1". Форма входа въ малый тазъ представляетъ фигуру цифры 8, лежащей на боку. Прямой діаметръ входа въ малый тазъ, при такомъ суженіи, въ слѣдствіе англійской оліѣзни, можетъ имѣть въ длину отъ 0 до $2\frac{1}{2}$ " — $3\frac{1}{2}$ ", а вліяніе этого суженія, какъ препятствія къ окончанію родовъ, различно, смотря по степени суженія.

§ 90.

Тазъ, измѣненный въ слѣдствіе размягченія костей (osteomalacia), какъ бы онъ ни былъ суженъ, всегда сохраняетъ свою, свойственную ему форму. Всякое размягченіе костей таза, послѣдовавшее послѣ наступленія возмужалаго возраста женщины, отъ какой бы причины оно ни произошло, всегда придаетъ тазу эту, свойственную ему форму, которая, нѣкоторымъ образомъ, составляетъ противоположность той формы, которую принимаетъ тазъ въ слѣдствіе англійской бо-

лѣзни. Форма таза, измѣненнаго въ слѣдствіе раз-
 мягченія костей, послѣдовавшаго послѣ наступленія
 возмужалаго возраста женщины, имѣетъ то особенное,
 что онъ при этомъ представляется какъ бы сдавлен-
 нымъ съ обѣихъ боковъ, при чемъ гребешки под-
 вздошныхъ костей стоятъ выше, нежели при нормаль-
 номъ устройствѣ таза, и ближе другъ къ другу, отъ
 чего поперечный діаметръ большаго таза становится
 короче. Иногда, хотя и рѣдко, случается, что под-
 вздошныя кости какъ бы лежатъ и бываютъ шире,
 нежели обыкновенно. Малый тазъ при этомъ бываетъ
 равномернѣе суженъ какъ при входѣ, такъ и при
 выходѣ своемъ, и притомъ такъ, что поперечный ді-
 аметръ входа въ тазъ укороченъ, сравнительно, болѣе
 всѣхъ прочихъ поперечниковъ таза; прямой же ді-
 аметръ входа въ тазъ представляется только нѣсколько
 укороченнымъ, и именно въ слѣдствіе того, что мысъ
 крестцовой кости опускается нѣсколько ниже, и по-
 дается нѣсколько болѣе впередъ. Поперечный діаметръ
 полости таза также бываетъ тутъ значительно умень-
 шенъ; но прямой діаметръ ея, напротивъ, увеличенъ
 въ слѣдствіе того, что крестцовая кость болѣе во-
 гнута; выходъ таза также суженъ, и преимущест-
 венно въ своемъ поперечномъ діаметрѣ, черезъ сбли-
 женіе шишекъ сѣдалищныхъ костей, отъ чего и дуга

лобковыхъ костей представляется сжатою; прямой же діаметръ выхода таза бываетъ тутъ уменьшенъ въ слѣдствіе того, что нижній конецъ крестцовой кости подается впередъ болѣе, нежели обыкновенно. Крестцовая кость, иногда, бываетъ тутъ такъ сильно согнута, что верхній и нижній ея конецъ почти сходятся между собою; края ея загибаются назадъ, и, вслѣдствіе всасыванія и давленія съ обѣихъ сторонъ, она становится уже; отъ этого давленія и нижнія части подвздошныхъ костей сильно страдаютъ, и безымянная линія вдавливается въ полость таза, отъ чего поперечный діаметръ его входа и уменьшается. Лобковыя и сѣдалищныя кости болѣе прочихъ искривляются; горизонтальныя вѣтви лобковыхъ костей такъ бываютъ, иногда, сдавлены и вдавлены внутрь, что, при высшей степени измѣненія таза этого рода, онѣ касаются другъ друга, и между нисходящими вѣтвями лобковыхъ костей остается только такое маленькое пространство, что моча едва можетъ вытекать. При суженіи таза въ слѣдствіе размягченія костей его, меньшій діаметръ таза можетъ содержать въ себѣ отъ 0 до 3". При незначительной степени измѣненія таза, суженіе его ограничивается выходомъ, гдѣ поперечный діаметръ имѣетъ не болѣе 3", а входъ таза не принимаетъ участія въ суженіи. При болѣе зна-

чительной степени измѣненія таза, горизонтальныя вѣтви лобковыхъ костей и шишки сѣдалищныхъ костей такъ сдвинуты съ обѣихъ сторонъ, что находятся очень близко другъ отъ друга. Вліяніе этого измѣненія таза на ходъ родовъ различно, смотря по степени суженія. Бываютъ примѣры, хотя и рѣдко, что въ одномъ и томъ же тазѣ замѣчаются измѣненія, бывающія обыкновенно слѣдствіемъ англійской болѣзни, и измѣненія, происходящія въ слѣдствіе размягченія костей; впрочемъ, какъ кажется, въ этихъ случаяхъ, англійская болѣзнь есть главная, или, по крайней мѣрѣ, первая причина этихъ измѣненій.

§ 91.

Искривленія позвоночнаго столба могутъ произвести измѣненія въ устройствѣ таза, потому что давленіе перваго на крестцовую кость будетъ производиться тутъ въ ненормальномъ направленіи, отъ чего положеніе и форма этой послѣдней могутъ быть, болѣе или менѣе, измѣнены. Эти измѣненія образуются преимущественно во время развитія самыхъ костей таза, когда онѣ легко уступаютъ постоянному, производимому на нихъ давленію. Между всѣми искривленіями позвоночнаго столба, искривленія поясничныхъ позвонковъ имѣютъ наибольшее вліяніе на измѣненіе

формы и положенія крестцовой кости. Искривленія верхней части позвоночнаго столба не имѣютъ вліянія на устройство таза, и мы не рѣдко видимъ, что женщины, имѣющія большой горбъ, имѣютъ совершенно правильно образованный тазъ. При искривленіяхъ нижней части позвоночнаго столба, мысъ крестцовой кости обыкновенно стоитъ ниже, и болѣе подается впередъ, нежели при нормальномъ устройствѣ таза, а нижній конецъ крестцовой кости, напротивъ, болѣе подается назадъ. Въ слѣдствіе этого прямой діаметръ входа въ тазъ становится короче, а прямой діаметръ выхода таза, напротивъ, представляется нѣсколько удлиненнымъ. Впрочемъ уменьшеніе прямаго діаметра входа таза, въ этихъ случаяхъ, рѣдко бываетъ очень значительно, и поперечникъ этотъ рѣдко бываетъ уменьшенъ болѣе, нежели на 1". Англійская болѣзнь и, въ особенности, болѣзни самыхъ позвонковъ, каковы на пр. отложеніе бугорковъ въ нихъ, и костоѣда, составляютъ обыкновенныя причины этого рода искривленій таза. Вліяніе этихъ послѣднихъ на ходъ родовъ будетъ различно, смотря по большей, или меньшей степени укороченія прямаго поперечника входа въ тазъ.

§ 92.

Тазъ можетъ быть также измѣненъ въ слѣдствіе

атрофіи одной какой либо изъ костей, его составляющихъ, или и цѣлой половины своей. Такъ, на пр. бываетъ, иногда, что одна изъ безъименныхъ костей, сравнительно, меньше другой, или одна половина крестцовой кости меньше другой. Симметрія таза, въ слѣдствіе этого, всегда, болѣе или менѣе, нарушается. Незначительныя степени такого рода измѣненія таза не важны; но тамъ, гдѣ одна изъ костей таза имѣетъ гораздо меньшій объемъ, нежели при нормальномъ устройствѣ своемъ, тамъ слѣдствіемъ этого всегда бываетъ, болѣе или менѣе, значительное укороченіе различныхъ поперечниковъ таза.

§ 93.

Костяныя опухоли въ полости таза принадлежатъ къ числу явленій весьма рѣдкихъ. Онѣ бываютъ двоякаго рода: *exostoses* и *osteosteatomata*. Первыя изъ нихъ образуются обыкновенно на задней стѣнкѣ таза; впрочемъ были уже примѣры, гдѣ онѣ развивались на внутренней поверхности сѣдалищныхъ костей и вертлужной впадины. *Osteosteatomata* обыкновенно развиваются на тѣхъ частяхъ таза, гдѣ двѣ кости его между собою соединяются; онѣ преимущественно занимаютъ соединенія крестцовой кости съ безъименными. *Exostoses* рѣдко достигаютъ значительной ве-

личины, рѣдко имѣютъ въ вышину болѣе $\frac{1}{2}$ ". Osteatomata, напротивъ, достигаютъ, иногда, такой огромной величины, что выполняютъ собою всю полость малаго таза. Сколько извѣстно изъ опыта, причина образованія этихъ костяныхъ наростовъ всегда заключается во внѣшнихъ насиліяхъ, подѣйствовавшихъ на кости таза, какъ на пр. сильномъ паденіи на крестцовую кость, ударахъ по этой послѣдней и т. п. Вліяніе этихъ наростовъ на ходъ родовъ бываетъ сообразно съ ихъ величиною; при значительномъ развитіи ихъ, окончаніе родовъ однѣми силами природы часто становится невозможнымъ.

§ 94.

Переломы костей таза, если они дурно залечены, и углы переломленныхъ костей вдаются въ полость малаго таза, могутъ болѣе или менѣе значительно уменьшить вмѣстимость этого послѣдняго. Были даже примѣры, что углы переломленныхъ костей такъ значительно вдавались въ полость малаго таза, что прохожденіе младенца сквозь этотъ послѣдній было совершенно невозможно, и надобно было окончить роды кесарскимъ сѣченіемъ. Случаи эти вообще бываютъ очень рѣдки, потому что женщины, подвергшіяся та-

кому виѣшнему насилію, которое произвело переломъ костей таза, обыкновенно или скоро умирають, или дѣлаются неспособными къ зачатію. Если углы переломленныхъ костей, вдающихся въ полость малаго таза, остры, то, во время родовъ, можетъ произойти разрывъ нижней части матки, или влагалища.

§ 95.

Сращеніе копчиковой кости съ крестцовой бываетъ, иногда, осложнено съ вывихомъ первой изъ нихъ. Сращеніе копчиковой кости съ крестцовой бываетъ троякого рода: или бока копчиковой кости срастаются съ крестцовой костью; или задняя и передняя поверхности крестцово-копчиковаго соединенія покрываются костяными пластинками, крѣпко соединяющими обѣ эти кости между собою; или, наконецъ, вся верхняя поверхность перваго позвонка копчиковой кости крѣпко срастается съ нижнею частью крестцовой кости. Иногда, всѣ позвонки копчиковой кости срастаются между собою, и копчиковая кость такъ значительно подается впередъ и вверхъ, что верхній позвонокъ ея съ послѣднимъ позвонкомъ крестцовой кости образуетъ острый уголъ. Сращеніе копчиковой кости съ крестцовой бываетъ, иногда, врожденною

аномалією въ образованіи таза; чаще же бываетъ оно слѣдствіемъ причинъ травматическихъ, а именно сильного паденія на задницу. При нормальномъ устройствѣ всѣхъ прочихъ частей таза, вліяніе этой аномаліи на ходъ родовъ не важно. Младенецъ, при прохожденіи своемъ сквозь тазъ, встрѣчаетъ, въ этихъ случаяхъ, болѣе обыкновеннаго препятствіе въ выходѣ таза, условливаемое неподвижностію копчиковой кости. Если потуги достаточно сильны, то онѣ обыкновенно преодолѣваютъ это препятствіе. Бывали примѣры, что копчиковая кость, въ подобныхъ случаяхъ, производила болѣе или менѣе глубокія вдавленія на головкѣ младенца. Если же, при сращеніи крестцовой кости съ копчиковою, направленіе этой послѣдней остается нормальнымъ, то эта аномалія имѣетъ весьма незначительное вліяніе.

§ 96.

Распознаваніе аномалій таза, въ особенности же опредѣленіе длины его поперечниковъ, иногда, бываетъ очень трудно. При распознаваніи аномалій таза, надобно обращать вниманіе на форму всего тѣла изслѣдуемой нами женщины. Если она очень мала ростомъ; если паховыя области ея очень узки; если

замѣчаются признаки бывшей англійской болѣзни, или размягченія костей, искривленія позвоночнаго столба, и, въ особенности, поясничныхъ позвонковъ его, хромота и искаженіе внѣшней формы самаго таза, то можно, съ большею или меньшею вѣроятностію, предположить, что мы имѣемъ передъ собою неправильно образованный тазъ. Если женщина страдала англійскою болѣзнію, или размягченіемъ костей, и если она хромаетъ, то надобно освѣдомиться о томъ какъ долго продолжались вышеупомянутыя состоянія, и когда именно обнаружили искривленія позвоночнаго столба и хромота; на основаніи этихъ свѣдѣній, можно бываетъ, иногда, составить хотя приблизительно вѣрное заключеніе о степени измѣненія самаго таза. Впрочемъ, измѣненіе формы тѣла, одно, само по себѣ, не даетъ намъ права предполагать безусловно существованіе патологическихъ измѣненій въ тазѣ; бываютъ примѣры, что женщины малаго роста, и горбатыя, имѣютъ совершенно правильно образованный тазъ; равнымъ образомъ, сила и продолжительность англійской болѣзни и размягченія костей не всегда находятся въ прямомъ отношеніи къ степени уменьшенія вмѣстимости таза. Если мы имѣемъ дѣло съ многороженицею, то свѣдѣнія о ходѣ прежде бывшихъ родовъ ея имѣютъ важное значеніе при опредѣленіи

аномалій таза, въ особенности же въ тѣхъ случаяхъ гдѣ причину неправильнаго хода родовъ нельзя приписать ни чему иному, какъ неправильному образованию таза. Во всякомъ же случаѣ, тамъ, гдѣ есть поводъ предполагать патологическія измѣненія таза, надобно приступить къ наружному и внутреннему изслѣдованію его, и измѣренію его поперечниковъ. При наружномъ осмотрѣ и осязаніи таза, можно бываетъ, уже, иногда, опредѣлить степень его измѣненія; особенно легко это бываетъ тогда, когда тазъ значительно измѣненъ въ слѣдствіе англійской болѣзни или размягченія костей, или косо искривленъ, и гдѣ замѣчается искривленіе позвоночнаго столба. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ и нѣтъ такихъ разительныхъ явленій, можно, введя палецъ въ полость таза, скоро убѣдиться въ томъ, что устройство его неправильно. Если бы при этомъ оказалось, что можно слишкомъ легко осязать пальцемъ стѣнки таза, и достигать до наиболѣе отдаленныхъ частей его; что форма и симметрія таза неправильны, и что на внутренней поверхности его находятся ненормальныя возвышенія, то надобно уже сдѣлать болѣе точное и подробное изслѣдованіе его и измѣреніе его поперечниковъ. Измѣреніе поперечниковъ таза можетъ быть наружное и внутреннее. И то и другое можетъ быть произ-

ведено и руками, и инструментами. При наружномъ измѣреніи поперечниковъ таза руками, эти послѣднія кладутся на тазъ въ направленіи различныхъ поперечниковъ его, потомъ удаляются и измѣряется разстояніе между ними. Этотъ способъ измѣренія поперечниковъ таза такъ не вѣренъ, и такъ рѣдко можетъ быть примѣненъ съ пользою въ практикѣ, что я считаю излишнимъ входить въ дальнѣйшія подробности его описанія. Гораздо вѣрнѣе наружное измѣреніе діаметровъ таза посредствомъ инструментовъ. Лучшій тазомѣръ есть тотъ, который изобрѣлъ Vau-deloque (*compas d'épaisseur*); онъ состоитъ изъ циркуля, обѣ половины котораго изогнуты дугообразно, и между рукоятками котораго находится пластинка, раздѣленная на дюймы и линіи. Инструментъ этотъ служитъ преимущественно для опредѣленія длины прямого діаметра входа въ тазъ. При измѣреніи этого поперечника, одинъ конецъ циркуля ставится на лобокъ изслѣдуемой женщины, а другой—на остистый отростокъ послѣдняго поясничнаго позвонка, при чемъ пластинка, находящаяся между рукоятками инструмента, покажетъ разстояніе между концами циркуля. Изъ этой мѣры вычитается три дюйма на счетъ толщины передней и задней стѣнки таза, а остатокъ будетъ составлять длину прямого поперечника входа

въ тазъ. При правильномъ образованіи таза, разстояние между концами циркуля, при этомъ измѣреніи, должно содержать въ себѣ 7". Для измѣренія поперечныхъ и косыхъ діаметровъ таза, инструментъ этотъ не годится, потому что толщина мягкихъ частей, находящихся на оконечностяхъ этихъ поперечниковъ, бываетъ весьма различна, а потому и измѣреніе это не можетъ доставить намъ хотя нѣсколько вѣрные результаты. Наружное измѣреніе таза можно также производить посредствомъ тесемки, раздѣленной на дюймы и линіи. Тесемка эта обводится около входа въ тазъ такъ, чтобы она сзади легла надъ остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка, съ боковъ — на три пальца ниже гребешковъ подвздошныхъ костей, а спереди — непосредственно надъ верхнимъ краемъ соединенія лобковыхъ костей. При такомъ измѣреніи оказывается, что у женщинъ большаго роста наружная окружность входа въ малый тазъ содержитъ въ себѣ 34"—36"; у женщинъ малаго роста и слабаго тѣлосложенія — 31"—32". При общемъ и частномъ суженіи таза, и при измѣненіяхъ его въ слѣдствіе англійской болѣзни, наружная окружность его уменьшается до 28"—24". Само собою разумѣется, что и это измѣреніе таза не всегда можетъ намъ доставить вѣрные результаты, потому что умень-

шеніе наружной окружности таза не всегда находится въ прямомъ отношеніи къ уменьшенію вмѣстимости его полости; однакоже тамъ, гдѣ наружная окружность таза представляется значительно уменьшенною, можно всегда, съ большою вѣроятностію, предполагать и значительное уменьшеніе вмѣстимости его полости; но на сколько именно уменьшенъ тотъ или другой поперечникъ таза, этого нельзя опредѣлить съ точностію при помощи этого измѣренія. Внутреннее измѣреніе таза производится или рукою, или инструментами. При измѣреніи рукою, надобно ввести указательный палецъ во влагалище, и стараться достать имъ различные пункты задней стѣнки таза. Большой палецъ руки кладется при этомъ на лобокъ, а рука приподнимается кверху до тѣхъ поръ, пока наружная поверхность указательнаго пальца коснется вершины дуги лобковыхъ костей. Потомъ измѣряется разстояніе между концемъ указательнаго пальца и тою частию его, которая касалась вершины дуги лобковыхъ костей, и мы получаемъ такимъ образомъ мѣру разстоянія между тѣмъ или другимъ пунктомъ задней стѣнки таза и вершиною дуги лобковыхъ костей. Этотъ способъ измѣренія употребляется преимущественно для опредѣленія длины прямого діаметра входа въ малый тазъ. Если можно достать указательнымъ

пальцемъ мысь крестцовой кости, то конецъ его упирается въ этотъ послѣдній, и палецъ приподнимается кверху, пока наружная поверхность его коснется вершины дуги лобковыхъ костей, а потомъ измѣряется разстояніе между вышеупомянутымъ пунктомъ соприкосновенія указательнаго пальца съ вершиною дуги лобковыхъ костей, и концемъ пальца. Найденная, такимъ образомъ, мѣра будетъ составлять длину *conjugatae diagonalis*, которая, какъ извѣстно на $\frac{1}{2}$ " длиннѣе прямого поперечника входа въ тазъ. Такимъ же образомъ можно измѣрить прямой діаметръ третьяго отверстія таза (*apertura pelvis tertia*), уперши конецъ указательнаго пальца въ нижній конецъ крестцовой кости. Совершенно вѣрнаго результата нельзя достигнуть и при этомъ способѣ измѣренія таза, и весьма легко можно ошибиться на 3" — 6". Тамъ, гдѣ нельзя, или очень трудно достать указательнымъ пальцемъ заднюю стѣнку таза, можно ввести во влагалище два пальца, указательный и средній, и стараться этимъ послѣднимъ достать заднюю стѣнку таза, что, сравнительно, уже легче. Между тазомѣрами, изобрѣтенными для внутренняго измѣренія таза, только два заслуживаютъ вниманія, а именно тазомѣры Stein'a и Vanhuel'я; всѣ же прочіе доставляютъ такіе невѣрные результаты, что въ настоящее время не употребляются болѣе

въ практикѣ. Тазомѣръ Stein'a состоитъ изъ палочки, раздѣленной на дюймы, полдюймы и т. д., закругленной на концѣ, и снабженной подвижнымъ указателемъ съ винтомъ. Инструментъ этотъ употребляется слѣдующимъ образомъ: подвижный указатель ставится сперва на такомъ разстояніи отъ того конца тазомѣра, который долженъ быть введенъ во влагалище, которое меньше предполагаемой нами длины прямого діаметра входа въ тазъ; потомъ вводится во влагалище указательный палецъ руки, и конецъ его упирается въ мысь крестцовой кости; тазомѣръ, предварительно намазанный масломъ, вводится во влагалище подъ руководствомъ находящагося въ немъ указательнаго пальца, и закругленный конецъ его упирается въ мысь крестцовой кости; потомъ рукоятка инструмента поднимается кверху до тѣхъ поръ, пока верхняя поверхность тазомѣра коснется вершины дуги лобковыхъ костей; за тѣмъ указатель подвигается къ передней стѣнкѣ таза до тѣхъ поръ, пока онъ коснется задней поверхности соединенія лобковыхъ костей; тутъ онъ привинчивается, и инструментъ вынимается изъ влагалища. Разстояніе между закругленнымъ концемъ инструмента и указателемъ есть длина *conjugatae diagonalis*. Этимъ инструментомъ такимъ же образомъ могутъ быть измѣрены прямые

діаметры полости таза и его выхода. Главный недостатокъ этого инструмента состоитъ въ томъ, что, при измѣреніи таза, посредствомъ его, необходимо нужно достать пальцемъ тотъ пунктъ на задней стѣнкѣ таза, который соотвѣтствуетъ измѣряемому нами поперечнику, а это не всегда бываетъ возможно. Тамъ же, гдѣ этого нельзя сдѣлать, измѣреніе этимъ тазомѣромъ не можетъ доставить вѣрныхъ результатовъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ концемъ указательнаго пальца можно хорошо осязать заднюю стѣнку таза, можно и пальцемъ также хорошо измѣрить прямые поперечники таза, какъ и этимъ тазомѣромъ. Вообще же этимъ инструментомъ можно измѣрять только прямые поперечники таза; для измѣренія поперечныхъ и косыхъ діаметровъ таза, онъ не годится. Тазомѣръ Vanhuevel'я состоитъ изъ двухъ вѣтвей, изъ которыхъ одна гораздо длиннѣе другой, и которыя подвижно соединены между собою въ плоскомъ цилиндрѣ, снабженномъ винтомъ, посредствомъ котораго соединеніе обѣихъ вѣтвей инструмента можетъ быть, по произволу, сдѣлано неподвижнымъ. Длинная вѣтвь инструмента вводится во влагалище, и прикладывается къ мысу крестцовой кости, а короткая становится на лобокъ; послѣ чего, посредствомъ винта, соединеніе обѣихъ вѣтвей между собою дѣлается неподвижнымъ,

и инструментъ вынимается. Разстояніе между концами обѣихъ вѣтвей инструмента будетъ означать длину прямого поперечника входа въ тазъ. Этотъ инструментъ можетъ быть употребленъ только для измѣренія прямого діаметра входа въ тазъ. Предлагали дѣлать имъ и измѣреніе косвенныхъ поперечниковъ таза, но это измѣреніе такъ невѣрно, что на результаты его уже никакъ нельзя полагаться.

§ 97.

Подавая помощь роженицѣ, имѣющей суженный тазъ, надобно принимать въ соображеніе не одни только патологическія измѣненія таза, но и величину тѣла младенца, сжимаемость головки этого послѣдняго, силу сокращеній матки, и причину неправильнаго образованія таза, потому что всѣ эти обстоятельства могутъ имѣть важное вліяніе на ходъ родовъ. Изъ этого явствуется, что часто бываетъ очень трудно заранѣе опредѣлить, можно ли въ данномъ случаѣ предоставить окончаніе родовъ силамъ природы, или нужно окончить ихъ искусственно, и какою именно операціею надобно ихъ окончить. Иногда можно бываетъ только во время самыхъ родовъ рѣшить, какъ должно поступать. Если мы имѣемъ дѣло съ много-

роженицею, то надобно, кромѣ того, принимать въ соображеніе и ходъ ея прежде бывшихъ родовъ. Вообще же незначительныя степени сѣуженія таза, при обыкновенной величинѣ тѣла младенца, правильномъ его положеніи и надлежащей сжимаемости его головки, только затрудняютъ и замедляютъ ходъ родовъ, для окончанія которыхъ требуется, со стороны роженицы, гораздо большихъ усилій, нежели обыкновенно. Если эти усилія чрезмѣрны и весьма продолжительны, то они легко могутъ повлечь за собою вредныя послѣдствія для роженицы; кромѣ того и младенецъ можетъ пострадать отъ долгаго и сильнаго давленія, которому онъ въ этихъ случаяхъ подвергается. Въ особенности опасно ущемленіе головки младенца въ полости таза. Чѣмъ уступчивѣе и гибче кости черепа младенца, и чѣмъ менѣе крѣпка связь между ними, тѣмъ легче можетъ совершиться сжатіе головки и приспособленіе ея къ сѣуженной полости таза, такъ, что, иногда, при такомъ сѣуженіи таза, гдѣ прямой діаметръ его входа содержитъ въ себѣ только 3", роды могутъ окончиться благополучно для матери и младенца. Въ противоположность этому бываетъ, что при менѣе значительной степени сѣуженія таза, но менѣе благопріятныхъ условіяхъ со стороны младенца, роды могутъ быть окончены только какою

либо операціею. Потому то и бываетъ, что одна и та же женщина, одинъ разъ родить благополучно, безъ помощи искусства, а въ другой разъ для окончанія ея родовъ потребуется наложить щипцы, или даже произвести прободеніе головки младенца.

§ 98.

При съуженіяхъ таза надобно руководствоваться слѣдующими общими правилами: должно стараться во все продолженіе родовъ поддерживать силы роженицы, чтобы она была въ состояніи, въ рѣшительныя минуты, достаточно сильно помогать потугамъ. Температура комнаты роженицы должна быть прохладная, и роженица должна быть легко одѣта. Особенное вниманіе должно обращать на роженицу во второмъ періодѣ родовъ, и заботиться преимущественно объ томъ, чтобы прохожденіе родовыхъ водъ совершилось не слишкомъ рано. Внутреннее изслѣдованіе должно производить не часто и весьма осторожно, чтобы сколько возможно менѣе производить раздраженія въ дѣтородныхъ частяхъ роженицы. Если бы, по совершенномъ расширеніи маточнаго устья, и надлежащемъ приготовленіи влагалища и наружныхъ дѣтородныхъ частей, прохожденіе родовыхъ водъ слишкомъ замед-

лилось, то надобно сдѣлать искусственный разрывъ оболочекъ яйца. Роженица должна умѣренно помогать потугамъ; ей можно позволять измѣнять свое положеніе на постелѣ, и лежать попеременно то на спинѣ, то на боку. При соблюденіи этихъ общихъ правилъ, и если только условія родовъ не слишкомъ неблагоприятны, не рѣдко удастся природѣ окончить роды своими собственными силами. Этотъ выжидательный образъ дѣйствій съ нашей стороны, однакоже, долженъ имѣть извѣстныя границы, и никогда не должно забывать, что искусственное окончаніе родовъ, произведенное во время, и съ надлежащею осторожностію, всегда сдѣлаетъ менѣе вреда роженицѣ, нежели чрезвычайныя усилія, которыя, иногда, она должна бываетъ употребить для окончанія родовъ. Если матка и влагалище начинаютъ переходить въ воспалительное состояніе, и это послѣднее не уступаетъ употребленнымъ противъ него средствамъ; если весь организмъ роженицы начинаетъ принимать участіе въ раздраженіи дѣтородныхъ частей; если показываются сильныя приливы крови къ различнымъ частямъ тѣла; если силы роженицы упадаютъ, а чувствительность и раздражительность ея постоянно увеличиваются, то нельзя долѣе медлить искусственнымъ окончаніемъ родовъ. Равнымъ образомъ должно при этомъ обращать вни-

маніе и на тѣ опасности, которымъ подвергается младенецъ. Если опухоль его головки или зада быстро увеличивается, и если сердцебіеніе его становится рѣже и слабѣе, то надобно приступить къ искусственному окончанію родовъ. Что касается до выбора операціи для окончанія родовъ, то это зависитъ отъ положенія младенца и степени сѣуженія таза. При положеніяхъ головныхъ, надобно наложить щипцы; а если бы не удалось ими извлечь головку младенца, то должно сдѣлать прободеніе ея, или употребить кефалотрибъ. При такихъ сѣуженіяхъ таза, гдѣ младенецъ, и по уменьшеніи своего объема, не можетъ сквозь него пройти, надобно сдѣлать кесарское сѣченіе. При менѣе значительныхъ сѣуженіяхъ таза, надобно произвести искусственные преждевременные роды. Объ показаніяхъ ко всѣмъ этимъ операціямъ со стороны таза, мы будемъ еще имѣть случай говорить ниже съ большею подробностію; теперь же скажемъ еще нѣсколько словъ о помощи, которую должно подавать при различныхъ сѣуженіяхъ таза, въ частности.

§ 99.

При общемъ уменьшеніи всѣхъ діаметровъ таза,

надобно поступать на основаніи вышеизложенныхъ правилъ, и не должно медлить наложеніемъ щипцовъ, потому что прохожденіе головки младенца сквозь тазъ требуетъ здѣсь, со стороны роженицы, такихъ чрезвычайныхъ усилій, которыя легко могутъ причинить вредъ и ей, и младенцу. Впрочемъ щипцы, въ этомъ случаѣ, должно накладывать не раньше, какъ по вступленіи головки во входъ таза. Если неправильное образованіе таза узнано заранѣе, во время беременности, то при общемъ суженіи таза, надобно раньше произвести искусственные преждевременные роды, нежели при частныхъ суженіяхъ таза, хотя бы эти послѣднія и были значительнѣе, нежели общее. Впрочемъ, наложивши щипцы, не должно слишкомъ долго настаивать на извлеченіи ими головки младенца; если бы, послѣ достаточнаго числа притяженій, оказалось, что головка не ползигается впередъ, то надобно сдѣлать прободеніе ея; потому что излишнее употребленіе щипцовъ можетъ причинить роженицѣ большой вредъ. При положеніяхъ тазовыхъ, надобно, до вступленія задницы младенца во входъ таза, низвести одну ножку его во влагалище, чтобы, въ случаѣ надобности, легче можно было произвести извлеченіе младенца. При частныхъ суженіяхъ таза, надобно руководствоваться этими же правилами.

§ 100.

При сѣуженіяхъ таза, въ слѣдствіе англійской болѣзни, не должно спѣшить искусственнымъ окончаніемъ родовъ, потому что, въ этихъ случаяхъ, если только сѣуженіе таза не очень значительно, сама природа, измѣнивъ только нѣсколько механизмъ прохожденія головки младенца сквозь тазъ, благополучно достигаетъ своей цѣли. Если прямой діаметръ входа въ тазъ имѣетъ $3\frac{1}{2}$ ", то рожденіе младенца средней величины совершается не рѣдко безъ большаго затрудненія. При уменьшеніи этого діаметра на цѣлый дюймъ, случается, иногда, что доношенные и живые младенцы рождаются на свѣтъ безъ помощи искусства. Если головка составляетъ часть подлежащую, то она, въ этихъ случаяхъ, не взирая на сильныя потуги, долго остается надъ входомъ въ тазъ. По истеченіи родовыхъ водъ, маточное устье представляется дряблымъ, и расширяется весьма медленно. Та темянная кость головки, которая обращена къ лобковымъ костямъ, стоитъ при этомъ ниже той, которая обращена къ мысу крестцовой кости, и стрѣловидный шовъ головки находится непосредственно передъ этимъ послѣднимъ. При дальнѣйшемъ опусканіи обращенной напередъ темянной кости, подъ мысомъ крестцовой

кости образуется, иногда, пустое пространство. Въ вышеописанномъ положеніи головка младенца, подъ вліяніемъ сильнѣйшихъ потугъ, вступаетъ въ полость таза. Когда головка, наибольшимъ своимъ объемомъ, прошла сквозь входъ таза, то дальнѣйшее теченіе родовъ совершается уже безостановочно, и безъ особенныхъ затрудненій. На темянной кости, бывшей обращенною къ мысу крестцовой кости, замѣчаются тутъ, иногда, болѣе или менѣе глубокія вдавленія, трещины и, даже, переломы. Наложеніе щипцовъ, при вышеописанномъ положеніи головки, и при высокомъ стояніи ея, всегда очень трудно, а потому и не должно спѣшить этою операціею, а лучше подождать, пока головка опустится нѣсколько ниже. Если прямой діаметръ входа въ тазъ содержитъ въ себѣ только $2\frac{1}{2}$ ", а младенецъ доношенъ, то надобно сдѣлать прободеніе головки.

§ 101.

Если тазъ измѣненъ въ слѣдствіе размягченія своихъ костей, то, для окончанія родовъ, почти всегда, нужна бываетъ помощь искусства. Иногда случается, что кости таза остаются мягкими вплоть до самыхъ родовъ, и, во время этихъ послѣднихъ, уступаютъ

напору младенца, раздаются, и роды, сверхъ чаянія, оканчиваются благополучно одними силами природы. А потому, подавая помощь роженицѣ, имѣющей тазъ, измѣненный въ слѣдствіе размягченія его костей, надобно предварительно убѣдиться въ свойствахъ этихъ послѣднихъ. Выборъ операціи для окончанія родовъ, зависитъ, въ этомъ случаѣ, отъ степени суженія таза; иногда можно бываетъ окончить ихъ наложеніемъ щипцовъ; въ другихъ же случаяхъ нужно бываетъ прибѣгнуть къ прободенію головки и, даже, кесарскому сѣченію. Если суженіе таза таково, что доношенный младенецъ никакъ сквозь него пройти не можетъ, а суженіе это будетъ узноано заблаговременно, въ теченіе беременности, то надобно произвести искусственные преждевременные роды. Если же тазъ суженъ въ такой степени, что не только доношенный, но едва способный къ продолженію самостоятельной жизни младенецъ сквозь него пройти не можетъ, то надобно произвести искусственный выкидышъ въ раннихъ періодахъ беременности. Если тазъ суженъ въ слѣдствіе образовавшихся въ немъ костяныхъ наростовъ, то, подавая помощь роженицѣ въ этихъ случаяхъ, надобно также сообразоваться съ степенью суженія таза, ими произведеннаго. При незначительной величинѣ этихъ наростовъ, роды м —

гутъ окончиться однѣми силами природы, или быть окончены наложеніемъ щипцовъ; при паростахъ бѣльшаго размѣра, не рѣдко нужно бываетъ прибѣгнуть къ прободенію головки; если же наросты такъ велики, что выполняютъ собою бѣльшую половину, или всю полость таза, то кесарское сѣченіе составляетъ единственное средство для окончанія родовъ. Если прямой діаметръ выхода таза суженъ въ слѣдствіе сращенія кончиковой кости съ крестцовой, и это препятствовало бы выхоженію подлежащей части младенца на свѣтъ, то надобно наложить щипцы.

§ 102.

Въ новѣйшее время неоднократно предлагаемо было при умѣренномъ суженіи таза, вмѣсто наложенія щипцовъ, дѣлать поворотъ младенца на ножки, и извлеченіе его. Изъ того, что выше было сказано о предсказаніи при тазовыхъ положеніяхъ (см. Вып. 1. § 212), явствуетъ, что тазовыя положенія допускаютъ гораздо лучшее предсказаніе, нежели тазовыя; эти послѣднія дѣлаются обыкновенно весьма опасными для младенца именно при извлеченіи его за ножки. На этомъ основаніи и можно допустить, что вообще, и при суженіяхъ таза на-

ложеніе щипцовъ представляетъ болѣе выгодъ, нежели
 извлеченіе младенца за ножки. Однако же пзъ этого
 правила не рѣдко бывають исключенія. Если мысъ
 крестцовой кости значительно вдается въ полость
 таза; если тазъ слишкомъ наклоненъ, и если головка
 младенца стоитъ высоко, то наложеніе щипцовъ, въ
 особенности же введеніе головки въ суженный входъ
 таза, представляетъ такіа затрудненія, что мы часто
 бываемъ вынуждены отказаться отъ попытокъ извлечь
 младенца щипцами, потому что, въ противномъ слу-
 чаѣ, жизнь матери и младенца подверглись бы оче-
 видной опасности. Въ подобныхъ случаяхъ, иногда,
 дѣлаемы были наложенія, что, послѣ поворота мла-
 денца на ножки, извлеченіе его головки совершалось
 гораздо легче, нежели можно было ожидать, что уда-
 валось, иногда, извлечь ее одними руками, или щип-
 цами, и что, даже, иногда, младенецъ рождался жи-
 вымъ. Во всякомъ случаѣ, рѣшаясь сдѣлать поворотъ
 на ножки, при суженіи таза, надобно предвари-
 тельно тщательно изслѣдовать всѣ условія родовъ въ
 данномъ случаѣ, и, по возможности, точно измѣрить
 вмѣстимость полости таза. Если суженіе таза не-
 значительно; если меньшій его переречникъ содер-
 житъ въ себѣ не менѣе 3"; если головка стоитъ
 надъ входомъ въ тазъ подвижно, — и если матка не

обхватываетъ плотно тѣло младенца, то можно поворотить его на ножки и извлечь. Если мы имѣемъ дѣло съ многороженицею, и узнаемъ, что, при прежде бывшихъ родахъ ея, попытки извлечь младенца щипцами, по причинѣ суженія таза, постоянно имѣли слѣдствіемъ смерть этого послѣдняго, то это обстоятельство можетъ служить показаніемъ къ производству поворота. При косомъ суженіи таза, при которомъ одна половина таза сужена, а другая остается или нормальною, или, даже, представляется увеличенною, поворотъ на ножки представляетъ ту выгоду, что можно бываетъ при этомъ помѣстить наиболѣе объемистую часть головки — затылокъ въ ту половину таза, которая имѣетъ бѣольшую вмѣстимость.

§ 103.

Если тазъ широкъ, то, для предупрежденія могущихъ быть непріятныхъ послѣдствій (см. § 80), надобно совѣтовать роженицѣ въ половинѣ втораго періода родовъ лечь на родильную постель, не позволять ей уже болѣе вставать, велѣть ей лежать горизонтально, и не помогать потугамъ. Если бы роженица, лежала на спинѣ и не могла при этомъ удержаться отъ вспомошествованія потугамъ, то надобно

велѣтъ ей лечь на бокъ, и не позволять ей упираться ногами въ кровать, и держаться руками за что либо во время потугъ. Начиная съ половины втораго періода родовъ, надобно, при каждой потугѣ тщательно поддерживать промежность, потому что окончательное расширение маточнаго устья, и прохожденіе предлежащей части младенца сквозь тазъ могутъ совершиться весьма быстро.

ГЛАВА 2.

О неправильныхъ положеніяхъ матки.

а) О косомъ положеніи матки.

§ 104.

Косое положеніе матки можетъ быть четырехъ различныхъ родовъ, а именно: дно матки можетъ склониться или напередъ, или въ одну какую либо сторону, правую или лѣвую, или, наконецъ, можетъ загнуться назадъ.

§ 105.

Склоненіе дна матки напередъ, при чемъ оно стоитъ гораздо ниже, а маточное устье, напротивъ,

гораздо выше, нежели обыкновенно, рѣдко встрѣчается въ первой половинѣ беременности; въ теченіи послѣднихъ же мѣсяцевъ ея, оно замѣчается довольно часто. Если оно образуется въ началѣ беременности, то это дѣлается обыкновенно вдругъ, и сопровождается значительными болѣзненными явленіями. Въ концѣ же беременности, склоненіе дна матки напередъ образуется постепенно, и не условливаетъ важныхъ патологическихъ явленій. Склоненіе дна матки напередъ, въ первые мѣсяцы беременности, бываетъ слѣдствіемъ сильнаго давленія кишекъ на дно ея, каковое бываетъ на пр. при трудномъ испражненіи на низъ, при поднятіи большой тяжести, прыжкахъ, паденіи и т. п. Непосредственнымъ слѣдствіемъ внезапнаго склоненія матки напередъ бываетъ сильная боль въ полости таза, распространяющаяся на нижнюю часть живота, которая дѣлается чувствительною при дотрогиваніи. Испусканіе мочи и испражненіе въ то же время дѣлаются трудными. Затрудненіе въ испусканіи мочи условливается, въ этихъ случаяхъ, давленіемъ тяжелаго дна матки на шейку мочевого пузыря и мочевого каналъ; затруднительное же испражненіе низомъ зависитъ отъ давленія маточной шейки на прямую кишку. При внутреннемъ изслѣдованіи находимъ мы, что дно матки лежитъ не за соединеніемъ

лобковыхъ костей, а ниже его; маточное же устье, напротивъ, стоитъ гораздо выше, нежели дно матки, именно около мыса крестцовой кости, такъ, что трудно бываетъ достать его пальцемъ. Если матка остается въ этомъ ненормальномъ положеніи въ продолженіи нѣсколькихъ часовъ, то не только боль въ нижней части живота значительно усиливается, но и самая матка дѣлается весьма чувствительною при дотрогиваніи; если вправленіе матки будетъ сдѣлано не скоро, то развивается воспаленіе брюшины, начинающееся съ той части ея, которая одѣваетъ матку, и дѣлается выкидышъ. Иногда матка воспаляется и переходитъ въ омертвѣніе; иногда дѣлается разрывъ мочевого пузыря; и въ томъ, и другомъ случаѣ больная умираетъ. Воспаленіе матки и выкидышъ суть тутъ слѣдствія воспрепятствованнаго кровообращенія въ маткѣ.

§ 106.

При леченіи этого болѣзненнаго состоянія, главную индикацію составляетъ приведеніе матки въ нормальное положеніе, что удастся легко сдѣлать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кишки не раздуты, а брюшина еще не воспалена. Приступая къ вправленію матки,

надобно предварительно ввести катетеръ въ мочевой пузырь, и выпустить мочу; потомъ надобно велѣть больной лечь на спину, ввести во влагалище два пальца руки, и осторожно приподнять ими дно матки. Для предупрежденія могущаго случиться повторенія склоненія матки напередъ, должно продержать больную до тѣхъ поръ въ постелѣ, пока матка такъ увеличится въ объемѣ, что дно ея значительно будетъ возвышаться надъ верхнимъ краемъ соединенія лобковыхъ костей.

§ 107.

Въ теченіи послѣднихъ мѣсяцевъ беременности, склоненіе матки напередъ встрѣчается часто, и извѣстно подъ именемъ *висячаго живота*. Главною причиною этого ненормальнаго положенія матки, надобно считать излишнее наклоненіе таза. Матка, въ этомъ случаѣ, не находитъ для себя достаточной опоры во входѣ въ тазъ, и, по необходимости, должна склониться напередъ. Чѣмъ мягче и уступчивѣе покровы живота, тѣмъ значительнѣе бываетъ это склоненіе; на этомъ основаніи, у многороженицъ это склоненіе матки напередъ замѣчается чаще, и бываетъ гораздо значительнѣе, нежели у первороженицъ. Если,

при излишнемъ наклоненіи таза и слабости мышцъ живота, беременности скоро слѣдуютъ одна за другою, то склоненіе матки напередъ можетъ достигнуть своей высшей степени, и были примѣры, что дно матки, покрытое брюшными покровами, доходило до колѣнъ беременной. Въ слѣдствіе сильнаго напора со стороны дна матки на брюшные мускулы, мышечныя волокна бѣлой линіи живота иногда расходятся, и между ними образуются такіе большіе промежутки, что вся матка выступаетъ между ними, и дѣлается маточная грыжа, при чемъ матка представляется уже покрытою одною только кожею живота. Распознаваніе склоненія матки напередъ, въ концѣ беременности не трудно; необыкновенный объемъ живота, и перегибаніе верхней части туловища на задъ, которое беременная должна дѣлать для противудѣйствія тяжести, тнущей ее впередъ, даютъ возможность узнать его съ перваго взгляда. При осмотрѣ беременной, въ этихъ случаяхъ, мы находимъ, что покровы живота надъ дномъ матки весьма напряжены, и что, при столченіи положеніи беременной, трудно осязать очертаніе дна матки; животъ бываетъ при этомъ заостренъ впередъ, а пупокъ значительно выдается впередъ. Нижняя часть покрововъ живота виситъ мѣшкообразно внизъ, такъ, что ихъ надобно приподнять чтобы имѣть

возможность видѣть паховыя области и лобокъ беременной. При внутреннемъ изслѣдованіи, находимъ мы, что маточная шейка стоитъ такъ высоко, что едва можно достать пальцемъ переднюю губу маточнаго устья; иногда это послѣднее бываетъ даже вовсе недосыгаемо для изслѣдывающаго пальца. Предлежащая часть младенца также стоитъ очень высоко и болѣе подается впередъ, такъ, что, иногда, даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ предлежитъ головка, эту послѣднюю нельзя бываетъ осязать пальцемъ.

§ 108.

Слѣдствіемъ излишняго склоненія матки напередъ бываютъ различныя, болѣе или менѣе, тягостныя для беременной явленія. Хожденіе дѣлается для нея затруднительнымъ, и если мочевоу пузырь сильно прижимается маткою къ горизонтальнымъ вѣтвямъ лобковыхъ костей, то испусканіе мочи становится воспрепятствованнымъ. Беременная, имѣющая висячій животъ, должна носить особеннаго рода повязку, съ цѣлю приподнимать ею матку нѣсколько кверху. Повязка эта должна быть сдѣлана такъ, чтобы она производила равномерное давленіе на всю нижнюю часть живота, и чтобы ширина ея и форма соответствовали

бы росту и формѣ живота беременной. Для того, чтобы какъ верхній, такъ и нижній край повязки плотно прилегали къ животу, въ ней должны быть сдѣланы вверху и внизу клинообразныя вырѣзки. Для предупрежденія могущаго быть сморщиванія повязки, въ этой послѣдней, въ направленіи ея поперечнаго діаметра, должны быть вшиты прутики изъ китоваго уса. Чтобы придать повязкѣ должную степень эластичности, надобно, чтобы, во всю длину ея, въ нее была бы вшита тесьма изъ каучука, на подобіе того, какъ это дѣлается въ задней части перчатокъ.

§ 109.

Явленія, обуславливаемые висячимъ животомъ во время родовъ, несравненно важнѣе тѣхъ, которыя бываютъ слѣдствіемъ этого патологическаго состоянія въ теченіи беременности. Если склоненіе матки напередъ незначительно, то вышеупомянутыя явленія обнаруживаются преимущественно только въ первомъ и во второмъ періодѣ родовъ. Потуги бываютъ при этомъ рѣдки и слабы; давленіе подлежащей части младенца на губы маточнаго устья бываетъ неравномѣрно, отъ чего и расширеніе маточнаго устья совершается медленно. При внутреннемъ изслѣдованіи

роженицы, или вовсе нельзя бываетъ достать пальцемъ маточное устье, или можно достать только одну переднюю губу его. Если же можно осязать обѣ губы маточнаго устья, то мы находимъ, что передняя растянута и тонка, а задняя, напротивъ, остается почти безъ всякаго измѣненія. Головка младенца стоитъ при этомъ высоко, весьма подвижна, и не рѣдко ее вовсе нельзя бываетъ осязать. Чтобы доставить себѣ, въ этихъ случаяхъ, возможность убѣдиться въ томъ, что младенецъ имѣетъ темянное положеніе, надобно, во время внутренняго изслѣдованія, велѣть кому либо приподнять кверху животъ беременной, и потомъ вести вверхъ изслѣдывающій палецъ по задней поверхности соединенія лобковыхъ костей, надъ которыми мы тутъ и найдемъ головку младенца. Если младенецъ имѣетъ при этомъ первое темянное положеніе, то отношеніе головки его къ окружающимъ частямъ бываетъ слѣдующее: шишка правой темянной кости находится надъ соединеніемъ лобковыхъ костей; стрѣловидный шовъ ея обращенъ къ мысу крестцовой кости, а шишка лѣвой темянной кости стоитъ выше этого послѣдняго. При такомъ положеніи головки, напоръ ея, естественнымъ образомъ, направляется преимущественно на переднюю губу маточнаго устья, отъ чего и происходитъ неравномѣрное растяженіе его губъ. Это

послѣднее обстоятельство, въ свою очередь, услови-
 ваетъ преждевременный разрывъ оболочекъ яйца, что
 также имѣетъ вредное вліяніе на ходъ родовъ. Впро-
 чемъ, если привести роженицу въ благопріятное по-
 ложеніе, и приподнять нѣсколько дно матки, то го-
 ловка младенца начнетъ налегать съ равною силою
 на обѣ губы маточнаго устья, и расширение этого
 послѣдняго совершится потомъ уже безостановочно.
 Иногда, однакоже, не взирая на вышеупомянутую
 помощь, задняя губа маточнаго устья упорно про-
 тивится напору головки, и не растягивается. Въ та-
 комъ случаѣ, головка, спускаясь, подъ вліяніемъ по-
 тугъ, ниже въ полость таза, влечетъ за собою пе-
 реднюю часть нижняго сегмента матки, который плотно
 обхватываетъ головку, и такъ растягивается, что ста-
 новится тонокъ, какъ бумага. Были примѣры, что,
 въ подобныхъ случаяхъ, передняя часть нижняго сег-
 мента матки разрывалась по срединѣ своей, а что
 головка младенца проходила сквозь образовавшійся
 разрывъ. Случалось также, что подобные случаи были
 принимаемы за заращеніе маточнаго устья (*atresia
 ostii uter.*), и производима была операція искусствен-
 наго образованія этого послѣдняго. Для избѣжанія
 такой ошибки, надобно, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ
 можно предполагать заращеніе маточнаго устья, про-

изводить внутреннее изслѣдованіе роженицы четырьмя пальцами руки, или всею рукою, при чемъ мы всегда будемъ имѣть возможность найти маточное устье, если оно не заросло, какъ бы высоко оно ни находилось. Головка младенца вступаетъ тогда во входъ малаго таза въ томъ же положеніи, въ какомъ она дотолѣ находилась. Механизмъ ея вступленія въ полость таза въ томъ отношеніи уклоняется отъ нормы, что стрѣловидный шовъ ея лежитъ параллельно съ поперечнымъ діаметромъ входа въ тазъ. Впрочемъ, это не препятствуетъ дальнѣйшему ходу родовъ, которые оканчиваются благополучно, если только соблюдены прочія условія правильныхъ родовъ. Но въ пятомъ періодѣ родовъ могутъ показаться явленія опасныя, а именно: отдѣленіе послѣда можетъ замедлиться, или одна только часть его отдѣлится отъ матки, слѣдствіемъ чего будетъ кровотеченіе. Даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣтское мѣсто совершенно отдѣлилось отъ матки, можетъ показаться сильное, пассивное кровотеченіе; причина этого послѣдняго, въ этихъ случаяхъ, заключается въ томъ, что мышцы живота, бывшія чрезмѣрно растянутыми во время беременности, не могутъ достаточно сильно сократиться для того, чтобы вызвать своимъ давленіемъ сокращенія матки, и ихъ поддержать. При значительной степени склоненія

матки напередъ, головка, вступая во входъ таза, упирается одною изъ своихъ темянныхъ костей въ переднюю стѣнку таза, и потомъ поворачивается вокругъ своей продольной оси снаружи внутрь. Если же матка такъ значительно склонилась напередъ, что дно ея доходить до колѣнъ роженицы, то головка, безъ помощи со стороны искусства, вовсе не можетъ вступить во входъ таза. Если у роженицы, имѣющей висячій животъ, входъ въ тазъ суженъ въ направленіи своего прямого поперечника, то роды рѣдко оканчиваются одними силами природы, и не рѣдко нужно бываетъ, для ихъ окончанія, прибѣгнуть къ важнѣйшимъ акушерскимъ операціямъ. Ходъ родовъ всегда бываетъ, въ этихъ случаяхъ, весьма медленный; матка, истощивши свои силы въ безплодныхъ сокращеніяхъ, не обхватываетъ плотно подлежащую часть младенца, и между этою послѣднею и маточнымъ устьемъ остается пустое пространство, сквозь которое можетъ легко выпасть ручка, или пуповина младенца. Слишкомъ долгое пребываніе головки младенца въ полости таза, въ этихъ случаяхъ, можетъ имѣть дурныя послѣдствія для младенца, и не рѣдко угрожаетъ даже опасностію его жизни.

§ 110.

Подавая помощь роженицѣ, имѣющей висячій животъ, надобно обратить на нее особенное вниманіе уже въ первомъ періодѣ родовъ. При появленіи первыхъ потугъ, надобно совѣтовать ей лечь на родильную постель, и не позволять ей уже съ нея вставать. Положеніе роженицы должно быть горизонтальное; тазъ ея долженъ лежать выше, нежели въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка имѣетъ положеніе правильное. Во время потуги надобно руками, положенными на животъ роженицы, приподнимать нѣсколько кверху дно матки. Если склоненіе матки напередъ весьма значительно, то приподниманіе дна матки рукою, для приведенія этого органа въ болѣе нормальное положеніе, бываетъ недостаточно; въ этомъ случаѣ надобно наложить на животъ роженицы широкое полотенце, отдать концы его двумъ помощникамъ, стоящимъ съ обѣихъ боковъ роженицы, и велѣть имъ, во время потугъ, тянуть концы полотенца въ направленіи кверху и кзади. Если постоянное пребываніе въ горизонтальномъ положеніи становится тягостнымъ для роженицы, то можно позволить ей лечь на бокъ. Положеніе на боку представляетъ тутъ ту выгоду, что мышцы живота уже не такъ сильно растягива-

ются напираящею на нихъ маткою, а потому могутъ сильнѣе сокращаться, и, слѣдовательно, болѣе содѣйствовать сокращеніямъ матки, нежели при горизонтальномъ положеніи роженицы. Если передняя часть нижняго сегмента матки чрезмѣрно растягивается подлежащею частію младенца, то не должно ничего предпринимать для ускоренія расширенія маточнаго устья, и ожидать, пока оно совершится само собою. Когда маточное устье, совершенно расширилось, то дальнѣйшее вспомошествованіе роженицѣ должно быть сообразно съ силою потугъ, устройствомъ ея таза, и положеніемъ младенца. Если соблюдены всѣ условія правильныхъ родовъ, то окончаніе этихъ послѣднихъ предоставляется силамъ природы; если потуги слабы, то надобно дать роженицѣ нѣсколько приѣмовъ рожковъ. Если же, не взирая на употребленіе этого средства, потуги остаются слабыми, или вовсе прекращаются, и если показываются явленія, угрожающія опасностію роженицѣ, или младенцу, то надобно сдѣлать поворотъ на ножки, и потомъ извлечь младенца. Если младенецъ имѣетъ неправильное положеніе, или если выпала ручка, или пуповина младенца, то надобно также произвести поворотъ на ножки и извлечь младенца. Такимъ же образомъ надобно поступать и въ тѣхъ случаяхъ, когда сокращенія матки не мо-

гутъ втѣснить головку младенца во входъ таза. Если бы въ пятомъ періодѣ родовъ показалось кровотечение, въ слѣдствіе частнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, то надобно отдѣлить и удалить это послѣднее, и наложить повязку на животъ родильницы.

§ 111.

Матка, во время беременности, всегда склоняется дномъ своимъ въ одну какую либо сторону, правую или лѣвую. Она поворачивается при этомъ нѣсколько вокругъ своей продольной оси, такъ, что одна изъ боковыхъ ея стѣнокъ болѣе обращается къ брюшнымъ покровамъ, нежели другая. Такое незначительное склоненіе дна матки въ одну какую либо сторону составляетъ явленіе нормальное и постоянно замѣчаемое. Но если дно матки значительно склоняется въ одну какую либо сторону, при чемъ она такъ поворачивается вокругъ своей продольной оси, что одна изъ боковыхъ ея стѣнокъ находится непосредственно за брюшными покровами, то это составляетъ уже явленіе патологическое, могущее имѣть важное вліяніе на ходъ родовъ. Къ причинамъ этого неправильнаго положенія матки надобно отнести: искривленіе позвоночнаго столба, неправильное образованіе таза, дряблость матки въ

слѣдствіе предшествовавшихъ кровотеченій, неправильное положеніе младенца, значительную хромоту беременной, тугое стягиваніе живота, опухоли сосѣдственныхъ съ маткою органовъ, укороченіе широкихъ и круглыхъ маточныхъ связокъ, и косость самой матки. При склоненіи дна матки въ бокъ, форма живота беременной дѣлается неправильною, и онъ представляется болѣе возвышеннымъ на одной сторонѣ, нежели на другой. Маточное устье обыкновенно бываетъ обращено въ сторону, противоположную той, въ которой находится дно матки. Впрочемъ, въ этомъ отношеніи, не рѣдко встрѣчаются исключенія, и бываетъ иногда, что, не взирая на значительное склоненіе дна матки въ бокъ, маточное устье сохраняетъ свое нормальное положеніе; случается, даже, иногда, что и шейка матки бываетъ обращена въ ту же сторону, въ которую склонилось дно матки. Слѣдствіемъ этого неправильнаго положенія матки, во время беременности, можетъ быть затрудненіе движеній тѣла беременной, и образованіе подкожной водянки и варикозныхъ расширеній венъ на той изъ ея нижнихъ конечностей, которая соотвѣтствуетъ тому боку, въ который склонилась матка. Во время родовъ, вліяніе этого патологическаго состоянія матки на ходъ ихъ выражается тѣмъ, что потуги дѣлаются неправильными,

слабыми; что подлежащая часть младенца весьма медленно вступает во входъ таза, и что младенецъ, иногда, принимаетъ неправильное положеніе. Подавая помощь роженицѣ, страдающей склоненіемъ матки въ бокъ, надобно съ самаго начала родовъ совѣтовать ей лечь на родильную постель, и съ нея уже не вставать, и воздерживаться отъ вспомошествованія потугамъ. Роженица должна при этомъ лежать на боку, противоположномъ тому, въ которомъ находится дно матки; во время потуги надобно стараться, давленіемъ руки на дно матки, приводить это послѣднее ближе къ центральной линіи тѣла. Если бы, по совершенномъ расширеніи маточнаго устья, потуги не были въ состояніи втѣснить головку младенца во входъ таза, то надобно сдѣлать поворотъ на ножки; если бы и послѣ этой операціи окончаніе родовъ замедлилось въ слѣдствіе слабости потугъ, то извлечь младенца за ножки.

§ 112.

Между косыми положеніями матки, загибаніе ея назадъ составляетъ, по своимъ послѣдствіямъ, самое важное; но оно встрѣчается довольно рѣдко. Оно можетъ образоваться только въ первой половинѣ беременности, потому что, въ позднѣйшіе періоды ея,

позвоночный столбъ препятствуетъ загибанію матки назадъ. Причина этого неправильнаго положенія матки заключается въ разслабленіи связокъ, соединяющихъ заднюю стѣнку мочеваго пузыря съ окружающими частями, въ часто повторяющемся и долго продолжающемся задержаніи мочи, и происходящемъ отъ того переполненіи мочеваго пузыря, и, наконецъ, въ напряженіи связокъ, соединяющихъ нижнюю часть передней поверхности матки съ шейкою мочеваго пузыря. Напряжение этихъ связокъ есть слѣдствіе опущенія влагалища, и условливаетъ приподнятіе маточной шейки кверху. Если матка стоитъ нѣсколько ниже, нежели обыкновенно, такъ, что дно ея соотвѣтствуетъ верхней части внутренней поверхности крестцовой кости, то склоненіе ея назадъ можетъ сдѣлаться легко, потому что, начиная отъ мыса крестцовой кости, верхняя часть внутренней поверхности этой послѣдней, какъ извѣстно, представляетъ плоскость косую, имѣющую направленіе назадъ и внизъ. Если къ этому присоединится и напряженіе вышеупомянутыхъ связокъ, то загибаніе матки можетъ сдѣлаться еще скорѣе. Недостаточное наклоненіе таза, излишняя ширина его, и значительное выступаніе мыса крестцовой кости впередъ, способствуютъ въ особенности удержанію матки въ этомъ неправильномъ положеніи. Главнымъ

же препятствіемъ къ принятію маткою нормальнаго положенія служитъ переполненіе мочевого пузыря мочою, что доказывается тѣмъ, что лучшее средство, для уничтоженія этого неправильнаго положенія матки, составляетъ постоянное выпущеніе мочи посредствомъ катетера. Загибаніе матки назадъ можетъ образоваться и въ самомъ началѣ беременности, но оно обыкновенно остается въ это время незамѣченнымъ, потому что болѣзненные ощущенія, имѣ условливаемыя, бывають незначительны, и приписываются большими вліянію беременности. Начиная же съ четвертаго мѣсяца этой послѣдней, показываются уже болѣе важныя явленія, заключающіяся въ чувствѣ постоянно увеличивающагося давленія въ полости таза, запорахъ и задержаніи мочи. Если моча, иногда, и вытекаетъ безъ помощи искусства, то всегда ея вытекаетъ мало, и исущеніе ея сопровождается, болѣе или менѣе, сильною болью. Мочевой пузырь дѣлается чувствительнымъ при давленіи; больными овладѣваетъ тоска; дыханіе становится затруднительнымъ; животъ вздувается, дѣлается чувствительнымъ при дотрогиваніи; показывается рвота, частая отрыжка, и цѣлый рядъ гастрическихъ явленій, указывающихъ на то, что брюшина, кишки и мочевой пузырь перешли въ воспалительное состояніе. Больная жалуется на боль въ крестцѣ и

полости таза; показывается лихорадочное состояніе, усиливающееся постоянно, по мѣрѣ того, какъ вышеупомянутыя явленія дѣлаются явственнѣе. При наружномъ изслѣдованіи живота, можно осязать, сквозь покровы его, растянутый пузырь, дно котораго поднимается, иногда, выше пупка, и который, при давленіи на него, весьма чувствителенъ. При дальнѣйшемъ ходѣ болѣзни, весь животъ больной дѣлается очень чувствительнымъ при дотрогиваніи; матку сквозь покровы живота осязать нельзя; температура наружныхъ дѣтородныхъ частей представляется значительно возвышенною; при давленіи на тазъ, больная ощущаетъ боль. При внутреннемъ изслѣдованіи, мы находимъ влагалище сухимъ и горячимъ, а мочевого канала напряженнымъ и твердымъ. При осязаніи внутренней поверхности крестцовой кости, изслѣдывающій палецъ находитъ около середины ея, или, даже, около нижней трети ея, круглое упругое тѣло, которое или подвижно, или неподвижно, и при прикосновеніи къ которому больная ощущаетъ боль. Это тѣло есть беременная матка, и палецъ нашъ осязаетъ, въ этомъ случаѣ, или только заднюю стѣнку ея, или эту послѣднюю и часть дна матки. Если повести палецъ въ направленіи кпереди, то мы находимъ маточную шейку, которая или пряма, или нѣсколько согнута, или, даже,

представляется перегнутою, какъ бы переломленною около внутренняго маточнаго устья. Совершенно горизонтальнаго положенія матка никогда не имѣетъ, и всегда дно ея стоитъ нѣсколько ниже. Отъ степени загибанія матки назадъ и ея формы зависитъ положеніе маточной шейки, и направленіе наружнаго маточнаго устья. Иногда маточная шейка имѣетъ такое положеніе, что наружное маточное устье бываетъ обращено къ срединѣ внутренней поверхности соединенія лобковыхъ костей; иногда же маточная шейка стоитъ выше соединенія лобковыхъ костей, а маточное устье, въ этомъ случаѣ, бываетъ обращено почти кверху, такъ, что, иногда, его вовсе нельзя бываетъ достать пальцемъ. Если же маточная шейка перегнута около внутренняго маточнаго устья, то наружное маточное устье бываетъ обращено впередъ и книзу. По мѣрѣ увеличенія объема матки, всѣ явленія, сопровождающія загибаніе ея назадъ, значительно усиливаются. Этого усиленія припадковъ не бываетъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣлается выкидышъ, который составляетъ весьма часто встрѣчающееся послѣдствіе этого неправильнаго положенія матки. Если же не послѣдуетъ выкидыша, то воспаленіе матки, брюшины и кишекъ постепенно усиливается, образуется выпотѣніе эксудата, сращеніе матки съ окололежащими

частями, омертвѣніе и разрывъ мочевого пузыря, и, даже, самой матки.

§ 113.

При загибаніи матки назадъ, предсказаніе зависитъ отъ различныхъ обстоятельствъ. Если мысъ крестцовой кости не очень выдается впередъ, и слѣдовательно, не препятствуетъ восхожденію дна матки вверхъ, то это послѣднее можетъ быть приподнято въ слѣдствіе усиленнаго напряженія брюшины, и матка можетъ опять принять нормальное положеніе. Если слѣдается выкидышъ, то предсказаніе лучше, потому что опорожненную матку легко можно выправить. Предсказаніе всегда лучше въ тѣхъ случаяхъ, когда наружное маточное устье легко можно достать пальцемъ, потому что тутъ, если бы того потребовала необходимость, есть возможность произвести искусственный выкидышъ. Предсказаніе лучше тамъ, гдѣ форма матки осталась неизмѣненною, и гдѣ болѣзнь узнана заблаговременно. Предсказаніе неблагоприятно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ тазъ беременной слишкомъ широкъ, потому что тутъ матка, послѣ вправленія, легко можетъ опять принять неправильное положеніе. Предсказаніе зависитъ также отъ степени и распространенія тѣхъ

болѣзненныхъ состояній, которыя сопровождаютъ загибаніе матки назадъ, и объ которыхъ выше уже было говорено. Если удастся вправить матку, то беременность можетъ продолжаться нормальное время, и окончиться благополучно; однако же, иногда, случается, что, послѣ вправленія матки, дѣлается выкидышъ. Если же невозможно вправить матку, и не послѣдуетъ въ скоромъ времени выкидыша, то нѣтъ надежды спасти беременную отъ смерти.

§ 114.

При леченіи загибанія матки назадъ, главную индикацию составляетъ вправленіе матки. Это послѣднее можетъ быть произведено двоякимъ образомъ: или чрезъ постоянное, искусственное испражненіе мочи и кала, при чемъ возвращеніе матки въ нормальное положеніе предоставляется силамъ природы, или чрезъ непосредственное дѣйствіе на матку руками, или инструментами. Первымъ изъ этихъ двухъ способовъ рѣдко удастся достигнуть желаемой цѣли, и онъ вообще можетъ быть примѣненъ съ успѣхомъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда загибаніе матки назадъ случилось во второмъ или третьемъ мѣсяцѣ беременности, и когда вправленіе матки предпринимается вскорѣ

послѣ перехода ея въ ненормальное положеніе. Приступая къ вправленію матки, надобно предварительно выпустить мочу посредствомъ катетера. Введеніе этого послѣдняго въ мочевой пузырь не рѣдко бываетъ очень трудно. Если нельзя ввести металлическій катетеръ, то надобно употребить эластическій. Если нельзя ввести катетеръ при положеніи больной на спинѣ, то надобно велѣть ей стать на колѣна и локти. Введеніе катетера можно облегчить тѣмъ, что велѣть помощнику положить обѣ руки непосредственно надъ лобковыми костями больной, и приподнять ими нѣсколько кверху нижнюю часть живота ея. Если бы, наконецъ, никакимъ образомъ нельзя было бы ввести катетеръ, то надобно прибѣгнуть къ послѣднему средству—проколу мочевого пузыря. Прямая кишка, передъ вправленіемъ, должна быть очищена помощію клистировъ. Если матка находится въ воспалительномъ состояніи, то вправленію ея надобно предпослать общее и мѣстное кровопусканіе. Во время вправленія матки, больная должна лежать на спинѣ; если бы при этомъ положеніи ея, не удалось вправить матку, то надобно велѣть ей стать на колѣна и локти, и вторично попробовать вправить матку. Если удастся вправить матку, то младенецъ можетъ быть доношенъ. Впрочемъ, не рѣдко случается, что, послѣ вправленія матки,

эта послѣдняя начинаетъ сокращаться, и извергаетъ плодъ. Это случается преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка находится въ раздраженномъ состояніи, и очень чувствительна при дотрогиваніи. Если больная находится уже во второй половинѣ четвертаго мѣсяца беременности, то вправленіе матки всегда бываетъ трудно. Вправленіе матки бываетъ тѣмъ труднѣе, чѣмъ неподвижнѣе она, и чѣмъ большее препятствіе встрѣчаемъ мы со стороны таза и опустившихся за маткою кишекъ. Если матка очень чувствительна при прикосновеніи, то надобно вовсе отказаться отъ попытокъ ее вправить.

§ 115.

Самое вправленіе матки дѣлается, какъ выше уже было сказано, различнымъ образомъ, т. е. или рукою, или инструментами, и при томъ или чрезъ влагалище, или чрезъ прямую кишку. Вправленіе матки помощію различныхъ, изобрѣтенныхъ для этого, инструментовъ и аппаратовъ, имѣло доселѣ всегда такіе неблагоприятные результаты, что я считаю излишнимъ описывать этотъ методъ въ подробности. Не говоря уже объ томъ, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно замѣнить рукою инструменты, надобно всегда пред-

почитать первую послѣднимъ, и самый опытъ показъ, что гдѣ нельзя вправить матку рукою, тамъ не удастся сдѣлать это и помощію инструментовъ. При вправленіи матки рукою, черезъ влагалище, два пальца руки, указательный и средній, вводятся во влагалище, концы ихъ упираются въ дно матки, и давятъ на это послѣднее въ направленіи прямо кверху, пока матка приметъ нормальное положеніе. Если не удастся вправить матку двумя пальцами, то надобно ввести во влагалище четыре пальца. Во время самага вправленія матки, помощникъ долженъ обѣими руками приподнимать кверху нижнюю часть живота беременной. Когда матка вправлена, то надобно совѣтовать беременной лечь на правую сторону. Послѣ вправленія матки, нѣтъ надобности принимать какія либо особенныя мѣры предосторожности для предупрежденія повторенія загибанія матки назадъ, потому что это послѣднее, во время беременности, вообще дѣлается не легко, и развѣ только подъ вліяніемъ причинъ, особенно тому благопріятствующихъ. Если бы вправленіе матки не удалось съ перваго разу, то это еще не служитъ доказательствомъ невозможности вправленія; должно, въ такомъ случаѣ, терпѣливо повторять попытки вправленія пять, шесть разъ.

§ 116

Если вправленіе матки не возможно, то надобно произвести искусственный выкидышъ, или сдѣлать проколъ мочеваго пузыря, или матки. Произведеніе искусственнаго выкидыша тутъ всегда бываетъ трудно, потому что трудно бываетъ достать пальцемъ маточное устье, стоящее, иногда, какъ выше было сказано, надъ верхнимъ краемъ соединенія лобковыхъ костей. Если можно достать пальцемъ маточное устье, то въ это послѣднее вводится металлическій зондъ, которымъ надобно стараться разорвать оболочки яйца. Послѣ разрыва оболочекъ яйца, иногда, проходитъ нѣсколько сутокъ прежде, нежели матка начнетъ сокращаться; но когда сокращенія ея показались уже, то выкидышъ обыкновенно дѣлается скоро. Если нельзя пальцемъ достать маточное устье, и, слѣдовательно, нельзя произвести искусственный выкидышъ помощію зонда, то остается или сдѣлать проколъ мочеваго пузыря, съ цѣлію доставить себѣ возможность потомъ вправить матку, или произвести прободеніе самой матки. При выборѣ той или другой изъ этихъ двухъ операцій, надобно имѣть въ виду слѣдующія обстоятельства. Мочевой пузырь находится, въ этихъ случаяхъ, въ состояніи патологическомъ, и раненіе его можетъ имѣть

худыя послѣдствія. Кромѣ того, изъ опыта намъ извѣстно, что, иногда, не взирая на то, что мочевоу пузырь опорожненъ посредствомъ прокола, вправленіе матки все таки не удается, и мы бываемъ принуждены сдѣлать еще и прободеніе матки. Раненіе же двухъ такихъ органовъ, каковы мочевоу пузырь и матка, въ одно время, легко можетъ повлечь за собою неприятыя послѣдствія. Съ другой же стороны, опытъ показалъ намъ, что прободеніе одной только матки, въ большей части случаевъ, переносится больною хорошо. А потому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ загибаніе матки назадъ значительно, гдѣ беременность приближается уже къ своей половинѣ, и гдѣ, слѣдовательно, мало надежды на то, что послѣ прокола мочеваго пузыря удастся вправить матку, лучше приступить прямо къ прободенію этой послѣдней. Оно дѣлается двоякимъ образомъ: или черезъ влагалище, или черезъ пряую кишку. Лучше дѣлать его черезъ влагалище, потому что тутъ прокалывается нижняя, тончайшая часть матки, и менѣе опасности ранить дѣтское мѣсто. Самое прободеніе матки должно дѣлать тонкимъ троакомъ. Сдѣлавши прободеніе, и выпустивши родовыя воды, надобно опять сдѣлать попытку вправить матку, что не рѣдко и удается, по причинѣ уменьшившагося объема матки. Послѣ прободенія, болѣе или менѣе

скоро показываются сокращенія матки, и дѣлается выкидышъ. Если же не удалось бы вправить матку до выкидыша, то надобно это сдѣлать тотчасъ послѣ этого послѣдняго. Послѣ вправленія, надобно совѣтовать больной, въ теченіи нѣсколькихъ дней лежать на боку. Если бы послѣ прокола мочевого пузыря, или прободенія матки, показались признаки воспаленія этихъ органовъ, или брюшины, то надобно употребить леченіе, сообразное съ этими явленіями.

б) О выворотѣ матки.

§ 117.

Выворотомъ матки называется то патологическое состояніе этого органа, при которомъ дно его болѣе или менѣе спускается глубоко, и приближается къ внутреннему маточному устью, или проходитъ сквозь маточное устье, и выдается въ полость влагалища. При высшей степени этого болѣзненнаго состоянія матки, она выворачивается совсѣмъ, такъ, что внутренняя поверхность ея становится наружною, а наружная—внутреннею. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, матка, или остается въ полости влагалища, или выступаетъ отчасти, или совсѣмъ изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей, и помѣщается между бедрами больной.

§ 118.

Выворотъ матки дѣлается обыкновенно во время самых родовъ, въ пятомъ періодѣ ихъ. Тонкость и дряблость стѣнокъ матки, и слабость ея сокращеній составляютъ предрасполагающія причины этого болѣзненнаго состоянія. Причины производящія же заключаются въ неосторожномъ подаваніи помощи роженицъ въ пятомъ періодѣ родовъ, а именно въ неосторожномъ тянутіи за пуповину, съ цѣлію удалить дѣтское мѣсто, и сильномъ тянутіи за это послѣднее при искусственномъ отдѣленіи его. Первая степень выворота матки, т. е. опусканіе дна ея въ полость, можетъ образоваться и безъ содѣйствія внѣшнихъ причинъ. Это бываетъ именно тамъ, гдѣ связь дѣтскаго мѣста съ маткою слишкомъ крѣпка, а стѣнки матки тонки. Въ этомъ случаѣ, послѣдъ, собственною своею тяжестію, оттягиваетъ дно матки книзу. Выворотъ матки можетъ также образоваться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пуповина очень коротка, и гдѣ младенецъ внезапно выходитъ изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей при стоячемъ положеніи роженицы.

§ 119.

Всѣ три степени выворота матки сопровождаются кровотеченіями, которыя бываютъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ

совершенно́е самый выворотъ. При незначительной степени этого болѣзненнаго состоянія, роженица не чувствуетъ никакой боли. При второй же и третьей степени выворота матки, роженица ощущаетъ боль въ животѣ, и чувство тяжести и напряженія въ полости таза. Къ этому присоединяется сильная тоска и безпокойство; лице больной искажается, дѣлается впалымъ; конечности холодны; пульсъ малъ, нитеобразенъ; показывается рвота, обморки, конвульсии. Чѣмъ быстрѣе образовался выворотъ матки, тѣмъ явственнѣе бываютъ выражены всѣ вышеисчисленныя явленія.

§ 120.

Распознаваніе различныхъ степеней выворота матки не трудно. При первой степени, введя палецъ въ полость матки, мы находимъ, на большемъ или меньшемъ разстояніи отъ внутренняго маточнаго устья, круглое, твердое тѣло, вдающееся въ полость матки, и при прикосновеніи къ которому кровотеченіе усиливается. При наружномъ изслѣдованіи роженицы, положивъ руку на животъ ея надъ лобковыми костями, мы находимъ, что матка не имѣетъ своей обыкновенной круглой формы, и что дно ея вдавлено во-

ронкообразно. При второй степени выворота матки, введя палецъ въ полость ея, мы находимъ, что она выполнена круглымъ, твердымъ тѣломъ, нижній конецъ котораго доходить до маточнаго устья, или выдается изъ этого послѣдняго въ полость влагалища. При третьей степени выворота матки, когда эта послѣдняя выворачивается совсѣмъ, при изслѣдованіи роженицы, мы находимъ, что или все влагалище ея выполнено грушевиднымъ, твердымъ тѣломъ, или вывороченная матка находится внѣ наружныхъ дѣтородныхъ частей, между бедрами больной. Если дѣтское мѣсто еще соединено съ маткою, то мы можемъ, въ этомъ послѣднемъ случаѣ, видѣть глазами это соединеніе. При наружномъ изслѣдованіи роженицы, мы тутъ вовсе не находимъ надъ лобковыми костями того твердаго шара, который обыкновенно образуетъ матка тотчасъ послѣ родовъ.

§ 121.

При первой степени выворота матки, предсказаніе не дурно, и если только болѣзнь узнана скоро, то вправленіе матки удастся легко. При второй же степени, предсказаніе неблагопріятно, потому что маточное устье легко можетъ сильно сократиться во-

кругъ прошедшаго сквозь него дна матки, и можетъ сдѣлаться ущемленіе, воспаленіе и омертвѣніе этого послѣдняго. Кромѣ того, опасность тутъ условливается еще тѣмъ, что эта степень выворота матки всегда сопровождается сильнымъ кровотеченіемъ. Если это болѣзненное состояніе матки будетъ узнано тотчасъ послѣ его образованія, то предсказаніе лучше, потому что, въ этомъ случаѣ, вправленіе матки можно еще сдѣлать скоро и легко. При третьей степени выворота матки, предсказаніе очень дурно, какъ потому, что кровотеченіе бываетъ тутъ весьма сильно, такъ и потому, что вправленіе матки сдѣлать трудно. Вторая и третья степень выворота матки потому еще опасны, что въ вывороченную матку можетъ опуститься часть кишекъ, и въ ней ущемиться.

§ 122.

При леченіи выворота матки, главную индикцію составляетъ немедленное вправленіе матки. Если мы имѣемъ дѣло съ первою степенью выворота матки, то надобно ввести руку въ матку, упереть концы средняго и указательнаго пальцевъ руки въ опустившееся дно матки, и потомъ осторожно приподнять ими кверху это послѣднее. Не рѣдко бываетъ, что,

въ этихъ случаяхъ, при первой попыткѣ вправить матку, дно ея быстро поднимается кверху, и принимаетъ нормальное положеніе. Если дно матки, опустившись, прошло сквозь маточное устье, то вправление матки дѣлается такимъ же образомъ. Если дно матки ущемлено въ маточномъ устьѣ, и отъ давленія на него двумя пальцами руки не поднимается кверху, то надобно обхватить его всѣми пятью пальцами руки, сдавить его, и потомъ стараться провести его обратно сквозь маточное устье. Когда дно матки прошло обратно сквозь маточное устье, то дальнѣйшее вправление матки дѣлается вышеизложеннымъ образомъ. Если же, и послѣ сдавленія опустившагося дна матки, нельзя было бы провести его сквозь маточное устье, по причинѣ сильнаго сокращенія этого послѣдняго, то надобно сдѣлать маленькіе, не глубокіе разрѣзы на маточномъ устьѣ, а потомъ уже провести сквозь него дно матки. Полезно также въ этихъ случаяхъ, приступая къ вправленію матки, сперва усыпить больную хлороформомъ. Если матка выворотилась совсѣмъ, но находится въ полости влагалища, то, при вправленіи ея, надобно сдѣлать сперва въ днѣ ея углубленіе посредствомъ давленія на него большимъ пальцемъ руки, а потомъ ввести въ это углубленіе указательный и средній пальцы руки, и стараться про-

вести ими дно матки сквозь ее устье. Если бы не удалось вправить матку этимъ способомъ, то надобно обхватить выворотившуюся матку всею рукою, и притомъ такъ, чтобы всѣ пять пальцевъ легли сколь возможно выше вокругъ тѣла матки, а дно этой послѣдней упиралось въ ладонь руки. Потомъ надобно крѣпко сдавить матку рукою, и стараться провести сперва сквозь маточное устье ту часть выворотившейся матки, которая находится ближе къ нему. Если выворотившаяся матка выпала изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей, то, при вправленіи ея, надобно положить четыре пальца обѣихъ рукъ около маточнаго устья, а большіе пальцы обѣихъ рукъ на дно ея; произвести въ этомъ послѣднемъ углубленіе, и потомъ стараться провести его обратно сквозь маточное устье. Если же не удастся такимъ образомъ вправить матку, то надобно сдавить четырьмя пальцами обѣихъ рукъ ту часть матки, которая находится ближе къ ее устью, и потомъ стараться протѣснить ее сквозь это послѣднее. Если это удастся, то надобно постепенно провести сквозь маточное устье всѣ прочія выворотившіяся части матки, пока эта послѣдняя совершенно будетъ вправлена. Если дѣтское мѣсто находится еще въ соединеніи съ выворотившеюся маткою на всемъ своемъ протяженіи, то, передъ вправленіемъ матки, нѣтъ надобности его

отъ нея отдѣлять, а вправить его вмѣстѣ съ маткою, и потомъ предоставить отдѣленіе его сокращеніямъ этой послѣдней. Если же часть дѣтскаго мѣста отдѣлилась отъ выворотившейся матки, а кровотеченіе сильно, то, приступая къ вправленію матки, надобно предварительно окончательно отдѣлить дѣтское мѣсто. Вправивши матку, надобно оставить руку въ ея полости до тѣхъ поръ, пока она начнетъ довольно сильно сокращаться; въ противномъ случаѣ, выворотъ ея можетъ повториться. Для усиленія сокращеній матки, полезно также, въ этихъ случаяхъ, дать родильницѣ нѣсколько приѣмовъ *secal. cornut.*, и накапать на животъ ея нѣсколько капель ээира. При совершенномъ выворотѣ матки, кровотеченіе, иногда, бываетъ такъ сильно, что жизнь родильницы находится въ величайшей опасности. Въ этихъ случаяхъ надобно стараться умѣрить сперва силу кровотечения прикладываніемъ къ маткѣ губки, напитанной холодною водою, или уксусомъ, а потомъ уже, когда кровотеченіе сдѣлается слабѣе, приступить къ вправленію матки. Если вправление выворотившейся матки не удастся, по причинѣ судорожнаго сжатія маточнаго устья, и если родильница не потеряла еще много крови, то надобно сдѣлать ей общее кровопусканіе, и дать внутрь два, три сильныхъ приѣма *tinct. op. simplic.* (15 — 20 ка-

пель на пріемъ, чрезъ каждые полчаса). Полезно также, въ этихъ случаяхъ, втирать въ маточное устье белладонную мазь (*Rp. Extr. Belladon. ℥j, Axung. porc. 3β M. f. Unguentum*). Если родильницѣ, страдающей совершеннымъ выворотомъ матки, въ теченіе нѣсколькихъ часовъ не будетъ подана надлежащая помощь, то матка ея значительно припухаетъ, воспаляется и дѣлается въ высшей степени чувствительною при дотрогиваніи. Въ такомъ случаѣ, самому вправленію матки надобно предпослать общее кровопусканіе, а на матку прикладывать мягчительныя и наркотическія примочки до тѣхъ поръ, пока объемъ ея уменьшится такъ, чтобы можно было приступить къ ея вправленію. Иногда, однакоже, не взирая на употребленіе этихъ средствъ, вправленіе матки не удастся, и мы бываемъ принуждены ограничиться пока леченіемъ палліативнымъ, имѣющимъ цѣлю умѣрить силу вровотеченія. Это послѣднее, однакоже, всегда продолжается постоянно, съ большею или меньшею силою, и больная наконецъ умираетъ. Для спасенія ея можно, въ этомъ случаѣ, спустя нѣсколько времени послѣ родовъ, испытать послѣднее средство — удалить всю матку посредствомъ вырѣзыванія, или наложенія лигатуры. Хотя операція эта и очень опасна, но были примѣры, что она увѣнчивалась счастливымъ успѣхомъ,

и мнѣ удалось, посредствомъ ея, спасти одну больную. Случай этотъ поучителенъ во многихъ отношеніяхъ, а потому я прилагаю здѣсь подробное описаніе его.

Р. Гинцбургъ, 23 лѣтъ, жена купца изъ Рогачева (Могилевской губ.), въ Ноябрь 1854 года пріѣхала въ Кіевъ, и обратилась ко мнѣ съ просьбою оказать ей медицинское пособіе. Прибывъ къ больной, я нашелъ ее лежащею въ постелѣ; она носила на себѣ всѣ признаки высшей степени изнуренія; была чрезвычайно худа; на впаломъ лицѣ ея видна была мертвенная блѣдность. Изъ разсказовъ больной и прибывшей съ нею матери ея, я узналъ слѣдующе: 19 лѣтъ она вышла замужъ, вскорѣ сдѣлалась беременною, и въ нормальный срокъ благополучно разрѣшилась отъ бремени живымъ и здоровымъ младенцемъ. Теченіе послѣродового времени было совершенно правильно, и она вскорѣ оправилась. Два года спустя, она снова сдѣлалась беременною. Теченіе второй беременности ея было совершенно правильно, и въ нормальный срокъ она почувствовала первыя родовыя боли. Ходъ первыхъ четырехъ періодовъ ея родовъ былъ совершенно правильный, и она произвела на свѣтъ живаго и здороваго младенца. Но отдѣленіе дѣтскаго мѣста замедлилось; показалось кровотеченіе изъ матки; попытки удалить дѣтское мѣсто, сдѣланныя повивальною бабкою, не увѣнчались успѣхомъ, а кровотеченіе начало постепенно становиться все сильнѣе и сильнѣе. Призванный на помощь врачъ, ввелъ немедленно въ матку руку, отдѣлилъ и удалил дѣтское мѣсто; но кровотеченіе не только не остановилось въ слѣдствіе этого, но, напротивъ, сдѣлалось такъ сильно, что больная вскорѣ впала въ обморокъ. Употреблены были внутри оживляющія средства, а снаружи различныя средства для остановленія кровотеченія, въ слѣдствіе чего, хотя оно и сдѣлалось нѣсколько слабѣе, но все таки продолжалось въ довольно значительной степени. Спустя нѣсколько часовъ послѣ удаленія дѣтскаго мѣста, показали признаки воспаленія брюшины, для уничтоженія котораго были поставлены піявки на животъ больной, а внутри даны были ей различныя противувоспалительныя средства. Воспаленіе брюшины вскорѣ прошло, но кровотеченіе все таки продолжалось, хотя уже и въ меньшей степени. Всякая попытка больной встать съ постели сопровождалась значительною болью въ нижней части живота, и усиленіемъ кровотеченія, и это повторялось постоянно въ теченіи шести мѣсяцевъ, протек-

шихъ между родами больной и прїѣздѣ ея въ Кіевъ. Въ этотъ промежутокъ времени, кровотеченіе при употребленіи различныхъ средствъ, оставалось только отъ времени до времени на нѣсколько дней, а потомъ снова возобновлялось. Пищевареніе больной вскорѣ разстроилось, аппетитъ пропалъ, испраженія на низъ совершались рѣдко и съ большими усиліями. При осмотрѣ больной черезъ влагалище, я нашелъ въ этомъ послѣднемъ твердое, упругое, грушевидное тѣло, нижній, широкій конецъ котораго находился не далѣе, какъ на $1\frac{1}{2}$ " отъ входа во влагалище. Верхній, узкій конецъ этого тѣла, находился въ маточномъ устьѣ, губы котораго обхватывали его плотно кругомъ. Губы маточнаго устья имѣли нормальную величину и консистенцію. При прикосновеніи къ этому тѣлу, больная почувствовала боль, и кровотеченіе тотчасъ усилилось. Найденное мною во влагалищѣ тѣло могло быть или полипъ, или выворотившаяся матка. Принимая въ соображеніе предшествовавшія обстоятельства, въ особенности же то, что больная страдала почти постояннымъ кровотеченіемъ съ самыхъ родовъ, мнѣ казалось весьма вѣроятнымъ съ перваго взгляда, что я имѣю дѣло съ выворотомъ матки. Извѣстно, какъ трудно отличить эти два болѣзненные состоянія одно отъ другаго, и нѣкоторые врачи принимаютъ, что есть одинъ только вѣрный признакъ, на основаніи котораго можно съ положительною вѣрностію узнать застарѣлый выворотъ матки, а именно—возможность видѣть, при помощи маточнаго зеркала, введеннаго во влагалище, отверстія фаллопиевыхъ трубъ. Я не думаю, чтобы кому нибудь удалось когда либо, въ подобныхъ случаяхъ, видѣть эти отверстія. Не говоря уже о томъ, что они такъ малы, что даже и при совершенно здоровомъ состояніи слизистой оболочки матки, ихъ очень трудно видѣть простымъ глазомъ, не должно также упускать изъ виду того, что слизистая оболочка матки, находясь въ такомъ ненормальномъ состояніи, подвергается дѣйствію внѣшняго воздуха, гипертрофируется, и отверстія фаллопиевыхъ трубъ могутъ быть совершенно закрыты ея складками. Кромѣ того, слизь и кровь, постоянно отдѣляющіяся изъ внутренней поверхности матки, также уничтожаютъ возможность видѣть отверстія фаллопиевыхъ трубъ. Чтобы убѣдиться въ справедливости моего вышеупомянутаго предположенія касательно сущности болѣзни, я ввелъ въ мочевой пузырь больной катетеръ, а въ прямую кишку указательный палецъ, при чемъ этимъ послѣднимъ явственно могъ осознать катетеръ, находящійся въ мочевомъ пузырьѣ. Тогда для меня сдѣлалось несомнѣннымъ, что я имѣю передъ собою хроническій выворотъ матки; потому что если бы эта по-

слѣдняя имѣла нормальное положеніе, то я не могъ бы осязать пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку больной, катетеръ въ ея мочевомъ пузырьѣ. Теперь надобно было рѣшить, что должно предпринять для спасенія больной. Объ вправленіи матки конечно нельзя было и думать. Остановить на долго кровотеченіе употребленіемъ какихъ либо внутреннихъ и наружныхъ средствъ, въ подобномъ случаѣ, какъ извѣстно, также не возможно. Оставалось одно средство—удалить всю матку помощію вырѣзыванія или наложенія лигатуры. Операция эта въ высшей степени опасна, но, къ несчастію, въ подобныхъ случаяхъ, неизбѣжна. Вырѣзать матку я не рѣшился, опасаясь, могущаго быть, послѣ операции, сильнаго кровотеченія, а предпочелъ наложить лигатуру. Больная, узнавши о планѣ леченія, которому я хотѣлъ ее подвергнуть, долго не соглашалась на операцию. Въ ожиданіи ея согласія, я давалъ ей внутрь препараты хины и желѣза для поддержанія ея силъ, а снаружи предписалъ употребленіе стягивающихъ впрыскиваній во влагалище. При употребленіи этихъ средствъ, кровотеченіе иногда останавливалось на 1—2 дня, но потомъ показывалось снова. Наконецъ 17 Февраля, 1855 года, больная согласилась на операцию удаленія матки. Я наложилъ лигатуру вокругъ вывороченной маточной шейки, подъ самыми губами маточнаго устья. Кровотеченіе тотчасъ же остановилось. Каждый день я стягивалъ лигатуру крѣпче, и, наконецъ, на девятый день, послѣ наложенія лигатуры, вся матка отпала. На той части маточной шейки, которая была сдавлена лигатурою, образовалась язва, отдѣлявшая гной и сукровицу въ большомъ количествѣ. Для заживленія язвы были употреблены сначала стягивающія впрыскиванія а потомъ прижиганія ляписомъ. Внутри то же леченіе укрѣпляющее. Мало по малу отдѣленіе гноя и сукровицы уменьшилось, язва начала уменьшаться, и, наконецъ, совсѣмъ зажила. По мѣрѣ того, какъ отдѣленія язвы уменьшались, больная видимо поправлялась; аппетитъ, сонъ и испраженія ея сдѣлались нормальными, и, наконецъ, 14-го Мая 1855 года, больная выѣхала изъ Кіева совершенно здоровою. Отъ времени до времени я получалъ объ ней извѣстіе, и имѣлъ удовольствіе слышать, что она пользуется совершеннымъ здоровьемъ. Недавно получилъ я отъ нея письмо, въ которомъ она мнѣ пишетъ, что чувствуетъ себя вполне здоровою.

ГЛАВА 3.

О разрывѣ матки.

§ 123.

Разрывъ матки можетъ случиться въ теченіе беременности, и во время родовъ. Причина разрыва матки во время беременности, заключается или во внѣшнихъ насиліяхъ, или въ патологическомъ состояніи маточной мякоти. Если беременная женщина подвергается сильному толчку въ животъ, или удару по немъ, то матка и вмѣстѣ съ нею и оболочки яйца могутъ разорваться. При этомъ не всегда разрывается именно та часть матки, которая подверглась внѣшнему насилію, но чаще случается, что разрывъ образуется около дна, или около шейки матки. Величина разрыва зависитъ не столько отъ силы удара, или толчка, сколько отъ степени напряженія и уступчивости стѣнокъ матки, которая бываетъ весьма различна. Къ причинамъ разрыва матки, заключающимся въ ней самой, надобно отнести, во первыхъ, всѣ тѣ измѣненія въ ея мякоти, которыя дѣлаютъ ее неспособною къ значительному растяженію, какъ то: рубцы, оставшіеся послѣ операціи кесарскаго сѣченія, ракъ и хроническія затвердѣнія.

Далѣ сюда же относятся: размягченіе матки, въ слѣдствіе бывшаго частнаго воспаленія ея, изліяніе крови въ ея мякоть, и чрезмѣрная тонкость ея стѣнокъ. При такихъ измѣненіяхъ маточной мякоти, достаточно бываетъ самаго незначительнаго внѣшняго насилія, сильнаго потрясенія тѣла или, даже, душевнаго волненія, чтобы произвести разрывъ матки. Разрывъ матки можетъ случиться въ разные періоды беременности: въ раннихъ періодахъ ея онъ случается, сравнительно, гораздо рѣже, нежели въ позднихъ. Были однакоже, примѣры, что матка разрывалась во второмъ мѣсяцѣ беременности, въ слѣдствіе сильной рвоты. Если матка разрывается въ раннихъ періодахъ беременности, то разрывъ обыкновенно образуется въ верхней части ея; нижняя часть ея можетъ разорваться только въ тѣ періоды беременности, когда шейка матки также растягивается для увеличенія ея полости. Одновременно съ маткою, разрываются, иногда, и сосѣдственные съ нею органы, и неоднократно были примѣры, что матка и мочевый пузырь разрывались въ одно и тоже время. Были также примѣры, что стѣнка матки и брюшные покровы разрывались одновременно, и младенецъ выходилъ на свѣтъ черезъ образовавшееся такимъ образомъ отверстіе.

§ 124.

Разрывъ матки всегда сопровождается сильнымъ кровотеченіемъ, при чемъ большая часть изливающейся изъ матки крови попадаетъ въ брюшную полость. Когда разрывъ матки образовался, то дальнѣйшія отношенія яйца къ этой послѣдней зависятъ отъ того, въ какой именно части матки образовался разрывъ, а равно отъ его величины и глубины. Яйцо выступаетъ изъ матки, или тотчасъ послѣ образовавшагося разрыва ея, или выходитъ изъ нея медленно, постепенно; иногда все яйцо, въ цѣлости, переходитъ изъ полости матки въ полость живота, иногда же одна только часть его выступаетъ въ эту послѣднюю. Иногда разрываются только нѣкоторые слои мышечныхъ волоконъ матки, а другіе остаются при этомъ цѣлыми. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, яйцо можетъ остаться въ полости матки, не измѣнивъ своего положенія. Кровотеченіе, бывающее слѣдствіемъ разрыва матки, почти всегда, болѣе или менѣе скоро, влечетъ за собою смерть и беременной, и младенца. Если разрывъ матки великъ, то больная, тотчасъ послѣ его образованія, чувствуетъ сильнѣйшую боль въ животѣ, и скоро умираетъ. Выступившій изъ матки младенецъ, родовыя воды и излившаяся изъ матки кровь, попадъ

въ полость живота, производятъ, въ этомъ случаѣ, сильное и быстро распространяющееся воспаленіе брюшины. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ разрывъ матки не великъ, и количество излившейся изъ нея, въ полость живота, крови не значительно, также развивается воспаленіе брюшины, и больная также, почти всегда, умираетъ, но теченіе болѣзни бываетъ уже медленнѣе. Младенецъ всегда погибаетъ, какъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, послѣ разрыва матки, онъ остается въ полости ея, такъ и въ тѣхъ, гдѣ онъ переходитъ въ полость живота. Бываютъ случаи, хотя и весьма рѣдко, что разрывъ матки не причиняетъ смерти беременной. Въ младенцѣ, перешедшемъ изъ полости матки въ полость живота, совершаются тогда тѣ же самыя перемѣны, какія мы обыкновенно замѣчаемъ при внѣматочной беременности, т. е. онъ, или превращается въ Litho-raedion, или переходитъ въ гніеніе, и извергается черезъ образованіе абсцессовъ.

§ 125.

Распознаваніе разрыва матки, случившагося въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ беременности, бываетъ, иногда, очень трудно. Въ моментъ самаго разрыва, беременная, при сильной боли, чувствуетъ что у нея

что-то лопнуло въ животѣ; вслѣдъ за этимъ показываются явленія изліянія крови въ полость живота. Но что именно разорвалось въ полости живота беременной, матка ли, или фаллопіева труба, какъ то бываетъ при внѣматочной беременности, этого нельзя рѣшить на основаніи вышеупомянутыхъ явленій. Если въ то же время замѣчается и сильное кровотеченіе изъ дѣтородныхъ частей, то можно, съ большою вѣроятностію, заключить, что разорвалась матка. Если матка разрывается въ концѣ беременности, то распознаваніе этого, патологическаго состоянія ея легко; при наружномъ изслѣдованіи живота беременной, мы можемъ, въ этихъ случаяхъ, явственно осязать младенца, выступившаго въ полость ея живота, и матку, имѣющую величину головки доношеннаго младенца.

§ 126.

Убѣдившись въ томъ, что матка дѣйствительно разорвалась, надобно немедленно приступить къ удаленію младенца посредствомъ гастротоміи. Если бы, по вскрытіи полости живота беременной оказалось, что разрывъ матки не такъ великъ, чтобы могъ пропустить сквозь себя младенца, то надобно расширить его бистуриемъ, и удалить изъ матки какъ младенца,

такъ и дѣтское мѣсто. Если бы показались признаки воспаления брюшины, то противъ него должно употребить приличныя средства.

§ 127.

Во время родовъ, разрывъ матки, сравнительно, встрѣчается чаще, нежели во время беременности. Всѣ тѣ причины, которыя могутъ произвести его въ теченіи беременности, во время родовъ еще легче могутъ подать къ нему поводъ. Кромѣ того, къ причинамъ предрасполагающимъ къ разрыву матки, во время родовъ, надобно отнести значительное утончение нижняго сегмента ея, и ущемленіе этого послѣдняго между головкою младенца и стѣнками таза. Если тазъ при этомъ суженъ, или если головка младенца слишкомъ велика, если потуги очень сильны, или судорожны, то разрывъ матки легко можетъ образоваться. Если тазъ суженъ въ слѣдствіе англійской болѣзни, при чемъ не рѣдко верхній край передней стѣнки таза значительно властается въ полость таза, то нижняя часть передней стѣнки матки легко можетъ разорваться. Если мысъ крестцовой кости значительно вдается въ полость таза, то разрывъ образуется преимущественно въ задней стѣнкѣ матки.

Костяные наросты, образовавшіеся въ полости таза, могутъ также подать поводъ къ разрыву матки. Къ причинамъ случайнымъ, могущимъ произвести разрывъ матки во время родовъ, надобно отнести: слишкомъ раннее вспомошествованіе потугамъ, слишкомъ сильное вспомошествованіе потугамъ при ущемленіи головки въ полости таза, неосторожное производство акушерскихъ операцій, въ особенности же неосторожныя попытки произвести поворотъ младенца въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ родовыя воды давно уже вышли, или гдѣ матка очень плотно обхватила тѣло младенца; попытки отодвинуть назадъ ущемленную головку, задъ или плечо младенца, и, наконецъ, неосторожное отдѣленіе и удаленіе послѣда при судорожномъ состояніи матки.

§ 128.

Распознаваніе разрыва матки, во время родовъ, не трудно, потому что онъ сопровождается весьма рѣзкими явленіями. Въ минуту самого разрыва, роженица чувствуетъ, что у нея что-то разорвалось въ животѣ, и испускаетъ громкій крикъ. Разрывъ матки, иногда, сопровождается звукомъ, похожимъ на тотъ, который издаетъ, лопаясь, пузырь наполненный воздухомъ, и этотъ звукъ, иногда, бываетъ такъ гро-

мокъ, что и окружающіе роженицу могутъ его слышать. Вслѣдъ за тѣмъ лице роженицы покрывается блѣдностію, и черты его измѣняются; показываются обмороки, тошнота и рвота, пульсъ быстро упадетъ, дѣлается нитеобразнымъ, и роженица умираетъ или тотчасъ же, или спустя нѣсколько часовъ. Послѣ образованія разрыва, потуги, обыкновенно, внезапно прекращаются. Къ вышеупомянутымъ явленіямъ, иногда, присоединяются и конвульсіи. Кровотеченіе хотя и всегда при этомъ бываетъ, однакоже не всегда оно бываетъ сильно, потому что, иногда, большая часть изливающейся изъ матки крови попадаетъ въ полость живота. Роженица жалуется на чувство сильной боли въ нижней части живота и около пупка, весьма безпокойна, и мечется на постелѣ туда и сюда. Конечности ея становятся холодными, животъ вздувается, и сквозь стѣнки его можно весьма явственно осязать члены младенца. Если головка этого послѣдняго, до разрыва матки, стояла уже во входѣ въ тазъ, или даже еще глубже, то, послѣ разрыва, она опять поднимается кверху, и, иногда, такъ высоко, что ее вовсе нельзя осязать пальцемъ. Сквозь образовавшееся въ маткѣ отверстіе, младенецъ изъ ея полости переходитъ въ полость живота. Если же до разрыва матки, головка или задъ младенца, были ущемлены въ

полости таза, то может случиться, что, и послѣ разрыва матки, младенецъ не только останется въ полости матки, но и будетъ рожденъ на свѣтъ одними усиліями природы. Сквозь разрывъ матки, кишки могутъ вступить въ ея полость, и, даже, опуститься до маточнаго устья. Если разрывъ матки не великъ, то сквозь него можетъ выступить въ полость живота одна только какая либо часть младенца: ручка, ножка, или головка, и эти части могутъ, въ этомъ случаѣ, быть ущемлены. Если матка разрывается не во всей своей толщинѣ, а разрываются только нѣкоторые изъ ея мышечныхъ слоевъ, то распознаваніе гораздо труднѣе, потому что такіе разрывы не сопровождаются рѣзкими явленіями.

§ 129.

Предсказаніе для роженицы вообще весьма неблагоприятно; впрочемъ не рѣдко бывали примѣры, что роженицы, подвергнувшіяся разрыву матки, сверхъ чаянія, выздоравливали. Въ частности, предсказаніе зависитъ преимущественно отъ того, какая именно часть матки разорвалась, какъ великъ разрывъ, и скоро ли подана надлежащая помощь. Предсказаніе дурно, если разрывается дно матки, потому что, въ

этомъ случаѣ, въ образовавшійся разрывъ легко можетъ попасть часть кишекъ, и ущемиться. Разрывы нижней части передней стѣнки матки не такъ опасны, какъ потому, что кровотеченіе въ этихъ случаяхъ никогда не бываетъ очень сильно, такъ и потому, что кровь и родовыя воды, излившіяся въ полость живота, могутъ, чрезъ самый разрывъ, проложить себѣ дорогу во влагалище. Разрывы нижней части боковыхъ стѣнокъ матки, около *plex. rampriniiform.*, всегда влекутъ за собою скорую смерть роженицы, по причинѣ весьма сильнаго кровотеченія, бывающаго ихъ слѣдствіемъ. Предсказаніе весьма дурно также въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ надлежащая помощь или вовсе не будетъ подана роженицѣ, или будетъ подана слишкомъ поздно. Что касается до величины разрыва, то чѣмъ онъ меньше, тѣмъ лучше предсказаніе. Если разрывъ матки образуется въ слѣдствіе неосторожныхъ попытокъ произвести поворотъ младенца, то предсказаніе, сравнительно, еще не такъ дурно, потому что изъ опыта извѣстно, что такого рода разрывы, хотя они часто сопровождаются сильнымъ кровотеченіемъ, и имѣютъ слѣдствіемъ воспаленіе матки, при тщательномъ леченіи, не рѣдко заживаютъ скоро. Само собою разумѣется, что если разрывъ не проникаетъ сквозь всю толщину матки, то предсказаніе

гораздо лучше, нежели въ противномъ случаѣ. Предсказаніе зависитъ также отъ болѣзней, бывающихъ слѣдствіемъ разрыва матки, а именно воспаленія, нагноенія, омертвѣнія ея, отвердѣнія нѣкоторыхъ частей ея и образованія рубцовъ на ней. Эти послѣдовательныя болѣзни имѣютъ важное значеніе не только вскорѣ послѣ образованія разрыва матки, но и впоследствии, особенно если женщина, подвергнувшаяся разрыву матки, опять сдѣлается беременною. Для младенца, предсказаніе благопріятнѣе, нежели для роженицы; иногда, не взирая на образовавшійся разрывъ матки, младенецъ рождается на свѣтъ благополучно одними силами природы; иногда удается извлечь его живымъ щипцами, или руками. Если черезъ разрывъ матки, младенецъ изъ этой послѣдней переходитъ въ полость живота, то предсказаніе для него совершенно зависитъ отъ того, скоро ли будетъ подана надлежащая помощь. Если гастротомія будетъ сдѣлана немедленно, то можно, въ большей части случаевъ, спасти младенца. Если мы замѣчаемъ у роженицы расположеніе къ разрыву матки, въ особенности если стѣнки этой послѣдней слишкомъ тонки, то надобно заблаговременно принять мѣры, чтобы несчастье это не случилось. Если стѣнки матки очень тонки, то надобно наложить вокругъ живота широкую повязку,

и строго запретить роженицъ всякое вспомошествованіе потугамъ. Если потуги такъ сильны, что можно опасаться, въ слѣдствіе того, разрыва матки, то надобно стараться умѣрить силу ихъ; лучшимъ средствомъ для этого служить общее кровопусканіе. Если маточное устье отвердѣло, и, не взирая на достаточно сильныя потуги, не расширяется, то надобно расширить его искусственно, пальцами, или инструментами; а если бы это оказалось невозможнымъ, то сдѣлать на немъ небольшіе разрѣзы. Такое упорное сопротивленіе со стороны маточнаго устья встрѣчается преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ маточная шейка поражена скирромъ. Если разрывъ матки случается въ такой періодъ родовъ, когда устье ея уже открыто, то надобно немедленно приступить къ извлеченію младенца черезъ родовые пути. Если головка предлежитъ, и если она стоитъ такъ, что ее удобно можно захватить щипцами, то тотчасъ же наложить ихъ. Если же нельзя наложить щипцы, то немедленно сдѣлать поворотъ младенца на ножки и извлеченіе его. Если же младенецъ, черезъ образовавшійся разрывъ матки, уже перешелъ въ полость живота, то надобно ввести руку въ матку, и попробовать ввести младенца обратно, черезъ разрывъ, въ эту послѣднюю, и потомъ извлечь его. Если же это

не возможно, по причинѣ сокращенія матки, то надобно немедленно приступить къ вскрытію полости живота роженицы. Если бы, сквозь образовавшійся разрывъ, часть кишекъ проникла въ матку. то надобно тотчасъ же вправить ихъ обратно въ полость живота. Если разрывъ матки не проникаетъ сквозь всю ея толщину, а разрываются только нѣкоторые мышечные слои ея, то лечение такого рода разрывовъ очень просто. Главную индикацию, въ этихъ случаяхъ, составляетъ остановленіе кровотеченія, противъ котораго должно употребить приличныя средства, объ которыхъ ниже будетъ упомянуто подробнѣе.

ГЛАВА 4.

Объ аномаліяхъ родовой дѣятельности.

а) О слабости потугъ.

§ 130.

Слабость потугъ выражается недостаточною дѣятельностію матки, и, происходящимъ отъ того, медленнымъ ходомъ родовъ. Слабость потугъ бываетъ двоякаго рода: *настоящая* и *кажущаяся*. *Настоящею* называется она тогда, когда причина ея

заключается въ недостаточной сократительности мышц матки, т. е. когда эти послѣднія, сами по себѣ, такъ слабы, что не могутъ сокращаться сильно и продолжительно. Слабость потугъ называется *кажущеюся* въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мышцы матки, хотя и достаточно сильны, но гдѣ родовая дѣятельность не можетъ развиваться въ ней съ надлежащею силою, потому что патологическія состоянія матки, каковы на пр. переполненіе ея кровью, неправильныя положенія ея и т. п., тому препятствуютъ. При настоящей слабости потугъ, сокращенія матки бываютъ коротки, причиняютъ роженицѣ только слабую боль, и повторяются съ большими промежутками. Матка при этомъ никогда не становится такъ твердою, какъ при правильныхъ потугахъ. При внутреннемъ изслѣдованіи роженицы, въ этихъ случаяхъ, мы находимъ, что, во время потугъ, какъ маточное устье, такъ и оболочки яйца мало напрягаются, и что подлежащая часть младенца весьма медленно подвигается книзу. Если сокращенія матки равнымъ образомъ остаются слабыми и по рожденіи младенца на свѣтъ, то и отдѣленіе дѣтскаго мѣста отъ стѣнки матки дѣлается весьма медленно. Если такая слабость потугъ обнаруживается во всѣхъ періодахъ родовъ, то ходъ этихъ послѣднихъ бываетъ вообще медленный, но младенецъ не рѣдко

раждается на свѣтъ совершенно благополучно. Но въ пятомъ періодѣ родовъ можетъ наступить дѣйствительная опасность, условливаемая сильнымъ кровоточеніемъ, происходящимъ отъ медленнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста отъ матки. Если, и по удаленіи дѣтскаго мѣста, сокращенія матки будутъ недостаточно сильны, чтобы сдвинуть разорванные сосуды, то равнымъ образомъ можетъ произойти сильное кровотеченіе. Младенецъ, при слабости потугъ, не подвергается опасности, потому что ни тѣло его, ни пуповина не подвергаются сильному давленію.

§ 131.

Если потуги слабы, то онѣ рѣдко остаются таковыми въ теченіи всего процесса родовъ. Чаше встрѣчаются тѣ случаи, гдѣ потуги бываютъ слабы только въ теченіи одного, или двухъ періодовъ родовъ. Иногда, потуги, бывшія въ первыхъ двухъ періодахъ родовъ совершенно нормальными, начинаютъ дѣлаться все слабѣе и слабѣе, и, наконецъ, совсѣмъ прекращаются. Такое совершенное прекращеніе сокращеній матки замѣчается преимущественно въ пятомъ періодѣ родовъ. Иногда, напротивъ, потуги въ первыхъ двухъ періодахъ родовъ бываютъ слабы, и роды идутъ ме-

дленно, а потомъ потуги становятся сильнѣе, и роды оканчиваются скоро и благополучно.

§ 132.

Трудно бываетъ, иногда, опредѣлить съ точностію причину слабости потугъ. Иногда она обуславливается общею слабостію всего организма роженицы, иногда же недостаточною раздражительностію самой матки. Она встрѣчается преимущественно у женщинъ слабаго тѣлосложенія, и у роженицъ, истощенныхъ важными, предшествовавшими болѣзнями. Одинаково часто замѣчается она у многороженицъ, и у первороженицъ. Чрезмѣрное растяженіе матки, бывающее слѣдствіемъ сложной беременности, или присутствія въ ней огромнаго количества родовыхъ водъ, также можетъ быть причиною слабости потугъ. Мышцы матки, въ этихъ случаяхъ, чрезмѣрно растягиваются, утончаются, и утрачиваютъ часть своей сократительности.

§ 133.

Вліяніе слабости потугъ на роженицу и младенца бываетъ различно, смотря по тому, въ какомъ именно періодѣ родовъ слабость эта обнаруживается. Если она замѣчается въ первомъ и второмъ періодѣ родовъ, то она не оказываетъ вреднаго вліянія ни на

роженицу, ни на младенца. Если же, въ слѣдствіе слабости потугъ, третій и четвертый періоды родовъ длятся слишкомъ долго, то нервная система роженицы приходитъ въ раздраженное состояніе, и эта послѣдняя дѣлается весьма безпокойною. Младенецъ же и въ это время не подвергается опасности, потому что головка его не сдавливается сильно. Если головка младенца слишкомъ долго остается въ полости таза, и давить на шейку мочевого пузыря, то, по причинѣ невозможности испражнить мочу, наступаетъ опасность разрыва мочевого пузыря. Наибольшая же опасность угрожаетъ роженицѣ, въ этихъ случаяхъ, въ пятомъ періодѣ родовъ, потому что, въ слѣдствіе слабости сокращеній матки, дѣтское мѣсто или вовсе не отдѣляется отъ нея, или отдѣляется одна только часть его, и показывается, болѣе или менѣе, сильное кровотеченіе.

§ 134.

При леченіи слабости потугъ, надобно прежде всего обратить вниманіе на то, настоящая ли она, или кажущаяся; далѣе, узнать причину ея, и, наконецъ, сообразоваться съ тѣмъ, въ какомъ именно періодѣ родовъ она замѣчается. Слабость потугъ,

обнаруживающаяся до прохождения родовых водъ, не опасна, и не рѣдко бываетъ, что, по истеченіи родовыхъ водъ, потуги дѣлаются сильными. Иногда причина слабости потугъ заключается единственно въ чрезмѣрномъ растяженіи матки огромнымъ количествомъ родовыхъ водъ. Въ этомъ случаѣ искусственный разрывъ оболочекъ яйца составляетъ вѣрное средство для усиленія сокращеній матки. При употребленіи различныхъ средствъ противъ слабости потугъ, надобно начинать съ слабѣйшихъ, и постепенно переходить къ болѣе сильнымъ. Иногда достаточно бываетъ перемѣнить положеніе роженицы, позволить ей нѣсколько разъ пройти по комнатѣ, или дать ей прохладительное питье, чтобы вызвать болѣе сильныя потуги. Между наружными средствами, употребляемыми противъ слабости потугъ, главное мѣсто занимаетъ треніе дна матки рукою. Это треніе должно дѣлать въ промежутки между потугами, и дѣлать его съ постоянно возрастающею силою, чтобы не произвести въ маткѣ вдругъ слишкомъ сильнаго раздраженія. Поливаніе уксусо-кислаго эфира на животъ роженицы, и быстрое растираніе его рукою также составляетъ весьма хорошее средство для усиленія потугъ. Если причина слабости потугъ заключается въ ревматизмъ матки, то надобно посадить роженицу въ теплую

ванну, и потомъ положить на животъ ея теплыя примочки. Если слабость потугъ зависитъ отъ переполненія матки кровью, то общее кровопусканіе есть вѣрное средство для усиленія потугъ. Мнѣ случалось неоднократно видѣть, что въ подобныхъ случаяхъ, во время самаго кровопусканія, потуги дѣлались такъ сильными, что ребенокъ рождался на свѣтъ прежде, нежели была наложена повязка на руку роженицы. Въ новѣйшее время предложено было Schreiber'омъ употреблять гальванизмъ и электро-гальванизмъ для усиленія потугъ. Многочисленные опыты, произведенные надъ дѣйствіемъ этого средства, не имѣли благоприятныхъ результатовъ. Scanzoni употребляетъ съ этою цѣлю холодныя примочки на животъ роженицы. Подражателей въ этомъ отношеніи онъ едва-ли найдеть. Дѣйствіе холода на разгоряченное тѣло роженицы можетъ имѣть самыя дурныя послѣдствія, можетъ произвести судорожныя потуги, ревматизмъ, и, даже, воспаленіе матки, которое, послѣ родовъ, можетъ сдѣлаться весьма опаснымъ. Между внутренними средствами, имѣющими дѣйствіе на усиленіе потугъ, главнѣйшими считаются: корица, бура (borax) и рожки (secale cornutum). Корица употребляется или въ видѣ коричневой воды, или въ видѣ настойки. Первой можно давать роженицѣ по чайной ложкѣ, черезъ каждую

четверть часа, послѣдней же 20—30 капель черезъ каждые полчаса. Если у роженицы замѣчаются признаки полнокровія, то корицы ей давать не должно. Въ такомъ случаѣ, лучше дать буру. Ее можно дать или въ микстурѣ (*Rp. Boracis venet. ̄j, Dti. fruct. Tamarind. ̄vj; syrupi ceras. nigr. ̄j M. D. S.* Черезъ четверть часа принимать по столовой ложкѣ), или въ порошокъ, по 5 гранъ на приѣмъ, черезъ каждую четверть часа. Рожки издавна пользуются заслуженною славою какъ специфическое средство для усиленія потугъ. Дѣйствительно, если рожки своевременно собраны и, не задолго до употребленія ихъ, превращены въ порошокъ, то дѣйствіе ихъ всегда вѣрно и обнаруживается скоро. Ихъ можно давать или въ видѣ наливки (*Rp. Pulver. secalis cornuti ̄jj Inf. aq. fervid. Colatur. ̄v adde: Tinctur. cinnamom. ̄β, Syg. Cort. Auranti. ̄j. M. D. S.* Черезъ $\frac{1}{4}$ часа принимать по столовой ложкѣ), или въ видѣ порошка, по 10 гранъ на приѣмъ, черезъ каждыя десять минутъ. Многіе врачи приписываютъ этому средству вредное дѣйствіе на ребенка, и основываютъ свое мнѣніе на томъ, что часто случалось, что послѣ употребленія рожковъ дѣти раждались на свѣтъ или мертвыми, или мнимоумершими. Это нельзя считать доказательствомъ вреднаго динамическаго дѣйствія рожковъ на младен-

цевъ. Средство это, усиливая сокращенія матки, побуждаетъ ее плотнѣе обхватывать тѣло младенца и сжимать его; а сильное и притомъ долгое сжатіе тѣла младенца, какъ извѣстно, подвергаетъ жизнь этого послѣдняго опасности. Если, въ подобныхъ случаяхъ, младенецъ рождается на свѣтъ мертвымъ, или мнимоумершимъ, то виноваты въ этомъ не рожки, а то механическое препятствіе, которое не дозволило младенцу, не смотря на усиленные сокращенія матки, скоро родиться на свѣтъ. Для того, чтобы рожки дѣйствовали надлежащимъ образомъ, и для предупрежденія могущихъ быть дурныхъ послѣдствій, надобно, при употребленіи ихъ соблюдать слѣдующія правила: 1) они должны быть превращены въ порошокъ непосредственно передъ ихъ употребленіемъ; 2) давать ихъ должно роженицѣ не раньше, какъ по прохожденіи родовыхъ водъ, совершенномъ расширеніи маточнаго устья, и вступленіи предлежащей части младенца во входъ таза; 3) давать ихъ надобно черезъ каждыя десять минутъ по 10 гранъ, и дать не болѣе 6 такихъ приемовъ. Если эти 6 приемовъ не произведутъ надлежащаго дѣйствія, то это доказываетъ, что отъ этого средства, въ данномъ случаѣ, нельзя и ожидать желаемой пользы. Если же, въ слѣдствіе употребленія рожковъ, сокращенія матки слѣ-

даются сильными, а младенецъ не подвигается впередъ, или подвигается весьма медленно, то это доказываетъ, что матка или вовсе не можетъ преодолѣть противу-ставляемаго ей усиліямъ препятствія со стороны таза, или можетъ преодолѣть его только при чрезвычайныхъ и долговременныхъ усиліяхъ, могущихъ имѣть вредное вліяніе на младенца. Въ такомъ случаѣ, чтобы избавить этого послѣдняго отъ угрожающей ему опасности, надобно наложить щипцы, или, если младенецъ имѣетъ тазовое положеніе, то извлечь его. Въ новѣйшее время предлагали употреблять индѣйскую коноплю (*Cannabis indica*) вмѣсто рожковъ, и нѣкоторые врачи утверждаютъ, что средство это дѣйствуетъ вѣрнѣе, и сильнѣе, нежели рожки, и что дѣйствіе его обнаруживается весьма скоро. Его можно употреблять или въ видѣ экстракта, и давать роженицѣ 1—2 грана на пріемъ въ эмульсіи, или въ видѣ настойки; драхма настойки содержитъ въ себѣ 3 грана экстракта; этой настойки надобно давать роженицѣ по 10—20—30 капель на пріемъ, и повторять этотъ пріемъ черезъ часъ.

б) *О слишкомъ сильныхъ потугахъ.*

§ 135.

Потуги бываютъ, иногда, слишкомъ сильны, и это

также можетъ нарушить правильный ходъ родовъ; какъ роженица, такъ и младенецъ не рѣдко подвергаются при этомъ большой опасности. Слишкомъ сильныя потуги замѣчаются преимущественно у женщинъ большаго роста и крѣпкаго тѣлосложенія. Предрасполагающая причина этого болѣзненнаго состоянія заключается въ чрезмѣрно усиленной чувствительности и раздражительности матки. Къ причинамъ случайнымъ, производящимъ, надобно отнести: недостаточное количество родовыхъ водъ, присутствіе полиповъ въ полости матки, чрезмѣрную короткость пуповины, давленіе сосѣдственныхъ и отвердѣлыхъ органовъ на матку, какъ на пр. печени и яичниковъ, и сильныя душевныя волненія.

§ 136.

Слишкомъ сильныя потуги отличаются слѣдующими признаками: между потугами почти вовсе нѣтъ промежутковъ; расширение маточнаго устья, влагалища и наружныхъ дѣтородныхъ частей совершается весьма быстро; при изслѣдованіи живота роженицы можно явственно ощущать, что дно матки находится въ безпрерывномъ сокращеніи; во второмъ періодѣ родовъ уже, въ слѣдствіе преждевременнаго отдѣленія части

послѣда отъ матки, показывается болѣе или менѣе сильное кровотеченіе; къ груди и головѣ роженицы образуются сильные приливы крови; движеній младенца сквозь покровы живота обыкновенно нельзя бываетъ ощущать; каждая потуга сопровождается нестерпимою болью.

§ 137.

Вредныя послѣдствія слишкомъ сильныхъ потугъ могутъ быть весьма различны, какъ для роженицы, такъ и для младенца. Если тазъ имѣетъ нормальную вмѣстимость, а младенецъ обыкновенный объемъ тѣла, то прохожденіе младенца сквозь тазъ можетъ совершиться съ такою быстротою, что наружныя дѣтородныя части не будутъ имѣть довольно времени, чтобы приготовиться надлежащимъ образомъ для его прохожденія, и можетъ образоваться значительный разрывъ промежности. На маточномъ устьѣ, въ этихъ случаяхъ, также не рѣдко образуются значительные разрывы. Въ слѣдствіе нестерпимой боли, сопровождающей слишкомъ сильныя потуги, и непреодолимаго стремленія къ вспомошествованію этимъ потугамъ, весь организмъ роженицы принимаетъ наконецъ участіе въ страданіи матки, показываются обмороки, кон-

вульси, и, даже, разстройство умственныхъ способностей. Женщины очень чувствительныя, раздражительныя, въ этихъ случаяхъ, къ концу родовъ, иногда, приходятъ въ состояніе бѣшенства, чему неоднократно уже бывали примѣры. Быстрое опорожненіе матки, въ слѣдствіе слишкомъ быстрыхъ сокращеній ея, влечетъ за собою очень часто большую слабость этого органа, и, даже, параличъ его. Слѣдствіемъ этого бываетъ отсутствіе сокращеній матки въ пятомъ періодѣ родовъ, задержаніе дѣтскаго мѣста въ полости матки, и сильныя, смертельныя кровотечения. Чѣмъ значительнѣе было растяженіе матки, и чѣмъ быстрѣе совершилось ея опорожненіе, тѣмъ больше надобно опасаться вышеисчисленныхъ послѣдствій. Если потуги дѣлаются слишкомъ сильными до надлежащаго расширенія маточнаго устья, и если тазъ роженицы слишкомъ широкъ, то головка младенца, быстро опускаясь внизъ, можетъ потянуть за собою матку, и, даже, можетъ образоваться выпаденіе матки. При слишкомъ сильныхъ потугахъ, младенцу также угрожаетъ не малая опасность. Въ слѣдствіе сильныхъ и постоянныхъ сокращеній матки, кровообращеніе въ дѣтскомъ мѣстѣ можетъ быть воспрепятствовано, и, даже, вовсе уничтожено, отъ чего младенецъ погибаетъ. Не рѣдко также, въ этихъ случаяхъ, младенцы ра-

ждаются мнимоумершими. Если слишком сильныя потуги показываются внезапно, при стоячемъ или сидячемъ положеніи роженицы, то младенецъ, быстро вышедши изъ дѣтородныхъ частей, можетъ упасть на полъ, при чемъ можетъ образоваться разрывъ пуповины, оторваніе дѣтскаго мѣста отъ матки, и выворотъ этой послѣдней. Если же тазъ роженицы узокъ, то, въ слѣдствіе слишкомъ сильныхъ сокращеній матки, могутъ образоваться переломы костей черепа младенца.

§ 138.

При леченіи этого болѣзненнаго состоянія, надобно стараться ослабить силу сокращеній матки, и предотвратить могущія быть, въ слѣдствіе ихъ, вредныя послѣдствія. Роженица должна лежать на боку, и, во время потугъ, не упираться ни во что ногами, и не держаться ни за что руками. Внутрь надобно дать ей опиумъ съ селитрою, перваго по $\frac{1}{2}$ грана на приемъ, а послѣдней по 8 гранъ, и дать такихъ приемовъ 3—4, черезъ каждые полчаса по приему. Самое дѣйствительное средство для ослабленія сокращеній матки есть общее кровопусканіе, которое, однакоже, непременно должно быть обильно. Если по-

туги дѣлаются слишкомъ сильными, до наступленія конца втораго періода родовъ, то, для ослабленія ихъ, весьма полезно произвести искусственный разрывъ оболочекъ яйца. Промежность надобно начать поддерживать ранѣе, нежели обыкновенно, потому что въ противномъ случаѣ, она весьма легко можетъ быть разорвана. Если механическое препятствіе, противопоставляемое тазомъ прохожденію младенца сквозь него, слишкомъ велико, что легко можно узнать по тому, что опухоль на подлежащей части младенца быстро увеличивается, то надобно наложить щипцы; въ противномъ случаѣ, легко можетъ образоваться разрывъ матки, младенецъ можетъ погибнуть отъ сильнаго давления матки на его тѣло, и, даже, могутъ образоваться переломы костей таза. Кромѣ того, въ слѣдствіе сильнаго давления головки младенца на стѣнки влагалища, можетъ образоваться воспаленіе этого послѣдняго, не рѣдко переходящее въ омертвѣніе. Послѣ родовъ надобно тотчасъ же наложить на животъ родильницы широкую повязку, и стянуть ее крѣпче, нежели это дѣлается обыкновенно, чтобы противоудѣйствовать сильному приливу крови къ брюшнымъ органамъ, бывающему обыкновеннымъ слѣдствіемъ быстрого опорожненія матки. Иногда, родильницы, послѣ весьма быстро протекшихъ родовъ, внезапно

умирають. Причина этого явленія заключается именно въ вышеупомянутомъ сильномъ приливѣ крови къ брюшнымъ внутренностямъ. Отъ головного и спинного мозга дѣлается, въ этихъ случаяхъ, такое быстрое и сильное отвлеченіе, что отправленія этихъ органовъ вдругъ прекращаются въ слѣдствіе отсутствія элемента, ихъ возбуждающаго.

в) *О судорожныхъ потугахъ.*

§ 139.

Потуги называются *судорожными*, если только одна какая либо часть матки сокращается и напрягается, между тѣмъ какъ другія въ этихъ сокращеніяхъ никакого участія не принимаютъ; или если всѣ мышечныя волокна напрягаются вдругъ, съ одинаковою силою. Первое изъ этихъ двухъ болѣзненныхъ состояній называется *частною судорогою матки*, а второе — *общею*, или *столбнякомъ матки*.

§ 140.

При частной судоргѣ матки, преимущественно сокращается внутреннее или наружное маточное устье, или дно матки; это послѣднее или все судорожно сокращается, или одна какая либо часть его и, въ осо-

бенности циркулярныя мышцы, окружающія отверстія fallopieвыхъ трубъ. Наружное маточное устье можетъ быть поражено судорожными сокращеніями, какъ до прохожденія родовыхъ водъ, такъ и послѣ него. Расширеніе маточнаго устья всегда сопровождается болѣе или менѣе сильною болью, которая, иногда, даже дѣлается нестерпимою. При внутреннемъ изслѣдованіи роженицы, въ этихъ случаяхъ, мы находимъ (если имѣемъ дѣло съ первороженницею), что края нар. маточнаго устья хотя и тонки, но какъ бы остры. Во время потуги, края нар. маточнаго устья заворачиваются внутрь, и самое маточное устье или вовсе не расширяется, или расширяется весьма медленно, а послѣ потуги не дѣлается мягкимъ и уступчивымъ, какъ это бываетъ обыкновенно. По прохожденіи родовыхъ водъ, маточное устье припихаетъ. Судорожное сокращеніе внутренняго маточнаго устья дѣлается обыкновенно послѣ совершеннаго расширения наружнаго маточнаго устья, и прохожденія родовыхъ водъ. Предлежащая часть младенца въ такомъ случаѣ ни сколько не подвигается впередъ, не смотря на то, что нѣтъ особенно значительнаго механическаго препятствія ни со стороны таза роженицы, ни со стороны объема тѣла младенца, и что потуги довольно сильны. Если судорга поражаетъ внутреннее маточное

устье послѣ прохожденія головки младенца сквозь наружное маточное устье, то внутреннее маточное устье обхватывает шею младенца и препятствуетъ подвиганію этого послѣдняго впередъ. При внутреннемъ изслѣдованіи роженицы, мы находимъ, иногда, въ этихъ случаяхъ, что объемъ головки младенца, сравнительно съ вмѣстимостію таза роженицы, вовсе не великъ, находимъ, иногда, даже, головку младенца подвижною, а все таки, во время потуги, она нисколько не подвигается впередъ. При тазовыхъ положеніяхъ, если судорга поражаетъ маточное устье послѣ прохожденія родовыхъ водъ, и по вступленіи задницы младенца въ маточное устье, дальнѣйшее подвиганіе младенца внизъ пріостанавливается, и задница младенца быстро покрывается значительною и весьма упругою опухолью. Если, наконецъ, въ слѣдствіе усилившихся потугъ, туловище младенца и выходитъ на свѣтъ, то головка его задерживается судорожно сократившимся маточнымъ устьемъ. Если положить одну руку на животъ роженицы, а другою потянуть за туловище младенца, то можно, въ этихъ случаяхъ, ясно ощущать, что матка при этихъ притяженіяхъ опускается вмѣстѣ съ младенцемъ. При внутреннемъ изслѣдованіи роженицы, мы находимъ, что обѣ ручки младенца находятся во влагалищѣ, и

что маточное устье плотно обхватываетъ его шею. Если маточное устье судорожно сокращается въ пятомъ періодѣ родовъ, до удаленія дѣтскаго мѣста, то это послѣднее задерживается въ полости матки. При внутреннемъ изслѣдованіи роженицы, мы находимъ тогда, что матка стоитъ высоко, и что устье ея плотно обхватываетъ пуповину. Если маточное устье судорожно сокращается по удаленіи дѣтскаго мѣста, то оно дѣлается такъ узкимъ, что иногда, вовсе нельзя бываетъ проникнуть сквозь него пальцемъ. При изслѣдованіи живота роженицы, мы находимъ тогда, что матка велика, но мягка, что зависитъ отъ накопленія въ ней крови, которая не можетъ изъ нея излиться, по причинѣ судорожнаго сжатія маточнаго устья. Если верхняя часть матки поражается судоргою, то эта послѣдняя занимаетъ или все дно ея, или одну половину его. Въ первомъ случаѣ, все дно матки представляется постоянно твердымъ и напряженнымъ, а боковыя части ея выдаются вверхъ въ видѣ двухъ твердыхъ полушарій. Предлежащая часть младенца прижимается при этомъ къ нижнему сегменту матки, и если маточное устье совершенно расширено, и нѣтъ особенно значительнаго механическаго препятствія для прохожденія младенца сквозь тазъ, то роды могутъ окончиться весьма скоро. Если же су-

дорга поражаетъ только одну половину дна матки, то она обыкновенно занимаетъ циркулярныя мышцы, окружающія одно изъ отверстій фаллопиевыхъ трубъ. Форма дна матки измѣняется при этомъ особеннымъ образомъ. Судорожно сжатая половина его, въ видѣ полушарія, выдается кверху, отъ чего вся матка представляется косою, а плоскость дна ея, вмѣсто выпуклой, дѣлается косо наклоненною. Сокращенія матки, и въ отношеніи къ своему направленію, дѣлаются тогда неправильными, и такъ какъ полость матки при этомъ уменьшается неравномѣрно, то и расширение маточнаго устья совершается неравномѣрно, а младенецъ хотя, во время потуги, и подвигается книзу, но, послѣ потуги, опять поднимается кверху. Въ одной половинѣ верхней части матки образуется, въ этихъ случаяхъ, стриктура, которая плотно обхватываетъ часть тѣла младенца. Въ пятомъ періодѣ родовъ, дѣтское мѣсто можетъ быть задержано такою стриктурою около отверстія одной изъ фаллопиевыхъ трубъ. Самое направленіе стриктуры всегда бываетъ косое, а именно, отъ середины дна матки она простирается косо внизъ, въ направленіи котораго либо бока матки.

§ 141.

Общая судорга матки, или судорожное сокращеніе всѣхъ ея мышечныхъ волоконъ, встрѣчается во всѣхъ періодахъ родовъ, но чаще замѣчается она въ первомъ, второмъ и пятомъ періодѣ. Сокращенія матки при этомъ сопровождаются весьма сильною болью; при ощупываніи матки сквозь покровы живота, боль эта значительно усиливается; въ промежутокъ между двумя сокращеніями, твердость и напряженность матки уменьшаются едва замѣтнымъ образомъ. Каждое сокращеніе матки бываетъ весьма коротко, прекращается вдругъ, и бываетъ недѣйствительно. При внутреннемъ изслѣдованіи роженицы, мы находимъ, въ этихъ случаяхъ, что и влагалище принимаетъ участіе въ судорожномъ состояніи матки; оно представляется суженнымъ, весьма чувствительно при прикосновеніи, и не содержитъ въ себѣ такого большаго количества слизи, какъ это бываетъ при правильномъ ходѣ родовъ. Маточное устье бываетъ твердо, весьма чувствительно при дотрогиваніи, а края его представляются, у первороженицъ, весьма тонкими и напряженными. Во время потуги, маточное устье сильно сжимается, и долго остается въ этомъ сжатомъ состояніи; иногда, оно, даже, совсѣмъ закрывается.

Предлежащая часть младенца, стоит высоко и очень подвижна.

§ 142.

Что касается до общего состоянія роженицы при судорожных потугахъ, то оно бываетъ различно, смотря по ея тѣлосложенію. У женщинъ очень чувствительныхъ, лице бываетъ блѣдно, покрыто потомъ, и выражаетъ страданіе. Роженица бываетъ весьма безпокойна и безпрестанно измѣняетъ положеніе свое на постелѣ; пульсъ малъ, твердъ и нѣсколько ускоренъ. Очень часто, при судорожныхъ потугахъ, показывается рвота, при чемъ съ большими усиліями извергается небольшое количество слизи и желчи, сильная боль въ крестцѣ, и судороги въ икрахъ. Если роженица полнокровна, то, кромѣ вышеупомянутыхъ явленій, замѣчаются и признаки приливовъ крови къ различнымъ частямъ тѣла; лице ея становится краснымъ, пульсъ полонъ и скоръ. Она жалуется на сильную жажду и головную боль. Иногда, при судорожныхъ потугахъ, сокращенія матки вдругъ прекращаются, и показываются сильныя боли въ болѣе или менѣе отдаленныхъ органахъ, какъ на пр. въ мочевомъ пузырьѣ, прямой кишкѣ, легкихъ, желудкѣ, мозгу и т. д.

Боли эти повторяются съ такими же промежутками, какъ и родовыя потуги, и производятъ въ пораженномъ органѣ ощущение сокращенія. По мѣрѣ того, какъ родовая дѣятельность въ маткѣ прекращается, боли эти становятся все сильнѣе и сильнѣе, и, на оборотъ, по мѣрѣ того, какъ сокращенія матки начинаютъ опять показываться, боли эти дѣлаются все слабѣе и слабѣе. Эти боли называются *переносными* (*dolores aberrantes s. metastatici*), и если онѣ показываются въ важныхъ органахъ, какъ на пр. сердцѣ, или мозгу, то жизнь роженицы находится въ большой опасности.

§ 143.

Причины судорожныхъ потугъ иногда трудно бываетъ найти. Если женщина вообще имѣетъ расположеніе къ нервнымъ болѣзнямъ, то достаточно самаго незначительнаго повода для произведенія судорожныхъ сокращеній матки. Они замѣчаются преимущественно у женщинъ нѣжнаго тѣлосложенія; впрочемъ бываютъ и у женщинъ тѣлосложенія крѣпкаго. У этихъ послѣднихъ, зачатіе, беременность и роды составляютъ причины предрасполагающія, потому что они увеличиваютъ чувствительность нервной системы

вообще, въ особенности же усиливають раздражительность матки. Къ причинамъ случайнымъ, надобно отнести: эндемическія вліянія, потому что не рѣдко бываетъ, что, въ извѣстный періодъ времени, судорожныя потуги встрѣчаются чаще, нежели въ другой; далѣе, употребленіе разгорячающихъ напитковъ, кровоотеченія и душевныя волненія. Къ причинамъ случайнымъ, оказывающимъ свое вліяніе прямо на матку, принадлежать: органическія болѣзни матки и воспаленіе ея; раздраженіе матки слишкомъ долгимъ треніемъ ея дна, съ цѣлю усилить потуги; попытки расширить искусственно маточное устье; попытки сдѣлать поворотъ младенца; раздраженіе матки накопившимися въ ней сгустками крови, и органическіе недостатки самой матки, какъ на пр. кость ея.

§ 144.

Предсказаніе, при судорожныхъ потугахъ, вообще неблагопріятно, какъ для роженицы, такъ и для младенца. Жизнь младенца, въ этихъ случаяхъ, всегда находится въ опасности въ слѣдствіе медленнаго хода родовъ, неравномѣрнаго раздѣленія крови въ тѣлѣ его, и сильнаго давленія со стороны матки; для роженицы же, предсказаніе потому не хорошо, что,

послѣ родовъ, у нея можетъ сдѣлаться быстрый упадокъ силъ, кровотеченіе, и воспаленіе матки. Предсказаніе не хорошо, если потуги дѣлаются судорожными въ первомъ и второмъ періодѣ родовъ, до совершеннаго расширенія маточнаго устья, потому что это замедляетъ чрезвычайно самый ходъ родовъ. Въ третьемъ и четвертомъ періодѣ родовъ, судорожныя потуги не такъ опасны, потому что, если только нѣтъ какого либо значительнаго механическаго препятствія, то роды хотя и идутъ нѣсколько медленнѣе, нежели обыкновенно, но могутъ быть окончены одними силами природы. Если потуги становятся судорожными въ пятомъ періодѣ родовъ, то предсказаніе не хорошо, потому что легко можетъ сдѣлаться частное отдѣленіе послѣда отъ матки, и задержаніе его, что всегда сопровождается кровотеченіемъ, слѣдствіемъ котораго могутъ быть обмороки, конвульсіи, и, даже, скорая смерть роженицы.

§ 145.

При леченіи, надобно обращать вниманіе на причину, произведшую судорожныя потуги, на силу судорожныхъ сокращеній матки, и на то, въ какомъ именно періодѣ родовъ онѣ обнаружилась. Если по-

туги становятся судорожными въ первомъ и второмъ періодѣ родовъ, и если при этомъ еще нѣтъ стриктуры въ маткѣ, то, иногда, для уничтоженія ихъ, достаточно бываетъ уложить роженицу въ хорошо нагрѣтую постель, и не позволять ей уже болѣе съ нея вставать. Если же, въ третьемъ и четвертомъ періодѣ родовъ показываются судорожныя потуги, въ особенности же, если онѣ осложняются съ стриктурой матки, то противъ нихъ надобно уже употребить дѣйтельное леченіе. Главное средство составляетъ тутъ общее кровопусканіе; но для того, чтобы оно принесло надлежащую пользу, необходимо нужно, чтобы оно было обильно, и чтобы кровь была выпущена изъ широкаго разрѣза вены. Если бы, во время самаго кровопусканія, роженица упала въ обморокъ, то это не должно насъ пугать; обморокъ, въ этихъ случаяхъ, составляетъ, напротивъ, явленіе благопріятное, потому что онъ всегда дѣйствуетъ ослабляющимъ образомъ на сокращенія мышцъ. Само собою разумѣется, что чѣмъ полнокровнѣе роженица, тѣмъ обильнѣе должно быть кровопусканіе, такъ, что, иногда, нужно бываетъ выпустить 25—30 унцій крови. Если же роженица и не полнокровна, но если, при судорожныхъ потугахъ, замѣчается у нея сильное возбужденіе кровеносной системы, то также надобно

сдѣлать общее кровопусканіе, хотя и менѣе обильное. Если роженица имѣетъ весьма слабое тѣлосложеніе, если лице ея блѣдно, кожа холодна, а пульсъ частъ и малъ, то общаго кровопусканія дѣлать не должно; въ этихъ случаяхъ теплая ванна составляетъ лучшее средство. Если внѣшнія обстоятельства не позволяютъ сдѣлать общую ванну, то надобно замѣнить эту послѣднюю полуванною, теплыми примочками и припарками на животъ. Паровыя ванны также могутъ тутъ принести большую пользу. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ судорога занимаетъ преимущественно маточное устье, теплые души оказываются особенно дѣйствительными. Если нельзя употребить души, то можно ихъ замѣнить теплыми впрыскиваніями во влагалище изъ слизистыхъ отваровъ, или деревяннаго масла. Кромѣ вышеупомянутыхъ средствъ, наиболѣе дѣйствительными противъ судорожныхъ потугъ оказываются опиумъ и рвотный корень. У женщинъ полнокровныхъ, употребленію опиума надобно всегда предпослать общее кровопусканіе; въ противномъ случаѣ, употребленіе опиума скорѣе сдѣлаетъ имъ вредъ, нежели пользу. Роженицъ же тѣлосложенія слабаго, надобно сперва посадить въ теплую ванну на $\frac{3}{4}$ часа, а потомъ, по выходѣ изъ нея, дать имъ опиумъ. Опиумъ непременно надобно лавать въ большихъ пріемахъ, именно 15 —

20 капель Tinct. opii simpl. на приемъ, и дать такихъ приемовъ 2—3, черезъ полчаса по приему. Можно также употребить опиумъ и въ видѣ клистировъ; для каждого клистира надобно взять чайную чашку какого либо слизистаго отвара и 12—15 капель вышеупомянутой настойки, или 1 гранъ Extr. opii; такихъ клистировъ можно поставить 2—3, черезъ полчаса одинъ послѣ другаго. Очень часто случается, что послѣ одного, или двухъ такихъ приемовъ опиума, судорожныя потуги ослабѣваютъ, и роженица засыпаетъ. Непосредственно послѣ этого сна, обыкновенно показываются правильныя потуги, и роды скоро оканчиваются; иногда же, сокращенія матки вовсе прекращаются на нѣсколько часовъ, а потомъ обнаруживаются уже правильнымъ образомъ. Рвотный корень употребляется съ двоякою цѣлю: или для того, чтобы произвести обильную рвоту, и тѣмъ ослабить дѣятельность мышечной системы, или для того, чтобы успокоить нервную систему. Для достиженія первой изъ этихъ двухъ цѣлей, надобно давать его по скрупулу, черезъ каждые полчаса, до тѣхъ поръ, пока послѣдуетъ обильная рвота; какъ средство успокоивающее, надобно давать его по полграна черезъ каждые полчаса. Рвотный корень особенно полезенъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ судорожныя потуги не очень сильны,

и гдѣ онѣ показываются въ первомъ, или второмъ періодѣ родовъ. Если судорга занимаетъ маточное устье, и если она не прекращается послѣ кровопусканія и употребленія опиума, то полезно втирать въ маточное устье мазь, состоящую изъ $\mathfrak{z}\mathfrak{j}$ Extr. Belladonnae и $\mathfrak{z}\mathfrak{j}$ жира. Если потуги дѣлаются судорожными въ пятомъ періодѣ родовъ, и дѣтское мѣсто задерживается въ полости матки, и если при этомъ нѣтъ кровотеченія, то полезно давать роженицѣ смѣсь изъ $\mathfrak{z}\mathfrak{j}$ Liq. Ammonii succinici и $\mathfrak{z}\mathfrak{j}$ Tinct. op. simpl., черезъ каждые полчаса по 10—15 капель. При общей судорогѣ матки, столбнякѣ матки, также надобно посадить роженицу въ теплую ванну, температура которой должна равняться 30—40° R. Вода въ ваннѣ должна доходить до шеи роженицы, которая должна просидѣть въ ней цѣлый часъ. Главное средство составляетъ, въ этихъ случаяхъ, рвотное; его надобно дать въ большомъ приѣмѣ: чѣмъ обильнѣе рвота, тѣмъ скорѣе проходитъ судорожное состояніе матки. Послѣ рвоты, надобно дать больной мускусъ, но также въ большихъ приѣмахъ, 4—8 гранъ на приѣмъ, и дать такихъ приѣмовъ 2—3, черезъ полчаса одинъ послѣ другаго. Полезно также прибавить къ мускусу $\frac{1}{6}$ грана Extr. Belladonnae на приѣмъ. Кромѣ того, по-

лезно втирать въ маточное устье вышеупомянутую мазь cum Extr. Belladonnae.

ГЛАВА 5.

О кровотеченіяхъ во время родовъ и непосредственно послѣ оныхъ.

§ 146.

Кровотеченіе можетъ случиться въ каждомъ періодѣ родовъ. Оно бываетъ двоякаго рода: *наружное*, при которомъ кровь изливается изъ дѣтородныхъ частей роженицы наружу, и *внутреннее*, гдѣ кровь накапливается въ полости матки, не имѣя возможности излиться наружу. Причины кровотеченій, во время родовъ, бываютъ различны. Они могутъ быть слѣдствіемъ отдѣленія одной части послѣда отъ стѣнки матки, разрыва этой послѣдней, влагалища, промежности, варикознаго расширенія венъ въ дѣтородныхъ частяхъ, и пуповины. Причина кровотеченій, замѣчаемыхъ непосредственно послѣ родовъ, заключается обыкновенно въ слабости матки, которая не можетъ сократиться достаточно сильно, чтобы сдавить отверстія разорванныхъ сосудовъ, источающихъ кровь въ

ея полость. Если кровотечение показывается въ теченіи первыхъ двухъ періодовъ родовъ, то оно почти всегда бываетъ слѣдствіемъ отдѣленія одной части послѣда отъ стѣнки матки. Если дѣтское мѣсто имѣетъ неправильное прикрѣпленіе, если оно соединено съ нижнимъ сегментомъ матки, не покрывая однакоже краемъ своимъ часть внутренняго маточнаго устья, то кровотечение показывается уже при первыхъ потугахъ, и становится все обильнѣе по мѣрѣ того, какъ потуги усиливаются. Если дѣтское мѣсто соединено слишкомъ слабо съ маткою, то, не взирая на совершенно правильное прикрѣпленіе его въ отношеніи къ мѣсту прикрѣпленія, часть его можетъ отдѣлиться отъ матки уже въ первыхъ двухъ періодахъ родовъ, особливо если сокращенія матки очень сильны. Бывали, даже, примѣры, что весь послѣдъ отдѣлялся отъ матки, и выходилъ изъ нея прежде младенца — состояніе, известное подъ именемъ *выпаденія послѣда* (*prolapsus placentae*). Кровотеченія, замѣчаемая въ третьемъ и четвертомъ періодѣ родовъ, также, въ большей части случаевъ, зависятъ отъ отдѣленія части дѣтскаго мѣста отъ матки. Такое преждевременное отдѣленіе его, кромѣ вышеупомянутыхъ причинъ, можетъ, въ этихъ двухъ періодахъ родовъ, быть слѣдствіемъ чрезмѣрной плотности оболочекъ яйца, и излишней короткости

пуповины. Въ первомъ изъ этихъ случаевъ, оболочки яйца, спускаясь низко въ полость таза, тянуть за собою послѣдъ, и если связь его съ маткою не крѣпка, то онѣ могутъ оторвать часть его, или, даже, весь послѣдъ отъ матки; во второмъ же случаѣ, пуповина дѣйствуетъ точно такимъ же образомъ на дѣтское мѣсто. О кровотеченіяхъ, бывающихъ слѣдствіемъ разрыва матки, было уже говорено выше (см. § 124); о разрывѣ влагалища и промежности будетъ рѣчь ниже. Кровотеченія, въ слѣдствіе разрыва варикознаго расширенія венъ въ дѣтородныхъ частяхъ, замѣчаются въ третьемъ и четвертомъ періодѣ родовъ, когда подлежащая часть младенца сильно давить на эти варикозныя расширенія. Распознаваніе причины кровотеченія въ этихъ случаяхъ легко, потому, что можно осязать рукою, или, даже, видѣть глазами мѣсто, источающее кровь. Причина кровотеченій, замѣчаемыхъ въ пятомъ періодѣ родовъ, заключается обыкновенно въ слишкомъ крѣпкомъ соединеніи одной части послѣда съ маткою. Въ этомъ случаѣ, одна часть дѣтскаго мѣста отдѣляется отъ матки, а другая, по причинѣ слишкомъ крѣпкой связи своей съ маткою, остается въ соединеніи съ нею, и препятствуетъ маткѣ сократиться достаточно сильно

для того, чтобы сдавить отверстія тѣхъ сосудовъ, которые разорвались при отдѣленіи одной части послѣда отъ матки. Слабость матки можетъ также быть причиною кровотеченія въ пятомъ періодѣ родовъ, потому что, въ этомъ случаѣ, отдѣленіе дѣтскаго мѣста отъ матки будетъ совершаться весьма медленно, а сосуды, соотвѣтствовавшіе отдѣлившейся части дѣтскаго мѣста, не будучи сдавлены, будутъ свободно изливаться кровь въ полость матки. Причина кровотеченій, замѣчаемыхъ по удаленіи послѣда, также заключается въ слабости матки, и отсутствіи ея сокращеній. Кровотеченіе можетъ быть при этомъ или наружнымъ, или внутреннимъ. Последнее замѣчается тогда, когда кровь не можетъ свободно изливаться изъ матки, или въ слѣдствіе судорожнаго сжатія маточнаго устья, или потому, что сгустки крови запираютъ собою маточное устье. Присутствіе такого внутренняго кровотеченія узнается потому, что матка постоянно увеличивается въ объемъ своемъ, такъ, что дно ея поднимается, иногда, выше пупка, и она представляется при томъ мягкою, имѣющею тѣстообразную консистенцію. Въ то же время въ общемъ состояніи здоровья роженицы замѣчаются всѣ тѣ явленія, которыя обыкновенно сопровождаютъ значи-

тельные потери крови. Иногда, по удалении послѣда, и надлежащемъ сокращеніи матки, кровотеченіе все таки продолжается. Причина такого кровотеченія заключается или въ патологическомъ расширеніи кровеносныхъ сосудовъ на внутренней поверхности матки, или въ раненіи этой послѣдней при неосторожномъ искусственномъ отдѣленіи послѣда, при крѣпкихъ сращеніяхъ его съ маткою. Если, при прохожденіи младенца сквозь маточное устье, это послѣднее подверглось значительному разрыву, то кровотеченіе также можетъ продолжаться, не взирая на надлежащее сокращеніе матки. Иногда, во время родовъ, дѣлается изліяніе крови въ большія дѣтородныя губы. Оно характеризуется слѣдующими явленіями: не за долго до выходения младенца на свѣтъ, или вскорѣ послѣ онаго, одна изъ большихъ дѣтородныхъ губъ начинаетъ припухать, и постепенно достигаетъ огромной величины, равняется, по объему своему, величинѣ головки доношеннаго младенца. Причину этого припуханія открыть не трудно на основаніи объективных признаковъ такой опухоли. Она имѣетъ цвѣтъ синеватый, иногда, даже, черноватый; кожа, ее покрывающая, представляется весьма утонченною, напряженною и блестящею. Опухоль эта обыкновенно бы-

ваеѣ тверда; иногда же, она имѣеѣ тѣстообразную консистенцію, и въ ней замѣчается колебаніе жидкости. Роженица чувствуетъ при этомъ незначительную боль, причиняемую ей растяженіемъ большой дѣтородной губы, и бываетъ принуждена лежать на спинѣ, съ далеко раздвинутыми ногами. Иногда изліяніе крови не ограничивается однѣми большими дѣтородными губами, но распространяется и на малыя, и на клѣтчатку близъ лежащихъ общихъ покрововъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, синеватая опухоль распростирается на верхнія части бедръ и щеки задницы. Если излившаяся кровь прокладываетъ себѣ дорогу внутрь, въ полость таза, то она занимаетъ клѣтчатку, находящуюся между тазовыми органами, и слѣдствіемъ этого можетъ быть разъединеніе влагалища отъ прямой кишки, и вдавленіе задней стѣнки влагалища въ полость его. Опухоль, занимая, въ этомъ случаѣ, влагалище, замедляетъ прохожденіе младенца сквозь него, и такъ какъ силы роженицы бываютъ истощены въ слѣдствіе значительной потери крови, то и сокращенія матки не могутъ быть достаточно сильными для того, чтобы скоро преодолѣть это механическое препятствіе. Если же эта кровяная опухоль образуется послѣ рожденія младенца на свѣтъ, то она можетъ препят-

ствовать выходу послѣда, и истеченію крови и послѣродоваго очищенія изъ матки. При высшей степени развитія такой опухоли, мочевоу каналъ можетъ быть такъ сдавленъ, что трудно, и, даже, невозможно бываетъ ввести въ него катетеръ. Если кровь на- копляется въ полости таза, то она можетъ произвести такое сильное давленіе на сѣдалищный нервъ, что та нижняя конечность, которая соотвѣтствуетъ увели- ченной въ объемѣ своесъ большой дѣтородной губѣ, можетъ быть парализована. Исходы такого рода кро- вяной опухоли бываютъ различные: или она разры- вается, и содержащаяся въ ней кровь изливается на- ружу; въ такомъ случаѣ, если отдѣленіе крови про- должается безостановочно, больная легко можетъ уме- реть. Если же отдѣленіе крови прекратится, то она выздоравливаетъ. Разрывъ опухоли обыкновенно дѣ- лается на томъ мѣстѣ, гдѣ большія дѣтородныя губы соединяются съ малыми, потому что тутъ кожа, по- крывающая опухоль, сравнительно, тонѣе, нежели на прочихъ частяхъ ея. Если изліяніе крови незначи- тельно, то опухоль можетъ разрѣшиться. Иногда, и при значительномъ объемѣ, опухоль не разрывается; въ такомъ случаѣ въ ней образуется воспаленіе, а потомъ нагноеніе, при чемъ сгустки крови, находя-

щіеся въ опухоли, выходятъ наружу. Послѣдствія такого нагноенія бываютъ различныя. Если роженица имѣетъ крѣпкое тѣлосложеніе, то она можетъ перенести его хорошо, и скоро выздоровѣть; въ противномъ же случаѣ, особливо если нагноеніе длится долго, силы больной могутъ дойти до крайней степени истощенія, и жизнь ея будетъ тогда въ большой опасности. Гной можетъ быть также всосанъ, что влечетъ за собою почти неминуемую смерть. Причина образованія такихъ кровяныхъ опухолей заключается въ разрывѣ сосудовъ, переполненныхъ кровью. Разрывы сосудовъ бываютъ обыкновенно въ тѣхъ случаяхъ, когда головка младенца долго стоитъ неподвижно въ срединѣ полости таза, или во входѣ его; кровообращеніе въ сосудахъ тогда дѣлается затруднительнымъ или, даже, вовсе прекращается, и образуется разрывъ ихъ. Если при этомъ разрывается сосудъ большаго калибра, то кровотеченіе, въ большей части случаевъ, бываетъ смертельно. Если разрывъ сосудовъ образуется во время прохожденія головки младенца сквозь тазъ, то изліяніе крови въ большую дѣтородную губу обнаруживается уже послѣ рожденія младенца на свѣтъ, потому что головка младенца, проходя сквозь тазъ, сдавливаетъ разорванный

сосудъ, и препятствуетъ изліянію крови. Но какъ только младенецъ родился на свѣтъ, кровяная опухоль тотчасъ же показывается. Величина опухоли зависитъ отъ калибра разорваннаго сосуда, отъ количества крови, находящейся въ сосудахъ большихъ дѣтородныхъ губъ, отъ плотности клѣтчатки, и отъ того, скоро-ли, или медленно свертывается излившаяся кровь. Варикозныя расширенія венъ въ дѣтородныхъ частяхъ не составляютъ, однакоже, необходимаго условія для происхожденія такихъ кровяныхъ опухолей, и онѣ замѣчаются, иногда, и у такихъ роженицъ, у которыхъ дѣтородныя части находятся въ совершенно нормальномъ состояніи. При разрывѣ пуповины, кровь черезъ нее изливается и изъ дѣтскаго мѣста, и изъ младенца. Если оболочки яйца еще цѣлы, то кровь изливается при этомъ въ ихъ полость, образуется внутреннее кровотеченіе, распознаваніе котораго, въ этихъ случаяхъ, очень трудно. Оно узнается только потому, что показываются явленія, сопровождающія обыкновенно большія потери крови, а между тѣмъ не видно изліянія этой послѣдней наружу. Если кровотеченіе, въ слѣдствіе разрыва пуповины, показывается послѣ разрыва оболочекъ яйца, то кровь свободно изливается изъ дѣтородныхъ частей

роженицы; но причину этого кровотечения узнать очень трудно, потому что точное изслѣдованіе невозможно.

§ 147.

Предсказаніе зависитъ отъ причины, произведшей кровотеченіе, отъ силы этого послѣдняго, и отъ того, въ какомъ именно періодѣ родовъ оно показалось. Предсказаніе не хорошо если кровотеченіе показывается до расширенія маточнаго устья, въ слѣдствіе отдѣленія части послѣда отъ стѣнки матки, потому что въ это время искусство мало что можетъ противъ него предпринять, и если оно становится очень сильнымъ, то можетъ наступить необходимость прибѣгнуть, для его остановленія, къ опаснымъ акушерскимъ операціямъ. Если, въ слѣдствіе той же самой причины, кровотеченіе показывается въ третьемъ и четвертомъ періодѣ родовъ, то предсказаніе лучше, потому что тутъ мы имѣемъ возможность скоро окончить роды искусственно, и тѣмъ положить конецъ кровотеченію. При изліяніи крови въ большую дѣтородную губу предсказаніе не хорошо если образовавшаяся опухоль велика, и если у роженицы явственно выражены признаки малокровія. Если кровяная опухоль достигаетъ значительнаго объема до рожденія младенца на свѣтъ,

то младенецъ обыкновенно погибаетъ, а роженица находится въ большой опасности. Если же кровяная опухоль образуется послѣ рожденія младенца на свѣтъ, то предсказаніе лучше. При кровотеченіяхъ, въ слѣдствіе разрыва варикознаго расширенія вены, предсказаніе хорошо если тотчасъ будетъ подана надлежащая помощь, потому что, въ этихъ случаяхъ, легко можно отыскать мѣсто, истощающее кровь, и легко остановить кровотеченіе. Но если не подана будетъ скоро надлежащая помощь роженицѣ, то предсказаніе не хорошо, потому что потеря крови можетъ быть очень велика. При кровотеченіяхъ въ пятомъ періодѣ родовъ, предсказаніе зависитъ не только отъ силы кровотеченія, но и отъ того, можно ли удалить послѣдъ. Если можно ввести руку въ матку для удаленія послѣда, то предсказаніе лучше, потому что, послѣ удаленія дѣтскаго мѣста, кровотеченіе, въ большей части случаевъ, скоро прекращается. Если же маточное устье судорожно сжато, такъ что и кровь, накопившаяся въ маткѣ, не можетъ вытекать изъ нея, то предсказаніе дурно. Кровотеченіе, въ этихъ случаяхъ, дѣлается внутреннимъ, и потеря крови можетъ быть такъ велика, что силы роженицы быстро истощатся, и она легко можетъ умереть. Если кровотеченіе показывается послѣ удаленія дѣтскаго мѣста,

то предсказаніе зависит преимущественно отъ степени слабости матки, какъ главной причины этого рода кровотеченій. Если слабость матки такъ значительна, что нельзя вызвать ея сокращеній употребленіемъ средствъ, объ которыхъ ниже будетъ упомянуто, то предсказаніе очень дурно. Если лице больной становится очень блѣднымъ; если ея лобъ и конечности совершенно холодны; если она часто вздыхаетъ и зѣваетъ; если она чувствуетъ звонъ въ ушахъ, мгновенно теряетъ зрѣніе, и пульсъ ея становится нитеобразнымъ, то это предвѣщаетъ скорую смерть. При разрывѣ пуповины, предсказаніе дурно и для роженицы, и для младенца.

§ 148.

При леченіи этого болѣзненнаго состоянія надобно сообразоваться съ силою и продолжительностію кровотеченія, и съ тѣмъ, въ какомъ періодѣ родовъ оно показалось. При леченіи всѣхъ кровотеченій, случающихся во время родовъ и тотчасъ послѣ оныхъ, совершенное спокойствіе тѣла и духа больной составляетъ необходимое условіе. Она должна лежать на спинѣ, горизонтально, и дѣлать какъ можно меньше тѣлодвиженій. Если кровотеченіе показывается въ пер-

вомъ періодѣ родовъ, и если оно не сильно, то можно ограничиться предписаніемъ роженицѣ спокойнаго содержанія, и дать ей внутрь прохладительное питье, или фосфорную кислоту пополамъ съ малиновымъ сиропомъ, черезъ полчаса по 10 капель. Если же кровотеченіе становится сильнѣе, то надобно ввести во влагалище тампонъ, и придвинуть его къ самому маточному устью. Дѣйствіе тампона, въ этихъ случаяхъ, двоякое: закрывая собою маточное устье, онъ препятствуетъ изліянію крови изъ него, слѣдовательно, способствуетъ образованію сгустковъ крови въ полости матки, и тѣмъ самымъ и прекращенію кровотеченія; съ другой стороны, касаясь непосредственно маточнаго устья, онъ раздражаетъ его механически, и тѣмъ вызываетъ болѣе частыя и болѣе сильныя сокращенія матки, и, слѣдовательно, способствуетъ скорѣйшему расширенію маточнаго устья. Это послѣднее дѣйствіе его имѣетъ весьма важное значеніе въ томъ отношеніи, что если бы кровотеченіе постоянно усиливалось, и наступила бы необходимость окончить роды искусственно, то чѣмъ болѣе расширено маточное устье, тѣмъ легче и скорѣе можно это сдѣлать. Не должно опасаться при этомъ, что, въ слѣдствіе введенія тампона, наружное кровотеченіе превратится во внутреннее; между маткою и оболочками яйца такъ

мало мѣста, что тутъ не можетъ образоваться значительнаго накопленія крови. При кровотеченіи во второмъ періодѣ родовъ, до прохожденія родовыхъ водъ, если оно сильно, то также надобно ввести во влагалище тампонъ. Отъ времени до времени нужно производить внутреннее изслѣдованіе роженицы, чтобы слѣдить за расширеніемъ маточнаго устья. Внутрь надобно назначить ей прохладительное питье и минеральныя кислоты; если потуги судорожны, то къ вышеупомянутымъ средствамъ надобно прибавить опиума. Если потуги слабы, а расширеніе маточнаго устья совершается весьма медленно, то надобно употребить буру, или коричневую настойку. Если маточное устье въ половину уже расширено, но потуги слабы, а младенецъ имѣетъ правильное положеніе, то надобно сдѣлать искусственный разрывъ оболочекъ яйца. По истеченіи родовыхъ водъ, матка не рѣдко начинаетъ сокращаться съ большею силою, плотнѣе обхватываетъ тѣло младенца, и кровотеченіе останавливается. Если бы, и по истеченіи родовыхъ водъ, потуги оставались слабыми, то надобно стараться усилить ихъ треніемъ дна матки рукою, и поливаніемъ сѣрно-кислаго ээира на животъ роженицы. Если же, не взирая на употребленіе этихъ средствъ, кровотеченіе все таки продолжается, и становится такъ сильнымъ, что угро-

жаеть роженицѣ дѣйствительною опасностію жизни, то надобно немедленно окончить роды искусственно. Если маточное устье еще мало расширено, то надобно произвести насильственные роды, т. е. расширить искусственно маточное устье, войти рукою въ матку, разорвать оболочки яйца, повернуть младенца на ножки, и тотчасъ же извлечь его. Если кровотечение показывается въ третьемъ періодѣ родовъ, и если оно угрожаетъ роженицѣ опасностію жизни, то не должно терять время на введеніе тампона и употребленіе внутреннихъ средствъ противъ кровотечения. Въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ возможность легко и скоро окончить роды искусственно, а потому и должно немедленно это сдѣлать. При выборѣ операціи для окончанія родовъ, надобно сообразоваться съ тѣмъ, въ какомъ отношеніи находится головка младенца къ тазу роженицы. Если головка вступила уже во входъ таза, и неподвижна, то надобно наложить щипцы; если же, напротивъ, головка еще подвижна, и стоитъ надъ входомъ въ тазъ, то надобно сдѣлать поворотъ младенца на ножки, а потомъ извлечь его. Приступая къ той или другой изъ этихъ двухъ операцій, полезно дать роженицѣ 1—2 приѣма рожковъ, чтобы вызвать болѣе сильныя сокращенія матки, и тѣмъ предупредить кровотечение, могущее быть послѣ рожденія

младенца на свѣтъ. При изліяніи крови въ большую дѣтородную губу, если опухоль, условливаемая имъ, начинаетъ быстро увеличиваться, надобно поспѣшить извлечь младенца; если бы опухоль механически препятствовала извлеченію младенца, то надобно ее тотчасъ же вскрыть, и удалить накопившуюся въ ней кровь. Если кровяная опухоль образуется послѣ рожденія младенца на свѣтъ, то надобно класть на нее холодныя примочки, и положить родильницу такъ, чтобы тазъ ея лежалъ повыше. Если изліяніе крови въ опухоль прекратилось, что можно узнать по тому, что содержащіяся въ ней сгустки крови становятся болѣе плотными, то надобно вскрыть опухоль бистуріемъ, и удалить содержащіяся въ ней сгустки крови. Искусственное вскрытіе опухоли составляетъ лучшее средство для предупрежденія продолжительнаго, истощающаго силы, нагноенія. Разрѣзъ на опухоли надобно дѣлать по срединѣ ея. По вскрытіи опухоли, нѣтъ надобности удалять изъ нея всю, содержащуюся въ ней, кровь; можно ограничиться удаленіемъ большей части ея. Если бы, по вскрытіи опухоли, оказалось, что разорванный сосудъ еще источаетъ кровь, то надобно положить на самое мѣсто разрыва компрессы, намоченные холодною водою. Если же при этомъ нельзя было бы отыскать мѣсто, источающее кровь, то на-

добно выполнить всю полость опухоли корнѣю, на-
 моченною растворомъ квасцовъ. Послѣ вскрытія опу-
 холи, дальнѣйшее леченіе родильницы, какъ мѣстное,
 такъ и общее, должно быть противувоспалительное,
 чтобы умѣрить силу воспаленія въ опухоли. Если въ
 опухоли образовалось нагноеніе, то надобно смотрѣть
 за тѣмъ, чтобы гной могъ свободно вытекать и часто
 дѣлать впрыскиванія въ полость опухоли изъ ромаш-
 коваго чаю; если гной имѣетъ дурной запахъ, если
 силы больной упадаютъ, и показываются признаки из-
 нурительной лихорадки, то надобно совѣтовать больной
 употреблять внутрь хинный декоктъ съ сѣрною ки-
 слотою; діета больной должна быть при этомъ пита-
 тельная, крѣпкая. Для впрыскиваній въ полость
 опухоли надобно, въ этомъ случаѣ, употреблять
 хлоровую воду, древесную кислоту, (*Rp. Acidi*
pyrolignosi 3j Aq. destillat. 3vj. M. D. S. Для
 впрыскиваній), и ромашковый чай съ прибавле-
 ніемъ *Tinct. Myrrhae*. Кровотеченія, случающіяся
 въ пятомъ періодѣ родовъ, въ слѣдствіе слабости
 матки, сравнительно, опаснѣе всѣхъ прочихъ; они мо-
 гутъ весьма скоро окончиться смертію родильницы;
 а потому и требуютъ самаго энергическаго леченія.
 Животъ родильницы надобно поливать сѣрнокислымъ
 эфиромъ, и растирать его рукою, производя при этомъ

довольно сильное давленіе на дно матки. Полезно также, сквозь покровы живота, сдавить матку обѣими руками, и поддержать ее такъ нѣсколько минутъ. Если матка, при употребленіи этихъ средствъ, не сокращается, а кровотеченіе продолжается, то надобно немедленно ввести руку въ матку, и удалить послѣдъ и находящіеся въ ней сгустки крови. Если бы, по введеніи руки въ матку, оказалось, что часть дѣтскаго мѣста находится еще въ соединеніи съ этою послѣднею, то надобно тотчасъ же отдѣлить его искусственно отъ матки и удалить. Если бы, и по удаленіи послѣда, матка не сократилась, и показались бы признаки внутренняго кровотеченія, то надобно опять ввести руку въ матку, удалить сгустки крови, а потомъ тереть рукою внутреннюю поверхность матки до тѣхъ поръ, пока покажутся довольно сильныя сокращенія ея. Полезно также, въ этихъ случаяхъ, положить свободную руку на животъ больной, и придавливать ею переднюю стѣнку матки къ рукѣ, находящейся въ ея полости. Кромѣ того надобно сдѣлать нѣсколько впрыскиваній въ полость матки изъ холодной воды, воды съ уксусомъ, или изъ смѣси, состоящей изъ равныхъ частей воды, водки и уксусу. Для того, чтобы эти впрыскиванія могли дѣйствовать надлежащимъ образомъ, надобно ввести конецъ трубки

въ самую полость матки. Внутрь надобно дать больной нѣсколько приѣмовъ рожковъ, или коричневую настойку, въ соединеніи съ разжиженною фосфорною кислотою (*Rp. Tinct. cinnamoni ℥jv, Acid. phosphor. dilut. ℥jj. M. D. S. черезъ $\frac{1}{4}$ часа по 30 капель принимать*). Если больная теряетъ сознание, падаетъ въ обморокъ, то надобно дать ей *Liq. anod. Hoffm.* или *Aeth. acet.* Весьма полезно также, въ этихъ случаяхъ, давать больной, черезъ каждые $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа, по столовой ложкѣ стараго, крѣпкаго вина. Между всѣми оживляющими средствами, вино дѣйствуетъ и скорѣе, и вѣрнѣе всѣхъ прочихъ. Въ отчаянныхъ случаяхъ, наконецъ, можно прибѣгнуть и къ переливанію крови (*transfusio*). Совѣтовали также, для остановленія кровотеченія, придавить рукою, сквозь покровы живота, брюшную начальственную артерію. Дѣйствительно это содѣйствуетъ прекращенію кровотеченія, но не надолго: по прекращеніи давленія, кровотеченіе показывается опять. Когда кровотеченіе остановилось, то надобно положить на животъ больной какой либо тяжелый предметъ, какъ на пр. мѣшокъ съ пескомъ, чтобы придавить имъ матку, и воспрепятствовать вторичному увеличенію ея объема и накопленію въ ней крови; внутрь надобно давать больной *Infus. secal. cornuti. (ex. ℥jj sec. cor. par. ad.*

col. 3vj), черезъ полчаса по столовой ложкѣ. Если не
взирая на то, что матка сократилась, кровотеченіе
все таки продолжается, что доказываетъ, что при-
чина этого болѣзненнаго состоянія заключается не въ
слабости матки, а въ патологическихъ состояніяхъ
кровоносныхъ сосудовъ на внутренней поверхности
ея, или въ раненіи ея, то надобно стараться оста-
новить кровотеченіе употребленіемъ стягивающихъ
впрыскиваній. Съ этою цѣлю полезно употреблять
растворъ соленокислаго желѣза (*Rp. Ferri muriatici 3ijj*
Solve in aq. destillatae ʒj. D. S. Для впрыскиваній).
Внутрь надобно дать больной средства оживляющія
и укрѣпляющія. Отъ кровоостанавливающихъ внутрен-
нихъ средствъ, въ этихъ случаяхъ, нельзя ожидать
пользы. Если кровь изливается изъ значительнаго раз-
рыва маточнаго устья, то надобно дѣлать во влагалище
вышеупомянутыя впрыскиванія; а если бы это ока-
залось недостаточнымъ для остановленія кровотеченія,
то ввести во влагалище губку, напитанную уксусомъ,
и придавить ее къ разрыву.

ГЛАВА 6.

О болѣзненныхъ состояніяхъ влагалища и наружныхъ дѣтородныхъ частей.

а) О выпаденіи влагалища.

§ 149.

Выпаденіемъ влагалища называется опусканіе одной, или всѣхъ его стѣнокъ, такъ, что между большими дѣтородными губами дѣлается видимою одна, или нѣсколько складокъ его. Въ первомъ случаѣ обыкновенно опускается передняя стѣнка влагалища, и выдается изъ подъ дуги лобковыхъ костей въ видѣ небольшой, мягкой опухоли свѣтло-краснаго цвѣта. Если всѣ стѣнки влагалища спускаются внизъ, то, между большими дѣтородными губами, образуется кольцеобразная опухоль, въ срединѣ которой замѣчается углубленіе, отъ котораго складки слизистой оболочки влагалища лучеобразно расходятся во всѣ стороны.

§ 150.

Выпаденіе влагалища, во время родовъ, преимущественно замѣчается у тѣхъ женщинъ, которыя стра-

дали имъ до наступленія беременности. Въ теченіи же этой послѣдней, выпаденіе влагалища обыкновенно уничтожается само собою, потому что матка, поднимаясь вверхъ, тянетъ за собою и влагалище. Все то, что ослабляетъ дѣтородныя части, какъ то: онанизмъ, неумѣренное совокупленіе, частые роды, бѣли и т. п. надобно разсматривать какъ причины, предрасполагающія къ образованію выпаденія влагалища. Во время же родовъ, причиною, производящею выпаденіе влагалища, обыкновенно бываетъ сильное давленіе головки младенца на стѣнки влагалища, особливо если тазъ роженицы при этомъ узокъ. Во время родовъ преимущественно выпадаетъ передняя стѣнка влагалища. Опухоль, образуемая ею непосредственно подъ дугою лобковыхъ костей, въ слѣдствіе воспрепятствованнаго въ ней кровообращенія, имѣетъ темнокрасный, или темносиневатый цвѣтъ. Если выпавшая часть влагалища, при медленномъ ходѣ родовъ, долго подвергается вліянію внѣшняго воздуха и сильному давленію со стороны головки младенца, то она можетъ воспалиться, и, даже, перейти въ омертвѣніе. Омертвѣвшая часть влагалища потомъ отпадаетъ, и не рѣдко образуется неизлечимое суженіе влагалища.

§ 151.

Выпаденіе влагалища не можетъ быть препятствіемъ къ окончанію родовъ. Если какая либо часть влагалища опускается внизъ, и показывается между большими дѣтородными губами прежде подлежащей части младенца, то надобно придерживать ее пальцами, чтобы воспрепятствовать дальнѣйшему ея выходу. Если же выпавшая часть влагалища получаетъ темно-красный или темно-синеватый цвѣтъ, что доказываетъ, что она подвергается сильному давленію со стороны подлежащей части младенца, то, для предупрежденія могущаго быть воспаления и омертвѣнія ея, надобно немедленно окончить роды искусственно.

б) *О разрывъ влагалища.*

§ 152.

Разрывы влагалища, во время родовъ, могутъ занимать различныя части влагалища, и имѣть различную величину и направленіе. Явленія, сопровождающія разрывы свода влагалища, сходны съ тѣми, которыя замѣчаются при разрывахъ матки, и объ которыхъ выше уже было упомянуто (см. § 128). Роженица чувствуетъ сильную боль въ разорванной

части влагалища; показывается болѣе или менѣе сильное кровотеченіе. Сила кровотеченія при этомъ не всегда находится въ прямомъ отношеніи къ величинѣ разрыва. Иногда, и при незначительномъ разрывѣ влагалища, кровотеченіе можетъ быть очень сильно, если будетъ разорвано варикозное расширеніе вены. Кровь, въ этомъ случаѣ, не вся изливается наружу; наибольшая часть ея помѣщается между брюшиною, мускулами и брюшными внутренностями; если она изливается въ клѣтчатку, то производитъ кровяныя опухоли большихъ дѣтородныхъ губъ. При разрывахъ свода влагалища, младенецъ или не измѣняетъ своего положенія, или проникаетъ, сквозь образовавшійся разрывъ, въ полость живота. Часть кишекъ, можетъ также сквозь разрывъ, вступить въ полость влагалища. Разрывы свода влагалища обыкновенно имѣютъ поперечное направленіе, и чаще замѣчаются при соединеніи свода влагалища съ влагалищною частью матки; бывали, даже, примѣры, что весь сводъ влагалища отрывался отъ матки. Иногда разрывы эти имѣютъ направленіе косвенное. Распознаваніе разрывовъ влагалища легко, потому что они доступны изслѣдывающему пальцу. Они обыкновенно бываютъ слѣдствіемъ растяженія влагалища въ продольномъ или поперечномъ направленіи. Внѣшнія насилія, дѣйствующія не-

посредственно на влагалище, могут также причинить разрывы его. Къ причинамъ, предрасполагающимъ къ разрыву влагалища, надобно отнести все то, что можетъ уменьшить крѣпость и уступчивость стѣнокъ влагалища; какъ на пр. чрезмѣрную упругость стѣнокъ влагалища, излишнюю тонкость ихъ, органическія измѣненія и воспаленіе ихъ и т. п. Сюда же надобно отнести: суженіе влагалища прежде образовавшимися рубцами и опухолями, неправильное образованіе таза роженицы, неправильное положеніе матки, неправильныя положенія младенца, и чрезмѣрную величину этого послѣдняго. Къ причинамъ случайнымъ принадлежатъ: слишкомъ сильныя потуги и неосторожное произведеніе операций руками, или инструментами. Разрывы свода влагалища составляютъ явленіе весьма опасное; опасность, въ этихъ случаяхъ, преимущественно обуславливается большою потерей крови, и слѣдующимъ за тѣмъ воспаленіемъ. Предсказаніе особенно дурно, если кровь изливается въ полость таза и живота. Разрывы средней части влагалища бываютъ слѣдствіемъ тѣхъ же причинъ, которыя производятъ и разрывы свода его; но явленія, сопровождающія эти разрывы, бываютъ, сравнительно, гораздо менѣе опасны, нежели при разрывахъ его свода. И въ этихъ случаяхъ всегда бываетъ болѣе или менѣе сильное кровотеченіе,

но кровь изливается при этомъ свободно наружу, а младенецъ проходитъ безпрепятственно сквозь влагалище. При разрывахъ средней части влагалища, разрывается или только одна слизистая оболочка влагалища, или и слизистая и мышечная оболочки вмѣстѣ; направленіе разрыва бываетъ или продольное, или поперечное, или косвенное. Разрывы эти могутъ случиться какъ въ передней, такъ и въ задней и боковыхъ стѣнкахъ влагалища. Послѣдствія такихъ разрывовъ могутъ быть весьма дурныя: можетъ образоваться воспаленіе и суженіе влагалища, и, даже, фистулы мочевого пузыря и прямой кишки. Распознаваніе этихъ разрывовъ, при помощи внутренняго изслѣдованія, легко. Предсказаніе зависитъ преимущественно отъ послѣдствій разрывовъ. При разрывахъ нижней части влагалища, почти всегда разрывается задняя стѣнка его и промежность. Если эти разрывы не осложняются съ разрывами мочевого пузыря и прямой кишки, что иногда случается, то явленія, ихъ сопровождающія, бываютъ весьма незначительны. Роды, послѣ разрыва, обыкновенно оканчиваются скоро; кровотеченіе и боль при этомъ бываютъ не сильны. Послѣдствія этихъ разрывовъ могутъ, однакоже, иногда, быть тѣ же самыя, какъ и послѣ разрывовъ средней части влагалища. Тѣ же причины, отъ ко-

торыхъ происходятъ эти послѣдніе, могутъ произвести и разрывы нижней части влагалища.

§ 153.

При разрывахъ свода влагалища, если кровотечение сильно, надобно поспѣшить окончить роды искусственно. Если младенецъ, сквозь образовавшійся разрывъ, перешелъ въ полость живота, то должно стараться провести его черезъ разрывъ обратно во влагалище, и потомъ извлечь его. Если бы оказалось невозможнымъ это сдѣлать, то надобно произвести гастротомію. Вообще, при разрывахъ свода влагалища, лечение должно быть такое же, какъ и при разрывахъ матки. Для остановленія кровотечения, надобно ввести во влагалище губку, напитанную уксусомъ, или какимъ либо стягивающимъ отваромъ, или растворомъ. Противъ воспаленія, бывающаго слѣдствіемъ такихъ разрывовъ, надобно употребить противувоспалительный методъ леченія. Разрывы средней и нижней части влагалища не требуютъ особеннаго леченія; надобно только заботиться о томъ, чтобы влагалище было содержимо чисто посредствомъ впрыскиваній, и противудѣйствовать могущему образоваться заращенію, или суженію влагалища, посредствомъ введенія въ это

последнее губки или тампона. Соединять края разрыва нѣтъ надобности, потому что разрывы эти, при вышеупомянутомъ леченіи, скоро заростають и безъ того.

в) О разрывѣ промежности.

§ 154.

Разрывы промежности бываютъ различной величины, и имѣють различное направленіе. Въ наибольшей части случаевъ, разрывы эти начинаются съ уздечки большихъ дѣтородныхъ губъ, и идутъ въ прямомъ направленіи къ заднему проходу, на большемъ или меньшемъ протяженіи. Иногда разрывается такимъ образомъ вся промежность, вплоть до сжимательной мышцы задняго прохода. Иногда и эта мышца разрывается, и полость влагалища соединяется съ полостью прямой кишки. Иногда разрывъ промежности имѣеть болѣе боковое направленіе, начинаясь отъ основанія одной изъ большихъ дѣтородныхъ губъ; иногда онъ имѣеть виллообразную форму. Въ этомъ последнемъ случаѣ, онъ начинается двумя боковыми разрывами, идущими отъ основанія обѣихъ большихъ дѣтородныхъ губъ, и соединяющимися въ одинъ на срединѣ промежности, при чемъ уздечка большихъ дѣтородныхъ губъ ос-

тается цѣлою. Иногда обѣ оконечности промежности остаются неповрежденными, но промежность разрывается въ центрѣ своемъ, и младенецъ выходитъ на свѣтъ сквозь этотъ разрывъ.

§ 155.

Къ причинамъ, могущимъ произвести разрывы промежности, надобно отнести: чрезмѣрное растяженіе промежности, и недостаточную растяжимость ея; слишкомъ сильное давленіе на одну какую либо часть промежности со стороны головки младенца, и слишкомъ скорое и сильное растяженіе промежности при быстромъ прохожденіи головки младенца сквозь наружныя дѣтородныя части; неправильное устройство таза роженицы, въ особенности слишкомъ малое наклоненіе его; неправильное положеніе копчиковой кости и неподвижность ея; слишкомъ сильныя потуги; чрезмѣрную узкость входа во влагалище. Неправильное устройство самой промежности также способствуетъ образованію разрывовъ ея. Если промежность очень длинна и значительно растянута, то она, въ четвертомъ періодѣ родовъ, поднимается передъ головкою младенца кверху, и не можетъ потомъ надлежащимъ образомъ сократиться. Головка младенца напираетъ на нее тогда

съ такою силою, что весьма легко можетъ образоваться разрывъ ея. Излишняя узкость, упругость и тонкость промежности, также должны быть причислены къ причинамъ разрывовъ этой послѣдней. Стоячее или сидячее положеніе женщины во время родовъ, и слишкомъ сильное вспомошествованіе потугамъ, также могутъ быть причинами разрыва промежности. Со стороны младенца сюда надобно отнести: чрезмѣрную величину головки его, и такое положеніе этой послѣдней, при которомъ затылокъ ея обращенъ къ промежности. Неосторожное произведеніе акушерскихъ операцій руками, или инструментами также можетъ подать поводъ къ образованію разрывовъ промежности.

§ 156.

Явленія, сопровождающія разрывъ промежности, иногда, бываютъ весьма незначительны, и часто не находятся въ прямомъ отношеніи къ величинѣ разрыва. Если разрывъ не великъ, то роженица, въ моментъ самаго его образованія, не чувствуетъ вовсе боли въ промежности, потому что боли, чувствуемая ею при сокращеніяхъ матки, сравнительно, гораздо сильнѣе. Небольшіе разрывы промежности не имѣютъ важнаго значенія; въ слѣдствіе сокращеній промежности,

они, послѣ родовъ, значительно уменьшаются, такъ, что разрывъ промежности, имѣвшій, тотчасъ послѣ родовъ, $1\frac{1}{2}$ —2" въ длину, оставляетъ послѣ себя рубецъ, длиною въ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ". Если же разрывъ великъ, если онъ проникаетъ сквозь всю толщину промежности, то онъ сопровождается сильною болью, и роженица явственно чувствуетъ, что у нея что-то разорвалось; кровотеченіе бываетъ при этомъ сильное. Если разрывъ занимаетъ середину промежности, и если его предоставить самому себѣ, то края раны не срастаются и покрываются рубцами. Сокращенія разорванныхъ мускуловъ промежности и бедренныхъ мышцъ, и вхожденіе послѣродоваго очищенія въ рану, составляютъ препятствія для срастанія краевъ раны между собою. Если разрывъ промежности простирается только до половины ея, то это не влечетъ за собою не-пріятныхъ послѣдствій. Если же промежность разрывается до сжимательной мышцы задняго прохода, и если края раны между собою не срастаются, то слѣд-ствіемъ этого бываетъ выпаденіе задней стѣнки влагалища, къ которому потомъ при соединяется выпаденіе передней стѣнки его, и опущеніе матки. Въ слѣдствіе вліянія внѣшняго воздуха на слизистую оболочку влагалища, не рѣдко, въ послѣдствіи, показывается обильное отдѣленіе бѣлей. Если же наружные слои сжи-

мательной мышцы задняго прохода также разорваны, то больная может удерживать по произволу только густыя и твердыя испражненія; въ случаѣ же поноса, испражненія выходятъ непроизвольно. Если же и внутренніе слои вышеупомянутой мышцы разорваны, то больная вообще уже не можетъ удерживать по произволу ни испражнений, ни вѣтровъ. Центральные разрывы промежности имѣютъ также различную форму и направленіе. Иногда промежность разрывается по срединѣ своей въ продольномъ направленіи, иногда въ поперечномъ, иногда въ косвенномъ; иногда, наконецъ, разрывъ имѣетъ полукруглую форму, и обнимаетъ собою половину сжимательной мышцы задняго прохода. При центральныхъ разрывахъ промежности, кровотеченіе обыкновенно бываетъ не сильно.

§ 157.

При леченіи разрывовъ промежности, надобно сообразоваться съ величиною ихъ. Если разрывъ не великъ, то достаточно велѣть больной постоянно сохранять боковое положеніе, съ сложенными вмѣстѣ ногами, чтобы края разрыва соприкасались другъ друга. Изъ предосторожности, чтобы больная не могла во снѣ раздвинуть ноги, лучше связать эти послѣднія

бинтомъ около колѣнъ. Рану надобно содержать въ строжайшей чистотѣ, и класть на нее компрессы, намоченные свинцовою водою. Если же вся промежность и сжимательная мышца задняго прохода разорваны, то нельзя иначе произвести заживленіе раны, какъ посредствомъ наложенія кроваваго шва. Нѣкоторые врачи совѣтуютъ накладывать этотъ шовъ спустя нѣкоторое время послѣ родовъ. Но въ такомъ случаѣ надобно опять окровавить края разрыва, уже покрывшіеся рубцами, что всегда причиняетъ больной значительную боль, и срастаніе краевъ разрыва не такъ вѣрно, какъ въ тѣхъ случаяхъ, когда шовъ накладывается тотчасъ послѣ родовъ, когда рана еще совершенно свѣжа. При наложеніи шва, надобно дать больной горизонтальное положеніе на спинѣ, приподнять бедра ея повыше, и далеко раздвинуть ноги. Шовъ должно накладывать узловатый. Остановивши предварительно кровотеченіе изъ раны, надобно наложить сперва шовъ на нижній уголъ раны, потомъ другой на верхній, и еще два между ними. Игла, которою накладывается шовъ, должна проникать до дна раны. Между вышеупомянутыми швами можно, для большей вѣрности, наложить еще нѣсколько булавокъ, и обмотать ихъ нитками. Всю рану надобно потомъ еще покрыть толстымъ слоемъ collodii. Если

края раны весьма неровны, то надобно, передъ наложениемъ шва, сравнять ихъ ножницами. По наложении шва, надобно велѣть родильницѣ лежать на боку, съ сложенными ногами, и связать ей эти послѣднія около колѣнъ. Чтобы предотвратить вхожденіе послѣродоваго очищенія въ рану, надобно ввести во влагалище губку. Мочу надобно выпускать родильницѣ помощію катетера, чтобы она также не могла попасть въ рану. Каждый день надобно ставить родильницѣ промывательное, чтобы испраженія были жидки, и чтобы ихъ изверженіе не сопровождалось значительными усиліями. Губку, находящуюся во влагалищѣ, надобно перемѣнять 2 — 3 раза въ день, и дѣлать во влагалище впрыскиванія изъ ромашковаго чаю. Черезъ 4 — 5 дней можно удалить одинъ, или два шва, чтобы посмотрѣть срослись-ли края раны. Если они дѣйствительно срослись, то можно удалить всѣ швы, однакоже въ теченіи нѣсколькихъ дней еще не позволять родильницѣ раздвигать ноги.

ГЛАВА 7.

О конвульсіяхъ роженицъ и родильницъ.

§ 158.

Конвульсіи составляютъ одну изъ самыхъ опасныхъ

болѣзней, замѣчаемыхъ во время родовъ и вскорѣ послѣ оныхъ. Онѣ могутъ показаться въ каждомъ изъ пяти періодовъ родовъ. Иногда онѣ обнаруживаются спустя нѣсколько часовъ послѣ родовъ; иногда, хотя и очень рѣдко, въ теченіи послѣродоваго времени. Появленію конвульсій, иногда, предшествуютъ нѣкоторыя болѣзненные явленія, которыя можно разсматривать какъ предвѣстники ихъ, а именно: тяжесть головы, сильная головная боль, головокруженіе, свѣтобоязнь, чувство давленія подъ ложечкою, тошнота и рвота, усталость, безпокойство и печальное расположеніе духа. Иногда же этихъ предвѣстниковъ вовсе не бываетъ, и конвульсії обнаруживаются вдругъ, внезапно. Чѣмъ ближе время наступленія перваго приступа конвульсій, тѣмъ сильнѣе дѣлаются вышеупомянутые болѣзненные припадки. Къ нимъ присоединяется вскорѣ нарушеніе отправленій органовъ чувствъ, и помраченіе умственныхъ способностей. Зрѣніе больной ослабѣваетъ, и ей кажется, что всѣ, окружающіе ее предметы, покрыты туманомъ; слухъ ея также становится менѣе острымъ, а осязаніе менѣе тонкимъ. Черты лица ея представляются неподвижными; она постоянно какъ бы погружена въ задумчивость, изъ которой ее трудно вывести; иногда она не понимаетъ предлагаемыхъ ей вопросовъ, и отвѣчаетъ не

впасть. Если больная полнокровна, то пульсъ ея въ это время бываетъ медленнымъ, полнымъ и твердымъ, а лице — краснымъ. Если же больная имѣетъ тѣлосложеніе слабое, и одарена большою раздражительностію, то пульсъ ея представляется малымъ и твердымъ, лице блѣдно, а кожа холодна. Отъ времени до времени показывается маленькая дрожь. Сокращенія матки въ это время уже, иногда, дѣлаются неправильными, и, въ особенности, очень продолжительными. Всѣ эти предвѣстники конвульсій продолжаются болѣе или менѣе долго, а потомъ обнаруживается первый приступъ конвульсій. Онъ характеризуется слѣдующими явленіями: взоръ роженицы вдругъ дѣлается неподвижнымъ, устремленнымъ на одинъ какой либо предметъ, почти всѣ мускулы ея тѣла судорожно сокращаются, и она вздрагиваетъ всѣмъ тѣломъ. Голова больной то прижимается къ груди, то склоняется на бокъ; черты лица искажаются ужаснымъ образомъ, и оно имѣетъ красный, или, даже, фіолетовый цвѣтъ; глаза заворачиваются кверху, а зрачки ихъ представляются то расширенными, то сокращенными; температура головы возвышена; языкъ ущемленъ между зубами; дыханіе не ровно, и, при выдыханіи, слышится шипѣніе; у рта стоитъ пѣна. Въ шейныхъ артеріяхъ видно сильное біеніе; яремныя вены и вены

дба переполнены кровью; сокращеніи сердца дѣлаются неправильными и, иногда, перемежающимися. Пульсъ очень скоръ, но постепенно дѣлается малымъ, неровнымъ, и также перемежающимся. Верхнія и нижнія конечности вытягиваются и выворачиваются; иногда ихъ бросаетъ въ разныя стороны съ такою силою, что трудно ихъ удержать. Во все продолженіе приступа конвульсій, больная находится въ совершенно безсознательномъ состояніи; все тѣло ея покрывается холоднымъ, липкимъ потомъ; изверженія мочи и кала, иногда, совершаются непроизвольно. Продолжительность и частота приступовъ конвульсій бываютъ различны. Первые приступы бываютъ всегда коротки, продолжаются двѣ, три минуты; но потомъ они дѣлаются болѣе длинными, и, иногда, одинъ приступъ длится цѣлый часъ. Промежутки между приступами сначала бываютъ велики, но потомъ становятся все короче и короче; самые же приступы бываютъ то сильнѣе, то слабѣе. По окончаніи перваго приступа конвульсій, больная впадаетъ въ сопорозное состояніе. Это послѣднее длится болѣе или менѣе долго; наконецъ больная открываетъ глаза, приходитъ въ себя, но съ трудомъ узнаетъ окружающихъ ее особъ, и не помнитъ, что съ нею дѣлалось во время приступа конвульсій. Промежутки между первыми 3—4 при-

ступами конвульсій бываютъ довольно длинны, и въ теченіи ихъ умственныя способности больной приходятъ въ совершенно нормальное состояніе; но по мѣрѣ того, какъ приступы конвульсій становятся чаще, промежутки дѣлаются все короче, и наконецъ больная отъ одного приступа до другаго находится въ непрерывномъ коматозномъ состояніи, изъ котораго она выходитъ только при наступленіи новаго припадка конвульсій. Явленія, замѣчаемыя во время этого сопорознаго состоянія, указываютъ на сильный приливъ крови къ мозгу; лице больной представляется краснымъ; дыханіе затруднено; чувствительность больной хотя и бываетъ въ это время ослаблена, но не уничтожается совершенно, и если уколоть ее булавкою, то она выражаетъ свое неудовольствіе ворчаніемъ, или несвязными полу-словами. Иногда, кажется, что чувствительность больной совершенно уничтожена, но, при сокращеніяхъ матки, она чувствуетъ боль, что выражается тѣмъ, что она въ это время искажаетъ черты лица. Зрачки глазъ расширены и не чувствительны къ вліянію свѣта; пульсъ полонъ и частъ. Это сопорозное состояніе потомъ переходитъ въ дремоту, изъ которой легко можно вывести больную, разговаривая съ нею; умственныя способности ея мало по малу приходятъ опять въ нормальное состояніе. Про-

снувшись, больная жалуется на чувство сильной усталости во всѣхъ членахъ, которая потомъ продолжается до слѣдующаго приступа конвульсій. Продолжительность сопорознаго состоянія зависитъ отъ силы приступа конвульсій; чѣмъ сильнѣе былъ приступъ, тѣмъ продолжительнѣе бываетъ сопорозное состояніе. Иногда и послѣ первыхъ приступовъ уже сознаніе больной не возвращается, и она остается въ сопорозномъ состояніи до новаго приступа; бывали примѣры, что сопорозное состояніе продолжалось нѣсколько дней.

§ 159.

Число приступовъ конвульсій бываетъ различно, отъ 2 до 30—40—60. Иногда, хотя и рѣдко, бываетъ, что первый приступъ обнаруживается съ такою силою, что больная, въ теченіи его, уже умираетъ. Развитіе родовой дѣятельности въ маткѣ, во время приступовъ, бываетъ различно. Иногда она сокращается правильно и сильно, и младенецъ рождается на свѣтъ благополучно при совершенно безсознательномъ состояніи роженицы, которая потомъ, проснувшись, не хочетъ вѣрить, что она уже родила. Въ другихъ же случаяхъ, напротивъ, матка принимаетъ дѣятельное участіе въ общихъ конвульсіяхъ; потуги

дѣлаются судорожными, а, иногда, даже, образуется, такъ называемый, столбнякъ матки. Иногда, хотя и очень рѣдко, бываетъ, что, во время приступовъ конвульсій, родовая дѣятельность въ маткѣ прекращается совершенно.

§ 160.

Къ причинамъ, предрасполагающимъ къ конвульсіямъ, надобно отнести: полнокрое, лимфатическій темпераментъ, накопленіе нечистотъ въ первыхъ путяхъ, чрезмѣрное растяженіе матки, водянку нижнихъ конечностей, неправильное устройство таза, неправильныя потуги, въ особенности же судорожное сокращеніе маточнаго устья, разрывы матки, чрезмѣрную величину тѣла младенца и неправильныя положенія его. Вообще все то, что препятствуетъ правильному ходу родовъ, надобно разсматривать какъ причины, предрасполагающія къ конвульсіямъ. Первороженицы гораздо чаще страдаютъ конвульсіями, нежели много-роженницы. Нѣкоторыя женщины имѣютъ особенное расположеніе къ конвульсіямъ, такъ, что онѣ обнаруживаются у нихъ при каждахъ родахъ. Между случайными причинами конвульсій, первое мѣсто занимаютъ роды и соединенное съ ними раздраженіе

нервной системы вообще и нервовъ матки въ особенности. Это послѣднее подтверждается тѣмъ, что конвульсіи преимущественно замѣчаются во второмъ и четвертомъ періодѣ родовъ, когда расширение маточнаго устья и растяженіе наружныхъ дѣтородныхъ частей условливаютъ сильную боль. Неумѣренное употребленіе разгорячающихъ напитковъ и лекарствъ, высокую температуру комнаты роженицы, и сильныя душевныя волненія также надобно отнести къ числу случайныхъ причинъ конвульсій. Если конвульсіи случаются въ пятомъ періодѣ родовъ, то причина ихъ, въ большей части случаевъ, заключается въ задержаніи дѣтскаго мѣста въ полости матки, и попыткахъ удалить его искусственно.

§ 161.

Исходы конвульсій бываютъ различны; или больная выздоравливаетъ совершенно, или образуются послѣдовательныя болѣзни, или, наконецъ, больная умираетъ. Помраченіе умственныхъ способностей, даже совершенное сумашествіе, слѣпота, параличъ языка и конечностей могутъ быть послѣдствіями конвульсій. Если больная умираетъ, то смерть поражаетъ ее или во время самыхъ родовъ, или, что бываетъ чаще, вскорѣ

послѣ родовъ, если приступы конвульсій продолжаютъ повторяться и по окончаніи ихъ, и если, въ промежутки между приступами, больная не выходитъ изъ сопорознаго состоянія. Причина смерти заключается, въ большей части случаевъ, въ апоплексіи, въ слѣдствіе сильныхъ приливовъ крови къ мозгу, или изліяній этой послѣдней въ самое существо его. Иногда болѣзнь оканчивается смертію, въ слѣдствіе образованія водянки легкихъ, или паралича сердца. При вскрытіяхъ труповъ женщинъ, умершихъ отъ конвульсій, мы весьма рѣдко находимъ такія явленія, которыя могли бы удовлетворительнымъ образомъ объяснить сущность болѣзни и причину столь быстраго теченія ея. Въ головномъ и спинномъ мозгу обыкновенно находится большее количество крови, нежели въ нормальномъ состояніи; не только сосуды оболочекъ этихъ органовъ, но и сосуды самаго существа ихъ представляются переполненными кровью; подъ паутинною оболочкою мозга и въ желудочкахъ этого послѣдняго не рѣдко замѣчается изліяніе серозной жидкости. Сердце и большіе перенхиматозные органы, каковы на пр. печень, селезенка и почки, содержатъ въ себѣ большое количество черной крови. Въ самой мякоти этихъ органовъ иногда находятся изліянія крови. Если больной было сдѣлано весьма обильное кровопусканіе,

то мы, при вскрытіи ея трупа, находимъ большую часть органовъ въ анемическомъ состояніи. Если больная, во время беременности, страдала водянкою, то мы находимъ большое накопленіе серозной жидкости въ полости груди, въ околосердечной сумкѣ и въ полости живота.

§ 162.

Предсказаніе вообще весьма неблагопріятно; круглымъ числомъ можно принять, что, во крайней мѣрѣ, треть роженицъ и родильницъ, страдающихъ конвульсіями, умираетъ. Чѣмъ чаще повторяются приступы конвульсій, и чѣмъ продолжительнѣе они, тѣмъ хуже предсказаніе. Если, въ промежутки между приступами конвульсій, больная вовсе не приходитъ въ себя, а постоянно находится въ сопорозномъ состояніи, то предсказаніе очень худо. Для женщинъ полнокровныхъ предсказаніе хуже, нежели для женщинъ тѣлосложенія слабаго. Чѣмъ раньше въ теченіи родовъ показываются конвульсіи, тѣмъ хуже предсказаніе. Сила самыхъ приступовъ имѣетъ большое вліяніе на предсказаніе; иногда первый приступъ обнаруживается съ такою силою, что больная умираетъ до наступленія втораго приступа. Для первороженицъ предсказаніе

хуже, нежели для многороженицъ. Если послѣ приступа конвульсій показывается обильный общій потъ, то предсказаніе лучше. При предсказаніи, надобно также принимать въ соображеніе и послѣдовательныя болѣзни, могущія развиться въ слѣдствіе конвульсій, тѣмъ болѣе, что нѣкоторыя изъ нихъ неизлечимы. Изъ опыта извѣстно также, что женщины, страдавшія во время родовъ конвульсіями, часто заболѣваютъ послѣ родовъ пuerперальными болѣзнями. Для младенца предсказаніе также очень неблагопріятно, и очень часто случается, что онъ умираетъ во время втораго уже, или третьяго приступа конвульсій. Если конвульсії обнаруживаются въ четвертомъ періодѣ родовъ, то предсказаніе лучше, какъ для роженицы, такъ и для младенца, потому что мы имѣемъ тогда возможность скоро окончить роды искусственно. Если конвульсії, и по окончаніи родовъ, повторяются съ одинаковою силою, то предсказаніе очень дурно.

§ 163.

Кровопусканія составляютъ главное средство при леченіи этого болѣзненнаго состоянія, и они непременно должны быть обильны. Если больная имѣетъ крѣпкое тѣлосложеніе, и полнокровна, то ей надобно

немедленно сдѣлать кровопусканіе изъ руки, и выпустить 18—24 $\bar{3}$ крови. Потомъ надобно поставить ей подъ каждое ухо по 15 піявокъ, и, по отпаденіи ихъ, стараться поддерживать сколь возможно долѣе причиненное ими кровотеченіе. Если бы послѣ этихъ кровопусканій, конвульсіи все таки продолжались, и лице больной постоянно оставалось бы краснымъ, то, часовъ черезъ восемь, надобно повторить общее кровопусканіе. Если же больная имѣетъ слабое тѣлосложеніе, малокровна, или изнурена предшествовавшими болѣзнями, то общаго кровопусканія дѣлать не должно, а ограничиться однимъ мѣстнымъ. На голову больной надобно положить пузырь, наполненный льдомъ, къ ногамъ и рукамъ приложить большіе горчичники, и велѣть ей поставить промывательное изъ воды съ уксусомъ; если есть признаки накопленія нечистотъ въ первыхъ путяхъ, то надобно дать ей сильное слабительное (*Rp. Calomel. gr. x, Pulv. rad. Ialap. gr. xv. M. D. S.* Принять въ одинъ пріемъ). Если есть накопленіе мочи въ мочевомъ пузырьѣ, то надобно ввести катетеръ. Комната больной должна быть прохладна; больная должна лежать на матрацѣ, и быть легко покрыта. Больную надобно обложить подушками, чтобы она во время приступа конвульсій, не могла причинить себѣ ушибовъ. Между коренными зубами роже-

ницы надобно положить рукоятку столовой ложки, завернутую въ полотно, чтобы предохранить языкъ ея отъ ущемленія и раненія. Послѣ кровопусканія, для предупрежденія новыхъ приступовъ конвульсій, надобно дать больной опиумъ въ большихъ приемахъ, 3 — 4 грана на приемъ, и дать такихъ приемовъ 2 — 3, черезъ полчаса по приему. Болѣе 3 приемовъ давать не должно, потому что если это количество опиума не произвело желаемого дѣйствія, то это доказываетъ, что отъ этого средства нельзя и ожидать пользы въ данномъ случаѣ. Употребленіе опиума особенно полезно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, послѣ кровопусканія, кожа больной холодна и суха, челюсти судорожно сжаты, пульсъ твердъ и неровенъ, сознаніе не возвращается вполне, и гдѣ нѣтъ показаній къ повторенію кровопусканія. Окончаніе родовъ составляетъ, въ большей части случаевъ, лучшее средство для предупрежденія новыхъ приступовъ конвульсій, и это мы должны имѣть постоянно въ виду при леченіи этого болѣзненнаго состоянія. Достигнуть этого мы можемъ двоякимъ путемъ: или усиленіемъ дѣятельности матки, и предоставленіемъ потомъ окончанія родовъ силамъ природы, или искусственнымъ удаленіемъ младенца. При этомъ надобно руководствоваться слѣдующими правилами. Если маточное устье достаточно расширено, то должно,

съ возможною поспѣшностію извлечь младенца и дѣтское мѣсто. Если головка младенца предлежитъ, то надобно наложить щипцы; если младенецъ имѣетъ тазовое положеніе, то надобно извлечь его или рукою, или тупымъ крючкомъ, или щипцами; если ножки младенца составляютъ часть предлежащую, то надобно прямо приступить къ извлеченію младенца руками. Если головка младенца стоитъ надъ входомъ въ малый тазъ, и подвижна, то надобно повернуть младенца на ножки, и потомъ извлечь его. Если же младенецъ имѣетъ тазовое положеніе, и задница его стоитъ высоко надъ входомъ въ малый тазъ, то надобно ввести руку въ матку, и низвести одну ножку его, чтобы потомъ, въ случаѣ надобности, можно было бы прямо приступить къ извлеченію его. Если тазъ роженицы узокъ, или головка младенца слишкомъ велика, и невозможно было бы извлечь его щипцами, то надобно сдѣлать прободеніе головки, или наложить кефалотрибъ. Если конвульсіи показываются въ пятомъ періодѣ родовъ, то надобно немедленно ввести руку въ матку, и удалить послѣдъ. Если же конвульсіи обнаруживаются во второмъ періодѣ родовъ, то надобно сообщаться съ силою потугъ и состояніемъ матки. Если устье этой послѣдней расширено такъ, что имѣетъ въ діаметрѣ около $1\frac{1}{2}$ ", и если объемъ матки очень

великъ, то надобно разорвать оболочки яйца, и ожидать дальнѣйшаго расширенія маточнаго устья. Какъ скоро только толовка младенца такъ опустилась, что ее удобно можно извлечь щипцами, такъ и надобно приступить къ наложенію ихъ. Если же сокращенія матки слабы, и, слѣдовательно, нельзя ожидать скорого подвиганія головки младенца книзу, а маточное устье легко растяжимо, то надобно ввести руку въ матку, низвести ножки младенца, и извлечь его. Если же маточное устье не растяжимо, то при рѣшеніи вопроса: можно ли подождать, пока оно само собою расширится, или должно проложить себѣ силою дорогу въ матку, надобно руководствоваться общимъ состояніемъ здоровья роженицы. Если пульсъ ея хорошъ; если лице ея не очень красно; если промежутки между приступами конвульсій довольно длинны, а самые приступы продолжаются не болѣе нѣсколькихъ минутъ, и если потуги правильны, то можно предоставить дальнѣйшее расширеніе маточнаго устья усиліямъ матки, и содѣйствовать ему употребленіемъ теплыхъ, смягчительныхъ впрыскиваній во влагалище, теплой общей ванны, или паровой ванны. Если потуги становятся судорожными, то надобно потерять животъ роженицы теплымъ деревяннымъ масломъ, и положить на него припарку. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ,

полезно также поставить роженицъ промывательное съ прибавленіемъ двухъ грановъ *Extr. opii aquosi*. Если же приступы конвульсій становятся болѣе частыми и сильными; если больная не выходитъ изъ сопорознаго состоянія въ промежутки между приступами конвульсій; если пульсъ роженицы малъ и частъ, и если силы ея быстро упадаютъ, то надобно сдѣлать попытку расширить маточное устье пальцами, и, если это удастся, то повернуть младенца на ножки, и извлечь его. Если же маточное устье такъ неуступчиво, что нельзя его расширить пальцами, то надобно сдѣлать на краяхъ его небольшіе разрѣзы. Если конвульсіи показываются до расширенія маточнаго устья, то послѣ кровопусканій и употребленія вышеупомянутыхъ отвлекающихъ средствъ, можно нѣсколько времени подождать, наблюдая за дѣйствіемъ потугъ. Если маточное устье постепенно расширяется, а пульсъ роженицы хорошъ, то и не должно ничего предпринимать до тѣхъ поръ, пока головка младенца такъ опустится, что ее удобно можно захватить щипцами. Если же потуги слабы и рѣдки, а приступы конвульсій становятся болѣе частыми и сильными, то надобно искусственно расширить маточное устье. Съ этою цѣлію должно, если шейка матки еще не изглажена, ввести въ маточное устье вошаную губку,

а во влагалище тампонъ. Если каналъ маточной шейки такъ узокъ, что нельзя ввести въ него вошаную губку, то надобно предварительно расширить его инструментомъ, изобрѣтеннымъ для этого Бушемъ. Если, и по достаточномъ расширеніи маточнаго устья, конвульсіи продолжаются, то надобно окончить роды искусственно. Если конвульсіи обнаруживаются по окончаніи родовъ, то надобно изслѣдовать полость матки, чтобы посмотрѣть не осталась ли въ ней часть послѣда или оболочекъ яйца, или сгустковъ крови. Если окажутся въ ней таковыя, то надобно немедленно ихъ удалить. И въ этомъ случаѣ должно употребить какъ общее, такъ и мѣстное кровопусканіе, а потомъ поставить больной промывательное съ прибавленіемъ опиума. Если, не взирая на употребленіе этихъ средствъ, конвульсіи продолжаются, и если силы больной начинаютъ быстро упадать, то надобно дать ей мускусъ, или камфору, въ большихъ приемахъ. Если больная умираетъ до рожденія младенца на свѣтъ, и если нельзя ввести руку въ матку для извлеченія младенца, по причинѣ недостаточнаго расширенія маточнаго устья, то надобно немедленно сдѣлать кесарское сѣченіе. Были примѣры, что, въ подобныхъ случаяхъ, младенцы были извлечены живыми. Въ новѣйшее время предложено было употреблять хлороформъ противъ кон-

вульсій рожениць и родильницъ. Изъ наблюденій, сдѣланныхъ доселѣ надъ дѣйствиємъ этого средства, въ подобныхъ случаяхъ, видно, что оно дѣйствительно часто оказывалось весьма полезнымъ, прекращая или совершенно приступы конвульсій, или ослабляя и сокращая эти послѣдніе. Во всякомъ случаѣ, однакоже, употребленію хлороформа надобно предпослать кровопусканіе. Вдыханіе паровъ хлороформа особенно полезно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ конвульсіи обнаруживаются въ первомъ и второмъ періодѣ родовъ, до совершеннаго расширенія маточнаго устья. Если бы, въ слѣдствіе употребленія этого средства, конвульсіи прекратились хотя на нѣкоторое время, то и это представляетъ ту большую выгоду, что въ теченіи этого времени, маточное устье можетъ окончательно расшириться и сдѣлаться доступнымъ для нашей руки. Если бы потомъ и обнаружались снова конвульсіи, то мы уже имѣемъ возможность скоро окончить роды искусственно. Если же конвульсіи показываются въ третьемъ или четвертомъ періодѣ родовъ, то хлороформа употреблять не должно, потому что, въ этихъ случаяхъ мы можемъ прямо прибѣгнуть къ самому вѣрному изъ всѣхъ средствъ — искусственному окончанію родовъ. Если конвульсіи показываются въ пятомъ періодѣ родовъ, когда, какъ извѣстно, причина

ихъ, въ наибольшей части случаевъ, заключается въ задержаніи дѣтскаго мѣста въ полости матки, то должно употреблять хлороформъ только тамъ, гдѣ по причинѣ судорожнаго сжатія маточнаго устья, нельзя проникнуть рукою въ полость матки, и употреблять его до тѣхъ поръ, пока маточное устье сдѣлается доступнымъ для руки. Если же, при появленіи конвульсій, маточное устье представляется достаточно расширеннымъ, то нѣтъ надобности прибѣгать къ употребленію хлороформа, и должно прямо приступить къ искусственному удаленію дѣтскаго мѣста.

ОТДѢЛЕНІЕ ЧЕТВЕРТОЕ.

О ПРИЧИНАХЪ НЕПРАВИЛЬНЫХЪ РОДОВЪ СО СТОРОНЫ МЛАДЕНЦА И ЧАСТЕЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХЪ, ВМѢСТѢ СЪ НИМЪ, ЯЙЦО.

ГЛАВА I.

О неправильныхъ положеніяхъ младенца.

§ 164.

Положеніе младенца называется *неправильнымъ*, если продольная ось его тѣла не совпадаетъ съ про-

дольною осью матки, а приближается, болѣе или менѣе, къ поперечной ея оси. Прежде называли эти положенія *поперечными*, на томъ основаніи, что думали, что при нихъ продольная ось тѣла младенца совпадаетъ съ поперечною осью матки, что, однакоже, несправедливо. Младенецъ никогда не лежитъ поперегъ матки; если онъ имѣетъ неправильное положеніе, то продольная ось его тѣла, въ отношеніи къ полости матки, всегда находится въ діагональномъ, или косвенномъ направленіи, а потому неправильныя положенія его должно называть *косыми*. При косыхъ положеніяхъ младенца, плечо его всегда составляетъ часть подлежащую. Я разумѣю здѣсь младенца живаго и доношеннаго; если же онъ значительно недоношенъ, или если онъ уже перешелъ въ гніеніе, то тѣло его, при родахъ, можетъ принимать много различныхъ положеній, которыя, при раздѣленіи неправильныхъ положеній младенца, въ расчетъ принимаемы быть не могутъ. Косыхъ положеній младенца мы имѣемъ только два, и они отличаются другъ отъ друга различными отношеніями передней и задней поверхности тѣла младенца къ стѣнкамъ матки. При первомъ изъ нихъ, передняя поверхность тѣла младенца обращена назадъ, а при второмъ —напередъ. Первое встрѣчается гораздо чаще, нежели второе. При каждомъ изъ этихъ

двухъ положеній, головка младенца можетъ лежать или въ правой, или въ лѣвой половинѣ матки. На этомъ основаніи, прежде принимали, и теперь еще многіе акушеры принимаютъ, четыре различныхъ косыхъ положенія младенца, что, однакоже, совершенно излишне, и, въ практическомъ отношеніи, никакого значенія не имѣетъ. Если, въ данномъ случаѣ, мы имѣемъ возможность опредѣлить какое именно косое положеніе имѣетъ младенецъ, первое или второе, то намъ всегда въ то же время легко будетъ опредѣлить куда обращена его головка. При косыхъ положеніяхъ младенца верхній конецъ его туловища всегда лежитъ ниже, нежели нижній, и потому-то плечо его и составляетъ всегда часть подлежащую. Головка младенца при этомъ всегда значительно склоняется въ бокъ и отходить отъ того плеча, которое стоитъ во входѣ въ малый тазъ, или, другими словами, если предлежитъ правое плечо, то головка младенца склоняется къ лѣвому плечу его, и на оборотъ. Шея младенца при этомъ искривляется, сгибается. Чѣмъ глубже предлежащее плечо младенца опускается въ полость малаго таза, тѣмъ болѣе приближается головка младенца къ противоположному плечу его, и, наконецъ, прижимается къ нему. Положеніе конечностей младенца, въ отношеніи къ туловищу его,

иногда, остается такимъ же, какимъ оно обыкновенно бываетъ при правильныхъ положеніяхъ младенца; иногда же, напротивъ, отношенія ихъ, въ особенности ручекъ къ туловищу, измѣняются, и одна, или обѣ ручки младенца выпадаютъ сквозь маточное устье въ полость влагалища. Ручка, соотвѣтствующая тому плечу, которое составляетъ часть подлежащую, можетъ, при значительномъ вдавненіи этого плеча въ полость таза, опуститься такъ низко, что большая часть ея выступитъ изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей роженицы. Косыя положенія младенца, въ большей части случаевъ, образуются изъ правильныхъ его положеній, въ слѣдствіе уклоненія головки его отъ входа въ малый тазъ. Это подтверждается тѣмъ, что при косыхъ положеніяхъ младенца, въ большей части случаевъ, головка младенца находится въ лѣвой половинѣ матки, а передняя поверхность младенца обращена къ задней стѣнкѣ матки. Это неправильное положеніе младенца образуется изъ перваго темяннаго положенія; этимъ и объясняется, отъ чего оно, сравнительно съ другими, чаще встрѣчается. Головка младенца, въ этомъ случаѣ, отойдя отъ входа въ малый тазъ, приближается, или, даже, прижимается къ лѣвому плечу, а правое опускается на входъ въ малый тазъ, и составляетъ часть подлежащую. Если, при косомъ по-

ложеніи младенца, передняя поверхность его тѣла обращена къ передней стѣнкѣ матки, то лѣвое плечо гораздо чаще составляетъ часть подлежащую, нежели правое, потому что это неправильное положеніе младенца образуется изъ втораго темяннаго, которое, какъ извѣстно, послѣ перваго, встрѣчается гораздо чаще, нежели прочія. Слѣдовательно, въ наибольшей части случаевъ, ножки младенца при неправильныхъ положеніяхъ его, находятся въ правой половинѣ матки. Въ практическомъ отношеніи, это имѣетъ важное значеніе; потому что если какія либо причины препятствуютъ намъ, при неправильныхъ положеніяхъ младенца, опредѣлить съ точностію гдѣ находится его головка и гдѣ ножки, то мы можемъ всегда, съ большою вѣроятностію, предположить, что онѣ находятся въ правой половинѣ матки, и, при поворотѣ младенца на ножки, дѣйствовать сообразно съ этимъ предположеніемъ. Частота косыхъ положеній младенца къ числу родовъ вообще относится какъ 1 къ 150 — 160.

§ 165.

Выше уже было сказано (см Выпускъ 1, § 145), что относительная частота продольныхъ положеній младенца зависитъ отъ формы самой матки. Если она имѣетъ форму правильную, образуетъ правильный овалъ,

то продольная ось тѣла младенца, должна, по необходимости, совпадать съ продольною осью матки. Следовательно, все то, что можетъ измѣнить форму матки, должно быть разсматриваемо какъ причина, могущая способствовать образованію неправильнаго положенія младенца. Сюда надобно отнести: общую слабость, или дряблость стѣнокъ матки, и дряблость одной какой либо части ея. Въ этомъ случаѣ, стѣнки матки не могутъ оказать надлежащаго протувудѣйствія напору объемистыхъ частей тѣла младенца, и не могутъ принудить этого послѣдняго сохранять постоянно положеніе продольное. Если одна какая либо часть бока матки дрябла и слаба, то младенецъ, упираясь въ нее объемистою частію своего тѣла, головою или задомъ, можетъ произвести здѣсь мѣшкообразное углубленіе, въ которомъ и помѣстится тогда вышеупомянутая объемистая часть его тѣла, продольная ось котораго тогда уже не будетъ болѣе совпадать съ продольною осью матки. Къ причинамъ косыхъ положеній младенца надобно отнести также чрезмѣрное растяженіе матки огромнымъ количествомъ родовыхъ водъ. При такомъ растяженіи, младенецъ имѣетъ слишкомъ большую свободу движеній, и стѣнки матки, отстоя далеко отъ его тѣла, не могутъ принудить это послѣднее сохранять постоянно положеніе

продольное. Косость матки также можетъ быть причиною косога положенія младенца, чѣмъ и объясняется то обстоятельство, что у нѣкоторыхъ женщинъ, при каждахъ родахъ, младенецъ имѣетъ неправильное положеніе. Далѣе сюда же надобно отнести: неправильное устройство таза роженицы, въ особенности же излишнее наклоненіе его, и слишкомъ раннее прохожденіе родовыхъ водъ. Вообще, косыя положенія младенца гораздо чаще встрѣчаются у многороженицъ, нежели у первороженицъ.

§ 166.

Распознаваніе косыхъ положеній младенца, иногда, бываетъ очень трудно. Есть нѣкоторые признаки, по которымъ, во время беременности, можно предполагать, что младенецъ имѣетъ неправильное положеніе, а именно: форма живота беременной представляется неправильною, и онъ болѣе растянутъ въ ширину, нежели въ длину; при наружномъ изслѣдованіи живота беременной можно осязать головку младенца въ нижней части матки, сбоку; беременная ощущаетъ движенія младенца не тамъ, гдѣ они ощущаются при правильныхъ положеніяхъ его, и, иногда, ощущаетъ ихъ въ одно и то же время въ обоихъ бокахъ матки;

при внутреннемъ изслѣдованіи роженицы, мы находимъ, что нижній сегментъ ея матки пустъ, и представляется дряблымъ; иногда можно сквозь него осязать маленькіе и очень подвижные члены младенца. При началѣ родовъ, когда маточное устье еще мало расширено, распознаваніе предлежащаго плеча также трудно, какъ потому, что оно, въ это время, стоитъ еще высоко, такъ и потому, что оно имѣетъ мало такихъ отличительныхъ признаковъ, по которымъ его можно было бы узпать, и не разъ случалось уже, что его смѣшивали то съ головкою, то съ задницею младенца. Во второмъ періодѣ родовъ, когда маточное устье уже достаточно расширено, и плечо младенца опускается ниже, распознаваніе становится легче. Въ это время можно бываетъ уже осязать лопатку, ключицу, шею, сочлененіе плеча, ручку и ребра младенца. Кромѣ того, по направленію этихъ частей, въ отношеніи къ тазу роженицы, можно опредѣлить, какое именно изъ косыхъ положеній младенца мы имѣемъ предъ собою. Если можно осязать локоть и предплечіе младенца въ маточномъ устьѣ, то, по направленію этихъ частей, можно судить и объ отношеніи поверхностей тѣла младенца къ стѣнкамъ матки. Если предплечіе младенца обращено назадъ, то младенецъ имѣетъ первое косое положеніе; если локоть его, при

этомъ, обращенъ вправо, то предлежитъ правое плечо. Если же, напротивъ, предплечіе младенца обращено напередъ, то онъ находится во второмъ косомъ положеніи, и если, при этомъ, локоть его обращенъ влѣво, то предлежитъ правое плечо. При выпаденіи ручки, особливо если она выдается изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей роженицы, распознаваніе положенія младенца легко; надобно только, въ этомъ случаѣ, обратить вниманіе на направленіе ладони и большаго пальца ручки: куда обращена ладонь, туда обращена передняя поверхность тѣла младенца; куда обращенъ большой палецъ ручки, въ той сторонѣ лежитъ головка младенца.

§ 167.

При неправильныхъ положеніяхъ младенца, предсказаніе неблагопріятно, какъ для матери, такъ и для младенца. Если неправильное положеніе младенца будетъ узнано заблаговременно, и во время будетъ подана надлежащая помощь, то предсказаніе для матери лучше; для младенца же, и въ этомъ случаѣ, предсказаніе неблагопріятно, потому что попытки исправить его положеніе не рѣдко стоятъ ему жизни. Если помощь искусства не будетъ подана во время, то,

по истеченіи родовыхъ водъ, плечо младенца, въ слѣдствіе сокращеній матки, все глубже втѣсняется въ полость малаго таза, и, наконецъ, тутъ ущемляется. Младенецъ, въ этихъ случаяхъ, обыкновенно умираетъ. Причина его смерти заключается отчасти въ этомъ ущемленіи его, отчасти же въ нарушеніи правильнаго кровообращенія между имъ и дѣтскимъ мѣстомъ. Силы роженицы, въ слѣдствіе сильныхъ и тщетныхъ сокращеній матки, скоро истощаются, образуется воспаленіе и, даже, омертвѣніе матки, или эта послѣдняя разрывается, и роженица умираетъ.

§ 168.

Иногда, хотя и очень рѣдко, неправильныя положенія младенца измѣняются въ правильныя и безъ помощи искусства. Такая переменна его положенія называется *самопроизвольнымъ поворотомъ* (*versio spontanea*); она можетъ совершиться до прохожденія родовыхъ водъ, или послѣ него. Въ первомъ случаѣ, только тогда дѣлается такой поворотъ младенца, когда причина неправильнаго положенія его заключается въ слабости и дряблости стѣнокъ матки, и когда это патологическое состояніе ея будетъ уничтожено употребленіемъ различныхъ средствъ, и матка начнетъ

сильно и продолжительно сокращаться. Такіе повороты, впрочемъ, почти исключительно замѣчаются въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ младенецъ или малъ, или недоношенъ, и гдѣ тазъ роженицы очень широкъ. Во второмъ же случаѣ, т. е. по истеченіи родовыхъ водъ, эти самопроизвольные повороты совершаются такимъ образомъ, что, въ слѣдствіе сокращеній матки, предлежащее плечо младенца опять приподнимается кверху, а, вмѣсто его, головка младенца вступаетъ во входъ малаго таза. И для этого рода поворотовъ, необходимы также вышеупомянутыя, особенно выгодныя условія, какъ со стороны таза роженицы, такъ и со стороны объема тѣла младенца. Иногда, наконецъ, случается, что плечо младенца, опустившись въ полость малаго таза, упирается въ дугу лобковыхъ костей, а потомъ грудь, животъ и тазъ младенца спускаются внизъ по задней стѣнкѣ таза, и выходятъ наружу мимо промежности. Такого рода выходненіе младенца на свѣтъ извѣстно подъ именемъ *evolutionis spontaneae*. Для того, чтобы механизмъ родовъ могъ совершиться такимъ образомъ, также необходимо нужны вышеупомянутыя, особенно выгодныя условія родовъ. При этомъ способѣ выходненія на свѣтъ, младенецъ всегда рождается на свѣтъ мертвымъ.

§ 169.

Подавая помощь роженицѣ при косыхъ положеніяхъ младенца, надобно сдѣлать поворотъ этого послѣдняго, т. е. привести его въ продольное положеніе, и тѣмъ дать ему возможность родиться на свѣтъ одними силами природы. (Объ этой операціи, въ своемъ мѣстѣ, будетъ рѣчь подробно). Это показаніе неизмѣнно. Самопроизвольные повороты младенца, объ которыхъ выше было упомянуто, ни въ какомъ случаѣ не могутъ служить противопоказаніями къ совершенію поворота искусственнаго, какъ потому, что они вообще замѣчаются чрезвычайно рѣдко, и, слѣдовательно, на ихъ совершеніе никакъ разсчитывать нельзя, такъ и потому, что замедленіе въ совершеніи поворота младенца всегда сопряжено съ значительною опасностію для роженицы и младенца.

§ 170.

Остается здѣсь еще сказать нѣсколько словъ объ тѣхъ положеніяхъ младенца, которыя дѣлаются неправильными, или въ слѣдствіе неправильнаго отношенія подлежащей части его къ окружающимъ ее стѣнкамъ таза, или въ слѣдствіе того, что конечности его выпадаютъ мимо подлежащей части. Иногда го-

ловка, въ началѣ родовъ, становится такъ, что стрѣловидный шовъ ея совпадаетъ съ поперечнымъ діаметромъ входа въ малый тазъ; но потомъ, въ слѣдствіе болѣе сильныхъ сокращеній матки, принимаетъ положеніе нормальное. Иногда головка уклоняется въ бокъ, и упирается или въ одну изъ подвздошныхъ костей, или въ горизонтальныя вѣтви лобковыхъ костей. Причина такого уклоненія головки заключается въ косости матки, суженіяхъ таза, и чрезмѣрномъ растяженіи матки большимъ количествомъ родовыхъ водъ. Головка младенца остается въ этомъ неправильномъ положеніи обыкновенно только до прохожденія родовыхъ водъ, а потомъ опускается внизъ, и принимаетъ положеніе правильное. Если головка упирается при этомъ затылкомъ въ одну изъ подвздошныхъ костей, то можетъ образоваться лицевое положеніе. Если головка, одною изъ своихъ теменныхъ костей, упирается въ край входа въ малый тазъ, то она можетъ стать надъ этимъ послѣднимъ бокомъ, такъ, что ухо младенца будетъ находиться въ центрѣ входа въ малый тазъ. При нормальномъ устройствѣ таза, головка, въ этомъ положеніи, или вовсе не можетъ пройти сквозь тазъ, или можетъ быть протѣснена сквозь него только при чрезвычайныхъ усиліяхъ со стороны роженицы, при чемъ младенецъ, въ наи-

большей части случаевъ, рождается мертвымъ. Чтобы исправить это неправильное положеніе головки, надобно положить роженицу, до прохожденія родовыхъ водъ, на тотъ бокъ, въ которомъ находится головка младенца, и велѣть ей оставаться постоянно въ этомъ положеніи, пока родовыя воды выйдутъ. Если же, и по прохожденіи родовыхъ водъ, головка остается въ этомъ же положеніи и подвижна, и если матка не обхватила еще плотно тѣло младенца, то надобно ввести руку въ матку, обхватить ею головку младенца, и дать ей, при входѣ въ малый тазъ, правильное положеніе. Этому можно содѣйствовать тѣмъ, что положить свободную руку на животъ роженицы, и стараться подвигать его головку въ направленіи къ центру входа въ малый тазъ. Если же не удастся бы этимъ способомъ исправить положеніе головки, и если она еще подвижна, то надобно ввести руку въ матку, и сдѣлать поворотъ младенца на ножки. Если же головка неподвижна, то надобно наложить щипцы. Самое наложеніе этого инструмента бываетъ, въ этихъ случаяхъ, очень трудно, и иногда, не взирая на значительныя усилія со стороны оператора, не удастся извлечь имъ головку. Въ такомъ случаѣ надобно сдѣлать прободеніе головки.

§ 171.

Мимо предлежащей головки младенца, иногда, выпадает одна ручка, иногда обѣ, иногда выпадает также мимо головки одна, или обѣ ножки. Если младенец недоношенъ и мертвъ, то можетъ случиться, что обѣ ножки вмѣстѣ выпадутъ мимо головки. Выпаденіе ручки мимо головки дѣлается обыкновенно послѣ прохожденія родовыхъ водъ. Вліяніе этого выпаденія на ходъ родовъ зависитъ отъ того, какъ глубоко опустилась выпавшая ручка. Если ручка опустилась на столько, что пальцы ея, или вся кисть, лежатъ ниже головки, то предплечіе ручки ложится на ухо младенца, и тѣмъ увеличиваетъ поперечный діаметръ головки, которая, въ отношеніи къ прохожденію своему сквозь тазъ, составляетъ съ выпавшею ручкою какъ бы одно цѣлое. Степень этого увеличенія поперечнаго діаметра головки, зависитъ отъ большей, или меньшей толщины кисти ручки и ея предплечія. Если кисть ручки, или нижняя часть предплечія лежатъ подлѣ уха младенца, то онѣ увеличиваютъ поперечный діаметръ головки на $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ "; если потуги при этомъ довольно сильны, то роды могутъ окончиться благополучно одними силами природы; если же потуги слабы, а младенецъ великъ, и если тазъ роженицы

нѣсколько сѣужень, то нужно бываетъ наложить щипцы. Если же выпавшая ручка, въ совершенно вытянутомъ положеніи, лежитъ подлѣ головки, то поперечный діаметръ этой послѣдней увеличивается этимъ на $1 - 1\frac{1}{2}''$, и становится, слѣдовательно, длинѣе, не ели прямой ея поперечникъ. Въ этихъ случаяхъ, роды очень рѣдко оканчиваются однѣми силами природы.

§ 172.

Къ причинамъ выпаденіи ручки надобно отнести: неправильное положеніе матки, въ особенности же если при этомъ тазъ роженицы сѣужень, и женщина рождасть уже не въ первый разъ, незрѣлость младенца и смерть его. Распознаваніе выпаденія ручки, при помощи внутренняго изслѣдованія, очень легко. Предсказаніе благопріятно, какъ для матери, такъ и младенца, потому что роды часто оканчиваются благополучно однѣми силами природы, а тамъ, гдѣ эти послѣднія оказались бы недостаточными, въ большей части случаевъ, можно окончить ихъ наложеніемъ щипцовъ.

§ 173.

Подавая помощь роженицѣ при выпаденіи ручки

мимо головки, должно сообразоваться съ вмѣстимостію таза, величиною младенца и силою потугъ. Если всѣ условія для окончанія родовъ благопріятны, то можно предоставить ихъ силамъ природы; если же выходненіе головки слишкомъ бы замедлилось, то наложить щипцы. Вправлять выпавшую ручку не должно, потому что такое вправленіе почти никогда не удается. Оно можетъ быть сдѣлано съ успѣхомъ только тогда, если приступить къ нему немедленно послѣ выпаденія ручки, и если при этомъ головка младенца стоитъ высоко, а матка не обхватила еще плотно его тѣло. Если выпавшая ручка толста, а головка младенца велика; если матка имѣетъ косое положеніе; если потуги слабы, и если тазъ роженицы узокъ, такъ что напередъ можно предвидѣть, что извлечь головку щипцами будетъ очень трудно, а можетъ быть, даже, и невозможно, то лучше сдѣлать заблаговременно, пока головка стоитъ еще высоко, поворотъ на ножки. Если же головка стоитъ уже низко, и ущемлена, то надобно наложить щипцы; если же ими нельзя извлечь головку, то сдѣлать прободеніе ея. При выпаденіи обѣихъ ручекъ, надобно также руководствоваться вышеупомянутыми правилами. Само собою разумѣется, что при выпаденіи обѣихъ ручекъ, еще менѣе можно рассчитывать на возможность окончанія родовъ одними силами природы, нежели при

выпаденіи одной изъ нихъ. При выпаденіи одной, или обѣихъ ножекъ мимо подлежащей головки, роды могутъ также, иногда, окончиться благополучно безъ помощи искусства. Если же окончаніе родовъ слишкомъ бы замедлилось, то надобно окончить ихъ искусственно. Если головка стоитъ низко, то наложить щипцы; если же головка стоитъ высоко и еще подвижна, то надобно обхватить одну, или обѣ выпавшія ножки, и тянуть ихъ книзу, а другою рукою приподнимать головку кверху, чтобы такимъ образомъ измѣнить предлежаніе головки въ предлежаніе ножекъ.

ГЛАВА 2.

Объ излишней величинѣ тѣла младенца.

§ 174.

Чрезмѣрная величина тѣла младенца можетъ не только служить значительнымъ препятствіемъ при прохожденіи его сквозь тазъ, но даже можетъ условливать совершенную невозможность окончанія родовъ одними силами природы. Она можетъ быть или *общей*, т. е. гдѣ всѣ части тѣла младенца имѣютъ ненормальную величину, или *частною*, гдѣ одна какая либо

часть тѣла младенца имѣетъ необыкновенные размѣры. Первая бываетъ слѣдствіемъ сильнаго и быстрого развитія тѣла младенца, а причина второй заключается обыкновенно въ накопленіи какого либо болѣзненнаго продукта. Такъ головка младенца можетъ быть значительно увеличена въ объемѣ своемъ, въ слѣдствіе накопленія въ ней воды; полость живота — въ слѣдствіе накопленія въ ней воды и газовъ. Кромѣ того, опухоли на различныхъ частяхъ тѣла младенца, въ особенности же водяныя опухоли, могутъ увеличивать объемъ тѣла младенца.

§ 175.

Распознаваніе чрезмѣрной величины тѣла младенца, во время беременности, очень трудно; нѣтъ ни одного такого признака, по которому можно было бы узнать ее съ вѣрностію. Если ходъ родовъ весьма медленъ, не взирая на сильныя потуги и совершенно правильное положеніе младенца, то можно предположить, что объемъ тѣла младенца слишкомъ великъ. Если головка младенца слишкомъ велика, то это узнается, при внутреннемъ изслѣдованіи, по тому, что объемъ ея представляется слишкомъ большимъ, и по тому, что роднички ея слишкомъ далеко отстоятъ

другъ отъ друга. Если головка младенца увеличена въ объемѣ своемъ, въ слѣдствіе накопленія въ ней воды, то она отличается тѣмъ, что кости ея черепа очень тонки и уступчивы при давленіи на нихъ, а роднички и швы очень широки. Во время потуги, кости черепа не сближаются между собою, но, напротивъ, расходятся, и головка дѣлается болѣе твердою и напряженною, нежели была до потуги. Увеличеніе объема живота младенца, можно узнать только во время родовъ, и то только тогда когда плечи младенца уже вышли изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей.

§ 176.

При чрезмѣрной величинѣ тѣла младенца, предсказаніе зависитъ отъ объема младенца, величины таза роженицы, и силы потугъ. Если тазъ роженицы имѣетъ нормальную вмѣстимость, и если потуги сильны, то хотя роды и будутъ идти медленно, но могутъ окончиться благополучно одними силами природы. Если же условія родовъ менѣе благопріятны, то головка младенца можетъ ущемиться въ полости таза, въ слѣдствіе чего, если помощь искусства не будетъ подана скоро, младенецъ легко можетъ умереть. Если головка увеличена въ объемѣ своемъ, въ слѣдствіе накопленія

въ ней воды, то роды, при хорошихъ потугахъ, могутъ окончиться сами собою. Головка въ этихъ случаяхъ, изъ круглой, дѣлается продолговатою, что значительно облегчаетъ прохожденіе ея сквозь тазъ. Иногда головка младенца лопається, и содержащаяся въ ней вода вытекаетъ черезъ глаза, носъ и уши. Накопленіе воды въ полости живота младенца, можетъ нѣсколько затруднить выходъ его на свѣтъ, но никогда не составляетъ важнаго препятствія къ окончанію родовъ.

§ 177.

Подавая, въ этихъ случаяхъ, помощь роженицѣ, надобно соображаться преимущественно съ вмѣстимостію таза, силою потугъ и самымъ ходомъ родовъ. Если головка младенца, хотя и медленно, но подвигается впередъ, то можно предоставить окончаніе родовъ силамъ природы. Если потуги слабы, то надобно стараться ихъ усилить употребленіемъ наружныхъ и внутреннихъ средствъ, объ которыхъ выше уже было упомянуто (см. § 134). Если же головка, вступивши во входъ малаго таза, дальше не подвигается, то надобно наложить щипцы; а если бы и ими нельзя было извлечь головку, то сдѣлать прободеніе ея.

Если головка младенца значительно увеличена въ объемѣ, въ слѣдствіе накопленія въ ней воды, и ходъ родовъ отъ того останавливается, то надобно также наложить щипцы. Если же объемъ головки такъ великъ, что напередъ можно предвидѣть, что не уластятъ извлечь ее щипцами, то надобно сперва проколоть ее троакаромъ, выпустить накопившуюся въ ней волю, а потомъ уже наложить щипцы. Если бы не удалось уменьшить достаточнымъ образомъ объемъ головки посредствомъ прокола ея, то надобно наложить кефалотрибъ. Если головка стоитъ еще высоко надъ входомъ въ малый тазъ, и подвижна, то надобно повернуть младенца на ножки, извлечь его туловище, а потомъ сдѣлать проколъ оставшейся въ полости таза головки. Если бы и послѣ прокола нельзя было извлечь головку руками, то наложить щипцы, или кефалотрибъ.

ГЛАВА 3.

О сращеніи младенцевъ между собою.

§ 178

При сложной беременности, младенцы могутъ срастись между собою различнымъ образомъ, а именно:

животами, крестцовыми костями, головами, грудями и т. д. Бывали примѣры, что одинъ, вполне развитый младенецъ содержалъ въ себѣ другаго, менѣе развитога, и этотъ послѣдній находился или подъ кожей, или въ какой либо полости тѣла другаго младенца — состояніе, извѣстное подъ именемъ *foetus in foetu*.

§ 179.

Распознаваніе сращенія двухъ младенцевъ между собою, во время беременности, невозможно. И во время родовъ оно очень трудно, и вообще возможно только тогда, когда головка одного младенца уже вышла на свѣтъ. Такъ какъ плечи младенца, въ этомъ случаѣ, не слѣдуютъ за головкою, и ходъ родовъ останавливается безъ видимой причины, то возникаетъ сомнѣніе, не срослись-ли два младенца между собою. Чтобы узнать это, надобно произвести внутреннее изслѣдованіе роженицы всею рукою.

§ 180.

При сращеніи младенцевъ между собою, предсказаніе нельзя назвать неблагопріятнымъ. Изъ многочисленныхъ наблюденій извѣстно, что роды, въ подобныхъ случаяхъ, не только оканчивались однѣми силами природы, но что, даже, младенцы, иногда, ра-

ждались на свѣтъ живыми. Если сросшіеся младенцы имѣютъ тазовое положеніе, то предсказаніе лучше, нежели въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ они лежатъ головками внизъ.

§ 181.

Такъ какъ сращенія младенцевъ между собою бываютъ весьма разнообразны, то трудно постановить правила, по которымъ должно дѣйствовать въ подобныхъ случаяхъ. Такъ какъ изъ опыта извѣстно, что роды, при сращеніи младенцевъ между собою, не рѣдко, сверхъ чаянія, оканчиваются благополучно одними силами природы, то и не должно вмѣшиваться въ дѣло этой послѣдней, пока не потребуетъ того крайняя необходимость. Если же помощь искусства необходима, то надобно сдѣлать поворотъ на ножки, на томъ основаніи, что опытъ показалъ, что роды, при тазовомъ положеніи сросшихся младенцевъ, легче оканчиваются, нежели при положеніяхъ головныхъ. Если сросшіеся младенцы имѣютъ головное положеніе, то надобно наложить щипцы на ту головку, которая стоитъ ниже. Если бы нельзя было извлечь ее щипцами, то надобно сдѣлать прободеніе ея, а потомъ ввести руку въ матку, и сдѣлать поворотъ другаго младенца

на ножки. Въ крайнемъ случаѣ можно сдѣлать и эмбриотомію, чтобы, уменьшивъ такимъ образомъ объемъ тѣла младенца, проложить себѣ дорогу въ матку. Кесарское сѣченіе ни въ какомъ случаѣ дѣлать не должно.

ГЛАВА 4.

Объ аномаліяхъ дѣтскаго мѣста, пуповины, оболочекъ яйца и родовыхъ водъ.

а) О предлежаніи дѣтскаго мѣста.

§ 182.

Предлежаніемъ дѣтскаго мѣста называется прикрѣпленіе его къ нижней части матки. Оно можетъ быть троякаго рода, а именно:

1) Дѣтское мѣсто можетъ быть прикрѣплено къ нижней части матки, подлѣ внутренняго маточнаго устья, не покрывая, однакоже, своимъ краемъ это послѣднее.

2) Дѣтское мѣсто можетъ покрывать своимъ краемъ внутреннее маточное устье.

3) Дѣтское мѣсто можетъ быть такъ прикрѣплено къ нижней части матки, что центръ его будетъ соотвѣтствовать центру внутренняго маточнаго устья.

§ 183.

Причина образования предлежа́нія послѣда заключается въ неправильномъ первоначальномъ прикрѣпленіи оплодотвореннаго яичка, тотчасъ по вступленіи его въ матку. Выше было сказано (см. Вып. 1 § 71), что слизистая оболочка матки, непосредственно послѣ зачатія, становится толще, рыхлѣе, и что на ней образуются значительныя складки, выполняющія собою совершенно полость матки, такъ, что передняя и задняя ея стѣнки касаются другъ друга. При такомъ сближеніи стѣнокъ матки, оплодотворенное яичко, пришедши въ полость матки, естественнымъ образомъ, тотчасъ же задерживается складками ея слизистой оболочки. Этимъ и объясняется почему, за исключеніемъ весьма немногихъ случаевъ, дѣтское мѣсто бываетъ прикрѣплено къ верхней части матки. Если же полость матки не совершенно выполняется складками ея слизистой оболочки, и между ея стѣнками остается свободное пространство, то яичко можетъ спуститься въ нижнюю часть матки, и тогда и дѣтское мѣсто будетъ прикрѣплено, болѣе или менѣе, близко къ внутреннему маточному устью. Слѣдовательно, ближайшая причина образования предлежа́нія послѣда заключается въ недостаточномъ, несовершенномъ выполненіи по-

лости матки складками ея слизистой оболочки. Это подтверждается тѣмъ, что предлежаніе дѣтскаго мѣста, гораздо чаще встрѣчается у многороженицъ, нежели у первороженицъ, потому что у первыхъ полость матки больше, нежели у послѣднихъ, и, слѣдовательно, у первыхъ легче можетъ остаться въ маткѣ пустое пространство, нежели у послѣднихъ. Предлежаніе дѣтскаго мѣста служитъ доказательствомъ справедливости теоріи образованія Гунтеровой отпадающей оболочки, изложенной въ вышеупомянутомъ §. Если бы эта оболочка образовывалась такъ, какъ думали прежде, т. е. изъ эксудата, выпотѣвающаго на внутренней поверхности матки тотчасъ послѣ зачатія, то оболочка эта не позволила бы яичку опуститься въ нижнюю часть матки. Чтобы достигнуть до нижней части матки, яичко должно было бы протѣсниться между отпадающею оболочкою, плотно прилегающею къ маткѣ, и внутренней поверхностію этой послѣдней, что совершенно неправдоподобно.

§ 184.

При всѣхъ трехъ видахъ предлежанія дѣтскаго мѣста, замѣчаются, болѣе или менѣе, сильныя крово-

теченія. Время появленія кровотеченія зависитъ отъ степени самой неправильности въ прикрѣпленіи послѣда. Если дѣтское мѣсто прикрѣплено къ нижней части матки такъ, что не покрываетъ своимъ краемъ внутреннее маточное устье, то кровотеченіе показывается только съ наступленіемъ родовъ, при первыхъ сокращеніяхъ матки, и продолжается, обыкновенно, до окончанія родовъ. Если же послѣдъ покрываетъ своимъ краемъ внутреннее маточное устье, то кровотеченіе показывается въ девятомъ и десятомъ мѣсяцѣ беременности. Если же дѣтское мѣсто такъ прикрѣплено, что центръ его соотвѣтствуетъ центру внутренняго маточнаго устья, то кровотеченіе показывается гораздо раньше, начиная съ седьмага мѣсяца беременности. Показавшись одинъ разъ, кровотеченіе повторяется, съ большими или меньшими промежутками, до окончанія родовъ. Сначала промежутки эти бываютъ довольно велики; но по мѣрѣ приближенія беременности къ концу, они становятся все меньше и меньше. При двухъ послѣднихъ видахъ предлежанія послѣда, беременность рѣдко продолжается нормальное время; обыкновенно роды наступаютъ раньше, нежели должно. Чѣмъ ближе находится центръ дѣтскаго мѣста къ центру внутренняго маточнаго устья, тѣмъ раньше начинаются роды. Причина кровотеченій, замѣчаемыхъ

при предлежаніи послѣда, заключается въ расширеніи нижняго сегмента матки и внутренняго маточнаго устья, совершающемся, какъ извѣстно, во второй половинѣ беременности. Послѣдъ, по анатомическому своему устройству, не можетъ такъ растягиваться какъ матка, отъ чего и происходитъ, что сосуды, соединяющіе его съ этою послѣднею, разрываются и изливаютъ кровь. При потугахъ, когда маточное устье расширяется, связь послѣда съ маткою еще болѣе нарушается, и кровотеченіе становится еще сильнѣе. Роды, въ этихъ случаяхъ, весьма рѣдко оканчиваются одними силами природы, при чемъ дѣтское мѣсто выходитъ изъ матки или прежде младенца, или послѣ него. Младенецъ, въ большей части случаевъ, умираетъ.

§ 185.

Распознаваніе предлежанія послѣда, въ большей части случаевъ, трудно. Если послѣдъ не покрываетъ своимъ краемъ внутреннее маточное устье, то, во время беременности, не замѣчается такихъ признаковъ, которые могли бы возбудить подозрѣніе касательно неправильности его прикрѣпленія. Но съ наступленіемъ родовъ, при первыхъ потугахъ, показывается кровотеченіе изъ матки, которое наводитъ уже на мысль,

не имѣемъ ли мы передъ собою неправильное прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста. Если изслѣдовать въ это время роженицу черезъ влагалище, то мы находимъ, что та часть нижняго сегмента матки, къ которому прикрѣпленъ послѣдъ, познѣе, рыхлѣе и мягче. Когда маточное устье нѣсколько уже расширено, то, введя палецъ въ него, мы находимъ, что та часть оболочекъ яйца, которая прилегаетъ къ подлежащему послѣду, толще, нежели та, которая покрываетъ противоположный край маточнаго устья. Когда это послѣднее уже расширено въ половину, то введя въ него палецъ, можно иногда осязать и самый послѣдъ. Если дѣтское мѣсто покрываетъ своимъ краемъ внутреннее маточное устье, то распознаваніе легче въ томъ отношеніи, что, въ этихъ случаяхъ, въ теченіи послѣднихъ мѣсяцевъ беременности, всегда показывается, отъ времени до времени, болѣе или менѣе, сильное кровотеченіе, которое, за отсутствіемъ всякой другой видимой причины, заставляетъ уже предполагать предлежаніе дѣтскаго мѣста. При внутреннемъ изслѣдованіи беременной, мы находимъ, что нижній сегментъ матки болѣе вдается въ полость таза, и представляется мягкимъ. Во время родовъ, когда маточное устье нѣсколько расширено, введя въ него палецъ, мы можемъ осязать самый край послѣда, ко-

торый легко можно узнать по его рыхлой, губчатой консистенции. При прикосновении к нему, кровотечение значительно усиливается. Если кровотечение из матки показывается, начиная с седьмого месяца беременности, и, не смотря на употребленные против него средства, упорно продолжается с большими или меньшими промежутками, то возникает подозрение, что центр детского места прикреплен к центру внутреннего маточного устья. Если это так, то, при внутреннем исследовании беременной, мы находим, что весь нижний сегмент матки представляется более толстым и мягким, нежели обыкновенно; подлежащую часть младенца, хотя бы это была и головка, вплоть до самых родов, нельзя осязать. И во время родов, когда маточное устье уже значительно расширено, подлежащую часть младенца нельзя осязать. Палец, введенный в это время в маточное устье, упирается прямо в середину детского места. Всякое прикосновение к этому последнему усиливает кровотечение. Распознавание предлежания плода всегда значительно затрудняется тем, что влагалище и маточное устье бывают наполнены сгустками крови.

§ 186.

Предсказание, при предлежании плода, всегда

неблагопріятно. Кровотеченія, сопровождающія это патологическое состояніе дѣтскаго мѣста, иногда бываютъ такъ сильны, что, не взирая на всѣ усилія искусства, больная скоро умираетъ. Чѣмъ ближе находится середина послѣда отъ центра внутренняго маточнаго устья, тѣмъ хуже предсказаніе. При предлежаніи дѣтскаго мѣста, предсказаніе и въ томъ отношеніи нехорошо, что, иногда, для окончанія родовъ, нужно бываетъ прибѣгать къ важнѣйшимъ акушерскимъ операціямъ, слѣдствіемъ которыхъ могутъ быть различныя пуерперальныя болѣзни. А потому, при предсказаніи, надобно быть весьма осторожнымъ даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ удалось бы скоро окончить роды, и опасность, повидимому, миновалась. Предсказаніе зависитъ тутъ также отъ тѣлосложенія больной, и отъ того скоро ли ей будетъ подана надлежащая помощь. Если больная имѣетъ крѣпкое тѣлосложеніе и полнокровна, и если помощь искусства будетъ ей подана скоро, то можно имѣть надежду спасти ее. Для младенца предсказаніе также всегда дурно; сильныя кровотеченія роженицы такъ истощаютъ его силы, что онъ обыкновенно рождается на свѣтъ мертвымъ. Если предлежащій послѣдъ не покрываетъ своимъ краемъ внутреннее маточное устье, то предсказаніе гораздо лучше, нежели при двухъ другихъ видахъ

предлежанія дѣтскаго мѣста; потому что, въ этомъ случаѣ, кровотеченіе показывается только съ наступленіемъ родовъ, и, слѣдовательно, роженица, сравнительно, теряетъ менѣе крови. Для младенца предсказаніе также лучше, какъ потому, что кровотеченіе роженицы не такъ продолжительно, такъ и потому, что онъ, въ этомъ случаѣ, обыкновенно бываетъ допущенъ; при двухъ же другихъ видахъ предлежанія послѣда, роды, какъ уже выше было сказано, всегда наступаютъ раньше нормальнаго срока.

§ 187.

Полавая помощь больной, при предлежаніи дѣтскаго мѣста, надобно соображаться съ тѣмъ, наступилъ ли правильный срокъ родовъ, или нѣтъ; съ силою кровотеченія, и вліяніемъ этого послѣдняго на общее состояніе здоровья больной, и, наконецъ, съ тѣмъ, показались ли уже потуги, и какое дѣйствіе онѣ произвели на маточное устье. Если кровотеченіе изъ матки показалось въ теченіе послѣднихъ мѣсяцевъ беременности, и если, на основаніи вышеисчисленныхъ признаковъ, мы можемъ предполагать предлежаніе послѣда, то надобно тотчасъ же уложить беременную въ постель, назначить ей прохладное со-

держаніе и прохладительное питье съ минеральными кислотами. Діета больной должна быть самая умѣренная. Пока кровотеченіе не остановится совершенно, не должно позволять больной вставать съ постели. Вообще цѣль леченія въ этомъ случаѣ должна состоять въ томъ, чтобы предотвратить преждевременное наступленіе родовъ. Если же кровотеченіе становится такъ сильно, что угрожаетъ опасностію, то, при дальнѣйшемъ леченіи больной, должно соображаться съ тѣмъ, начались ли сокращенія матки, и расширено ли маточное устье, или нѣтъ. Если потугъ еще нѣтъ, то надобно тотчасъ же ввести во влагалище тампонъ. Если послѣ того покажутся довольно сильныя потуги, то надобно вынуть тампонъ, и посмотрѣть на сколько расширилось маточное устье. Если оно расширено такъ, что можно сквозь него пройти рукою, то надобно ввести эту послѣднюю въ матку, разорвать оболочки яйца, повернуть младенца на ножки, и извлечь его. Если маточное устье еще не расширено достаточно, но если только оно мягко и уступчиво, а кровотеченіе сильно, то надобно поступить такимъ же точно образомъ. Если же, вынувши тампонъ изъ влагалища, мы нашли бы, что маточное устье еще мало расширено, и края его не уступчивы, и если кровотеченіе не очень сильно, то надобно опять ввести

тампонъ, который, въ этомъ случаѣ, дѣйствуетъ не только какъ средство, умѣряющее силу кровотеченія, но и какъ средство, возбуждающее сокращенія матки, и, слѣдовательно, способствующее скорѣйшему расширенію маточнаго устья. Если кровотеченіе очень сильно, а маточное устье еще мало расширено, но мягко и уступчиво, то надобно расширить его пальцами на столько, чтобы рука могла сквозь него пройти; потомъ ввести руку въ матку, повернуть младенца на ножки, и извлечь его. Искусственное расширение маточнаго устья должно дѣлать, въ этихъ случаяхъ, съ большою осторожностію, чтобы не произвести на немъ разрывовъ. Эти послѣдніе могутъ, при предложеніи послѣда, подать поводъ къ сильнымъ кровотеченіямъ, потому что сосуды нижней части матки бываютъ, въ этихъ случаяхъ, особенно развиты. Эти кровотеченія тѣмъ болѣе бываютъ опасны, что они обыкновенно продолжаются и по окончаніи родовъ, потому что матка, ослабленная предшествовавшими кровотеченіями, не можетъ скоро сократиться съ такою силою, чтобы сдавить достаточно сильно отверстія разорванныхъ сосудовъ. Если же, пришедши къ роженицѣ, мы бы нашли, что силы ея значительно истощены въ слѣдствіе кровотеченія, пульсъ малъ, конечности холодны, и она часто падаетъ въ обмо-

рокъ, то не должно тотчасъ приступать къ окончанію родовъ, потому что новая потеря крови, всегда сопровождающая, въ этихъ случаяхъ, искусственное окончаніе родовъ, могла бы причинить роженицѣ скорую смерть. Лучше сперва употребить оживляющія и укрѣпляющія средства, въ особенности же хорошее, старое вино, а потомъ уже, когда силы роженицы нѣсколько поправятся, приступить къ искусственному окончанію родовъ. Чтобы умѣрить силу кровотока, полезно и въ этомъ случаѣ ввести во влагалище тампонъ, и оставить его въ немъ, пока наступитъ болѣе благопріятное время для искусственнаго окончанія родовъ. По извлеченіи младенца, надобно тотчасъ же удалить и послѣдъ. Если бы часть его находилась еще въ соединеніи съ маткою, то надобно отдѣлить ее отъ матки рукою. Для предупрежденія кровотока, могущаго показаться по окончаніи родовъ, въ слѣдствіе слабости матки, надобно, тотчасъ по удаленіи дѣтскаго мѣста, сдѣлать нѣсколько впрыскиваній холодною водою въ полость матки, а на животъ роженицы положить что-либо тяжелое, чтобы сдвинуть матку, и препятствовать ея растяженію. Въ теченіи послѣродоваго времени надобно стараться возстановить ослабѣвшія силы родильницы, и съ этою цѣлю совѣтовать ей употреблять крѣпкую, питательную діету.

б) О задержаніи дѣтскаго мѣста въ полости матки.

§ 188.

Дѣтское мѣсто можетъ быть задержано въ полости матки, послѣ рожденія младенца, болѣе или менѣе долгое время, въ слѣдствіе различныхъ причинъ, а именно: слабости матки, судорожныхъ сокращеній ея, слишкомъ значительнаго объема своего, и слишкомъ крѣпкаго соединенія своего съ маткою. Объ слабости матки и судорожныхъ сокращеніяхъ ея, выше уже было упомянуто (см. §§ 130 и 140); теперь остается еще рассмотретьъ двѣ послѣднія причины задержанія дѣтскаго мѣста.

§ 189.

Чрезмѣрная величина дѣтскаго мѣста, вѣсъ котораго доходитъ, иногда, до $1\frac{1}{2}$ ѳ, замѣчается обыкновенно у женщинъ большаго роста и крѣпкаго тѣлосложенія. Если родившійся младенецъ великъ, то надобно ожидать, что и дѣтское мѣсто велико. Если сокращенія матки, въ пятомъ періодѣ родовъ, сильны, то чрезмѣрная величина послѣда можетъ только нѣсколько замедлить изверженіе его изъ полости матки. Такъ какъ послѣдъ мягокъ и удобосжимаемъ, то сильныя сокращенія матки всегда могутъ протѣснить его сквозь

маточное устье. Если же сокращенія матки слабы, то чрезмѣрная величина послѣда дѣйствительно можетъ быть причиною его задержанія. Оставшійся въ маткѣ послѣдъ, препятствуетъ ей надлежащимъ образомъ сократиться, и сдавить отверстія разорванныхъ сосудовъ, слѣдствіемъ чего бываетъ, болѣе или менѣе, сильное кровотеченіе. При внутреннемъ изслѣдованіи роженицы, введя палецъ въ маточное устье, мы находимъ отдѣлившееся дѣтское мѣсто лежащимъ свободно за маточнымъ устьемъ. Если потянуть въ то же время другою рукою за пуповину, то мы ясно будемъ ощущать, что дѣтское мѣсто уступаетъ этому притяженію, и ложится непосредственно на внутреннее маточное устье, и что это послѣднее служитъ единственнымъ препятствіемъ для его изверженія. Если кровотеченіе при этомъ не сильно, и слѣдовательно, нѣтъ крайней необходимости тотчасъ же удалить дѣтское мѣсто, то надобно стараться усилить сокращенія матки, и употребить съ этою цѣлію средства, объ которыхъ выше уже было говорено (см. § 143). Если же кровотеченіе становится сильнѣе, то надобно ввести руку въ матку, и удалить послѣдъ, что не трудно сдѣлать, потому что онъ, въ этихъ случаяхъ, обыкновенно находится въ нижней части матки, непосредственно за внутреннимъ маточнымъ устьемъ.

§ 190.

Послѣдъ можетъ быть такъ крѣпко соединенъ съ маткою, что сокращеній ея будетъ недостаточно для отдѣленія его. Такое крѣпкое соединеніе послѣда съ маткою есть слѣдствіе различныхъ болѣзненныхъ состояній, замѣчаемыхъ во время беременности, а именно: изліяній крови между дѣтскимъ мѣстомъ и внутреннею поверхностію матки, воспаленія матки, или послѣда, и отложенія между ними болѣзненныхъ продуктовъ, какъ то: эксудата и известковыхъ частицъ. Иногда весь послѣдъ, на всемъ своемъ протяженіи, бываетъ слишкомъ крѣпко соединенъ съ маткою; иногда же, одна только какая либо часть его. Это патологическое состояніе послѣда, и въ теченіи беременности, и во время четырехъ первыхъ періодовъ родовъ, не выражается никакими особенными явленіями. Если, въ пятомъ періодѣ родовъ, потуги довольно сильны, маточное устье открыто, а послѣдъ, при тянутіи за пуповину, этому притяженію не уступаетъ, то рождается сомнѣніе, не соединенъ-ли послѣдъ съ маткою слишкомъ крѣпко. Если весь послѣдъ находится при этомъ въ соединеніи съ маткою, то кровотеченія не бываетъ; если же одна часть его отдѣляется отъ матки, а другая остается прикрѣп-

ленною къ маткѣ, то показывается кровотеченіе, которое продолжается до тѣхъ поръ, пока весь послѣдъ не отдѣлится отъ матки, и не будетъ изъ нея извергнутъ. Если весь послѣдъ слишкомъ крѣпко соединенъ съ маткою, и не подана будетъ во время надлежащая помощь роженицѣ, то послѣдъ остается въ маткѣ, и въ немъ дѣлаются различные метаморфозы. Или онъ разлагается, переходитъ въ гніеніе, и потомъ, въ видѣ гноя и сукровицы, выходитъ изъ матки вмѣстѣ съ послѣродовымъ очищеніемъ. Или внутренняя поверхность послѣда покрывается эксудатомъ, изъ котораго потомъ образуется оболочка, совершенно разъединяющая послѣдъ отъ полости матки. Послѣдъ, въ этомъ случаѣ, въ гніеніе не переходитъ; сосуды его постепенно становятся меньше, объемъ послѣда становится все меньше, а связь его съ маткою все слабѣе, и, наконецъ, онъ, по прошествіи нѣкотораго времени, иногда нѣсколькихъ недѣль, выходитъ изъ матки. Если не весь послѣдъ, а только небольшая часть его остается въ маткѣ, то она постепенно атрофируется, и остается въ маткѣ на всегда. Чтобы убѣдиться въ томъ, что связь послѣда съ маткою дѣйствительно слишкомъ крѣпка, надобно произвести изслѣдованіе полости матки всею рукою.

§ 191.

Предсказаніе, при задержаніи дѣтскаго мѣста, зависитъ отъ причины, произведшей это задержание, отъ того какъ крѣпко послѣдъ соединенъ съ маткою и отъ силы кровотоchenія. Если задержание послѣда зависитъ отъ чрезмѣрной величины его, то предсказаніе хорошо, потому что удалить отдѣлившійся отъ матки послѣдъ легко. Если весь послѣд слишкомъ крѣпко соединенъ съ маткою, то предсказаніе нехорошо. Искусственное отдѣленіе его отъ матки, въ этомъ случаѣ, требуетъ и много времени, и большихъ усилій, и всегда сопровождается значительнымъ кровотоchenіемъ. Если же послѣдъ не будетъ отдѣленъ отъ матки искусственно, останется въ ней и перейдетъ въ гніеніе, то гной можетъ быть всосанъ маткою, и попасть въ общее кровообращеніе, слѣдствіемъ чего бываетъ почти неминуемая смерть больной. Исходъ, въ этихъ случаяхъ, только тогда можетъ быть счастливымъ, когда, попавшій въ общее кровообращеніе, гной отлагается въ какихъ-либо неважныхъ органахъ, и прокладываетъ себѣ дорогу наружу, что, сравнительно, бываетъ очень рѣдко. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣдъ покрывается оболочкою, разъединяющею его отъ полости матки, и препятствующею переходу его въ гніеніе, предсказаніе

хорошо. Равнымъ образомъ оно не дурно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ только небольшая часть дѣтскаго мѣста осталась въ полости матки, и гдѣ она атрофируется, не переходя въ гніеніе. Предсканіе, при задержаніи послѣда, зависитъ также отъ состоянія маточнаго устья. Если это послѣднее судорожно сокращено, то предсказаніе нехорошо, потому что нельзя ввести руку въ матку для удаленія послѣда, и потребуется нѣкоторое время для того, чтобы сдѣлать маточное устье доступнымъ для руки, а въ теченіи этого времени родильница можетъ потерять много крови.

§ 192.

При леченіи этого болѣзненнаго состоянія, мы должны сообразоваться съ причиною, произведшею его, и силою кровотеченія. Если послѣдъ не выходитъ изъ матки по причинѣ чрезмѣрной величины своей, и если кровотеченіе при этомъ незначительно, то надобно стараться только усилить сокращенія матки, и подождать пока часть дѣтскаго мѣста вступитъ въ маточное устье. Когда это сдѣлалось, то надобно обхватить пальцами вдающуюся въ маточное устье часть послѣда, извлечь его изъ матки, а потомъ удалить. Если же кровотеченіе сильно, и, слѣдовательно,

нельзя медлить, то надобно ввести руку въ матку, удалить послѣдъ, а потомъ употребить приличныя наружныя и внутреннія средства для усиленія сокращеній матки, и предупрежденія могущаго быть, и по удаленіи послѣда, кровотеченія. Если одна часть дѣтскаго мѣста отдѣлилась отъ матки, а другая не отдѣляется отъ нея по причинѣ слишкомъ крѣпкаго соединенія своего съ маткою, и если при этомъ кровотеченіе слабо, то надобно стараться усилить сокращенія матки, и способствовать такимъ образомъ окончательному отдѣленію послѣда. Если же кровотеченіе сильно, то надобно немедленно ввести руку въ матку, отдѣлить отъ нея дѣтское мѣсто и удалить его. Если, не взирая на достаточно сильныя сокращенія матки въ пятомъ періодѣ родовъ, дѣтское мѣсто не отдѣляется отъ матки, и кровотеченія при этомъ нѣтъ, то можно предполагать, что весь послѣдъ слишкомъ крѣпко соединенъ съ маткою. Въ такомъ случаѣ можно нѣсколько подождать; но если, въ теченіи 3—4 часовъ, послѣдъ не отдѣлится отъ матки самъ собою, то надобно ввести руку въ эту послѣднюю, отдѣлитъ и удалить его. Если судорожное сокращеніе маточнаго устья препятствуетъ введенію руки въ матку, то надобно стараться расширить его пальцами руки; а если бы это оказалось невозможнымъ, то надобно

предварительно уничтожить судорожное состояніе матки употребленіемъ средствъ, объ которыхъ выше уже было говорено (см. § 145). Если же врачъ призванъ слишкомъ поздно, когда маточное устье такъ сократилось, что введеніе руки въ матку уже не возможно, и послѣдъ уже перешелъ въ гніеніе, что узнается по тому, что послѣродовое очищеніе очень обильно и зловонно, то надобно, по крайней мѣрѣ, стараться ослабить вредное дѣйствіе гніенія послѣда на организмъ больной. Съ этою цѣлю, надобно нѣсколько разъ въ день дѣлать больной выпрыскиванія въ полость матки изъ настоя ароматическихъ травъ, съ прибавленіемъ хлоровой воды (*Rp. Infus. specie. aromat. ℥vj, Aq. Chlori. ℥jj. M. D. S.* Для выпрыскиваній въ матку). Внутри, въ этихъ случаяхъ, надобно давать больной средства ароматическія и укрѣпляющія, съ прибавленіемъ минеральныхъ кислотъ (*Rp. Infus. Chin. frig. par. ℥vj, Acidi muriatici ℥jj, syrup. Rub. Id. ℥j. M. D. S.* Черезъ часъ по столовой ложкѣ принимать) Діета больной должна быть питательная.

в) О выпаденіи пуповины.

§ 193.

Выпаденіемъ пуповины называется опусканіе ея мимо подлежащей части младенца. Оно встрѣчается

довольно рѣдко; изъ многочисленныхъ наблюденій, сдѣланныхъ различными врачами, видно, что, на 300 родовъ вообще, приходится одинъ случай выпаденія пуповины. Оно можетъ случиться при всякомъ положеніи младенца, но преимущественно замѣчается при косыхъ его положеніяхъ. Если оболочки яйца еще не разорваны, то вынавшая пуповина помѣщается ниже подлежащей части младенца, и ложится непосредственно на самыя оболочки яйца; но когда при разрывѣ оболочекъ яйца, родовыя воды вытекаютъ, то пуповина опускается въ полость влагалища, и, иногда, выпадаетъ, даже, изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей роженицы. Петля, образуемая выпавшею пуповиною, не всегда находится въ одинаковомъ отношеніи къ подлежащей части младенца; иногда, пуповина выпадаетъ мимо этой послѣдней съ боку ея, и при томъ такъ, что обѣ вѣтви этой петли находятся въ одной и той же половинѣ таза, на болѣе, или менѣе близкомъ разстояніи другъ отъ друга; иногда же, напротивъ, вѣтви этой петли обнимаютъ подлежащую часть младенца, и, слѣдовательно, одна изъ нихъ находится въ одной половинѣ таза, а другая — въ другой.

§ 194.

Къ причинамъ, способствующимъ выпаденію пу-

повины, надобно отнести: чрезмѣрную длину пуповины, излишнее количество родовыхъ водъ, неправильное образованіе таза роженицы, косыя положенія младенца и косое положеніе матки. Если пуповина очень длинна, то она можетъ образовать нѣсколько петель, которыя будутъ находиться въ различныхъ частяхъ маточной полости. Если одна изъ такихъ петель помѣстится на одной высотѣ съ подлежащею частію младенца, и если, при истеченіи родовыхъ водъ, эта послѣдняя не успѣетъ занять все маточное устье, то легко можетъ образоваться выпаденіе пуповины. Излишнее количество родовыхъ водъ потому способствуетъ выпаденію пуповины, что стѣнки матки, будучи при этомъ слишкомъ растянуты, находятся дальше отъ тѣла младенца, нежели то бываетъ обыкновенно, слѣдствіемъ чего бываетъ то, что между подлежащею частію младенца и соотвѣтствующими ей стѣнками матки, остается слишкомъ большое пространство, занятое только родовыми водами, сквозь которое пуповина легко можетъ опуститься мимо подлежащей части младенца, въ нижнюю часть матки. Между аномаліями таза, излишнее наклоненіе его болѣе другихъ способствуетъ выпаденію пуповины, потому, что въ этомъ случаѣ, матка перевѣшивается дномъ своимъ напередъ, а подлежащая часть младенца не зани-

маеть собою все маточное устье, расширеніе котораго при этомъ совершается неравномѣрно. Между подлежащею частію младенца и краями маточнаго устья остается, въ этомъ случаѣ, съ одного боку этого послѣдняго, пустое пространство, сквозь которое легко можетъ выпасть пуповина. Косое положеніе матки точно такимъ же образомъ способствуетъ выпаденію пуповины. При косыхъ положеніяхъ младенца, нижній сегментъ матки, до разрыва оболочекъ яйца, бываетъ занятъ однѣми только родовыми водами; ничто не препятствуетъ, слѣдовательно, пуповинѣ опуститься въ нижнюю часть матки и лечь тутъ на оболочки яйца; а при разрывѣ этихъ послѣднихъ, она легко можетъ выпасть въ полость влагалища.

§ 195.

Распознаваніе выпаденія пуповины, до прохожденія родовыхъ водъ, трудно. При внутреннемъ изслѣдованіи роженицы, касаясь пальцемъ оболочекъ яйца, можно, иногда, въ этихъ случаяхъ, осязать за ними какъ бы мягкій снурокъ, который, отъ прикосновенія пальца, быстро поднимается кверху. Если младенецъ живъ, то можно бываетъ, сквозь оболочки яйца, ощущать біеніе артерій въ пуповинѣ, что значительно

облегчаетъ распознаваніе. По прохожденіи родовыхъ водъ, распознаваніе становится легкимъ, потому что можно явственно осязать пуповину, свободно висающую въ полости влагалища.

§ 196.

Предсказаніе, при выпаденіи пуповины, для роженицы благопріятно; для младенца же, напротивъ, оно весьма неблагопріятно. Изъ многочисленныхъ наблюденій извѣстно, что двѣ трети младенцевъ погибаютъ въ подобныхъ случаяхъ. Причина смерти младенца заключается въ сдавленіи пуповины между стѣнкою таза и подлежащею частію младенца, и, происходящемъ отъ того, нарушеніи кровообращенія между младенцемъ и дѣтскимъ мѣстомъ. Если пуповина выпадаетъ мимо котораго либо соединенія безъимянной кости съ крестцовой, то предсказаніе лучше, нежели въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она выпадаетъ мимо передней стѣнки таза, потому что тамъ она подвергается менѣ сильному давленію, нежели тутъ. До прохожденія родовыхъ водъ, младенецъ не подвергается опасности, потому что эти послѣднія защищаютъ пуповину отъ давленія.

§ 197.

Подавая помощь роженицѣ, при выпаденіи пу-

повины, надобно соображаться съ слѣдующими обстоятельствами. Если младенецъ уже умеръ, что можно узнать по тому, что не слышно болѣе біенія артерій въ его пуповинѣ, и если нѣтъ другихъ показаній къ искусственному окончанію родовъ, то можно представить эти послѣдніе силамъ природы. Окончаніе родовъ, равнымъ образомъ, можетъ быть предоставлено однимъ силамъ природы и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ разрывъ оболочекъ яйца и выпаденіе пуповины совершаются тогда, когда головка опустилась уже низко въ полость таза, и гдѣ потуги часты и сильны, такъ, что можно надѣяться, что роды скоро окончатся сами собою. Если тазъ роженицы широкъ, а головка младенца мала, и если пуповина выпала мимо задней стѣнки таза, то также не должно спѣшить искусственнымъ окончаніемъ родовъ. Однакоже, надобно при этомъ внимательно наблюдать за біеніемъ артерій въ пуповинѣ; если бы оно сдѣлалось слабымъ, или перемежающимся, то надобно немедленно окончить роды искусственно. Если пуповина не сильно сдавлена, и, слѣдовательно, нѣтъ надобности спѣшить окончить роды искусственно, то должно сдѣлать попытку вправить выпавшую пуповину. Съ этою цѣлію, надобно ввести во влагалище руку, обхватить пуповину указательнымъ и среднимъ пальцами, и провести ее на-

задъ, сквозь маточное устье, въ полость матки. Вправить выпавшую пуповину легко, но удержать ее въ полости матки, предотвратить вторичное ея выпаденіе, очень трудно. Для этого предложено было нѣсколько способовъ. Одни предлагали ввести выпавшую пуповину сколь возможно выше въ полость матки, и обмотать ее около ножки, или ручки младенца; другіе совѣтуютъ намотать выпавшую пуповину на кусокъ губки, и провести этотъ послѣдній въ полость матки, за подлежащую часть младенца. Для вправленія выпавшей пуповины изобрѣтено также нѣсколько инструментовъ, изъ которыхъ лучшій изобрѣтенъ Schöller'омъ. По введеніи пуповины обратно въ полость матки, надобно ее тамъ придержать рукою, или инструментомъ, пока подлежащая часть младенца опустится ниже, и заградить ей дорогу для вторичнаго выпаденія. Весьма рѣдко, однакоже, удастся предотвратить повтореніе выпаденія пуповины. Если она выпадаетъ опять, то надобно окончить роды искусственно. Если головка младенца стоитъ при этомъ довольно низко, то надобно наложить щипцы; если же она стоитъ высоко и подвижна, то надобно повернуть младенца на ножки, и извлечь его. Если младенецъ имѣетъ при этомъ тазовое положеніе, и задъ его стоитъ еще высоко, то надобно низвести ножки его;

если же задница младенца глубоко уже опустилась въ полость таза, то надобно извлечь ее тупымъ крючкомъ, или руками.

2) О разрывѣ пуповины.

§ 198.

Причина разрыва пуповины заключается или въ излишней короткости ея, или въ недостаточной крепости сосудовъ, ее составляющихъ. Если женщина рождаетъ въ стоячемъ положеніи, и если младенецъ при этомъ внезапно выйдетъ изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей, и упадетъ на полъ, то пуповина легко можетъ разорваться. Пуповина разрывается обыкновенно или отступя на нѣсколько дюймовъ отъ пупочнаго кольца, или на такомъ же разстояніи отъ дѣтскаго мѣста. Иногда, хотя и рѣдко, разрывается она по срединѣ; а еще рѣже бываютъ тѣ случаи, гдѣ она отрывается отъ пупочнаго кольца. Если пуповина разрывается въ то время, когда младенецъ еще находится въ полости матки, то смерть этого послѣдняго почти неминуема; только весьма скорое окончаніе родовъ можетъ, въ этомъ случаѣ, спасти младенца. Причина его смерти заключается въ потерѣ крови, и нарушеніи кровообращенія.

§ 199.

Распознаваніе разрыва пуповины возможно только тогда, когда можно осязать, или видѣть разорванную пуповину. Если пуповина отрывается отъ пупочнаго кольца, то, по рожденіи младенца на свѣтъ, надобно стараться остановить кровотеченіе прижатіемъ, или перевязкою разорванныхъ пупочныхъ сосудовъ. Если же нельзя этого сдѣлать, то надобно обвести лигатуру, подъ кожей, вокругъ пупочнаго кольца, и потомъ стянуть ею это послѣднее. Если пуповина разрывается на близкомъ разстояніи отъ дѣтскаго мѣста, то, по рожденіи младенца на свѣтъ, надобно тотчасъ же искусственно отдѣлить отъ матки послѣдь, и удалить его; въ противномъ случаѣ, можетъ показаться кровотеченіе.

д) Объ излишней длинѣ и короткости пуповины.

§ 200.

Излишняя длина и короткость пуповины могутъ нарушить правильный ходъ родовъ. Въ первомъ случаѣ, пуповина, образуя большія петли, лежащія въ разныхъ частяхъ матки, легко можетъ обвиться около членовъ младенца, слѣдствіемъ чего бываетъ, иногда,

замедленіе кровообращенія въ ней и, проистекающее изъ того, недостаточное питаніе младенца; или можетъ выпасть. Кромѣ того, при излишней длинѣ пуповины, на ней легко могутъ образоваться настоящіе узлы, которые также могутъ причинить замедленіе, или, даже, прекращеніе кровообращенія въ ней. Если пуповина слишкомъ коротка, то она одна, сама по себѣ, можетъ служить механическимъ препятствіемъ выходенія младенца на свѣтъ. Если пуповина при этомъ крѣпка, то, во время родовъ, все дѣтское мѣсто можетъ быть оторвано отъ матки, слѣдствіемъ чего будетъ сильное кровотеченіе. Если же соединеніе послѣда съ маткою очень крѣпко, то можетъ образоваться разрывъ пуповины, или выворотъ матки.

§ 201.

Распознаваніе излишней длины пуповины, до выходенія младенца на свѣтъ, невозможно. Если рожденіе младенца замедляется, не смотря на то, что потуги довольно сильны, и что нѣтъ механическаго препятствія ни со стороны таза роженицы, ни со стороны объема головки младенца, и если этотъ послѣдній, опустившись ниже во время потуги, послѣ нея опять поднимается кверху, то возникаетъ со-

миѣніе, не заключается-ли причина замедленія его выхода на свѣтъ въ излишней короткости пуповины. Убѣдиться въ этомъ, однакоже, можно только введя руку въ дѣтородныя части роженицы. Если, при этомъ изслѣдованіи, окажется, что пуповина очень натянута, то можно, съ большою вѣроятностію, предположить, что она дѣйствительно слишкомъ коротка. Въ такомъ случаѣ, надобно подождать, пока маточное устье достаточно расширится, перерѣзать пуповину, а потомъ поспѣшно окончить роды; надобно или поверотить младенца на ножки и извлечь его, или наложить щипцы. Объ томъ, какъ должно поступать при разрывѣ пуповины, кровотеченіяхъ, бывающихъ слѣдствіемъ оторванія дѣтскаго мѣста отъ матки, и выворотъ этой послѣдней, было уже говорено выше (см. §§ 199, 148 и 122).

е) Объ излишней и недостаточной крѣпости оболочекъ яйца.

§ 202.

Оболочки яйца могутъ быть слишкомъ крѣпки и слишкомъ слабы; и то, и другое можетъ подать поводъ къ нарушенію правильнаго хода родовъ. Если

оболочки яйца слишком крѣпки, то разрывъ ихъ можетъ значительно замедлиться. Въ этомъ случаѣ, оболочки яйца, по совершенномъ расширеніи маточнаго устья, вдаются, иногда, значительно въ полость влагалища, и доходятъ, иногда, даже, до наружныхъ дѣтородныхъ частей. Сильнѣйшія сокращенія матки бывають, иногда, не въ состояніи разорвать оболочки яйца. Слѣдствіемъ этого бываетъ, наконецъ, прекращеніе потугъ, и приостановленіе хода родовъ. Излишняя крѣпость оболочекъ яйца легко узнается по тому, что онѣ не разрываются, не смотря на сильныя сокращенія матки по совершенномъ расширеніи ея устья, и по тому, что оболочки яйца значительно вдаются въ полость влагалища во время потугъ. Это состояніе оболочекъ яйца не имѣетъ важнаго значенія, потому что препятствіе къ окончанію родовъ легко можетъ быть устранено искусственнымъ разрывомъ ихъ. Если же оболочки яйца слишкомъ слабы, то это можетъ имѣть болѣе значительное вліяніе на ходъ родовъ. Оболочки яйца могутъ, въ этомъ случаѣ, разорваться въ первомъ, или при началѣ втораго періода родовъ, при чемъ, болѣе или менѣе значительное количество родовыхъ водъ вытекаетъ, и этимъ уничтожаются всѣ тѣ выгоды, которыя представляетъ присутствіе родовыхъ водъ въ полости матки въ те-

ченіи первыхъ двухъ періодовъ родовъ, и объ которыхъ выше уже было сказано (см. Вып. 1, § 125). Такъ какъ расширеніе маточнаго устья совершается, въ этомъ случаѣ, безъ помощи родового пузыря, одною подлежащею частию младенца, то оно совершается неравномѣрно, и бываетъ сопряжено съ болѣе сильною болью для роженицы. Преллегающая часть младенца подвергается при этомъ болѣе сильному давленію со стороны маточнаго устья, а потому на ней быстро образуется значительная опухоль. Такъ какъ расширеніе маточнаго устья сопровождается, въ этомъ случаѣ, сильною болью, то потуги, наконецъ, могутъ сдѣлаться судорожными. Жизнь младенца находится при этомъ въ опасности, потому что, будучи лишень защиты, доставляемой ему родовыми водами, онъ подвергается сильному давленію со стороны матки въ тѣ періоды родовъ, когда недостаточное еще расширеніе маточнаго устья не позволяетъ ему опуститься ниже въ полость таза, и тѣмъ умѣрить вредное вліяніе давленія матки на его тѣло. Если, при преждевременномъ разрывѣ оболочекъ яйца, бывающемъ слѣдствіемъ излишней ихъ слабости, значительное количество родовыхъ водъ вытекаетъ, то оставшейся въ полости матки части ихъ бываетъ недостаточно для надлежащаго увлаженія влагалища во время родовъ.

Это послѣднее, въ слѣдствіе того, дѣлается сухимъ и горячимъ, и прохожденіе младенца сквозь него становится болѣе затруднительнымъ, нежели обыкновенно, и болѣе болѣзненнымъ для роженицы.

§ 203.

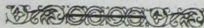
Подавая помощь роженицѣ въ подобныхъ случаяхъ, надобно сообразоваться съ послѣдствіями слишкомъ ранняго истеченія родовыхъ водъ. Если потуги становятся судорожными, то надобно употребить противъ этого приличныя средства (см. § 145); если же на предлежащей части младенца образовалась значительная опухоль, и если, при выслушиваніи живота роженицы, оказалось бы, что сердцебіеніе младенца становится слабымъ, или перемежающимся, что указываетъ на то, что младенецъ страдаетъ, то надобно окончить роды искусственно. Если влагалище сухо, горячо и очень чувствительно при прикосновеніи, то надобно дѣлать въ него впрыскиванія изъ теплаго деревяннаго масла, или какого-либо слизистаго отвара.

ж) *Объ излишнемъ и недостаточномъ количествѣ
родовыхъ водъ.*

§ 204

Если количество родовыхъ водъ слишкомъ значительно, то матка, будучи ими чрезмерно растянута, не можетъ достаточно сильно сокращаться, и ходъ родовъ отъ того замедляется. Кроме того, такъ какъ подлежащая часть младенца не можетъ при этомъ опуститься достаточно низко, то легко можетъ образоваться выпаденіе пуповины, или ручки. При-
сутствіе излишняго количества родовыхъ водъ въ полости матки, узнается по тому, что эта послѣдняя имѣетъ при этомъ огромный объемъ, а признаковъ сложной беременности не замѣчается; далѣе, по тому, что, во время родовъ, головка долго стоитъ высоко надъ входомъ въ тазъ, и весьма подвижна. Подавая помощь роженицѣ въ этомъ случаѣ, надобно совѣ-
товать ей въ началѣ втораго періода родовъ уже лечь на родильную постель, чтобы прохожденіе родовыхъ водъ не совершилось при стоячемъ положеніи ея, потому что именно въ это время пуповина, или ручка легко могутъ выпасть. Если же, по совершенномъ расширеніи маточнаго устья, потуги прекра-

щаются, по причинѣ чрезмѣрнаго растяженія матки, то надобно сдѣлать искусственный разрывъ оболочекъ яйца, послѣ котораго роды, обыкновенно, оканчиваются очень скоро. Если матка содержитъ въ себѣ слишкомъ малое количество родовыхъ водъ, то вліяніе этого недостатка на ходъ родовъ бываетъ такое же, какое замѣчается при слишкомъ раннемъ истеченіи родовыхъ водъ, а потому и поступать должно въ этихъ случаяхъ по правиламъ, изложеннымъ въ предъидущемъ параграфѣ.



ОПЕЧАТКИ:

Напечатано:		Читай:
Стран.	Строк.	
5	2	въ теченіе
7	16	считаться причиною, предрас- полагающею
9	10	kali aceticum
21	9	аа 3j
—	10	столовые ложки
36	2	частью или
67	15	объему
73	1 и 2	вліяній; то
74	23	два, три
	24	въ теченіе
85	22	ко происхожденію
92	4	младенца,
—	5	потому чѣмъ
102	6	беременности,
123	20	живота и
144	15	особенность что
170	1	таза, въ
177	18	испражненіе
218	20	теченіе
—	22	чувствуетъ что
242	17	судорогъ
243	24	судорга
244	11	судорга
245	16	судорогою
246	1	судорга
247	1	судорга
250	15	кость ея
255	2	судорга
—	14	30—40° P.
257	5	низкимъ
—	17	состояніе
265	18	губу
279	15	также сквозь
283	22	при чемъ уздечка
320	14	его
326	10	тогда когда
338	22	рождается
339	18	въ теченіе
348	4	Предсканіе
351	9	когда при
		въ теченіи
		считаться причинами,
		предрасполагающими
		kali carbonicum
		аа 3jj
		столовыхъ ложки.
		частью, или
		объема
		вліяній, то
		два, три,
		въ теченіи
		къ происхожденію
		младенца;
		потому что, чѣмъ
		беременности,—
		живота, и
		особенность, что
		таза въ
		испражненіе низомъ
		теченіи
		чувствуетъ, что
		судорогъ
		судорога
		судорога
		судорогою
		судорога
		судорога
		косость ея
		судорога
		30—34° P.
		нижнимъ
		явленіе
		губу,
		также, сквозь
		при чемъ спайка
		ею
		тогда, когда
		раждается
		въ теченіи
		Предсказаніе
		когда, при

ГЛАВА I.

Объ акушерскомъ изслѣдованіи.

§ 1.

Акушерскимъ изслѣдованіемъ называется осмотръ дѣтородныхъ частей и грудей женщины. Оно производится съ различною цѣлю. Въ беременности, оно производится для опредѣленія состоянія дѣтородныхъ частей женщины, съ цѣлю узнать находятся-ли онѣ въ нормальномъ состояніи, и если замѣчается въ нихъ какое-либо уклоненіе отъ нормы, то опредѣлить въ чемъ именно заключается это уклоненіе. При изслѣдованіи беременныхъ, мы должны имѣть въ виду опредѣленіе періода беременности, тѣхъ перемѣнъ, которыя производитъ беременность въ дѣтородныхъ частяхъ, и распознаваніе жизни и смерти младенца. Изслѣдуя беременную женщину, мы также должны обратить вниманіе и на устройство ея дѣто-

родныхъ частей вообще и на положеніе младенца, чтобы узнать возможно-ли въ данномъ случаѣ благополучное окончаніе предстоящихъ родовъ. Во время родовъ, изслѣдованіе дѣлается съ цѣлю узнать: имѣютъ-ли дѣтородныя части роженицы правильное устройство и положеніе; дѣйствительно-ли начались роды; въ какомъ они находятся періодѣ; правильны-ли потуги; какое положеніе имѣетъ младенецъ, и живъ-ли онъ. Еслибы замѣчено было какое-либо уклоненіе отъ правильнаго хода родовъ, то мы должны, при помощи акушерскаго изслѣдованія, опредѣлить причину такого уклоненія.

§ 2.

При акушерскомъ изслѣдованіи надобно соблюдать слѣдующія правила:

1) Надобно щадить сколь возможно чувство стыдливости изслѣдуемой женщины, и, безъ крайней надобности, не обнажать ея тѣла. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ изслѣдованіе посредствомъ зрѣнія можно замѣнить изслѣдованіемъ посредствомъ осязанія, тамъ послѣднее надобно предпочитать первому.

2) При самомъ изслѣдованіи долженъ присутствовать кто-либо изъ близкихъ родныхъ изслѣдуемой

женщины; всѣхъ же лишнихъ зрителей надобно попросить удалиться. Результаты изслѣдованія можно сообщать только тѣмъ изъ окружающихъ изслѣдуемую женщину, которые, по отношеніямъ своимъ къ ней, имѣютъ право ихъ знать. Если бы акушеръ, при изслѣдованіи, нашелъ что-либо такое, что угрожаетъ опасностію изслѣдуемой женщинѣ, то онъ не только не долженъ ей о томъ объявлять, но долженъ стараться всячески это отъ нея скрыть. Близкимъ-же роднымъ изслѣдуемой женщины надобно сказать всю правду.

3) Изслѣдованіе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, должно дѣлать съ возможною поспѣшностію. Если мы осматриваемъ женщину, которая прежде никогда не подвергалась изслѣдованію, то первое изслѣдованіе ея должно быть какъ можно короче; въ противномъ случаѣ она не позволитъ повторить его. Если бы не удалось при первомъ изслѣдованіи достигнуть вѣрныхъ результатовъ, то надобно настаивать на повтореніи его, и, производя его во второй разъ, изслѣдовать уже не торопясь, и убѣдиться при этомъ окончательно въ какомъ именно состояніи находятся части, подлежащія изслѣдованію.

4) Если назначеніе времени дня для изслѣдованія зависитъ отъ акушера, то надобно производить

его поутру, когда женщина только что встала съ постели, и ничего еще не ѣла.

§ 3.

Положеніе женщины, во время изслѣдованія, можетъ быть различно, смотря по цѣли его, и времени, когда оно производится.

При изслѣдованіи внѣ беременности, женщина можетъ стоять, или лежать. Если женщина страдаетъ опущеніемъ матки, то, при изслѣдованіи, она должна стоять, потому что, при этомъ положеніи ея, лучше можно опредѣлить степень опущенія матки. Если женщина страдаетъ кровотеченіемъ изъ матки, то должно изслѣдовать ее въ лежащемъ положеніи, потому что вертикальное положеніе ея могло бы, въ этомъ случаѣ, усилить кровотеченіе. При осмотрѣ живота изслѣдуемой женщины, внѣ беременности и во время ея, она должна лежать съ согнутыми нижними конечностями, чтобы покровы живота ея не были напряжены, и чтобы сквозь нихъ можно было лучше осязать матку. При внутреннемъ изслѣдованіи, во время беременности, женщина должна стоять, потому что, при стоячемъ положеніи ея, матка опускается нѣсколько ниже, и дѣлается доступнѣе для изслѣдующаго пальца. Во время родовъ, изслѣдованіе можетъ быть производимо при стоячемъ положеніи ро-

женицы только до тѣхъ поръ, пока маточное устье еще не значительно расширено. Начиная же съ половины втораго періода родовъ, оно должно быть производимо при лежащемъ положеніи роженицы. Если изслѣдованіе производится при стоячемъ положеніи женщины, то эта послѣдняя можетъ стоять или свободно, или прислонясь спиною къ чему либо. Акушеръ, въ этомъ случаѣ, или садится на низкій стулъ, или становится на колѣно, соименное той рукѣ, которую онъ хочетъ произвести изслѣдованіе. Если изслѣдованіе производится при лежащемъ положеніи женщины, то акушеръ садится на край постели, соименный той рукѣ, которую онъ намѣренъ произвести изслѣдованіе. Изслѣдованіе можетъ быть также производимо и при боковомъ положеніи женщины, и въ такомъ случаѣ акушеръ становится около того края постели, къ которому обращена спина изслѣдуемой женщины. Весьма рѣдко встрѣчается надобность изслѣдовать женщину при положеніи ея на колѣнахъ и локтяхъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, акушеръ, при изслѣдованіи, становится сзади ея.

§ 4.

Акушерское изслѣдованіе раздѣляется на *наружное* и *внутреннее*. *Наружнымъ* называется

оно, когда снаружи осматриваются дѣтородныя части, животъ и груди женщины. Оно можетъ быть произведено помощію осязанія, слуха и зрѣнія. Сюда же относится и наружное измѣреніе таза посредствомъ инструментовъ, объ которомъ выше уже было говорено (см. Вып. II, § 96). *Внутреннимъ* называется оно, когда предметъ изслѣдованія составляютъ внутреннія дѣтородныя части женщины. При наружномъ изслѣдованіи дѣтородныхъ частей и живота женщины, рука, назначенная для изслѣдованія, вводится подъ платье изслѣдуемой женщины, и ведется вверхъ. При этомъ надобно сперва обратить вниманіе на положеніе и форму нижнихъ конечностей. При изслѣдованіи беременныхъ, это имѣетъ важное значеніе въ томъ отношеніи, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ тазъ беременной измѣненъ въ слѣдствіе бывшей англійской болѣзни, или размягченія костей, не рѣдко нижнія конечности бываютъ искривлены. Слѣдовательно, еслибы, при изслѣдованіи, найдено было такое искривленіе нижнихъ конечностей, то это заставитъ насъ сдѣлать самое точное изслѣдованіе таза, и можетъ повести къ открытію такихъ недостатковъ въ образованіи этого послѣдняго, которые, быть можетъ, при другихъ обстоятельствахъ, ускользнули бы отъ нашего вниманія. Изслѣдовавъ нижнія конечности, рука

поднимается вверхъ, кладется на животъ изслѣдуемой женщины, и изслѣдуетъ его покровы, форму и объемъ. Если изслѣдованіе производится во время беременности, то въ то же время надобно опредѣлить величину матки и мѣсто, занимаемое дномъ ея. При осмотрѣ живота, надобно также обратить вниманіе на состояніе пупка. Если мы желаемъ возбудить движенія младенца, то надобно придавить нѣсколько крѣпче рукою животъ изслѣдуемой женщины, или опустить сперва руку въ холодную воду, потомъ наскоро обтереть ее, и положить на животъ изслѣдуемой женщины. При изслѣдованіи живота беременных надобно также обратить вниманіе на то, замѣчается-ли колебаніе жидкости въ маткѣ. Начиная съ пятого мѣсяца беременности, можно почти во всѣхъ случаяхъ замѣтить это колебаніе жидкости въ верхней части матки. Окончивъ осмотръ живота, рука спускается внизъ на наружныя дѣтородныя части и изслѣдуетъ ихъ положеніе и состояніе. При этомъ надобно обратить особенное вниманіе на то, нѣтъ-ли варикозныхъ расширеній венъ на большихъ дѣтородныхъ губахъ, или накопленія воды въ этихъ послѣднихъ. При наружномъ изслѣдованіи женщины, надобно также осмотрѣть ея тазъ, чтобы составить себѣ хотя приблизительное понятіе объ его вмѣстимости. Объ томъ, какъ дѣлается

это наружное измѣреніе таза, было уже говорено выше (см. Вып. II, § 96) При помощи зрѣнія, наружное изслѣдованіе производится рѣдко, и именно только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нужно опредѣлять цвѣтъ наружныхъ дѣтородныхъ частей и слизистой оболочки, выстилающей входъ во влагалище, и при изслѣдованіи грудей. Эти послѣднія должно изслѣдовать въ одно и тоже время и помощію осязанія и помощію зрѣнія. При изслѣдованіи грудей, надобно обратить вниманіе на ихъ величину и консистенцію, на цвѣтъ кожи, ихъ покрывающей, въ особенности же на цвѣтъ около-соскового кружка, и на то, замѣчаются-ли на немъ увеличенныя въ объемѣ своемъ желѣзки, или нѣтъ, и, наконецъ, на форму, величину и положеніе сосковъ. При изслѣдованіи грудей, во время беременности, надобно также опредѣлить содержатъ-ли онѣ въ себѣ млечковидную жидкость. Въ этомъ легко можно убѣдиться, производя умѣренное давленіе на груди всѣми пятью пальцами изслѣдывающей руки. Если онѣ ее въ себѣ содержатъ, то она, при этомъ давленіи, выступаетъ изъ соска въ видѣ нѣсколькихъ капель. Изслѣдованіе помощію слуха производится во время беременности и родовъ съ цѣлію услышать маточный шумъ и біеніе сердца младенца. Выслушивать животъ беременныхъ и роженицъ можно или черезъ стетоскопъ,

или просто ухомъ. Лучше производить выслушивание черезъ стетоскопъ, потому что, при помощи этого инструмента, легче можно изолировать тотъ звукъ, который мы хотимъ слышать, отъ другихъ звуковъ, могущихъ воспроизводиться въ животѣ изслѣдуемой женщины, и зависящихъ отъ разныхъ причинъ, какъ напр. отъ біенія ея брюшныхъ артерій, движенія газовъ по ея кишкамъ и т. п.

§ 5.

Внутреннее изслѣдованіе производится или рукою, или инструментами. Когда оно производится рукою, то во влагалище вводится или одинъ, или два, или четыре пальца, или даже, и вся рука, смотря потому, въ какое именно время производится изслѣдованіе, и съ какою цѣлю. При внутреннемъ изслѣдованіи женщины внѣ беременности, въ теченіи этой послѣдней, и во время родовъ, если только соблюдены всѣ условія этихъ послѣднихъ, вводится во влагалище одинъ только указательный палецъ руки. Если же, во время родовъ, при изслѣдованіи однимъ пальцемъ, нельзя было бы опредѣлить съ точностію положеніе младенца, то можно ввести во влагалище два пальца, указательный и средній. При этомъ увеличивается осизающая поверхность, и этимъ значительно облегчается распо-

знаваніе положенія младенца. Кромѣ того, при введеніи двухъ пальцевъ, можно выше проникнуть въ полость матки, что также способствуетъ распознаванію положенія младенца. Изслѣдованіе двумя пальцами можно, однакоже, производить только тогда, когда маточное устье на столько расширено, что можно провести ихъ сквозь него безъ особеннаго усилія. Изслѣдованіе четырьмя пальцами производится только во время родовъ, и то только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ младенецъ имѣетъ неправильное положеніе, и гдѣ, даже при изслѣдованіи двумя пальцами, нельзя опредѣлить съ точностію какое именно онъ имѣетъ положеніе. При подобныхъ же обстоятельствахъ производится и изслѣдованіе всею рукою. Изслѣдованіе однимъ пальцемъ производится слѣдующимъ образомъ: указательный палецъ предварительно нагрѣтой руки намазывается деревяннымъ масломъ, вводится подъ платье изслѣдуемой женщины, и ведется къ наружнымъ дѣтороднымъ частямъ этой послѣдней. Достигнувъ ихъ, надобно положить конецъ пальца, его ладонною поверхностію, на середину промежности, и отсюда вести его впередъ, въ направленіи къ спайкѣ большихъ дѣтородныхъ губъ, и, миновавъ эту послѣднюю, ввести его во входъ во влагалище. Такимъ образомъ всегда удастся скоро и легко ввести палецъ

во влагалище. Отыскивая входъ во влагалище, никогда не должно вести изслѣдывающій палецъ спереди, мимо дуги лобковыхъ костей, потому что при этомъ легко можно было бы коснуться похотника, и причинить изслѣдуемой женщинѣ боль. Когда палецъ проникъ во входъ во влагалище, то надобно привести предплечіе изслѣдывающей руки въ положеніе, параллельное съ бедрами изслѣдуемой женщины, а потомъ вести палецъ вверхъ, придерживаясь имъ постоянно задней стѣнки влагалища. Тыльная поверхность изслѣдывающаго пальца должна быть обращена при этомъ къ выемкѣ крестцовой кости. Вообще при внутреннемъ изслѣдованіи женщины, производится-ли оно однимъ, или нѣсколькими пальцами, или всею рукою, тыльная поверхность какъ первыхъ, такъ и послѣдней всегда должна быть обращена къ выемкѣ крестцовой кости, въ которой достаточно мѣста для помѣщенія неровностей, образующихся на тыльной поверхности пальцевъ и руки при сгибаніи ихъ. Проводя палецъ сквозь влагалище, надобно обратить вниманіе на состояніе этого послѣдняго и на устройство таза. Если бы замѣчены были тутъ какія-либо уклоненія отъ нормы, то надобно на нихъ остановиться, и внимательно ихъ изслѣдовать. Если же нѣтъ тутъ ничего ненормальнаго, то палецъ ведется дальше въ напра-

вленіи къ маточной шейкѣ. Если изслѣдованіе производится во время беременности, то, достигнувъ пальцемъ маточной шейки, надобно обратить вниманіе на ея длину, консистенцію, направленіе и на состояніе наружнаго маточнаго устья, т. е. на то, расширено-ли оно, или нѣтъ. Потомъ надобно изслѣдовать весь нижній сегментъ матки, съ цѣлю опредѣлить какое положеніе имѣетъ младенецъ. Если изслѣдованіе производится во время родовъ, то, дошедши до маточной шейки, надобно изслѣдовать расширено-ли маточное устье, и на сколько именно; какое вліяніе имѣютъ сокращенія матки на его расширение; прошли-ли родовыя воды; какое положеніе имѣетъ младенецъ, и подвигается-ли во время потугъ лежащая часть этого послѣдняго книзу. Окончивъ изслѣдованіе, палецъ осторожно выводится изъ влагалища въ томъ же положеніи, въ какомъ былъ введенъ въ оное. Если изслѣдованіе производится четырьмя пальцами, то ихъ надобно предварительно намазать деревяннымъ масломъ, а потомъ сложить въ конусъ, чтобы они, вмѣстѣ взятые, по возможности, имѣли меньшій объемъ. Въ этомъ положеніи они должны быть ведены сквозь весь каналъ влагалища, и, если это нужно, то проникнуть въ полость матки. Если изслѣдованіе производится всею рукою, то, какъ эта

послѣдняя, такъ и нижняя часть ея предплечія, должны быть предварительно намазаны деревяннымъ масломъ. Потомъ надобно сложить всѣ пальцы руки въ конусъ, при чемъ большой палецъ руки долженъ быть прижать къ ея ладони, и въ этомъ видѣ, кругообразными движеніями, ввести руку во влагалище. Введеніе всей руки во влагалище всегда сопровождается болью, и самый болѣзненный моментъ для роженицы есть тотъ, когда рука, самую широкую свою частію проникаетъ сквозь входъ во влагалище. А потому, когда самая объемистая часть руки прошла сквозь входъ во влагалище, надобно пріостановиться на нѣсколько минутъ съ дальнѣйшимъ веденіемъ руки сквозь влагалище, чтобы дать пройти той боли, которую причинило проведеніе широкой части руки сквозь входъ во влагалище.

§ 6.

Внутреннее изслѣдованіе инструментами производится посредствомъ маточнаго зеркала и маточнаго зонда. Маточное зеркало употребляется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нужно видѣть слизистую оболочку влагалища и маточную шейку; изслѣдованіе же маточнымъ зондомъ производится тамъ, гдѣ нужно опредѣлить величину маточной полости, и узнать не содержитъ ли эта послѣдняя чего либо въ себѣ.

Маточныя зеркала извѣстны съ глубокой древности. Съ тѣхъ поръ они постоянно подвергались различнымъ измѣненіямъ и усовершенствованіямъ, и въ настоящее время мы имѣемъ маточныя зеркала, вполне соответствующія своей цѣли. Они дѣлаются изъ различныхъ веществъ: олова, серебра, фарфора, стекла и каучука. Форма и устройство ихъ также различны. Одни имѣютъ форму коническую, и представляютъ сплошной конусъ; другія, представляя также конусъ, состоятъ изъ двухъ, трехъ и четырехъ пластинокъ, соединенныхъ между собою; нѣкоторыя, наконецъ, имѣютъ форму овальную, и могутъ, при помощи особеннаго механизма, принимать форму цилиндрическую. Каждый изъ вышеисчисленныхъ видовъ маточныхъ зеркалъ имѣетъ свои выгоды и неудобства, и нельзя ни одному изъ нихъ отдать исключительное преимущество передъ другими; должно, напротивъ, въ каждомъ индивидуальномъ случаѣ, соотнобразаясь съ цѣлю употребленія маточнаго зеркала, и состояніемъ дѣтородныхъ частей изслѣдуемой женщины, рѣшать вопросъ какимъ именно маточнымъ зеркаломъ удобнѣе можно произвести изслѣдованіе. Маточное зеркало, имѣющее форму сплошнаго конуса, представляетъ ту выгоду, что имъ можно легко отыскать маточную шейку, и совершенно защитить стѣнки влага-

лица отъ дѣйствія тѣхъ средствъ, которыя приводятся иногда въ соприкосновеніе съ шейкою матки, какъ это бываетъ напр. при прижиганіи этой послѣдней ѣдкими веществами, или раскаленнымъ желѣзомъ. При приставленіи піявокъ къ маточной шейкѣ, такого рода зеркало равнымъ образомъ предохраняетъ стѣнки влагалища отъ укушенія піявокъ. Маточное зеркало, представляющее сплошной конусъ, имѣетъ только то неудобство, что оно не можетъ быть уменьшено, по произволу, въ объемѣ своемъ, а такъ какъ этотъ послѣдній довольно значителенъ, то оно не можетъ быть употребляемо во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ влагалище изслѣдуемой женщины мало объемисто и гдѣ входъ его узокъ. Маточныя зеркала, состоящія изъ нѣсколькихъ пластинокъ, удобны въ томъ отношеніи, что, по причинѣ малаго объема своего, они могутъ быть легко вводимы во влагалище, и что введеніе ихъ причиняетъ гораздо менѣе боли, нежели введеніе сплошныхъ, коническихъ зеркалъ; но, при помощи ихъ, не всегда бываетъ можно хорошо осмотрѣть маточную шейку, потому что складки влагалища помѣщаются между пластинками инструмента, и препятствуютъ видѣть эту послѣднюю. Кромѣ того складки влагалища, помѣстившіяся между пластинками инструмента, легко могутъ быть ущемлены при выведеніи

этого послѣдняго изъ влагалища. При помощи маточныхъ зеркалъ, состоящихъ изъ нѣсколькихъ пластинокъ, нельзя ни производить прижиганія маточнаго устья жидкими ѣдкими веществами и раскаленнымъ желѣзомъ, ни приставлять пійвки къ маточному устью. Наболѣе удобствъ представляетъ маточное зеркало, изобрѣтенное Бушемъ. Оно состоитъ изъ трехъ пластинокъ, соединенныхъ между собою на всемъ своемъ протяженіи. Пластинки эти подходятъ одна подъ другую, что доставляетъ возможность дать этому инструменту незначительный объемъ. Когда пластинки его сомкнуты, то онъ имѣетъ форму плоско-овальную. Черезъ сдавленіе рукоятокъ, пластинки инструмента расходятся, и онъ получаетъ тогда форму цилиндрическую. Такъ какъ пластинки его соединены между собою на всемъ своемъ протяженіи, то складки влагалища между ними опуститься не могутъ. При помощи этого инструмента можно приставлять пійвки къ маточному устью, и производить прижиганіе его раскаленнымъ желѣзомъ; но прижиганія маточнаго устья жидкими ѣдкими веществами дѣлать нельзя, потому что жидкость можетъ проникнуть между пластинками инструмента, и коснуться стѣнокъ влагалища.

§ 7.

Передъ введеніемъ маточнаго зеркала, мочево

пузырь и прямая кишка изслѣдуемой женщины должны быть испражнены. Потомъ изслѣдуемая женщина должна лечь или поперегъ постели, или на столъ; подъ ноги надобно поставить ей два стула на такомъ разстояніи другъ отъ друга, чтобы ноги ея, покоясь на этихъ стульяхъ, были достаточно раздвинуты, и чтобы между ними можно было поставить третій низкій стулъ, на который и садится изслѣдывающій. Маточное зеркало надобно предварительно нагрѣть и намазать наружную поверхность его деревяннымъ масломъ. Передъ введеніемъ маточнаго зеркала, надобно сперва произвести внутреннее изслѣдованіе пальцемъ, чтобы убѣдиться въ томъ, какъ высоко стоитъ маточная шейка, и какое она имѣетъ направленіе. Потомъ инструментъ берется правою рукою такъ, чтобы рукоятка его была обращена вверхъ; указательнымъ и среднимъ пальцами лѣвой руки раздвигаются большія дѣтородныя губы, а правою рукою вводится конецъ маточнаго зеркала во входъ во влагалище. Когда конецъ инструмента прошелъ сквозь входъ во влагалище, то, при дальнѣйшемъ веденіи его сквозь полость этого послѣдняго, надобно дать ему направленіе, сообразное съ положеніемъ маточной шейки, чтобы легче было обхватить ее концемъ инструмента. Иногда случается, что не взирая на то, что маточное зеркало,

по видимому, ведется сквозь полость влагалища совершенно вѣрно въ томъ направленіи, въ которомъ мы осязали маточную шейку, эта послѣдняя не опускается въ конецъ инструмента. Въ такомъ случаѣ, чтобы отыскать маточную шейку, надобно поступать слѣдующимъ образомъ: должно вытянуть изъ влагалища маточное зеркало дюйма на 2, а потомъ опять медленно подвигать его въ направленіи къ маточному устью, и слѣдить при этомъ внимательно за образованіемъ складокъ влагалища передъ концемъ инструмента. Тутъ замѣчаются обыкновенно двѣ складки, отдѣленные другъ отъ друга поперечною рщелиною. Если, при веденіи маточнаго зеркала сквозь полость влагалища, обѣ эти складки имѣютъ одинаковую величину, то это указываетъ на то, что маточное устье находится прямо противъ центра инструмента, и тогда, чтобы обхватить ее этимъ послѣднимъ, надобно вести его въ прямомъ направленіи. Если же складки имѣютъ неравную величину, то маточное устье обыкновенно бываетъ обращено въ ту сторону, въ которой замѣчается складка меньшей величины, и тогда уже надобно направить конецъ инструмента въ эту сторону. Осмотрѣвши маточную шейку, надобно осторожно вывести маточное зеркало изъ влагалища въ томъ же направленіи, въ которомъ оно въ него было

введено. Если нужно осмотрѣть складки влагалища, то это легко можно слѣлать при выведеніи инструмента, потому что складки влагалища поочередно закрываютъ собою при этомъ тотъ конецъ инструмента, который находится во влагалищѣ, и могутъ быть хорошо осмотрѣны.

§ 8.

Маточнымъ зондомъ называется металлическій прутикъ, изогнутый по направленію продольной оси таза и матки. Одинъ конецъ маточнаго зонда вдѣлывается въ деревянную рукоятку, а другой закругляется на подобіе пуговки. Задняя поверхность маточнаго зонда раздѣлена неглубокими поперечными разрѣзами на дюймы, полу-дюймы и четверти дюйма. Отступя на $2\frac{1}{2}$ " отъ закругленнаго конца этого инструмента, на задней же поверхности его, находится небольшое возвышеніе. Цѣль изслѣдованія этимъ инструментомъ заключается въ опредѣленіи величины маточной полости въ продольномъ направленіи, и распознаваніи того, не содержитъ-ли матка въ своей полости чего либо посторонняго. Употребляется онъ слѣдующимъ образомъ: указательный палецъ лѣвой руки вводится во влагалище, и конецъ его прикладывается къ маточному устью; потомъ подъ

руководствомъ этого пальца, правою рукою вводится во влагалище маточный зондъ, предварительно нагрѣтый и намазанный деревяннымъ масломъ, приводится къ маточному устью, проникаетъ сквозь это послѣднее, и ведется вверхъ до тѣхъ поръ, пока закругленный конецъ его упрется въ дно матки. Указательный палецъ лѣвой руки, находящійся во влагалищѣ, замѣчаетъ при этомъ на сколько именно вошелъ зондъ въ матку. Если возвышеніе, находящееся на задней поверхности инструмента останавливается между губами маточнаго устья, то это означаетъ, что полость матки имѣетъ нормальную длину, т. е. равняющуюся $2\frac{1}{2}$ ". Если же вышеупомянутое возвышеніе не дошло до маточнаго устья, то замѣчается на какомъ именно разстояніи отъ маточнаго устья оно остановилось. Если же, напротивъ, возвышеніе это прошло въ каналъ маточной шейки, то надобно замѣтить на сколько именно вошла въ этотъ послѣдній та часть зонда, которая находится ниже возвышенія. Въ первомъ изъ этихъ двухъ послѣднихъ случаевъ, полость матки на столько короче, на сколько возвышеніе инструмента не дошло до маточнаго устья, во второмъ же — на столько длиннѣе, на сколько та часть зонда, которая находится ниже возвышенія, вошла въ каналъ маточной шейки. Такъ

какъ задняя поверхность маточнаго зонда снабжена поперечными разрѣзами, которые легко осязать пальцемъ, то можно всегда совершенно вѣрно опредѣлить длину маточной полости. Само собою разумѣется, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы, на основаніи какихъ-либо признаковъ, можемъ предполагать существованіе беременности, изслѣдованія маточнымъ зондомъ производить не должно.

ГЛАВА 2.

Объ искусственномъ прободеніи оболочекъ яйца.

§ 9.

Показаніями къ произведенію искусственнаго разрыва оболочекъ яйца служатъ слѣдующія обстоятельства:

1) *Слабость потугъ*; если сокращенія матки такъ слабы, что не могутъ, и по совершенномъ расширеніи маточнаго устья, произвести разрывъ оболочекъ яйца, и ходъ родовъ, въ слѣдствіе того, приостанавливается, то надобно разорвать оболочки яйца.

2) *Чрезмѣрная плотность оболочекъ яйца,* которая узнается по тому, что сильныя сокращенія матки долго не могутъ произвести разрыва оболочекъ яйца, не смотря на то, что маточное устье уже совершенно расширено. При такой плотности оболочекъ яйца, эти послѣднія, иногда, доходятъ до наружныхъ дѣтородныхъ частей.

3) *Чрезмѣрное количество родовыхъ водъ.* Если матка содержитъ въ себѣ огромное количество родовыхъ водъ, то она не можетъ сокращаться съ достаточною силою; потуги дѣлаются все слабѣе и слабѣе, наконецъ вовсе прекращаются, и ходъ родовъ пріостанавливается. Въ такомъ случаѣ, искусственное vypyшenie родовыхъ водъ возвращаетъ маткѣ способность сильно сокращаться. Искусственное прорѣзание оболочекъ яйца, равнымъ образомъ, показано въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, въ слѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія матки огромнымъ количествомъ родовыхъ водъ, показывается у роженицы одышка, приливы крови къ головѣ и груди, упорная рвота и общая слабость.

4) Всѣ тѣ явленія, которыя требуютъ скорѣйшаго окончанія родовъ, если только маточное устье при этомъ уже достаточно расширено.

5) *Кровотеченія, появляющіяся въ первомъ*

и второмъ періодъ родовъ. Если причина такого рода кровотеченій заключается въ слабости матки, или отдѣленіи части послѣда отъ стѣнки матки, то искусственное прободеніе оболочекъ яйца дѣлается съ цѣлю уменьшить объемъ матки, дать этой послѣдней возможность сильнѣе сокращаться, и тѣмъ остановить изліяніе крови.

6) Если подлежащая часть младенца (головка, или задъ) долго не опускаются во входъ малаго таза, и остаются весьма подвижными, то полезно произвести искусственный разрывъ оболочекъ яйца, съ цѣлю дать маткѣ возможность уменьшиться въ объемѣ своемъ, плотнѣе обхватить тѣло младенца, и втѣснить подлежащую часть этого послѣдняго во входъ малаго таза.

7) Искусственный разрывъ оболочекъ яйца показанъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, при производствѣ операций, намъ нужно привести руку, или инструменты въ непосредственное соприкосновеніе съ тѣломъ младенца, какъ напр. при наложеніи щипцовъ, поворотахъ младенца и извлеченіи этого послѣдняго.

8) Если потуги очень сильны, и роды, въ слѣдствіе того, идутъ слишкомъ быстро, то, для замедленія хода ихъ, полезно произвести разрывъ оболочекъ яйца въ половинѣ втораго періода родовъ.

За исключеніемъ этого послѣдняго случая, и тѣхъ случаевъ, гдѣ въ первомъ и второмъ періодѣ показываются кровотеченія изъ матки, искусственный разрывъ оболочекъ яйца всегда должно производить тогда, когда маточное устье уже совершенно расширено. Если искусственный разрывъ оболочекъ яйца производится съ цѣлю доставить рукѣ, или инструментамъ, при производствѣ операциі, возможность придти въ непосредственное прикосновеніе съ тѣломъ младенца, то время его производства зависитъ отъ показаній къ произведенію этихъ операций и отъ обстоятельствъ, имъ предшествующихъ.

§ 10.

Искусственный разрывъ оболочекъ яйца производится или рукою, или инструментами. Въ наибольшей части случаевъ можно бываетъ произвести его рукою. Указательный палецъ руки вводится во влагалище, упирается въ оболочки яйца, и потомъ быстрымъ движеніемъ въ направленіи кверху и кзади прорываетъ оболочки яйца. Иногда случается при этомъ, что палецъ, не прорвавши оболочекъ яйца, соскользаетъ въ направленіи книзу. Въ такомъ случаѣ, надобно ввести указательный палецъ руки сколько возможно выше подъ переднюю губу маточнаго устья,

и потомъ быстрымъ движеніемъ его, въ направленіи къ крестцовой кости роженицы, прорвать оболочки яйца. Если оболочки яйца очень плотны, то можетъ случиться, что и этимъ способомъ не удастся прорвать ихъ, и тогда уже надобно прибѣгнуть къ употребленію инструментовъ. Инструментовъ, изобрѣтенныхъ для разрыва оболочекъ яйца, весьма много; между ними лучшій и самый употребительный есть тотъ, который изобрѣлъ Siebold, а потомъ усовершенствовалъ Busch. Онъ состоитъ изъ тупоконечныхъ ножницъ, къ одной половинѣ которыхъ прилѣпанъ острый крючекъ, входящій въ жолобокъ, находящійся въ другой половинѣ ножницъ. Когда эти послѣднія сомкнуты, то весь инструментъ имѣетъ видъ толстаго, круглаго зонда. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нужно прибѣгать къ помощи инструментовъ для произведенія разрыва оболочекъ яйца, одного этого инструмента совершенно достаточно. Онъ вводится во влагалище правою рукою, подъ руководствомъ двухъ пальцевъ лѣвой, предварительно введенныхъ во влагалище, и приложенныхъ къ оболочкамъ яйца. Когда конецъ инструмента дошелъ до оболочекъ яйца, то онъ подводится подъ заднюю поверхность родового пузыря, потомъ, черезъ раздвиганіе рукоятокъ его, обѣ половины его удаляются одна отъ другой,

острый крючекъ прикладывается къ оболочкамъ яйца, и движеніемъ руки вверхъ и впередъ (т. е. къ лобковымъ костямъ роженицы) разрываются оболочки яйца.

ГЛАВА 3.

Объ произведеніи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

§ 11.

Операція произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ состоитъ въ искусственномъ возбужденіи родовой дѣятельности въ маткѣ до наступленія нормальнаго конца беременности, но въ такой періодъ ея, когда младенецъ, отдѣленный отъ матери, можетъ самостоятельно продолжать жить. Цѣль этой операціи — спасти жизнь матери и младенца въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, по причинѣ суженія таза, прохожденіе доношеннаго младенца сквозь этотъ послѣдній или вовсе не возможно, или сопряжено съ величайшею опасностію, какъ для беременной, такъ и для младенца. Операція эта равнымъ образомъ предпринимается и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ беременность услов-

ливаесть, или поддерживаесть такія болѣзненные состоянія, которыя угрожаютъ опасностію жизни беременной, или младенца, и гдѣ, для спасенія ихъ, произведеніе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ составляетъ единственное средство.

§ 12.

Различныя средства для произведенія искусственного выкидыша въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно предвидѣть, что роды доношеннаго младенца будутъ очень трудны и опасны для матери, были извѣстны еще въ древности, и въ сочиненіяхъ тѣхъ временъ упоминается объ немъ, какъ объ дѣлѣ весьма обыкновенномъ. Но, по существовавшимъ тогда понятіямъ, жизнь младенца, въ этихъ случаяхъ, не принималась въ соображеніе, а потому искусственные преждевременные роды были производимы тогда, или въ такой періодъ беременности, когда младенецъ, будучи отдѣленъ отъ матери, не можетъ еще продолжать жить самостоятельно, или, для произведенія ихъ, употреблялись такія средства, которыя умерщвляли младенца въ маткѣ. Около половины прошедшаго столѣтія стали думать объ томъ, чтобы достигнуть при этой операціи двойкой цѣли — сохранить жизнь и матери, и младенца. Англійскій акушеръ, Macaulay,

былъ первый, произведшій эту операцію по правиламъ искусства, и притомъ съ полнымъ успѣхомъ. Это было въ 1756 году. Случай этотъ былъ описанъ Denman'омъ въ 1795 году. Другой Англіійскій акушеръ, Kelly, нѣсколько разъ производилъ эту операцію, и притомъ, въ большей части случаевъ, съ успѣхомъ. Англіійскіе врачи: Denman, Barlow, Merri-man, Marschall, J. Clarke, Ramsbotham, Burns и многіе другіе, потомъ уже часто производили эту операцію, результаты которой были весьма удовлетворительны. Не взирая на довольно близкое сосѣдство Англіи, и на то, что результаты, достигнутые англіійскими акушерами при производствѣ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, были уже извѣстны въ Германіи, въ этой послѣдней операцію эту начали производить гораздо позже. Fr. Ant. Mai, нѣмецкій акушеръ, первый предложилъ (въ 1799 году) производить эту операцію, вычислилъ показанія къ ней, и описалъ самый способъ ея производства. Первый, произведшій эту операцію въ Германіи былъ С. Wenzel (въ 1804 году); она увѣнчалась счастливымъ успѣхомъ. Ant. Kraus произвелъ ее съ полнымъ успѣхомъ въ 1813 году. Впрочемъ, до 1818 года, операція эта въ Германіи производилась рѣдко, чему, вѣроятно, много содѣйствовало то, что знаменитый фран-

цузскій акушеръ, Baudelocque, постоянно противъ нея возставалъ. Но послѣ появленія въ свѣтъ сочиненій: Froriep'a (1818 г.), Wenzel'я (1813 г.) и Reisinger'a (1820 г.), операцію эту начали производить въ Германіи часто, и результаты ея были такъ хороши, что она, по праву, стала въ рядъ акушерскихъ операций. Между нѣмецкими акушерами, Ritgen, Siebold и Kluge особенно способствовали усовершенствованію ея; они въ подробности описали ея производство, и изобрѣли для нея различные инструменты. Во Франціи, Roussel de Vauzesme еще въ 1778 году предлагалъ производить искусственные преждевременные роды для избѣжанія кесарскаго сѣченія. Но совѣту его никто тамъ не послѣдовалъ, и когда потомъ Baudelocque совершенно отвергъ пользу этой операціи, и даже назвалъ ее преступною, то никто изъ французскихъ врачей въ теченіи долгаго времени не рѣшался приступить къ ея производству. Stoltz, профессоръ акушерства въ Страсбургѣ, первый произвелъ во Франціи эту операцію съ счастливымъ успѣхомъ (въ 1831 г.), и вслѣдъ за тѣмъ обнародовалъ это. Ученіе его быстро распространилось между его соотечественниками, и нашло ревностныхъ защитниковъ въ Velpeau и P. Dubois, изъ которыхъ послѣдній самъ произвелъ ее съ счастливымъ успѣхомъ въ 1838 году.

Съ тѣхъ поръ и во Франціи начали производить ее часто, и въ настоящее время всѣ французскіе врачи единогласно признають ея несомнѣнную пользу.

§ 13.

Приступая къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, надобно предварительно совершенно убѣдиться въ томъ, что младенецъ дѣйствительно живъ, и съ этою цѣлю обратить особенное вниманіе на признаки жизни и смерти младенца во время беременности, объ которыхъ выше было упомянуто (см. Вып. I, §§ 146 и 147). Кромѣ того, искусственные преждевременные роды могутъ быть производимы не иначе, какъ въ такой періодъ беременности, когда младенецъ, будучи отдѣленъ отъ матери, можетъ продолжать жить. Слѣдовательно, жизнь младенца и способность его продолжать жить и внѣ утробы матери составляютъ два необходимыя условія, безъ которыхъ производство искусственныхъ преждевременныхъ родовъ не допускается. Если время позволяетъ это сдѣлать, то самому производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ должно предпослать приготовительное леченіе, состоящее въ употребленіи, отъ времени до времени, легкихъ слабительныхъ и промывательныхъ, и теплыхъ ваннъ.

Особенно полезны эти послѣдніе, и беременная должна употреблять ихъ черезъ день. Теплыя впрыскиванія во влагалище также полезны. Если беременная полнокровна, то, недѣли за двѣ до операціи, надобно ей слѣлать общее кровопусканіе. Діета беременной, передъ операціею, должна быть легкая, мало питательная.

§ 14.

Показаніями къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ служатъ всѣ тѣ обстоятельства, которыя угрожаютъ большою опасностію или беременной, или младенцу, или обоимъ вмѣстѣ, и для устраненія которой операція эта составляетъ единственное средство. Къ показаніямъ относятся:

1) *Съуженіе таза.* Если тазъ беременной такъ суженъ, что доношенный младенецъ или вовсе сквозь него пройти не можетъ, или если прохожденіе его сопряжено съ значительною опасностію какъ для него самого, такъ и для роженицы, то должно произвести искусственные преждевременные роды. Что касается до того, въ какомъ именно періодѣ беременности должно ихъ произвести, то это зависитъ, въ этомъ случаѣ, отъ степени суженія таза. Младенецъ, какъ уже было сказано выше, получаетъ

способность жить самостоятельно, будучи отдѣленъ отъ матери, по минованіи 28-й недѣли беременности; а потому 29-я недѣля беременности есть самый ранній срокъ, когда можно производить искусственные преждевременные роды. Съ другой стороны, изъ опыта извѣстно, что младенецъ, по минованіи 36-й недѣли беременности, имѣть почти такой же объемъ, какъ и совершенно доношенный; а потому 36-я недѣля беременности составляетъ послѣдній срокъ для произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. При рѣшеніи вопроса, въ какомъ именно періодѣ беременности должно произвести искусственные преждевременные роды, должно принимать въ соображеніе, кромѣ степени суженія таза, и величину головки младенца, соотвѣтствующую тому періоду беременности, въ которомъ мы хотимъ произвести искусственные преждевременные роды. Такъ какъ въ наибольшей части суженій таза, прямой поперечникъ входа въ малый тазъ преимущественно бываетъ уменьшенъ, то на этотъ поперечникъ и должно обратить особенное вниманіе при измѣреніи таза. Съ другой стороны извѣстно намъ, что головка младенца, при вступленіи своемъ въ малый тазъ, становится такъ, что поперечный діаметръ ея совпадаетъ съ прямымъ поперечникомъ входа въ малый тазъ. Изъ

многочисленныхъ наблюдений, сдѣланныхъ надъ величиною головки младенца въ различные періоды беременности, видно, что поперечный діаметръ ея, въ концѣ 28-й недѣли беременности, равняется $2\frac{1}{2}$ ". Слѣдовательно, для того, чтобы семимѣсячный младенецъ могъ пройти сквозь тазъ безъ искусственнаго уменьшенія его объема, необходимо нужно, чтобы меньшій діаметръ таза имѣлъ неменѣе $2\frac{1}{2}$ ". А потому, если прямой поперечникъ входа въ малый тазъ равняется только $2\frac{1}{2}$ ", то должно произвести искусственные преждевременные роды въ началѣ 29-й недѣли беременности. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ меньшій діаметръ малаго таза имѣетъ только 2", можно еще произвести искусственные преждевременные роды въ началѣ 29-ой недѣли беременности, съ нѣкоторою надеждою на успѣхъ операціи, потому что поперечный діаметръ головки семимѣсячнаго младенца имѣетъ иногда и менѣе $2\frac{1}{2}$ ", и самая головка младенца, въ этомъ періодѣ беременности, можетъ, при прохожденіи своемъ сквозь тазъ, значительно уменьшиться въ своемъ объемѣ, нежели въ послѣдующіе ея періоды. Еслибы, при такомъ суженіи таза прохожденіе семимѣсячнаго младенца сквозь него встрѣтило значительное затрудненіе, то мы имѣемъ еще возможность окончить роды, уменьшивъ предварительно

искусственно объемъ самаго младенца. Во всякомъ случаѣ, роженица, при этой послѣдней операціи, подвергается гораздо меньшей опасности, нежели при кесарскомъ сѣченіи, которое сдѣлалось бы неизбѣжнымъ еслибы младенецъ былъ доношенъ. Если же меньшій изъ діаметровъ таза не имѣетъ и 2", то искусственные преждевременные роды ни въ какомъ случаѣ не должны быть производимы. Такое суженіе таза составляетъ уже показаніе къ произведенію искусственнаго выкидыша. Если меньшій діаметръ таза содержитъ въ себѣ 3", то искусственные преждевременные роды должны быть произведены въ концѣ 32-ой недѣли беременности. Это показаніе одинаково какъ для первороженицъ, такъ и для многороженицъ. Если же меньшій діаметръ таза содержитъ въ себѣ отъ 3 $\frac{1}{4}$ " до 3 $\frac{3}{4}$ ", то такое суженіе таза, для первороженицъ, не составляетъ показанія къ произведенію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, потому что изъ опыта извѣстно, что, при такомъ суженіи таза, доношенные младенцы не рѣдко благополучно рождаются на свѣтъ или одними усиліями природы, или при помощи искусства. Если же мы имѣемъ дѣло съ многороженицею, у которой меньшій діаметръ таза содержитъ въ себѣ 3 $\frac{1}{4}$ " — 3 $\frac{3}{4}$ ", и если мы отъ нея узнаемъ, что всѣ предшествовавшіе ей роды были

очень трудны, что для окончанія ихъ нужно было прибѣгать къ произведенію различныхъ акушерскихъ операций, и что младенцы при этомъ погибли, то такое сужденіе таза составляетъ показаніе къ произведенію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, и ихъ должно, въ этомъ случаѣ, произвести на 35-й или 36-й недѣлѣ беременности. Большая часть врачей совѣтуетъ обращать вниманіе на величину младенца при рѣшеніи вопроса: должно-ли произвести искусственные преждевременные роды, и когда именно. Но точное опредѣленіе этой послѣдней, во время беременности, невозможно, а потому и результаты изслѣдованія, сдѣланнаго съ цѣлю ея опредѣленія, какъ невѣрные, не могутъ быть принимаемы въ соображеніе тамъ, гдѣ идетъ дѣло объ оцѣнкѣ показаній къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Изъ опыта извѣстно, что младенцы, рожденные одною и тою же матерью, часто бываютъ одинаковой величины. А потому, у многороженицъ, (если мы имѣемъ вѣрные данные касательно величины ихъ прежнихъ младенцевъ) мы можемъ составить себѣ приблизительно вѣрное понятіе о величинѣ того младенца, рожденія котораго мы ожидаемъ. На этомъ основаніи можетъ встрѣтиться надобность въ производеніи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ и

у такихъ многороженицъ, у которыхъ тазъ имѣеть нормальную величину, если, при прежнихъ родахъ ихъ, младенцы постоянно были такъ велики, что рожденіе ихъ на свѣтъ сопровождалось значительною опасностію какъ для нихъ самихъ, такъ и для матерей, или если младенцы при этомъ постоянно погибали во время самыхъ родовъ, или вскорѣ послѣ оныхъ. Всегда лучше, если можно, приступать къ операціи произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ въ тѣ именно дни, когда у женщины должно было бы быть мѣсячное очищеніе, если бы она не была беременна, потому что матка въ эти дни, какъ уже было сказано выше (см. Вып. I, § 164), всегда болѣе или менѣе сильно сокращается въ слѣдствіе періодическаго усиленія жизнедѣятельности въ ней. Слѣдовательно, въ эти дни гораздо легче можно возбудить въ маткѣ сокращенія, достаточно сильныя для изверженія младенца, нежели въ промежутки между такими двумя періодическими усиленіями ея жизнедѣятельности.

2) *Обычное умираніе младенцевъ во время беременности.* У нѣкоторыхъ женщинъ при каждой беременности, безъ всякой видимой причины, младенцы умираютъ въ одномъ и томъ же періодѣ беременности. Для предупрежденія повторенія такого

несчастливаго исхода беременности, надобно произвести искусственные преждевременные роды нѣсколько ранѣе того періода беременности, въ теченіи котораго, при предшествовавшихъ беременностяхъ, младенцы умирали.

3) Такія болѣзненные состоянія беременныхъ, которыя угрожаютъ опасностію жизни беременной, которыя не уступаютъ употребленію всѣхъ извѣстныхъ средствъ, и для уничтоженія которыхъ нарушеніе дальнѣйшаго теченія беременности составляетъ единственное средство. Сюда относятся: значительное накопленіе серозной жидкости въ полости живота и груди, сильныя кровотеченія изъ дѣтородныхъ частей, и упорная рвота, при чемъ все, введенное въ желудокъ, ею извергается.

§ 15.

Предсказаніе при операціи произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ всегда сомнительно, и для того, чтобы двоякая цѣль этой операціи, т. е. сохраненіе жизни матери и младенца, была достигнута, необходимо нужно соединеніе многихъ благоприятныхъ условій. Всякое уклоненіе отъ правильнаго хода родовъ имѣетъ при этомъ гораздо болѣе опасное вліяніе на жизнь младенца, нежели при родахъ своевременныхъ. Если младенецъ имѣетъ косое по-

ложеніе, или если мимо головки его выпала ручка, или пуповина, то предсказаніе для него очень дурно, и весьма рѣдко удастся, при такихъ обстоятельствахъ, спасти жизнь его. При тазовыхъ положеніяхъ младенца предсказаніе для него также очень неблагоприятно. Даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ преждевременные роды оканчиваются совершенно благополучно, возможность дальнѣйшаго сохраненія жизни младенца подлежитъ сомнѣнію, и чѣмъ раньше были произведены искусственные преждевременные роды, тѣмъ хуже предсказаніе для младенца, потому что, чѣмъ раньше онъ рождается на свѣтъ, тѣмъ менѣе бываютъ у него развиты органы, существенно необходимые для продолженія самостоятельной жизни. Обстоятельства, побудившія произвести искусственные преждевременные роды, также имѣютъ значительное вліяніе на предсказаніе. Если болѣзненные состоянія беременной, объ которыхъ выше было упомянуто, требуютъ произведенія ихъ, то предсказаніе гораздо хуже, нежели въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ они производятся по причинѣ суженія таза. Степень суженія этого послѣдняго также имѣетъ важное вліяніе на предсказаніе. Чѣмъ менѣе тазъ суженъ, и чѣмъ позднѣе, слѣдовательно, можно приступить къ произведенію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, тѣмъ лучше будетъ пред-

сказаніе. Если суженіе таза не значительно; если это суженіе составляет единственное показаніе къ произведенію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ; если выборъ момента для операціи сдѣланъ удачно; если самая операція производится по одному изъ лучшихъ, доселѣ извѣстныхъ методовъ, и если положеніе младенца правильно, то опасности, которой подвергаются при этомъ мать и младенецъ, не превышаетъ опасности, сопряженной съ родами своевременными. Продолжительность искусственныхъ преждевременныхъ родовъ весьма различна; иногда они идутъ быстро, а иногда, напротивъ, медленно, что преимущественно зависитъ отъ метода операціи, избраннаго для ихъ произведенія. Круглымъ числомъ можно принять, что искусственные преждевременные роды продолжаются 24-36 часовъ.

§ 16.

Методовъ для произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ мы имѣемъ много. Опишемъ сперва каждый изъ нихъ порознь, а потомъ сдѣлаемъ сравнительную оцѣнку ихъ.

1 Методъ. Прободеніе оболочекъ яйца. Sigmundin, повивальная бабка, первадъ подала мысль о возможности возбудить сокращенія матки посредствомъ

прободенія оболочекъ яйца, и упоминаетъ объ этомъ въ своей брошюрѣ: *Die Chur - Branderburgische Hofwehmutter; ein höchst wichtiger Unterricht von schweren Geburten; Coeln an der Spree, 1660, p. 110.* Она прибѣгала къ прободенію оболочекъ яйца, съ цѣлю возбудить сокращенія матки въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, въ слѣдствіе предлежанія дѣтскаго мѣста, показывалось сильное кровотеченіе, угрожавшее значительною опасностію жизни беременной. Спустя 50 лѣтъ послѣ того, знаменитый французскій акушеръ, Puzos, также предлагалъ это средство, какъ лучшее, по его мнѣнію, для остановленія кровотеченій, случающихся въ теченіи послѣднихъ мѣсяцевъ беременности. Прободеніе оболочекъ яйца, съ цѣлю произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, при суженіяхъ таза, первый началъ производить Масаулай.

Такъ какъ въ этихъ случаяхъ, для того, чтобы достигнуть оболочекъ яйца, надобно пройти сквозь узкій каналъ маточной шейки и весьма мало расширенное маточное устье, то между всѣми инструментами, изобрѣтенными для прободенія оболочекъ яйца, тонкій, длинный и нѣсколько изогнутый троакаръ заслуживаетъ преимущество предъ всѣми прочими. Инструментъ этотъ, подъ руководствомъ указательнаго

пальца лѣвой руки, вводится въ маточную шейку, проводится сквозь эту послѣднюю, и проникаетъ до оболочекъ яйца. Когда троакаръ дошелъ до этихъ послѣднихъ, то остріе его подвигается впередъ, и прокалываетъ оболочки яйца. Родовыя воды тотчасъ же начинаютъ истекать. Удаливши инструментъ, надобно совѣтовать беременной лечь въ постель, и велѣть ей тереть отъ времени до времени животъ рукою, и дѣлать теплыя впрыскиванія во влагалище. По мѣрѣ того, какъ родовыя воды вытекаютъ, матка уменьшается въ объемѣ своемъ, плотнѣе обнимаетъ тѣло младенца, и, наконецъ, начинаетъ замѣтнымъ образомъ сокращаться. Промежутокъ времени между проколомъ оболочекъ яйца и появленіемъ первыхъ потугъ бываетъ различной продолжительности; иногда онъ длится только нѣсколько часовъ, а иногда, напротивъ, нѣсколько дней. Продолжительность его зависитъ отъ количества вытекшихъ родовыхъ водъ, и отъ того, быстро, или медленно онѣ вытекаютъ. Чѣмъ скорѣе, и притомъ въ бѣльшемъ количествѣ вытекаютъ родовыя воды, тѣмъ скорѣе обнаруживаются потуги. Продолжительность же самыхъ родовъ зависитъ, въ этихъ случаяхъ, отъ степени раздражительности матки, и состоянія маточной шейки. Если матка очень раздражительна, а шейка ея коротка,

мягка и уступчива, то роды могутъ окончиться чрезъ нѣсколько часовъ; въ противномъ же случаѣ, они могутъ длиться и нѣсколько дней. Если показавшіяся потуги вскорѣ дѣлаются слабыми, то надобно, для ихъ усиленія, дать роженицѣ нѣсколько приемовъ буры (богах) по 10 гранъ на приемъ, черезъ каждыя четверть часа. Если же потуги вовсе прекращаются, то это доказываетъ, что родовыхъ водъ вытекло слишкомъ мало, и что отверстіе, слѣланное въ оболочкахъ яйца, сквозь себя ихъ болѣе не пропускаетъ. Въ такомъ случаѣ надобно повторить прободеніе оболочекъ яйца. Такъ какъ прободеніе нижней части оболочекъ яйца имѣетъ нѣкоторыя неудобства, объ которыхъ будетъ упомянуто ниже, при сравнительной оцѣнкѣ всѣхъ, извѣстныхъ доселѣ методовъ для произведенія искусственныхъ родовъ, то Норкип, англійскій акушеръ, предложилъ, въ 1814 году, производить прободеніе оболочекъ яйца болѣе или менѣе близко около дна матки, съ цѣлю выпустить изъ полости яйца только верхній слой родовыхъ водъ. Meissner первый привелъ эту мысль въ исполненіе, и притомъ съ счастливымъ успѣхомъ. Онъ изобрѣлъ для этого особенный, кривой троакаръ, трубочка котораго имѣетъ 12" длины и $1\frac{1}{2}$ " въ поперечникѣ. На нижней части этого троакара, на выпуклой его сторонѣ, находится

кольцо, служащее какъ для удержанія инструмента въ данномъ ему положеніи, такъ и для опредѣленія его направленія, по введеніи его въ матку. При трубчкѣ находятся двѣ проволоки, изъ которыхъ одна на 2''' длиннѣе, нежели трубочка, и тупоконечна, а другая на 6''' длиннѣе трубочки, и оканчивается трехугольнымъ остріемъ. Подъ руководствомъ указательнаго пальца лѣвой руки, трубочка проводится сквозь маточное устье, и потомъ ведется вверхъ между оболочками яйца и внутреннею поверхностію матки до тѣхъ поръ, пока находящееся на нижней ея части вышеупомянутое кольцо дойдетъ до наружныхъ дѣтородныхъ частей беременной. За тѣмъ, кольцо троакара прижимается къ промежности, и въ трубочку его вводится тупоконечная проволока, чтобы сперва зондировать ею и узнать, не упирается-ли верхній конецъ трубочки въ какую либо часть младенца. Если при этомъ окажется, что конецъ трубочки упирается только въ оболочки яйца, и за этими послѣдними нѣтъ въ непосредственномъ сосѣдствѣ какой либо части младенца, то тупая проволока замѣняется острою, и, движеніемъ ея вверхъ, прокалываются оболочки яйца. Потомъ самая трубочка подвигается вверхъ для того, чтобы конецъ ея проникъ въ сдѣланное въ оболочкахъ яйца отверстіе, послѣ чего проволока удаляется. Если

конецъ трубочки дѣйствительно проникъ въ полость яйца, то родовыя воды тотчасъ же начинаютъ вытекать. Выпустивши пол-унца родовыхъ водъ, надобно вынуть изъ матки трубочку, и позволить беременной, по ея произволу, ходить или лежать. Спустя нѣсколько часовъ, показывается обыкновенно истечение родовыхъ водъ въ умѣренномъ количествѣ, каплями, а, по прошествіи 24 часовъ, начинаются настоящія потуги.

§ 17.

Второй методъ. Отдѣленіе оболочекъ яйца отъ нижней части матки. Основываясь на томъ, что случайное отдѣленіе части оболочекъ яйца отъ внутренней поверхности матки вызываетъ сокращенія этой послѣдней, Hamilton предложилъ производить искусственное отдѣленіе оболочекъ яйца отъ нижняго сегмента матки, съ цѣлю возбудить этимъ сокращенія этой послѣдней въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нужно произвести искусственные преждевременные роды. Онъ употреблялъ этотъ методъ съ 1812 года, а въ 1836 году обнародовалъ его. Методъ этотъ состоитъ въ томъ, что указательный палецъ руки вводится въ маточное устье, и, проходя между оболочками яйца и внутреннею поверхностію матки, отдѣляетъ отъ нижняго сегмента этой послѣдней оболочку яйца на такомъ

разстояніи, на какое можетъ достать палець. Беременная потомъ можетъ предаваться свободно своимъ обыкновеннымъ занятіямъ. По прошествіи нѣсколькихъ дней (3-6) обыкновенно показываются потуги; иногда онѣ обнаруживаются даже и гораздо скорѣе, по прошествіи нѣсколькихъ часовъ. Такъ какъ введеніе пальца въ маточное устье иногда бываетъ очень трудно, иногда, даже, невозможно, то Rieseke предложилъ производить отдѣленіе оболочекъ яйца отъ нижняго сегмента матки помощію изогнутаго металлическаго катетера.

§ 18.

Третій методъ. Расширеніе маточнаго устья посредствомъ введенной въ него губки. Методъ этотъ первоначально былъ предложенъ Brünninghausen'омъ (въ 1820 году), а Kluge потомъ усовершенствовалъ его. Онъ состоитъ въ введеніи губки въ маточное устье, съ цѣлю произвести постепенное расширеніе этого послѣдняго, и тѣмъ возбудить сокращенія матки. Губка, употребляемая для этого, готовится особеннымъ образомъ, а именно: большой кусокъ губки размачивается въ крѣпкомъ раствѣ аравійской камеди, потомъ туго обматывается тесемкою, и высушивается. Потомъ тесемка уда-

ляется, и изъ губки вырѣзываются куски конической формы и различнаго колибра. Сквозь широкій конецъ каждого такого куска должна быть продѣта тесемка, чтобы можно было, въ случаѣ надобности, легко вынуть его изъ влагалища. Самое введеніе въ маточное устье приготовленной такимъ образомъ губки производится слѣдующимъ образомъ: беременная ложится поперегъ постели; указательный палецъ лѣвой руки вводится во влагалище, отыскиваетъ маточную шейку, и придерживаетъ ее. За тѣмъ, губка захватывается указательнымъ и среднимъ пальцами правой руки, вводится во влагалище, и, подъ руководствомъ указательнаго пальца лѣвой руки, проникаетъ своимъ тонкимъ концемъ въ маточную шейку, и вдавливается въ эту послѣднюю сколь возможно глубже. Если маточное устье стоитъ такъ высоко, что введеніе губки въ него пальцами очень затруднительно, то можно употребить для этого нѣсколько изогнутые полипные щипцы, которыми губка тогда захватывается и вводится. Вводя губку въ маточную шейку на достаточную глубину, надобно ввести во влагалище еще большой кусокъ обыкновенной губки, и придвинуть ее какъ можно ближе къ маточному устью, чтобы удерживать губку, введенную въ маточную шейку, въ данномъ ей положеніи. Потомъ на на-

ружныя дѣтородныя части беременной кладется толстый компрессъ, и все укрѣпляется Т — видною повязкою. По введеніи губки въ маточную шейку, беременная не должна уже болѣе вставать, а оставаться покойно въ постелѣ. Въ слѣдствіе теплоты и влажности влагалища, аравійская камедь, содержащаяся въ губкѣ, введенной въ маточную шейку, растворяется, губка получаетъ свой прежній объемъ, и растягиваетъ маточное устье. Раздраженіе, условливаемое такимъ насильственнымъ расширеніемъ маточной шейки, вызываетъ сокращенія матки, которыя обнаруживаются болѣе или менѣе скоро, смотря по большей, или меньшей степени раздражительности матки. Иногда, онѣ показываются по прошествіи 12 часовъ, иногда же по прошествіи 2—3 дней. Если бы, по введеніи губки въ маточную шейку, въ теченіи 12 часовъ не показались потуги, то надобно удалить обѣ губки изъ дѣтородныхъ частей беременной, сдѣлать смягчительное впрыскиваніе во влагалище, и потомъ опять вложить въ маточную шейку конусообразную губку, но уже бѣльшаго калибра, и продолжать такимъ образомъ до тѣхъ поръ, пока покажутся достаточно сильныя потуги. Когда потуги показались, и повторяются правильнымъ образомъ, то надобно удалить губки, и предоставить уже потомъ

дальнѣйшій ходъ родовъ однимъ усиляемъ природы. Если потуги начинаютъ ослабѣвать, то надобно стараться усилить ихъ треніемъ дна матки рукою, и употребленіемъ буры.

§ 19.

Четвертый методъ. Маточные души. Въ 1846 году, Kiwisch предложилъ употреблять маточные души, для произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, и, въ сочиненіи своемъ: *Beiträge zur Geburtskunde*, описалъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ, при помощи этого средства, искусственные преждевременные роды были произведены съ успѣхомъ. Онъ изобрѣлъ для этого особый аппаратъ, состоящій изъ жестянаго ящика, вмѣщающаго въ себѣ около трехъ ведеръ воды, и жестяной же трубки, имѣющей въ длину 3 аршина, а въ діаметръ $1\frac{1}{2}$ ", и оканчивающейся эластическою трубкою, имѣющею въ длину $1\frac{1}{2}$ аршина, и $\frac{1}{2}$ " въ діаметръ; къ концу этой трубки приделанъ роговой наконечникъ, снабженный нѣсколькими отверстіями. Около нижняго конца жестяной трубки находится край, посредствомъ котораго можно, по произволу, выпускать сквозь трубку жидкость, содержащуюся въ ящикѣ,

и останавливать истечение ея. Ящикъ привѣшивается къ стѣнѣ комнаты, и въ него наливается вода, имѣющая температуру 30-32° Р. Больная садится подлѣ аппарата, лицомъ къ нему, на стулъ, поставленный въ большой тазъ; во влагалище ея вводится роговой наконечникъ эластической трубки такъ, чтобы онъ былъ какъ можно ближе къ маточному устью; потомъ кранъ открывается, и струя воды съ силою ударяетъ прямо въ маточное устье. Такое дѣйствіе теплой воды на матку должно продолжаться 12-15 минутъ, и должно быть повторяемо 2 раза въ день, а въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нужно какъ можно скорѣе вызвать сокращенія матки, и чаще. Опыты, сдѣланные Kiwisch'емъ скоро нашли многихъ раздражателей, и маточные души, съ цѣлю произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, были потомъ часто употребляемы въ Германіи, Англіи и Россіи. Изъ всѣхъ наблюденій, сдѣланныхъ доселѣ надъ дѣйствіемъ ихъ, видно, что промежутокъ времени между началомъ употребленія маточныхъ душъ и появленіемъ потугъ бываетъ весьма различный. Иногда потуги показывались черезъ 20-24 часа, иногда же, напротивъ, черезъ нѣсколько дней. Были также и такіе случаи, гдѣ маточные души были употребляемы въ теченіи 22 дней прежде, нежели показались потуги.

§ 20.

*Пятый методъ. Введеніе тампона со вла-
галище.* Этотъ методъ былъ предложенъ Schöller'омъ
въ 1842 году. Онъ состоитъ въ введеніи во вла-
галище тампона, объемъ котораго долженъ быть со-
образенъ съ вмѣстимостію влагалища. Тампонъ дол-
женъ выполнять собою сводъ этого послѣдняго, и
касаться маточнаго устья. Два раза въ день надобно
перемѣнять тампонъ, и, вынувши его, сдѣлать теплое
впрыскиваніе во влагалище. Дѣйствіе тампона на
матку сначала обнаруживается тѣмъ, что нижній сег-
ментъ ея дѣлается мягче и рыхлѣе, а потомъ пока-
зываются кисты. Эти послѣднія показываются иногда
скоро, по прошествіи 24 часовъ, иногда же, напро-
тивъ, черезъ нѣсколько дней, и даже недѣль.

Такъ какъ обыкновенный тампонъ, сдѣланный изъ
корни, иногда слишкомъ сильно раздражаетъ дѣто-
родныя части, то Hüter предложилъ употреблять вмѣсто
его животный пузырь, наполненный водою. Пузырь,
сообразный съ вмѣстимостію влагалища, вводится въ
это послѣднее, посредствомъ клистирной трубки на-
полняется водою, потомъ завязывается. Чтобы этотъ
пузырь не могъ выпасть изъ влагалища, на наруж-
ныя дѣтородныя части беременной накладывается Т—

видная повязка; беременная должна оставаться въ постелѣ, съ сложенными ногами. Каждый день надобно вынимать пузырь, и замѣнять его новымъ, пока покажутся достаточно сильныя потуги, что бываетъ иногда по прошествіи сутокъ, иногда же по прошествіи нѣсколькихъ дней. Busch измѣнилъ этотъ аппаратъ въ томъ отношеніи, что присоединилъ къ пузырю короткую металлическую трубку, снабженную краномъ, для удобнѣйшаго вырыскиванія воды въ пузырь, и удержанія ея въ немъ.

Такъ какъ животный пузырь, при постоянномъ пребываніи во влагищѣ скоро портится и гніетъ, то Браунъ предложилъ употреблять, вмѣсто его, пузырь, сдѣланный изъ каучука, и также снабженный трубкою съ краномъ. Аппаратъ этотъ Браунъ первоначально употреблялъ для остановленія кровотеченій при предлежаніи послѣда; потомъ, замѣтивши, что маточное устье, при употребленіи его скоро начинаетъ расширяться, и что при этомъ скоро показываются потуги, рѣшился употреблять его съ цѣлю произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Дѣйствіе этого аппарата такое же, какъ и обыкновеннаго тампона.

§ 21.

Шестой методъ. Введеніе восковыхъ бужей

въ полость матки. Въ 1848 году, амстердамскій профессоръ Lehmann предложилъ вводить въ полость матки обыкновенные восковые бужи, съ цѣлю возбудить преждевременныя сокращенія матки. Онъ бралъ для этого восковый бужъ въ 9" длиною и 2-3" толщиною, вводилъ его въ матку между оболочками яйца и внутреннею поверхностію матки на 6-3", и потомъ тотчасъ же вынималъ его. Цѣль введенія этихъ бужей состоитъ въ отдѣленіи оболочекъ яйца отъ матки на значительномъ протяженіи, и произведеніи непосредственнаго раздраженія двигательныхъ нервовъ матки. Опыты, произведенные Lehmann'омъ доказали, что иногда достаточно бываетъ однократнаго введенія восковаго бужа въ полость матки, для вызова ея сокращеній. Тамъ же, гдѣ этого было-бы недостаточно, Lehmann совѣтуетъ повторить введеніе бужа 2-3 раза. Промежутокъ времени между первымъ введеніемъ бужа въ матку, и появленіемъ первыхъ потугъ бываетъ различный, отъ 1 до 2-3-4 дней. Дерптскій профессоръ Krause въ сочиненіи своемъ: »Die künstliche Frühgeburt; monographisch dargestellt.« Breslau, 1855, p. 75 совѣтуетъ, для произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, вводить въ полость матки эластическій катетеръ, и оставлять его тамъ до тѣхъ поръ, пока покажутся

достаточно сильныя потуги. Въ сущности это есть только измѣненіе метода Lehmann'a. По увѣренію Krause, потуги, при употребленіи его метода, показываются очень скоро, не позднеѣ, какъ черезъ сутки

§ 22.

Седьмой методъ. Впрыскиванія въ полость матки. Методъ этотъ давно уже извѣстенъ. Еще въ 1595 году Avicenna предлагалъ употреблять ихъ съ цѣлю возбудить преждевременныя сокращенія матки, и изобрѣлъ для этого особенный инструментъ. Предложеніе Avicenn'ы было потомъ предано забвенію; но въ 1825 году, Schweighäuser, въ сочиненіи своемъ: »Das Gebären nach der beobachteten Natur, Strassburg, 1825, p 229, также совѣтовалъ употреблять впрыскиванія въ полость матки, для произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ; но совѣту его до 1846 года никто не послѣдовалъ. Въ 1846 году, Cohen употребилъ этотъ методъ съ полнымъ успѣхомъ, и описалъ его подробно въ періодическомъ изданіи: »Monatsschrift für Geburtskunde, 1846, Bd. 21, p. 116. Съ того времени и до сихъ поръ, какъ Cohen, такъ и многіе другіе врачи неоднократно употребляли этотъ методъ, и притомъ

постоянно съ совершеннымъ успѣхомъ. Иногда достаточно бываетъ одного только впрыскиванія для возбужденія потугъ, которыя показываются иногда, спустя нѣсколько часовъ; иногда же нужно бываетъ, для достиженія этой цѣли, повторить нѣсколько разъ впрыскиванія, для возбужденія достаточно сильныхъ потугъ, и въ такомъ случаѣ промежутокъ времени между первымъ впрыскиваніемъ и появленіемъ первыхъ потугъ бываетъ гораздо больше, отъ 1 до 3 дней. Замѣчу здѣсь кстати, что впрыскиванія въ полость матки составляютъ отличное средство для возбужденія и усиленія потугъ при своевременныхъ родахъ, и ихъ можно употреблять съ одинаковою пользою, какъ для возбужденія прекратившихся сокращеній матки, такъ и для усиленія этихъ послѣднихъ, если они оказываются слабыми.

§ 23.

Кромѣ вышеисчисленныхъ методовъ произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, есть ихъ еще нѣсколько; но дѣйствіе ихъ или весьма не вѣрно, или, при употребленіи ихъ, требуется слишкомъ много времени для достиженія желаемой цѣли; нѣкоторые изъ нихъ, наконецъ, почти неисполнимы, или сопряжены

съ опасностію для беременной и младенца, а потому они, въ настоящее время, или вовсе не употребляются въ практикѣ, или употребляются очень рѣдко, и то только самыми ихъ изобрѣтателями. На основаніи вышесказаннаго, я и не нахожу нужнымъ описывать эти методы въ подробности, а ограничусь краткимъ изложеніемъ ихъ сущности. Такъ напр. Busch предлагалъ вводить въ маточное устье изобрѣтенный имъ инструментъ (*Dilatator ostii uterini*) нѣсколько разъ въ день, и производить имъ постепенное расширеніе маточнаго устья, пока покажутся потуги. Krause совѣтуетъ съ этою же цѣлію вводить въ маточное устье пинцетъ, согнутый на подобіе мужескаго катетера; обѣ вѣтви этого пинцета полукруглы, такъ, что когда онѣ сложены вмѣстѣ, то весь инструментъ имѣетъ форму цилиндрическую. Посредствомъ подвижнаго кольца, можно, по произволу, соединять и раздвигать обѣ вѣтви этого инструмента. Инструментъ этотъ въ сомкнутомъ состояніи вводится въ маточное устье, а потомъ кольцо отодвигается назадъ, въ слѣдствіе чего вѣтви его расходятся. Въ такомъ положеніи инструментъ оставляется на четверть часа. Введеніе этого инструмента въ маточное устье повторяется нѣсколько разъ въ день, до тѣхъ поръ, пока обнаружатся достаточно сильныя потуги. Herder,

въ 1803 году, предложилъ употреблять электро-галванизмъ для произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Въ Германіи и Англіи нѣкоторые врачи нѣсколько разъ употребляли это средство для возбужденія преждевременныхъ сокращеній матки. Одинъ полюсъ электро-галваническаго аппарата прикладывается къ покровамъ живота беременной, противъ дна матки, а другой вводится во влагалище, и приводится въ соприкосновеніе съ маточнымъ устьемъ. Дѣйствіе аппарата на матку должно продолжаться 2-3 минуты, и повторяться нѣсколько разъ въ день до тѣхъ поръ, пока покажутся достаточно сильныя сокращенія ея. Въ 1827 году, проф. Bongiovanni предложилъ употреблять рожки (*secale cornut.*) для произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Совѣту его вскорѣ послѣдовалъ Ramsbotham, который употребилъ средство это въ 55 случаяхъ, и въ 1854 году обнародовалъ результатъ своихъ наблюденій. Онъ давалъ его въ видѣ паливки, въ довольно большихъ приемахъ, и дѣйствительно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, достаточно было одного употребленія этого средства для возбужденія преждевременныхъ сокращеній матки. Проф. Scanzoni въ новѣйшее время предложилъ производить методическое раздраженіе грудей беременной для возбужденія

сокращеній матки. Онъ употреблялъ съ этою цѣлю каучуковыя насосныя банки, которыми онъ въ первые дни дѣйствовалъ на груди беременной по два раза въ день, продолжая дѣйствіе ихъ каждый разъ по 2 часа; въ слѣдующіе за тѣмъ дни по 3 раза въ день, и такъ далѣе, пока показывались потуги. d'Outrepaпt предложилъ производить ежедневно по нѣскольку разъ треніе дна матки рукою, и продолжать это до тѣхъ поръ, пока покажутся сокращенія матки. Наконецъ, постоянное употребленіе теплыхъ ваннъ, и втираніе въ маточное устье мази cum Extr. Belladonnae также были предлагаемы, какъ средства для произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

§ 24.

Теперь, изложивши всѣ извѣстные доселѣ методы произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, перейдемъ къ оцѣнкѣ cadaго изъ нихъ, и разберемъ ихъ въ томъ же порядкѣ, въ какомъ они выше были изложены.

Прободеніе оболочекъ яйца около маточнаго устья составляетъ совершенно вѣрное средство для произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, и не было еще примѣра, гдѣ бы методъ этотъ оказался

недѣйствительнымъ. Кромѣ того, если маточная шейка стоитъ низко, а маточное устье хотя нѣсколько расширено, то прободеніе оболочекъ яйца всегда можно сдѣлать скоро и легко. Но методъ этотъ имѣетъ и важныя невыгоды, которыя состоятъ въ слѣдующемъ: выпуская родовыя воды, мы лишаемся всѣхъ тѣхъ выгодъ, которыя доставляетъ присутствіе ихъ въ теченіи родовъ. Расширеніе маточнаго устья будетъ уже совершаться, въ этихъ случаяхъ, не при помощи родоваго пузыря, который равномерно и сильно растягиваетъ его во всѣ стороны, а лежащею частію младенца, на которой, въ слѣдствіе сильнаго давленія со стороны стѣнокъ матки, скоро образуется значительная опухоль, затрудняющая или, даже, вовсе уничтожающая возможность распознаванія спеціальнаго положенія младенца, что, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, весьма важно. Изъ опыта мы знаемъ, что и при своевременныхъ родахъ, не взирая на совершенное развитіе мышцъ матки, и соотвѣтствующую этому развитію силу ихъ сокращеній, роды всегда идутъ медленно, если родовыя воды вытекаютъ преждевременно. То же самое бываетъ и при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, произведенныхъ прободеніемъ оболочекъ яйца. Младенецъ, лишенный своей обыкновенной защиты — родовыхъ водъ, под-

вергается, въ этихъ случаяхъ, сильному давленію со стороны стѣнокъ матки, слѣдствіемъ котораго можетъ быть нарушеніе кровообращенія между имъ и дѣтскимъ мѣстомъ, и смерть его. Самое прободеніе оболочекъ яйца иногда бываетъ очень трудно произвести, и проведеніе сквозъ маточное устье инструмента, назначеннаго для ихъ прободенія, иногда, бываетъ сопряжено съ опасностію для беременной. Если маточное устье стоитъ высоко, обращено къ крестцовой кости, и вовсе не расширено, то введеніе въ него инструмента, для прободенія оболочекъ яйца, не рѣдко представляетъ непреодолимая затрудненія. При такихъ неблагопріятныхъ условіяхъ, легко можно также ранить инструментомъ маточную шейку, чему неоднократно уже бывали примѣры. Наконецъ самые результаты всѣхъ доселѣ извѣстныхъ случаевъ, въ которыхъ искусственные преждевременные роды были произведены посредствомъ прободенія оболочекъ яйца, говорятъ не въ пользу этого метода. Изъ нихъ видно, что изъ 350 младенцевъ, родившихся на свѣтъ преждевременно, въ слѣдствіе прободенія оболочекъ яйца, 134 родились мертвыми, а изъ родившихся живыми, 35 умерли въ первый же день послѣ родовъ. Прободеніе оболочекъ яйца около дна матки, по методу Мейснера, представляетъ болѣе выгоды, нежели

проколъ ихъ около маточнаго устья, потому что при этомъ выпускается только небольшая часть родовыхъ водъ, и, слѣдовательно, выгоды, доставляемая ихъ присутствіемъ во время родовъ, не уничтожаются совсѣмъ. Но и этотъ методъ имѣетъ важныя неудобства. Проведеніе инструмента, назначеннаго для прободенія оболочекъ яйца, иногда бываетъ очень трудно, а иногда даже вовсе невозможно. Кромѣ того, при введеніи инструмента, можно нечаянно проколоть оболочки яйца около самаго маточнаго устья; подвигая же инструментъ вверхъ между оболочками яйца и внутреннею поверхностію матки, можно упереться имъ въ дѣтское мѣсто, и произвести имъ раненіе, или частное отдѣленіе этого послѣдняго отъ стѣнки матки. Остріе инструмента въ моментъ самаго прободенія оболочекъ яйца, можетъ ранить младенца, чему уже и бывали примѣры. Въ отношеніи къ вѣрности, методъ этотъ совершенно одинаковъ съ предъидущимъ, но результаты, достигнутые, при помощи его, гораздо лучше. Изъ 24 младенцевъ, родившихся преждевременно, въ слѣдствіе прободенія оболочекъ яйца около дна матки, 22 родились живыми.

§ 25.

Отдѣлить оболочки яйца отъ нижней части матки

всегда бываетъ трудно; для-того, чтобы этого достигнуть необходимо нужно совпаденіе многихъ благоприятныхъ условій, а именно необходимо нужно, чтобы маточное устье стояло низко, и, кромѣ того, было на столько расширено, чтобы можно было проникнуть сквозь него пальцемъ; эти же два условія въ совокупности встрѣчаются рѣдко. Введеніе катетера, по методу Rieseke, также неудобно, и требуетъ тѣхъ же вышеисчисленныхъ благоприятныхъ условій со стороны маточнаго устья. Методъ Rieseke представляетъ только ту выгоду, что для введенія катетера въ маточное устье, требуется меньшее расширеніе этого послѣдняго, нежели для введенія пальца. Кромѣ того, при попыткахъ отдѣленія оболочекъ яйца отъ нижней части матки, легко можно произвести и разрывъ ихъ. Наконецъ методъ этотъ невѣренъ; иногда нужно бываетъ нѣсколько разъ вводить палецъ, или катетеръ въ полость матки, и отдѣлять отъ этой послѣдней оболочки яйца, чтобы вызвать этимъ способомъ потуги. Такія неоднократныя попытки влекутъ за собою большую потерю времени, которое, иногда, при произведеніи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, бываетъ намъ очень дорого. Если показаніемъ къ произведенію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ служить такое болѣзненное состояніе беременной,

которое угрожаетъ ей большою опасностію, и если, для устраненія этой послѣдней, требуется скорое разрѣшеніе ея отъ бремени, то методъ этотъ, по причинѣ его невѣрности, вовсе не должно употреблять.

§ 26.

Введеніе губки въ маточное устье есть методъ невѣрный и неудобный въ исполненіи. Для того, чтобы можно было ввести губку въ маточное устье, необходимо нужно, чтобы это послѣднее стояло низко и было бы хотя нѣсколько открыто; въ противномъ случаѣ вовсе нельзя бываетъ ввести въ него губку, и если бы и удалось втѣснить часть ея въ маточную шейку, то она легко опять выпадаетъ. Для беременной, употребленіе этого метода особенно тягостно въ томъ отношеніи, что она, начиная съ того времени, когда губка введена въ маточное устье, должна уже постоянно оставаться въ постелѣ. Кромѣ того, методъ этотъ неудобенъ и потому, что, при употребленіи его, надобно нѣсколько разъ въ день производить внутреннее изслѣдованіе беременной, дѣлать вприскиванія во влагалище, и перемѣнять губку. Губка, вложенная въ маточную шейку, расширяясь, производитъ иногда такое сильное раздраженіе матки, что

эта послѣдняя переходитъ въ воспалительное состояніе, чему неоднократно уже бывали примѣры. Важное неудобство этого метода заключается еще и въ томъ, что дѣйствіе его весьма невѣрно, и, при употребленіи его, иногда проходитъ нѣсколько дней прежде, нежели обнаружатся сокращенія матки.

§ 27.

Главное неудобство четвертаго метода, употребленія маточныхъ душей, заключается въ его невѣрности. Изъ сдѣланныхъ доселѣ, надъ употребленіемъ этого метода, наблюденій видно, что были такіе случаи, гдѣ нужно было повторить употребленіе маточныхъ душей 69 разъ, по 3-4-5 разъ въ день, для возбужденія сокращеній матки, что, конечно, весьма тягостно для беременной. Были также и такіе случаи, гдѣ, не взирая на долговременное употребленіе теплыхъ душей, потуги вовсе не показывались. Самое употребленіе маточныхъ душей весьма неудобно еще потому, что для этого нужно имѣть особенный, сложный и весьма громоздкій аппаратъ, который можно только установить въ высокой комнатѣ, — неудобства, дѣлающія употребленіе этого аппарата, въ частной практикѣ, весьма затруднительнымъ. Вода, наливаемая

въ аппаратъ, должна имѣть извѣстную температуру, которую, смотря по обстоятельствамъ, нужно бываетъ, иногда, и измѣнять, что требуетъ уже неусыпнаго наблюденія со стороны врача. Долгое и притомъ нѣсколько разъ въ день повторяемое впрыскиваніе теплой воды во влагалище, условливаетъ, въ наибольшей части случаевъ, конгестивное состояніе этого послѣдняго и нижняго сегмента матки, — состояніе, легко могущее перейти въ воспаленіе этихъ частей. На младенца теплые души также имѣютъ вредное вліяніе, потому что производятъ приливы крови къ головѣ его въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эта послѣдняя составляетъ часть подлежащую. Изъ наблюденій, сдѣланныхъ доселѣ надъ употребленіемъ этого метода, видно, что смертность младенцевъ, родившихся преждевременно, въ слѣдствіе употребленія теплыхъ душъ, чрезвычайно велика. Изъ 34 младенцевъ, родившихся преждевременно, въ слѣдствіе употребленія теплыхъ душъ, 24 или родились на свѣтъ мертвыми, или умерли въ теченіи первой недѣли послѣ своего рожденія. Что теплые души имѣютъ вредное вліяніе на здоровье беременныхъ и родильницъ, это доказывается тѣмъ, что, по извѣстнымъ доселѣ наблюденіямъ, изъ 6 беременныхъ, подвергавшихся дѣйствію теплыхъ душъ, заболѣвала одна; далѣе, что изъ 8

родильницъ, родившихъ въ слѣдствіе употребленія теплыхъ душей, одна поражалась какою либо пуерпериальною болѣзнію, и что, наконецъ, изъ этихъ же родильницъ, изъ 10 умирала 1. Если теперь принять въ соображеніе, что методъ этотъ невѣренъ; что отъ начала его употребленія и до появленія потугъ, иногда проходитъ много времени; что употребленіе его вообще затруднительно и сопряжено съ опасностію, какъ для беременной, такъ и для младенца, то и надобно придти къ тому заключенію, что методъ этотъ вообще употреблять не должно. Есть, впрочемъ, такіе случаи, гдѣ употребленіе маточныхъ душей дѣйствительно можетъ принести существенную пользу, какъ средство пріуготовительное, предпосылаемое употребленію какого-либо другаго метода. Тамъ, на пр., гдѣ маточная шейка длинна, неуступчива и тверда; гдѣ маточное устье притомъ совершенно закрыто, и гдѣ, слѣдовательно, нѣтъ возможности немедленно употребить какой-либо другой, болѣе дѣйствительный методъ для возбужденія потугъ, тамъ теплые души будутъ очень полезны. Условливая болѣе сильныя приливы крови къ нижнему сегменту матки, они будутъ способствовать скорѣйшему разрыхленію маточной шейки и расширенію маточнаго устья, и дадутъ намъ возможность перейти къ употребленію болѣе дѣй-

ствительнаго метода — введенію катетера въ полость матки, которое, при вышеописанномъ состояніи маточной шейки, невозможно.

§ 28.

Пятый методъ — введеніе тампона во влагалище, также весьма не вѣренъ въ своемъ дѣйствіи, потому что, при употребленіи его, иногда проходятъ не только дни, но даже недѣли прежде, нежели покажутся потуги. Кромѣ того, присутствіе тампона во влагалищѣ иногда производитъ такое сильное раздраженіе этого послѣдняго, что беременныя вовсе не могутъ переносить дальнѣйшаго употребленія этого метода. Даже были примѣры, что развивалось воспаленіе влагалища. Тампонъ можетъ быть употребленъ съ пользою только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ маточное устье совершенно закрыто, и гдѣ маточная шейка стоитъ очень высоко. Въ этихъ случаяхъ тампонъ, раздражая сводъ влагалища и маточную шейку, и производя приливы крови къ этимъ частямъ, будетъ способствовать скорѣйшему разрыхленію и расширенію маточнаго устья, и сдѣлаетъ его доступнымъ для введенія катетера. Тампонъ, слѣдовательно, въ этихъ случаяхъ, надобно разсматривать только какъ средство пріуготовительное, дающее возможность употребить другой, болѣе дѣйствительный методъ.

§ 29.

Остальные два метода, т. е. введеніе восковыхъ бужей, или эластическаго катетера въ полость матки, и впръскиванія въ эту послѣднюю, одинаковы, какъ по большей, или меньшей легкости своего употребленія, такъ и по своей вѣрности. Изъ всѣхъ доселѣ извѣстныхъ методовъ произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, эти два суть, безъ сомнѣнія, самые вѣрные. Почти во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ методы эти были употреблены, дѣйствіе ихъ было скоро и вѣрно, съ весьма рѣдкими исключеніями. Введенію восковыхъ бужей въ полость матки (по методу Lehmann'a), надобно предпочитать введеніе въ нее эластическаго катетера (по методу Krause) какъ потому, что при употребленіи этого послѣдняго метода, раздраженіе, производимое въ маткѣ, и сильнѣе и продолжительнѣе, а слѣдовательно и успѣхъ вѣриѣе, такъ и потому, что въ случаѣ, еслибы присутствія катетера въ полости матки было бы недостаточно для возбужденія потугъ, то можно, во всякое время, произвести впръскиваніе въ полость матки. Эти методы имѣютъ только то неудобство, что не могутъ быть употреблены во всѣхъ случаяхъ. Если маточное устье стоитъ высоко и нисколько не рас-

ширено, то иногда нельзя бываетъ ввести въ него ни бужа, ни катетера.

§ 30.

Изъ вышесказаннаго явствуешь, что изъ вышеисчисленныхъ методовъ произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, нѣтъ ни одного такого, который могъ бы быть употребленъ съ успѣхомъ во всѣхъ случаяхъ, безъ исключенія. При выборѣ метода, надобно сообразоваться преимущественно съ состояніемъ маточной шейки и маточнаго устья. При произведеніи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, надобно руководствоваться слѣдующими правилами, примѣнимыми безъ исключенія ко всѣмъ случаямъ, въ которыхъ операція эта показана: 1) Если маточное устье расширено на столько, что можно проникнуть сквозь него эластическимъ катетеромъ, то ввести этотъ послѣдній столь возможно глубже въ полость матки, и оставить его тамъ до тѣхъ поръ, пока покажутся сокращенія матки. Если же черезъ сутки послѣ введенія катетера въ полость матки, потуги не обнаружались бы, то сдѣлать впрыскиваніе въ полость матки, и, въ случаѣ надобности, повторять его, пока покажутся потуги. 2) Если маточ-

ное устье нисколько не расширено, то ввести во влагалище тампонъ, и отъ времени до времени производить внутреннее изслѣдованіе, чтобы слѣдить за состояніемъ маточнаго устья. Какъ скоро это послѣднее на столько расширится, что можно проникнуть сквозь него катетеромъ, такъ тотчасъ же ввести этотъ послѣдній въ полость матки. 3) Если маточная шейка длинна, неуступчива и тверда, а маточное устье совершенно закрыто, то прибѣгнуть къ употребленію теплыхъ душей, и продолжать его до тѣхъ поръ, пока маточное устье сдѣлается доступнымъ для катетера, и тогда тотчасъ же ввести этотъ послѣдній въ полость матки. Теплые души, какъ средство для пріуготовительнаго расширенія маточнаго устья, должно также употреблять въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ беременная очень чувствительна, и не можетъ перенести присутствія тампона во влагалищѣ.

ГЛАВА 4.

О наложеніи акушерскихъ щипцовъ.

§ 31.

Акушерскими щипцами называется инструментъ, посредствомъ котораго можно, при извѣстныхъ усло-

віяхъ, извлечь головку младенца изъ дѣтородныхъ частей роженицы, безъ вреда какъ для этой послѣдней, такъ и для младенца.

§ 32.

Англійскій врачъ Hugh Chamberlen, жившій во второй половинѣ 17 столѣтія, считается изобрѣтателемъ акушерскихъ щипцовъ. Но онъ долго хранилъ свое изобрѣтеніе въ тайнѣ, и пользовался имъ одинъ. Потомъ онъ продалъ тайну своего изобрѣтенія голландскому врачу, von Roonhuysen'у, который, въ свою очередь, продалъ его нѣсколькимъ другимъ врачамъ, но съ обязательствомъ хранить тайну. Извѣстіе объ существованіи такого важнаго инструмента, однакоже, распространилось повсемѣстно, и всѣ врачи тогдашнихъ временъ старались отгадать устройство его. Наконецъ, Joh. Palfyn, женевскій профессоръ анатоміи и хирургіи, рѣшилъ эту задачу, и въ 1723 году представилъ Парижской Академіи наукъ инструментъ, который, по своей формѣ и устройству, весьма похожъ на тѣ акушерскіе щипцы, которые мы употребляемъ теперь. Какъ только щипцы сдѣлались извѣстными, всѣ акушеры старались ихъ усовершенствовать, и особенныя услуги въ этомъ дѣлѣ оказали

Levret и Smellie. Многочисленные ученики ихъ также старались усовершенствовать этотъ инструментъ, производя въ немъ различныя измѣненія, такъ, что, въ настоящее время, мы имѣемъ большое число различныхъ щипцовъ, отличающихся другъ отъ друга болѣе или менѣе важными измѣненіями. При такомъ разнообразіи необходимо опредѣлить какія именно качества должны имѣть щипцы, чтобы вполне соответствовать своей цѣли. Хорошіе щипцы должны имѣть слѣдующія качества: 1) они должны быть сдѣланы изъ хорошей стали, должны быть гладки, хорошо выполированы, и не имѣть острыхъ краевъ; 2) они должны легко смыкаться и размыкаться; такъ называемый англійскій замокъ, состоящій изъ толстаго стального цилиндра, вдѣланнаго въ одну ложку щипцовъ, и соответственной ему выемки на другой ложкѣ, особенно удобенъ; 3) щипцы должны имѣть 16" въ длину; отъ замка до конца ложекъ они должны имѣть 9" въ длину, а отъ замка до конца рукоятокъ — 7"; 4) щипцы должны имѣть надлежащую тазовую и головную кривизну; тазовая кривизна должна быть такова, что если положить сомкнутые щипцы на горизонтальную плоскость, то концы ложекъ должны отстоять отъ этой послѣдней на $3\frac{1}{2}$ "; головная кривизна должна быть такова, чтобы ложки щипцовъ, при сомкнутомъ со-

стояніи этого инструмента, по серединѣ своей, отстояли бы другъ отъ друга на $2\frac{3}{4}$ " ; 5) вѣшніе концы ложекъ, при сомкнутомъ состояніи ихъ, должны отстоять другъ отъ друга на 6" ; 6) рукоятки ложекъ должны быть обложены деревомъ, чтобы удобнѣе и крѣпче можно было ихъ держать руками; сбоку же ихъ, нѣсколько ниже замка, должны находиться небольшія возвышенія; 7) щипцы должны вѣсить не болѣе $1\frac{1}{2}$ фунта.

§ 33.

Щипцы можно накладывать только тогда, когда маточное устье уже совершенно расширено, и когда родовыя воды уже прошли. Еслибы крайняя необходимость того потребовала, то можно наложить щипцы и до совершеннаго расширенія маточнаго устья; но во всякомъ случаѣ маточное устье должно быть уже значительно расширено, а края его должны быть тонки, мягки и уступчивы. Если щипцы накладываются до совершеннаго расширенія маточнаго устья, то первыя притяженія ими должны быть не сильны, чтобы окончательное расширеніе маточнаго устья совершилось сколь возможно медленнѣе. Если нѣтъ особенной надобности спѣшить наложеніемъ щипцовъ, то всегда лучше накладывать ихъ тогда, когда по-

кажутся уже потуги родовыя, или изгоняющія, которыя значительно способствуют скорѣйшему извлеченію головки. Для того, чтобы извлеченіе головки младенца щипцами совершилось скоро и благополучно, необходимо нужно, чтобы головка вступила уже во входъ малаго таза, и чтобы она стояла неподвижно. Соблюденіе этого послѣдняго условія весьма важно: если наложить щипцы прежде, нежели головка вступить во входъ малаго таза, то щипцами всегда бываетъ очень трудно, а иногда, даже и не возможно провести ее сквозь этотъ послѣдній. Когда головка сама собою вступаетъ во входъ малаго таза, то кости ея черепа постепенно приходятъ въ такое отношеніе другъ къ другу, какое именно потребно, въ данномъ случаѣ, для удобнѣйшаго прохожденія ее сквозь тазъ, или, другими словами, головка получаетъ именно такую форму, какая необходимо нужна для того, чтобы она могла удобно пройти сквозь тазъ. Щипцами нельзя ее заставить принять такую форму, и потому-то проведеніе головки сквозь входъ малаго таза, при помощи этого инструмента, и представляетъ такія затрудненія.

§ 34.

Показаніями къ наложенію щипцовъ служатъ слѣдующія обстоятельства:

1) *Съуженіе таза.* Строгое опредѣленіе границъ съуженій таза, при которыхъ дозволяется накладывать щипцы, невозможно. Возможность, или невозможность проведенія головки сквозь съуженный тазъ зависитъ не только отъ степени съуженія этого послѣдняго, но и отъ величины и большей или меньшей сжимаемости самой головки. Это очевидно доказывается тѣмъ, что одна и та же женщина, имѣющая нѣсколько съуженный тазъ, одинъ разъ рождаетъ благополучно, безъ помощи искусства, а при другихъ ея родахъ, попытки извлечь головку младенца остаются безплодными, и мы бываемъ принуждены прибѣгнуть къ прободенію головки. При нормальномъ устройствѣ таза, прохожденіе головки сквозь его полость, при содѣйствіи однихъ только сокращеній матки, дѣлается иногда невозможнымъ, по причинѣ чрезмѣрной величины головки. Если младенецъ имѣетъ правильное положеніе, потуги хороши и дѣтородныя части роженицы надлежащимъ образомъ приготовлены для прохожденія младенца, а подлежащая часть этого послѣдняго остается неподвижною въ полости малаго таза, то это доказываетъ, что препятствіе къ окончанію родовъ есть чисто механическое. Въ подобныхъ случаяхъ, при рѣшеніи вопросовъ: должно-ли приступить къ наложенію щипцовъ, или можно еще подо-

ждать, и когда именно должно наложить щипцы, — надобно сообразоваться съ состояніемъ младенца вообще, и его подлежащей части въ особенности. Составить себѣ понятіе о состояніи самого младенца, въ этихъ случаяхъ, можно только посредствомъ аускультации. Если, выслушивая животъ роженицы, мы найдемъ, что сердцебіеніе младенца сдѣлалось гораздо слабѣе, или, что еще хуже, перемѣжающимся, то это указываетъ на то, что младенецъ страдаетъ въ слѣдствіе сильнаго сдавленія его головки, и что жизнь его находится въ опасности. Тутъ надобно уже немедленно наложить щипцы, и только этимъ можно спасти младенца. Если на головкѣ младенца быстро развивается опухоль, а головка нисколько не подвигается къ низу, не взирая на сильнѣйшія потуги, то также надобно поспѣшить наложить щипцы, потому что тутъ уже очевидно, что механическое препятствіе къ окончанію родовъ такъ значительно, что однихъ силъ природы недостаточно для его преодоленія. Если же, не смотря на достовѣрно узнанное суженіе таза, головка, хотя и медленно, но подвигается книзу, то не должно спѣшить наложеніемъ щипцовъ, и приступить къ нему только тогда, когда ходъ родовъ дѣйствительно пріостановится, и покажутся явленія, несомнѣнно доказывающія, что

препятствіе къ окончанію родовъ есть механическое.

2) *Слабость потугъ.* Если сокращенія матки такъ слабы, что ходъ родовъ вовсе пріостанавливается; и если, не взирая на употребленіе всѣхъ извѣстныхъ средствъ для ихъ усиленія, они не дѣлаются сильнѣе, то надобно наложить щипцы.

3) *Такія явленія, которыя, угрожая большою опасностію роженицы, или младенцу, или обоимъ вмѣстѣ, требуютъ скорѣйшаго окончанія родовъ.* Сюда относятся: сильныя кровотеченія, не уступающія употребленнымъ противъ нихъ средствамъ; частые обмороки и чрезмѣрная слабость роженицы; конвульсіи; упорная рвота; разрывы матки и влагалища; выпаденіе и разрывъ пуповины; внезапная смерть роженицы и т. п.

4) Если, при тазовыхъ положеніяхъ младенца, по выходѣнн туловища этого послѣдняго на свѣтъ, головка не выходитъ, и обыкновенныхъ, употребляемыхъ въ этихъ случаяхъ ручныхъ пріемовъ, недостаточно для ея извлеченія, то надобно наложить щипцы.

5) Если, при извлеченіи младенца за ножки, головка его оторвется и останется въ полости таза, то, для извлеченія ея, надобно наложить щипцы.

§ 35.

При наложеніи щипцовъ, роженица должна лежать поперегъ постели во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно предполагать, что извлеченіе головки младенца будетъ трудно. Только тамъ, гдѣ головка уже приблизилась къ выходу таза, и гдѣ, слѣдовательно, можно надеяться, что извлеченіе ея удастся сдѣлать скоро и легко; равнымъ образомъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ роженица истощена предшествовавшимъ сильнымъ кровотеченіемъ, можно накладывать щипцы, не измѣнивши предварительно продольнаго положенія ея на постелѣ. Если роженица лежитъ на диванѣ, или на такой кровати, спинки которой невысоки, то можно накладывать щипцы, не измѣняя ея продольнаго положенія. Въ такомъ случаѣ роженица должна придвинуться нѣсколько къ той спинкѣ кровати, къ которой обращены ея ноги, а операторъ становится за этою спинкою кровати. Если роженица лежитъ поперегъ постели, то подъ ноги ея надобно подставить два стула, въ такомъ разстояніи одинъ отъ другаго, чтобы ноги ея, поставленныя на эти стулья, были умѣренно раздвинуты; операторъ же садится между ногами роженицы на третій стулъ, который долженъ быть нѣсколько ниже двухъ первыхъ. Если же щипцы

накладываются при обыкновенномъ продольномъ положеніи роженицы, безъ всякаго измѣненія его, то операторъ становится подлѣ праваго края кровати. При операціи наложенія щипцовъ, нужно имѣть двухъ помощниковъ, изъ которыхъ одинъ поддерживаетъ роженицу подѣ плечи, а другой подаетъ оператору ложки щипцовъ и вообще все, въ чемъ могла бы встрѣтиться надобность во время операціи. Приступая къ наложенію щипцовъ, надобно предварительно нагрѣть ихъ въ теплой водѣ, потомъ до суха обтереть ихъ и намазать наружную поверхность ложекъ деревяннымъ масломъ. Передъ самымъ наложеніемъ инструмента, надобно произвести внутреннее изслѣдованіе роженицы, чтобы удостовѣриться въ какомъ именно положеніи находится головка младенца; потому что положеніе ея, во время самыхъ приготовленій къ операціи, можетъ нѣсколько измѣниться. Щипцы должно накладывать въ промежутокъ между двумя потугами. Если бы, во время самага введенія ложекъ, показалось сокращеніе матки, то должно пріостановиться съ дальнѣйшимъ введеніемъ ихъ, пока потуга прекратится. Ложки щипцовъ должны быть вводимы въ дѣтородныя части роженицы не иначе, какъ подѣ руководствомъ пальцевъ руки. Если головка стоитъ низко, то надобно ввести во влагалище два пальца

руки, указательный и средній, положить ихъ между стѣнкою влагалища и головкою, и потомъ уже вести по нимъ ложку инструмента. Если головка стоитъ высоко и не совсѣмъ еще выступила изъ маточнаго устья, то вышеупомянутые два пальца руки надобно положить такъ, чтобы они находились между краемъ маточнаго устья и головкою. Эта предосторожность необходимо нужна, потому что, въ противномъ случаѣ, конецъ ложки можетъ миновать маточное устье и упереться въ сводъ влагалища. Если головка стоитъ такъ высоко, что двухъ пальцевъ руки недостаточно для надлежащаго руководства вводимой ложки щипцовъ, то можно ввести въ дѣтородныя части роженицы 4 пальца. Сперва надобно вводить ту ложку щипцовъ, которая должна помѣститься въ лѣвой половинѣ таза. Для краткости, будемъ впредь называть эту ложкою *лівою*, а другую — *правою*.

§ 36.

Сдѣлавши всѣ нужныя приготовленія къ наложенію щипцовъ, можно приступить къ самой операціи, которая производится слѣдующимъ образомъ: два пальца правой руки вводятся во влагалище, и концы ихъ прижимаются къ головкѣ младенца. Лѣвая ложка

шипцовъ берется тремя пальцами лѣвой руки такъ, чтобы послѣдній суставъ среднего пальца легъ бы подъ возвышеніемъ, находящимся на рукояткѣ ложки; тотъ же суставъ указательнаго пальца должно положить надъ этимъ возвышеніемъ, а конецъ большаго пальца на внутреннюю поверхность рукоятки такъ, чтобы онъ находился прямо противъ обоихъ первыхъ пальцевъ. Такимъ образомъ рукоятка ложки будетъ обхвачена только концами трехъ пальцевъ лѣвой руки. Вообще при введеніи ложекъ, должно дѣйствовать какъ можно осторожнѣе, не употреблять для этого много силы. Если бы встрѣтилось препятствіе для дальнѣйшаго введенія ложки, то не должно стараться преодолѣть его силою, а тщательно изслѣдовать, въ чемъ именно заключается это препятствіе, и стараться устранить его мѣрами, объ которыхъ ниже будетъ упомянуто подробнѣе. Обхватываніе рукоятки ложки одними только концами пальцевъ въ томъ именно отношеніи особенно полезно, что тутъ малѣйшее препятствіе къ дальнѣйшему введенію ложки тотчасъ же можетъ быть замѣчено операторомъ. Взявши ложку вышеописаннымъ образомъ, надобно поднять рукоятку ея кверху такъ, чтобы она находилась въ перпендикулярномъ направленіи къ дѣтороднымъ частямъ роженицы; конецъ ложки упереть въ наружную поверх-

ность указательного пальца правой руки, находящагося во влагалищѣ, и потомъ осторожно, скользя по этому пальцу, вести ложку глубже во влагалище. По мѣрѣ того, какъ ложка углубляется во влагалище, надобно постепенно опускать рукоятку ея книзу, такъ, чтобы, по совершенномъ введеніи ложки, нижняя часть ея, находящаяся около замка, легла бы на спайку большихъ дѣтородныхъ губъ. За тѣмъ, рукоятка введенной ложки передается помощнику, который долженъ ее поддерживать въ данномъ ей положеніи. Потомъ два пальца лѣвой руки вводятся во влагалище, и, подъ руководствомъ ихъ, правою рукою вводится правая ложка точно также, какъ введена была лѣвая. Щипцы, на основаніи ихъ устройства, должны быть такъ накладываемы, чтобы ложки ихъ, по введеніи въ дѣтородныя части роженицы, легли по бокамъ головки младенца, или, другими словами, чтобы онѣ обхватывали головку въ направленіи поперечнаго ея діаметра. Въ отношеніи же къ тазу роженицы, щипцы должны имѣть такое положеніе, чтобы поперечный діаметръ наиболѣе выпуклой части ложекъ совпадалъ бы съ поперечными діаметрами малаго таза. Но такъ какъ головка, по вступленіи своемъ въ полость таза, обыкновенно имѣетъ положеніе косвенное, то и очевидно, что точное соблюденіе обоихъ вышеупомяну-

тыхъ правилъ не возможно. Последнее изъ нихъ, однакоже, всегда должно быть соблюдаемо, потому что, посредствомъ соблюденія его, можно достигнуть и соблюденія перваго. Если бы ложки, по введеніи ихъ въ дѣтородныя части роженицы, сначала и не легли бы по бокамъ головки, то они потомъ, при притяженіяхъ щипцами, получаютъ надлежащее положеніе, потому что головка при этомъ принимаетъ болѣе прямое положеніе, или, другими словами, стрѣловидный шовъ ея, изъ косвеннаго поперечника малаго таза, переходитъ въ прямой. Если же, при введеніи ложекъ, оказалось бы, что ихъ нельзя помѣстить въ направленіи поперечнаго діаметра малаго таза, какъ выше было описано, то надобно ввести ихъ въ направленіи косвеннаго поперечника таза. При притяженіяхъ щипцами, ложки потомъ сами собою примутъ надлежащее положеніе въ отношеніи къ стѣнкамъ таза.

§ 37.

Наложивши обѣ ложки, надобно сомкнуть щипцы. Для этого надобно обхватить рукоятку правой ложки всею правою рукою, а рукоятку лѣвой — всею лѣвою рукою, а большіе пальцы обѣихъ рукъ положить на возвышенія, находящіяся на рукояткахъ ло-

жекъ, опустить рукоятки обѣихъ ложекъ еще ниже, и потомъ сомкнуть щипцы. Передъ сомкнутиемъ щипцовъ, надобно ввести палецъ въ дѣтородныя части роженицы, и убѣдиться въ томъ, что щипцы хорошо обхватили головку. Смыкая щипцы, надобно остерегаться, чтобы въ замокъ ихъ не попали волосы, покрывающіе наружную поверхность большихъ дѣтородныхъ губъ. Если щипцы не смыкаются, потому что ложки ихъ не плотно прилегаютъ къ головкѣ младенца, какъ это не рѣдко случается, то надобно произвести большими пальцами рукъ, положенными на возвышенія, находящіяся на рукояткахъ, умѣренное давленіе въ направленіи кнаружи, и стараться сомкнуть щипцы при содѣйствіи этого давленія, что въ наибольшей части случаевъ и удается. Если же и при такомъ давленіи щипцы не смыкаются, то надобно вынуть ложки, и наложить ихъ снова, стараясь уже при этомъ дать имъ положеніе, болѣе удобное для ихъ смыканія. Причина невозможности сомкнуть щипцы заключается обыкновенно въ томъ, что ложки ихъ не прилегли плотно къ бокамъ головки, потому что поперечный діаметръ этой послѣдней, въ данномъ случаѣ, не соотвѣтствуетъ тому діаметру малаго таза, въ направленіи котораго наложены щипцы. Давленіемъ на рукоятки ложекъ можно заставить головку принять

положеніе болѣе удобное для смыканія щипцовъ. Если же, не взирая на это давленіе, щипцы все таки не смыкаются, то, вынувши ложки, надобно снова наложить ихъ уже такъ, чтобы наиболѣе выпуклая часть ихъ ложекъ соотвѣтствовала бы тому діаметру таза, съ которымъ совпадаетъ поперечный діаметръ головки.

§ 38.

Сомкнувши щипцы, надобно положить правую руку на обѣ рукоятки ложекъ такъ, чтобы указательный и средній пальцы ея легли на переднюю поверхность тѣхъ возвышеній, которыя находятся на рукояткахъ ложекъ, а ладонь руки покрывала бы всю верхнюю поверхность рукоятокъ. Въ то же время надобно ввести два пальца лѣвой руки во влагалище, и изслѣдовать ими хорошо-ли наложены щипцы, и не захватили-ли они чего либо кромѣ головки. Потомъ приложить эти пальцы къ головкѣ, а правою рукою слегка потянуть щипцы въ направленіи книзу. Это первое притяженіе щипцами называется *пробнымъ*. Оно дѣлается для того, чтобы убѣдиться въ томъ, что щипцы хорошо обхватили головку, и не соскользнутъ. Потомъ лѣвая рука переносится на рукоятку ложекъ и кладется тутъ такъ, чтобы ею можно было

сдавливать рукоятки. Давленіе это, однакоже, должно быть не сильно; оно дѣлается не для того, чтобы сдавливать головку младенца, а для того, чтобы препятствовать отхожденію ложекъ отъ головки, и соскользнутію щипцовъ. Когда мы убѣдились въ томъ, что щипцы дѣйствительно хорошо наложены, надобно приступить къ самому извлеченію головки. Оно производится посредствомъ притяженій щипцами. Во время этихъ притяженій, надобно дѣлать щипцами движенія изъ стороны въ сторону, или подъемообразныя движенія. Эти боковыя и подъемообразныя движенія должно дѣлать попеременно; они особенно способствуютъ подвиганію головки книзу. Отъ 10 до 12 такихъ движеній, соединенныхъ съ тянутіемъ щипцовъ книзу, называются *притяженіемъ*. Такихъ притяженій нужно бываетъ сдѣлать, иногда, 15-20, для совершеннаго извлеченія головки. Если послѣ 20 такихъ притяженій, мы замѣтимъ, что головка вовсе не подвинулась книзу, то это доказываетъ, что механическое препятствіе для окончанія родовъ такъ значительно, что щипцами преодолѣть его нельзя. Въ такомъ случаѣ надобно уже отказаться отъ дальнѣйшихъ попытокъ извлечь головку щипцами, и приступить къ прободенію ея. Направленіе рукоятокъ щипцовъ, во время притяженій, должно быть измѣняемо,

по мѣрѣ того, какъ головка опускается ниже въ полость таза. Пока головка стоитъ еще высоко, рукоятки щипцовъ, при притяженіяхъ, должны быть направлены косо внизъ; когда головка опустилась ниже, то направленіе рукоятокъ должно быть горизонтальное, а когда, наконецъ, головка находится уже у выхода изъ таза, то рукоятки надобно направить косо вверхъ. Сила притяженій должна быть сообразна степени механическаго препятствія, которое она должна преодолѣть. Пока головка стоитъ еще высоко, притяженія надобно дѣлать сильно; когда головка спустилась на столько внизъ, что рукояткамъ щипцовъ надобно дать направленіе горизонтальное, то притяженіе должно дѣлать съ меньшею силою; когда, наконецъ, головка приблизилась уже къ выходу таза, то притяженія должны быть очень слабы, чтобы прорѣзываніе головки совершилось сколь возможно медленно. Нарушеніе этихъ правилъ можетъ имѣть самыя непріятныя послѣдствія. Если притяженія будутъ сильны и въ то время, когда головка уже находится у выхода таза, то она можетъ вдругъ, быстро выйти изъ дѣтородныхъ частей роженицы, слѣдствіемъ чего можетъ быть значительный разрывъ промежности. Между притяженіями должны быть небольшіе промежутки, какъ для того, чтобы, хотя на время,

нѣсколько уменьшить ту боль, которую чувствует роженица при извлеченіи головки, такъ и для того, чтобы операторъ могъ отдохнуть и собраться съ новыми силами. Если, послѣ сомкнутія щипцовъ, показываются потуги, то надобно ими пользоваться, и дѣлать притяженія во время самыхъ потугъ, которыя всегда значительно содѣйствуютъ скорѣйшему извлеченію головки. Когда головка стоитъ еще высоко, и притяженія дѣлаются сильно, то надобно тянуть обѣими руками за рукоятки; но когда головка уже приблизилась къ выходу таза, то надобно дѣлать притяженія одною только правою рукою, а лѣвою поддерживать промежность. Поддерживаніе промежности можно также поручить одному изъ помощниковъ. Если головка уже приблизилась къ выходу таза, и если потуги, въ это время, довольно сильны, то можно совершенно прекратить притяженія, и предоставить окончательное вытѣсненіе головки изъ таза силамъ природы. Въ промежутки между притяженіями, надобно ослаблять давленіе лѣвой руки на рукоятки щипцовъ, потому что постоянное и сильное давленіе ложекъ на головку можетъ быть вредно для младенца. Послѣ каждыхъ 2—3 притяженій надобно производить внутреннее изслѣдованіе роженицы, чтобы узнать подвигается-ли головка книзу, и хорошо-ли ее обхваты-

вають щипцы. Когда головка совѣтъ вышла изъ лѣтородныхъ частей роженицы, то надобно щипцы разомкнуть, и потомъ удалить одну ложку за другою.

§ 39.

Кромѣ вышеизложенныхъ правилъ, которымъ надобно слѣдовать при наложеніи щипцовъ, есть еще особенныя, условливаемые особенными, исключительными обстоятельствами. Такъ на пр., если щипцы накладываются при выпаденіи пуповины, то сперва надобно ввести въ лѣтородныя части роженицы ту ложку, которая должна помѣститься въ той половинѣ таза, въ которой находится выпавшая пуповина, а потомъ уже другую ложку. При этомъ можетъ случиться, что сперва надобно будетъ ввести правую ложку, а потомъ лѣвую, при чемъ сомкнутіе щипцовъ сдѣлается невозможнымъ. Для того, чтобы достигнуть этой послѣдней цѣли, надобно взять рукоятки ложекъ въ обѣ руки, потомъ скрестить ихъ, т. е. рукоятку правой ложки перевести черезъ рукоятку лѣвой, послѣ чего сомкнутіе щипцовъ уже сдѣлается возможнымъ. Ложка, соотвѣтствующая той половинѣ таза, въ которой находится выпавшая пуповина, должна помѣщаться между головкою и пуповиною, чтобы не производить давленія на эту послѣднюю. Точно также

надобно поступать и при выпаденіи ручки мимо головки. Если щипцы накладываются на головку младенца, по рожденіи его туловища, то помощникъ долженъ приподнять это послѣднее кверху, и щипцы накладываются тогда снизу, подъ туловищемъ младенца. Такъ какъ головка при этомъ обыкновенно стоитъ высоко, надъ входомъ въ малый тазъ, то ложки надобно вводить какъ можно выше, и для того, чтобы онѣ лучше обхватили головку, надобно опустить рукоятки ихъ какъ можно ниже, и, при смыканіи инструмента, даже прижать рукоятки къ промежности. Такъ какъ жизнь младенца, въ этихъ случаяхъ, находится въ большой опасности, то, кзкъ наложеніе щипцовъ, такъ и извлеченіе головки надобно дѣлать какъ можно поспѣшнѣе. И тутъ, сначала, притяженія надобно производить въ направленіи книзу, и продолжать такъ до тѣхъ поръ, пока подбородокъ младенца опустится въ полость малаго таза, потомъ дать рукояткамъ инструмента горизонтальное направленіе, и продолжать притяженія въ этомъ направленіи до тѣхъ поръ, пока подбородокъ и лице младенца покажутся между большими дѣтородными губами; а потомъ уже дать рукояткамъ направленіе косо вверхъ. Еслибы встрѣтилась надобность наложить щипцы, при второмъ и третьемъ темянномъ положеніи, до совершенія головкою своего

обыкновеннаго поворота, то, при извлеченіи ея, притяженія должно дѣлать въ направленіи книзу до тѣхъ поръ, пока лобъ младенца сдѣлается видимымъ между большими дѣтородными губами роженицы. Тогда надобно быстро приподнять рукоятки инструмента нѣсколько кверху, и дѣлать притяженія въ горизонтальномъ направленіи, а потомъ дать рукояткамъ направленіе косо вверхъ. Когда затылокъ младенца миновалъ промежность, то надобно опять дать рукояткамъ горизонтальное направленіе, чтобы удобнѣе и скорѣе извлечь лице младенца изъ подъ дуги лобковыхъ костей. При лицевыхъ положеніяхъ младенца, если лице его стоитъ еще очень высоко, и если продольный діаметръ лица совпадаетъ съ поперечнымъ діаметромъ входа въ малый тазъ, щипцы накладывать нельзя, потому что тутъ пришлось бы накладывать ихъ въ направленіи прямого поперечника входа въ тазъ, что никогда не должно дѣлать. Въ этихъ случаяхъ надобно положить съ наложеніемъ щипцовъ, пока продольный діаметръ лица сдѣлается параллельнымъ которому-либо изъ косвенныхъ поперечниковъ входа въ малый тазъ, а лобъ младенца будетъ обращенъ назадъ. Если же ждать нельзя, если показались такія явленія, которыя требуютъ немедленнаго окончанія родовъ, то надобно повернуть младенца на ножки, и извлечь его. Если

же, при лицевомъ положеніи младенца, головка его уже опустилась ниже въ полость таза, а подбородокъ обращенъ кпереди, то можно наложить щипцы, но они должны быть накладываемы, въ этомъ случаѣ, въ направленіи того косвеннаго поперечника входа въ малый тазъ, который противоположенъ тому, въ которомъ находится продольный діаметръ лица, такъ, чтобы ложки щипцовъ легли по бокамъ головки. При смыканіи щипцовъ, надобно опустить рукоятки ихъ какъ можно ниже, и потомъ производить притяженія въ направленіи прямо книзу, и не измѣнять этого направленія до тѣхъ поръ, пока лице младенца совсѣмъ опустится въ полость таза. Потомъ надобно дать рукояткамъ направленіе горизонтальное, и въ этомъ направленіи продолжать дѣлать притяженія до совершеннаго извлеченія головки. Если лице лежитъ такъ, что лобъ обращенъ напередъ, а подбородокъ назадъ, то щипцовъ накладывать не должно, и ждать пока лице сдѣлаетъ свой обыкновенный поворотъ, т. е. станетъ подбородкомъ напередъ.

§ 40.

При наложеніи щипцовъ можетъ случиться весьма непріятное обстоятельство, а именно, что они соскользнутъ. Это можетъ быть слѣдствіемъ различ-

ныхъ причинъ, а именно: неправильнаго наложенія щипцовъ; неправильнаго направленія, даннаго рукояткамъ инструмента при притяженіяхъ; неправильнаго положенія головки, и высокаго стоянія ея. Равнымъ образомъ это можетъ случиться если на головкѣ образовалась значительная опухоль; если головка очень мала, или если она слишкомъ мягка, въ слѣдствіе начавшагося гніенія младенца, и, наконецъ, если въ головкѣ находится большое накопленіе воды, и эта послѣдняя, во время самыхъ притяженій, внезапно вытечетъ. Когда щипцы соскользнутъ, то отъ этого могутъ произойти самыя непріятныя послѣдствія, а именно: разрывъ маточнаго устья и самой матки, разрывъ влагалища и промежности, и раненіе мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала. Самому соскользнутію щипцовъ, обыкновенно предшествуютъ явленія, его предвѣщающія, по которымъ можно тотчасъ узнать, что щипцы скоро соскользнутъ. Если, во время притяженій, рукоятки щипцовъ расходятся, удаляются другъ отъ друга, и самыя ложки надъ замкомъ также начинаютъ расходиться, то надобно опасаться соскользнутія щипцовъ. Равнымъ образомъ надобно этого опасаться, если ложки инструмента быстро выдвигаются изъ дѣтородныхъ частей роженицы, а головка не опускается глубже въ полость

таза. Если показываются эти признаки, предвѣщающіе соскользнутіе щипцовъ, то надобно тотчасъ же прекратить притяженія, и тщательно изслѣдовать причину этихъ явленій. Если при этомъ окажется, что щипцы дурно наложены, не обхватываютъ головку надлежащимъ образомъ, то надобно ихъ разомкнуть, ввести обѣ ложки, одну за другою, выше въ полость таза, опустить рукоятки какъ можно ближе къ промежности, и потомъ опять сомкнуть щипцы. Для того, чтобы соскользнутіе щипцовъ, если оно, сверхъ чаянія, случится, имѣло менѣе вредныя послѣдствія, операторъ долженъ, при притяженіяхъ, стоять такъ близко къ роженицѣ, чтобы рукоятки щипцовъ прилежали къ его тѣлу. При этой мѣрѣ предосторожности, если щипцы и соскользнутъ, то рукоятки ихъ тотчасъ упрутся въ тѣло оператора, и внезапное и такъ вредное выходненіе щипцовъ изъ дѣтородныхъ частей роженицы будетъ предотвращено.

§ 41.

Если механическое препятствіе, составляющее показаніе къ наложенію щипцовъ, такъ велико въ данномъ случаѣ, что для преодоленія его требуется весьма значительныхъ усилій со стороны оператора, и вся операція длится долго, то наложеніе щипцовъ

можетъ имѣть весьма вредныя послѣдствія, не взирая на употребленіе всѣхъ вышеисчисленныхъ мѣръ предосторожности. Для младенца эти вредныя послѣдствія заключаются въ ущемленіи и раненіи покрововъ его головки; переломахъ и трещинахъ костей его черепа; въ болѣе, или менѣе глубокихъ вдавленіяхъ на этихъ послѣднихъ; изліяніяхъ крови подъ покровами черепа и въ полости его; параличъ одного или нѣсколькихъ мускуловъ лица и т. п. Для роженицы, вредныя послѣдствія наложенія щипцовъ заключаются преимущественно въ ущемленіи мягкихъ дѣтородныхъ частей; раненіяхъ маточной шейки, влагалища и шейки мочевого пузыря, и происходящихъ, въ слѣдствіе этого, фистулахъ; кромѣ того можетъ образоваться воспаленіе, нагноеніе и омертвѣніе мягкихъ дѣтородныхъ частей; параличъ шейки мочевого пузыря; параличъ нижнихъ конечностей; значительный разрывъ промежности и т. п.

ГЛАВА 5.

О поворотѣ.

§ 42.

Поворотомъ называется операція, посредствомъ которой первоначальное положеніе младенца измѣняется,

и ко входу въ малый тазъ приводится не та часть младенца, которая, при началѣ родовъ, надъ нимъ находилась. Цѣль поворота двоякая: или только исправить положеніе младенца, т. е. изъ неправильнаго положенія привести его въ правильное, или дать младенцу такое положеніе, при которомъ можно было бы его тотчасъ же извлечь руками. Въ первомъ случаѣ, поворотъ самъ по себѣ, составляетъ цѣлую операцію, по окончаніи которой, дальнѣйшій ходъ родовъ предоставляется силамъ природы; во второмъ же случаѣ, поворотъ составляетъ только первый актъ операціи извлеченія младенца за ножки, — операціи, имѣющей свои особенныя показанія и противупоказанія, и которая ниже будетъ описана подробно. Но такъ какъ и то, и другое, т. е. рожденіе младенца на свѣтъ однѣми силами природы и извлеченіе его руками, могутъ совершиться не иначе, какъ при продолжномъ положеніи младенца, то, поворачивая его, мы непременно должны дать ему такое положеніе, при которомъ или его ножки, или головка, или задъ, составляли бы часть подлежащую. Отсюда происходятъ три различныхъ вида поворота, а именно:

- 1) поворотъ на ножки,
- 2) поворотъ на головку и
- 3) поворотъ на задъ,

которые мы теперь, въ нижеслѣдующихъ §§, и опишемъ въ этомъ порядкѣ.

а) *О поворотѣ на ножки.*

§ 43.

Поворотъ на ножки извѣстенъ былъ и древнимъ врачамъ. Celsus былъ первый, предложившій эту операцію; но онъ разсматривалъ ее только какъ средство для извлеченія мертвыхъ младенцевъ изъ матки. Изъ сочиненій Aetius'a видно, что Aspasia и Philumenus, жившіе въ первомъ столѣтіи по Р. Х., производили эту операцію съ успѣхомъ. Но потомъ она была забыта, и, въ теченіи нѣсколькихъ вѣковъ, никто изъ врачей въ сочиненіяхъ своихъ объ ней не упоминалъ. Въ 1550 году, Paré, въ сочиненіи своемъ: «Briefve collection de l'administration anatomique, avec la manière de conioindre les os et d'extraire les enfans», подробно описалъ самое производство поворота на ножки при рожденіи живыхъ младенцевъ, и честь изобрѣтенія этой операціи, по всей справедливости, надобно приписать ему. Ученикъ его, Guillemeau, также производилъ ее съ успѣхомъ, и увеличилъ число показаній къ ней. Но особенныя услуги, въ этомъ отношеніи, оказали Mauriceau и

de la Motte, которые съ особеннымъ тщаніемъ описали ручные приемы, употребляемые при поворотѣ, и отчетливо изложили всѣ показанія къ этой операциі. Между врачами, преимущественно содѣйствовавшими дальнѣйшему усовершенствованію этой операциі, извѣстны по своимъ сочиненіямъ Joh. von Hoorn, Virgdel, Dionis, Peu, Portal и Deventer. Levret'у обязана наука самыми важными, существенными улучшеніями въ производствѣ этой операциі. Stein ст. перенесъ ученіе Levret'a въ Германію, гдѣ оно нашло многочисленныхъ послѣдователей и ревностнаго защитника въ лицѣ знаменитаго Boër'a. Въ Англіи, Smellie особенно содѣйствовалъ развитію и усовершенствованію этой операциі. Между врачами новѣйшихъ временъ, Jörg заслужилъ особенную славу на этомъ поприщѣ. Онъ первый доказалъ, что поворотъ и извлечение младенца суть двѣ совершенно отдѣльныя операциі, и что вторая не составляетъ неминуемаго слѣдствія первой, какъ думали прежде. Ученіе Jörg'a имѣло самыя благодѣтельные послѣдствія, и результаты операциі поворота сдѣлались несравненно лучше.

§ 44.

Поворотъ на ножки есть одна изъ важнѣйшихъ акушерскихъ операций, какъ по тому вліянію, которое

она имѣть на роженицу и младенца, такъ и по своимъ результатамъ. Введеніе всей руки во влагалище роженицы всегда бываетъ сопряжено, для этой послѣдней, съ значительною болью. Проведеніе руки сквозь маточное устье, если оно еще не совсѣмъ расширено, также причиняетъ болѣе или менѣе сильную боль. Дальнѣйшее введеніе руки въ полость матки, и прикосновеніе ея къ внутренней поверхности этой послѣдней условливаетъ сильное раздраженіе матки, слѣдствіемъ котораго можетъ быть судорожное состояніе и воспаленіе этого органа. При неосторожномъ производствѣ этой операціи можетъ даже произойти разрывъ матки и оторваніе всего нижняго сегмента ея отъ свода влагалища. Чѣмъ болѣе матка растянута во время поворота, тѣмъ менѣе вредно вліяніе его на роженицу и младенца, и тѣмъ легче производство самой операціи; а потому если поворотъ дѣлается до прохожденія родовыхъ водъ, или непосредственно послѣ него, когда матка еще необхватила плотно тѣло младенца, то предсказаніе всегда будетъ гораздо лучше, нежели въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ родовыя воды уже прошли, и гдѣ матка уже значительно уменьшилась въ своемъ объемѣ. Для младенца, вредное вліяніе поворота на ножки заключается преимущественно въ давленіи, производимомъ рукою на его

тѣло и на пуповину, котораго не всегда можно избѣжать. Если поворотъ дѣлается послѣ прохожденія родовыхъ водъ, и если матка при этомъ плотно обхватываетъ тѣло младенца, то слѣдствіемъ попытокъ повернуть его могутъ быть переломы его конечностей. Кромѣ того, при поворотѣ на ножки, младенцу дается тазовое положеніе, а мы знаемъ изъ опыта, что предсказаніе для младенца, при тазовыхъ положеніяхъ его, всегда гораздо хуже, нежели при темянныхъ. Не взирая на всѣ вышеисчисленныя опасныя явленія, могущія быть слѣдствіемъ поворота на ножки, операція эта составляетъ неоцѣненное средство для окончанія трудныхъ родовъ, и во многихъ случаяхъ никакимъ другимъ замѣнена быть не можетъ, съ одинаковою надеждою на благопріятный исходъ.

§ 45.

Поворотъ на ножки показанъ:

1) При косыхъ положеніяхъ младенца, если этотъ послѣдній доношенъ, или почти доношенъ.

2) При лицевыхъ положеніяхъ младенца, если при этомъ лице его стоитъ еще надъ входомъ въ малый тазъ, и если этотъ послѣдній такъ суженъ, что прямой поперечникъ его входа имѣетъ только 3-3½".

3) Если показываются такія явленія, которыя требуютъ скорѣйшаго окончанія родовъ, и если эти послѣдніе не могутъ быть окончены наложеніемъ щипцовъ.

4) Если головка долго стоитъ надъ входомъ въ тазъ, а потуги такъ слабы, что, не взирая на употребленіе всѣхъ извѣстныхъ средствъ, для ихъ усиленія, не становятся сильнѣе.

§ 46.

Приступая къ повороту на ножки, надобно предварительно произвести самое тщательное внутреннее изслѣдованіе роженицы, чтобы составить себѣ вѣрное понятіе объ положеніи младенца. Если нельзя было бы сдѣлать точное опредѣленіе положенія младенца помощію изслѣдованія однимъ, двумя, и даже четырьмя пальцами, то надобно ввести, съ этою цѣлю, всю руку въ матку. Мочевой пузырь и прямая кишка предварительно должны быть испражнены. Роженица, во время поворота, должна лежать поперегъ постели. Въ нѣкоторыхъ, исключительныхъ случаяхъ (объ которыхъ ниже будетъ упомянуто) надобно ей дать боковое положеніе, или велѣть ей стать на колѣна и локти. Приступая къ повороту на ножки, надобно

имѣть въ готовности шелковыя петли и щипцы, на случай еслибы, послѣ поворота, показались явленія, требующія немедленнаго окончанія родовъ, и если бы, при этомъ, нельзя было извлечь головку младенца руками. Выборъ руки, для производства поворота на ножки, зависитъ отъ положенія младенца. Если ножки его находятся въ правой половинѣ матки, то надобно ввести въ эту послѣднюю лѣвую руку, и на оборотъ. Помощниковъ нужно имѣть четырехъ, изъ коихъ одинъ поддерживаетъ плечи роженицы, двое удерживаютъ конечности ея въ данномъ имъ положеніи, а четвертый подаетъ оператору все, что ему нужно во время операціи.

§ 47.

Для удобнаго и скорого совершенія поворота на ножки, необходимо нужны нѣкоторыя условія, а именно: 1) маточное устье должно быть на столько расширено, чтобы можно было легко пройти сквозь него рукою. Если расширение маточнаго устья и не такъ значительно, но края его мягки и уступчивы, то введеніе руки въ матку также можетъ быть сдѣлано легко. 2) Оболочки яйца должны быть еще не разорваны. 3) Матка не должна плотно обхватывать тѣло младенца.

§ 48.

Выборъ момента, для производства поворота на ножки, весьма важенъ, и имѣеть значительное вліяніе на успѣхъ операціи. Если выборъ момента совершенно зависитъ отъ воли оператора, то лучшее время, для совершенія поворота на ножки, есть конецъ второго періода родовъ. Если же выборъ момента, для производства этой операціи, не зависитъ отъ воли оператора, что бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ показываются явленія, требующія немедленнаго производства поворота на ножки, или гдѣ врачъ призванъ тогда, когда удобное время, для совершенія операціи, уже прошло, то надобно поступать по правиламъ, объ которыхъ ниже будетъ упомянуто.

§ 49.

Операцію поворота на ножки можно раздѣлить на три акта, а именно: 1) Введеніе руки въ дѣтородныя части роженицы, 2) отыскиваніе и обхватываніе ножекъ рукою, и 3) низведеніе ножекъ.

§ 50.

Актъ первый. Приступая къ повороту на ножки, надобно предварительно намазать деревяннымъ

масломъ наружную поверхность и предплечіе руки, назначенной для совершенія поворота. Потомъ сложить пальцы руки въ конусъ, и, въ промежутокъ между двумя потугами, ввести ее во влагалище. Проведеніе руки сквозь входъ во влагалище всегда бываетъ сопряжено съ значительною болью для роженицы, а потому, когда самая широкая часть руки пройдетъ сквозь него, надобно пріостановиться на нѣсколько минутъ съ дальнѣйшимъ введеніемъ руки, чтобы дать пройти этой боли. Введя руку во влагалище, надобно дать ей такое положеніе, чтобы тыльная поверхность ея была обращена къ крестцовой кости, и потомъ вести ее дальше къ маточному устью, и, дошедши до этого послѣдняго, провести руку сквозь него. Когда рука проникла сквозь маточное устье, то способъ дальнѣйшаго введенія ея въ полость матки зависитъ отъ того, цѣлы-ли еще оболочки яйца, или родовыя воды уже прошли. Если родовыя воды еще не прошли, то рука, проникнувъ сквозь маточное устье, должна подниматься вверхъ между оболочками яйца и внутреннюю поверхность матки до того мѣста, противъ котораго находятся ножки младенца. Если же родовыя воды уже прошли, то рука, вошедши въ полость матки, должна идти прямо къ тому мѣсту, гдѣ, на основаніи пред-

шествовавшего внутренняго изслѣдованія роженицы, предполагается найти ножки. Если-бы, во время введенія руки въ дѣтородныя части роженицы, показались сокращенія матки, то надобно тотчасъ-же прекратить всякое дѣйствіе рукою, и оставить ее въ неподвижномъ положеніи, пока потуга прекратится. При введеніи руки въ матку, другая, свободная рука оператора, должна лежать надъ дномъ матки, и слегка давить на него, сквозь покровы живота, въ направленіи книзу, чтобы препятствовать маткѣ подниматься вверхъ.

§ 51.

Второй актъ. Введя руку въ матку, на достаточную высоту, надобно приступить къ отыскиванію ножекъ. Если родовыя воды еще не прошли, то надобно стараться, сквозь оболочки яйца, осязать ножки младенца. Отыскавши ихъ, надобно непосредственно подлѣ нихъ, разорвать оболочки яйца, тотчасъ-же проникнуть въ образовавшееся въ нихъ отверстіе, и обхватить рукою ножки. Если же родовыя воды уже прошли, то отыскивать ножки можно двоякимъ способомъ: или идти рукою прямо къ тому мѣсту, гдѣ мы предполагаемъ ихъ найти, или доходить до нихъ по тѣлу младенца. Въ послѣднемъ

случаѣ, рука, вошедши въ полость матки, осязаетъ какую либо часть младенца, на примѣръ бокъ, и по найденной части постепенно подвигается до задницы младенца, отсюда спускается на его бедра, потомъ на голени, и такимъ образомъ доходить до ножекъ. Этотъ послѣдній способъ отыскиванія ножекъ требуетъ болѣе времени, но за то вѣрнѣе, нежели первый. Еслибы, при отыскиваніи ножекъ, не удалось найти разомъ обѣ, а только одну, и нельзя было бы терять времени на отыскиваніе другой, то надобно довольствоваться одною, и произвести поворотъ младенца на одну ножку. Самый поворотъ младенца, при низведеніи одной ножки, совершается обыкновенно такъ же легко и скоро, какъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ обѣ ножки низводятся вмѣстѣ. Поворотъ на одну ножку представляетъ даже нѣкоторыя особенныя выгоды. Ножка, оставшаяся въ полости матки, прижимается къ туловищу младенца, и потомъ, при прохожденіи этого послѣдняго сквозь тазъ, служитъ ему защитою отъ могущаго быть давленія на его животъ и пуповину. Кромѣ того, оставшаяся въ полости матки ножка, увеличивая собою объемъ туловища младенца, способствуетъ лучшему расширенію маточнаго устья, влагалища и наружныхъ дѣтородныхъ частей, и тѣмъ облегчаетъ прохожденіе головки сквозь

нихъ. Изъ опыта же извѣстно, что тѣмъ скорѣе совершается прохожденіе головки младенца сквозь родовые пути, послѣ рожденія его туловища, тѣмъ лучше предсказаніе для младенца.

§ 52.

Актъ третій. Отыскавши ножки, надобно обхватить ихъ рукою и низвести. Если мы нашли обѣ ножки, то онѣ обхватываются рукою такъ, что средній палецъ ея кладется между внутренними мышелками обѣихъ ножекъ, пальцы указательный и четвертый — около наружныхъ мышелковъ обѣихъ ножекъ, а большой палецъ — на подошвы обѣихъ ножекъ. Если же поворотъ дѣлается на одну ножку, то она обхватывается рукою такъ, что пальцы, указательный и средній, кладутся по бокамъ ея, около мышелковъ, а большой палецъ — на подошву ножки. Обхвативши одну, или обѣ ножки, рука оператора спускается мимо передней поверхности младенца внизъ, къ маточному устью, проходитъ обратно сквозь него и выводитъ ножки, или ножку, въ полость влагалища. Какъ во время отыскиванія, такъ и при обхватываніи ножекъ, свободная рука оператора должна находиться на животѣ роженицы, и давить на ту часть стѣнокъ матки, про-

тивъ которой находятся ножки младенца, чтобы такимъ образомъ приблизить ихъ къ рукѣ оператора, находящейся въ полости матки. При низведеніи же ножекъ, свободная рука оператора должна, сквозь покровы живота, давить на головку младенца въ направлении снизу вверхъ, чтобы способствовать ея восхожденію вверхъ, и, слѣдовательно, повороту всего тѣла младенца. Если бы, при низведеніи ножекъ, подлежащая часть младенца тому препятствовала, то надобно осторожно отодвинуть ее въ сторону. Когда, при низведеніи ножекъ, чресла младенца вступили во входъ малаго таза, то поворотъ надобно считать оконченнымъ, и предоставить дальнѣйшій ходъ родовъ силамъ природы.

§ 53.

Кромѣ вышеизложенныхъ правилъ, которымъ надобно слѣдовать при поворотѣ на ножки, есть еще особенныя, условливаемыя различными явленіями, болѣе или менѣе затрудняющими производство этой операціи.

Если поворотъ на ножки предпринимается послѣ прохожденія родовыхъ водъ, то совершеніе его, въ наибольшей части случаевъ, гораздо труднѣе, нежели въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оболочки яйца еще цѣлы. Впрочемъ, бѣлая или меньшая трудность поворота въ

этихъ случаяхъ не зависитъ только отъ пространства времени, протекшаго между истеченіемъ родовыхъ водъ и самую операцію. Иногда бываетъ, что спустя нѣсколько часовъ послѣ прохожденія родовыхъ водъ, мы находимъ матку мягкой, легко доступною для введенія руки въ ея полость, и поворотъ удастся легко и скоро. Иногда же, напротивъ, мы находимъ матку, тотчасъ послѣ истеченія родовыхъ водъ, твердою и плотно обхватившею тѣло младенца. Бóльшая или мѣньшая трудность поворота на ножки, послѣ истеченія родовыхъ водъ, зависитъ преимущественно отъ состоянія матки и силы ея сокращеній. Если матка вообще очень раздражительна, то стѣнки ея, въ подобныхъ случаяхъ, очень скоро могутъ плотно обхватить тѣло младенца, которое, касаясь тутъ непосредственно внутренней поверхности ея, будетъ постоянно раздражать ее, и возбуждать сильныя сокращенія всей матки. Если помощь искусства тутъ не будетъ подана скоро, то матка легко можетъ воспалиться, или перейти въ судорожное состояніе, можетъ даже образоваться столбнякъ матки. Если сокращенія матки, до прохожденія родовыхъ водъ, были очень сильны, то онѣ легко могутъ остаться таковыми же и послѣ истеченія ихъ, и матка тогда очень скоро плотно обхватитъ тѣло младенца. Если же сокраще-

нія матки, до прохожденія родовыхъ водъ, были правильны, а самая матка находится въ совершенно нормальномъ состояніи, то она, и послѣ истеченія родовыхъ водъ, очень часто въ теченіи долгаго времени остается мягкой и доступною для введенія руки въ ея полость.

§ 54.

Тѣ случаи, гдѣ при показаніяхъ къ повороту, матка, послѣ истеченія родовыхъ водъ, плотно обхватываетъ тѣло младенца, принадлежать къ числу труднѣйшихъ въ акушерской практикѣ. Чтобы сдѣлать поворотъ, въ этихъ случаяхъ, возможнымъ, надобно предварительно уничтожить, или, по крайней мѣрѣ, значительно ослабить сокращенія матки, или уничтожить судорожное состояніе ея, если таковое замѣчается. Если пульсъ роженицы полонъ и частъ, лице ея красно, влагалище и маточное устье сухи, горячи и весьма чувствительны при дотрогиваніи, что указываетъ на то, что матка находится въ воспалительномъ состояніи, то надобно сдѣлать обильное общее кровопусканіе, внутрь дать роженицѣ средства противувоспалительныя и прохлаждающія, и вообще поступать по правиламъ, выше уже изложеннымъ (см. Вып. II, § 47. Если же матка находится въ судоро-

рожномъ состояніи, что узнается по признакамъ, объ которыхъ выше уже было говорено (см. Вып. II, § 140), то надобно употребить лечение, свойственное этому состоянію (см. Вып. II, § 154). И въ томъ, и въ другомъ случаѣ надобно отъ времени до времени производить внутреннее изслѣдованіе роженицы, и наблюдать за перемѣнами въ состояніи матки. Какъ только эта послѣдняя сдѣлается доступною для руки, то немедленно должно приступить къ совершенію поворота на ножки. Въ обоихъ, вышеупомянутыхъ случаяхъ, предсказаніе дурно, какъ для роженицы, такъ и для младенца. Для роженицы оно дурно потому, что матка, сокращаясь сильно и продолжительно, все глубже втѣсняетъ подлежащую часть младенца въ полость таза, и, наконецъ, при тщетныхъ усиліяхъ протѣснить ее сквозь эту послѣднюю, легко можетъ разорваться. Если матка находится въ воспалительномъ состояніи, то она, въ этихъ случаяхъ, даже можетъ быть поражена омертвѣніемъ. Если же матка находится въ судорожномъ состояніи, то легко могутъ показаться общія конвульсіи, болѣзнь, какъ извѣстно, въ высшей степени опасная. Для младенца предсказаніе потому неблагопріятно, что онъ, въ этихъ случаяхъ, подвергается сильному и постоянному давленію со всѣхъ сторонъ, въ слѣдствіе котораго крово-

обращеніе между имъ и дѣтскимъ мѣстомъ можетъ быть замедлено, или, даже, и вовсе прекращено. Кромѣ того, при попыткахъ произвести поворотъ, могутъ быть переломлены конечности младенца. Рѣдко удаётся, при такихъ неблагопріятныхъ условіяхъ, извлечь младенца живымъ; въ наибольшей части случаевъ онъ погибаетъ.

§ 55.

Выше уже было сказано (см. § 51), что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя скоро отыскать ножки младенца, надобно довольствоваться одною изъ нихъ, и производить поворотъ на одну ножку, и что этотъ послѣдній способъ даже имѣетъ нѣкоторыя особенныя выгоды. Это относится, однако-же, только къ тѣмъ случаямъ, гдѣ поворотъ на ножки предпринимается до прохожденія родовыхъ водъ, когда тѣло младенца, слѣдовательно, еще очень подвижно, или когда матка еще не обхватила плотно тѣло младенца. Если же родовыя воды уже прошли, то поворотъ на одну ножку уже гораздо труднѣе произвести, нежели поворотъ на обѣ, и не рѣдко случается, что, при низведеніи одной ножки, туловище младенца не поворачивается, а остается въ своемъ первоначальномъ положеніи. Въ такомъ случаѣ надобно наложить петлю

на низведенную ножку, придерживать эту петлю одною рукою, а другую руку ввести опять въ полость матки, отыскать и низвести и другую ножку. Для введенія петли въ дѣтородныя части роженицы употребляется особенный инструментъ, состоящій изъ прутика, сдѣланнаго изъ китоваго уся, и раздвоеннаго на концѣ. Въ это раздвоеніе вкладывается петля: рука, назначенная для отысканія и низведенія другой ножки, вводится въ матку, отыскиваетъ низведенную ножку, и придерживаетъ ее, другая же рука вводитъ въ матку инструментъ съ петлею, и подводитъ эту послѣднюю къ рукѣ, отыскавшей ножку, которая снимаетъ петлю съ инструмента, и накладываетъ ее на ножку, непосредственно надъ мышелками. Потомъ инструментъ удаляется, а рука, его вводившая, притягиваетъ нѣсколько конецъ петли книзу, чтобы затянуть ее вокругъ ножки. Можно наложить петлю на ножку и рукою, безъ помощи инструмента. Въ такомъ случаѣ петля надѣвается на концы указательнаго и средняго пальцевъ той руки, которая назначена для отысканія другой ножки, другая же рука придерживаетъ конецъ петли, выдающійся изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей роженицы. Когда рука съ петлею нашла ту ножку, на которую надобно ее наложить, то пальцы ея, на которые надѣта петля,

нѣсколько раздвигаются, и этими же пальцами петля накладывается на ножку, другая же рука, держащая конецъ петли, въ то же время ее затягиваетъ. Когда, по наложеніи петли на одну ножку, другая найдена и низведена, то поворотъ младенца обыкновенно удается сдѣлать. Если бы не удалось скоро найти другую ножку, то надобно употребить другой способъ для совершенія поворота. Ту ножку, на которую надѣта петля, надобно обхватить рукою около колѣна, и сильно потянуть ее книзу, а другою, свободною рукою стараться въ то же время, сквозь покровы живота роженицы, подвигать головку младенца кверху. Посредствомъ этого двойнаго ручнаго приѣма часто удается низвести задницу младенца. По мѣрѣ того, какъ обхваченная рукою ножка подвигается книзу, надобно, во время притяженій ея, все подвигаться по ней выше, или, другими словами, обхватывать ее рукою все ближе къ лоннобедренному сочлененію. Въ случаяхъ подобнаго рода, задъ младенца обыкновенно составляетъ препятствіе для совершенія поворота, потому что онъ упирается въ одну изъ подвздошныхъ костей роженицы. Чтобы вывести его изъ этого положенія надобно производить вышеописанныя притяженія за низведенную ножку въ направленіи къ той половинѣ матки, въ которой на-

ходится головка младенца. Когда, при помощи этихъ ручныхъ приѣмовъ, задъ младенца опустится во входъ малаго таза, то поворотъ оконченъ. Если же этимъ способомъ не удалось бы окончить поворотъ младенца, то надобно прибѣгнуть къ другому, извѣстному подъ именемъ *двойнаго ручнаго приѣма*, который производится слѣдующимъ образомъ. На низведенную ножку накладывается петля и одною рукою натягивается книзу; другая же рука вводится въ матку, обхватываетъ плечо и грудь младенца такъ, что четыре пальца ея ложатся на ту поверхность тѣла младенца, которая обращена къ задней стѣнкѣ матки, а большой палецъ кладется на обращенную кпереди поверхность тѣла младенца. Обхвативши такимъ образомъ верхнюю часть туловища, надобно осторожно приподнимать ее кверху въ направленіи, противоположномъ той половинѣ матки, въ которой находится задъ младенца. Рука, держащая петлю, въ то же время должна тянуть низведенную ножку книзу. При совершеніи этого двойнаго ручнаго приѣма, одинъ изъ помощниковъ долженъ руками, положенными на животъ роженицы, придерживать матку, и препятствовать ея восхожденію вверхъ. Когда тѣло младенца, уступая дѣйствию этого двойнаго ручнаго приѣма, нѣсколько уже повернулось, то, для окончанія поворота его,

надобно спуститься тою рукою, которая поднимала вверхъ верхнюю часть туловища младенца, на бедра пизведенной ножки, и потянуть ею сильно внизъ, чтобы ввести задъ младенца во входъ малаго таза, что обыкновенно и удается.

§ 56.

Если поворотъ на ножки предпринимается при второмъ косомъ положеніи младенца, то отысканіе ножекъ, иногда, бываетъ очень трудно, потому что онѣ находятся надъ лобковыми костями роженицы, а рука, назначенная для ихъ отысканія, должна, вошедши въ матку, тотчасъ же повернуться такъ, чтобы тыльная поверхность ея была обращена къ передней стѣнкѣ матки, и подниматься прямо кверху, что весьма неудобно, потому что кисть руки съ ея предплечіемъ должны быть при этомъ согнуты подъ прямымъ угломъ. Для облегченія отысканія ножекъ, полезно, въ этихъ случаяхъ, дать роженицѣ боковое положеніе, или велѣть ей стать на колѣна и локти. Особенно полезно это въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ роженица имѣетъ висячій животъ, при которомъ отысканіе ножекъ, при положеніи роженицы на спинѣ, иногда, бываетъ совершенно невозможно.

§ 57.

Если, при косомъ положеніи младенца, выпадаетъ его ручка, то это обстоятельство, въ сущности, нисколько не затрудняетъ совершенія поворота. На выпавшую ручку надобно наложить петлю, и отвести ея ручку отъ той половины таза, въ которую должно ввести руку, назначенную для произведенія поворота. Когда тѣло младенца повернется, то выпавшая ручка сама собою опять войдетъ въ полость матки. Вправлять назадъ выпавшую ручку никогда не должно, какъ потому, что при этомъ можно ее переломить, такъ и потому, что, въ отношеніи къ производству поворота, это не принесетъ никакой пользы.

§ 58.

Если, при косыхъ положеніяхъ младенца, помощь искусства не будетъ подана скоро, то плечо младенца, составляющее, какъ извѣстно, въ этихъ случаяхъ, часть подлежащую, въ слѣдствіе сокращеній матки, втѣсняется болѣе или менѣе глубоко въ полость малаго таза, и ущемляется. Ущемленіе плеча всегда значительно затрудняетъ совершеніе поворота, при производствѣ котораго надобно руководствоваться

слѣдующими правилами. Если, приступивъ къ повороту, мы найдемъ, что матка мягка и уступчива, и что сокращенія ея не сильны, то можно сдѣлать попытку осторожно подвинуть ущемленное плечо младенца кверху на столько, чтобы можно было, мимо его, проникнуть рукою въ полость матки. Если эта попытка удастся, то надобно ввести руку въ полость матки, отыскать ножки младенца, и низвести ихъ. Если же матка плотно обхватила тѣло младенца, и тверда, то должно, на время, отказаться отъ попытокъ произвести поворотъ. Приподнимать плечо младенца кверху, въ этомъ случаѣ, отнюдь не должно, потому что слѣдствіемъ этого можетъ быть разрывъ матки. Уничтоженіе, или, по крайней мѣрѣ, значительное ослабленіе сокращеній матки составляетъ тутъ главное условіе для того, чтобы поворотъ сдѣлался возможнымъ, и для достиженія этой цѣли, надобно употребить средства, о которыхъ выше уже было упомянуто (см. Вып. II, § 138). Отъ времени до времени надобно производить внутреннее изслѣдованіе роженицы, и какъ только матка сдѣлается доступною для руки, такъ тотчасъ же приступить къ повороту младенца. Если же, не взирая на употребленіе вышеупомянутыхъ средствъ, состояніе матки не измѣняется, и плечо младенца еще сильнѣе ущем-

ляется въ полости таза, то надобно приступить къ эмбриотоміи, объ которой ниже будетъ упомянуто подробно. При глубокомъ ущемленіи плеча въ полости таза, младенецъ всегда погибаетъ. Если младенецъ малъ, или пелюшонень, или если тазъ роженицы очень широкъ, то случается, иногда, что, при ущемленіи плеча, младенецъ рождается на свѣтъ одними силами природы. О случаяхъ подобнаго рода, извѣстныхъ подъ именемъ *Evolutionis spontaneæ*, выше уже было говорено (см. Вып. II, § 168).

§ 59.

Если поворотъ на ножки предпринимается при выпаденіи пуповины, то онъ дѣлается по общимъ, вышеизложеннымъ правиламъ. Надобно, при этомъ, особенно остерегаться давленія на выпавшую пуповину. Если петля, образуемая выпавшею пуповиною, не велика, то можно, при введеніи руки въ матку, захватить ее такъ, чтобы она помѣстилась между большимъ и указательнымъ пальцемъ руки, вмѣстѣ съ рукою ввести ее обратно въ полость матки, и потомъ спустить ее съ руки уже тогда, когда ножки младенца уже найдены. При низведеніи же ножекъ, надобно стараться отодвинуть пуповину въ сторону,

противуположную той, въ которой находятся ножки. Младенецъ, въ этихъ случаяхъ, подвергается большой опасности, и весьма рѣдко удается спасти его.

§ 60.

Если поворотъ на ножки предпринимается при предлежаніи головки, то рука, назначенная для совершенія его, вводится въ матку, проходитъ мимо головки, и направляется въ ту сторону, въ которой, на основаніи предшествовавшаго изслѣдованія роженницы, предполагается найти ножки. Эти послѣднія обхватываются рукою, по извѣстнымъ уже правиламъ, и низводятся. Если бы лежащая головка препятствовала введенію руки въ матку, или низведенію ножекъ, то надобно отодвинуть ее нѣсколько въ сторону большимъ пальцемъ введенной въ матку руки. При предлежаніи головки, также можно сдѣлать поворотъ на одну ножку, если бы не удалось скоро найти обѣ.

§ 61.

При поворотѣ младенца на ножки, надобно всегда стараться дать ему такое положеніе, чтобы передняя поверхность его тѣла была обращена назадъ, или,

другими словами, чтобы онъ находился въ первомъ тазовомъ положеніи, потому что при этомъ послѣднемъ, младенецъ, проходя сквозь тазъ, подвергается меньшей опасности, нежели при второмъ. При тщательномъ производствѣ операціи, этого почти всегда можно достигнуть. Руководствоваться при этомъ надобно слѣдующими правилами. Если поворотъ на ножки предпринимается при предлежаніи головки, то, низводя ножки, надобно сначала вести ихъ не мимо задней стѣнки матки, а мимо боковой, а потомъ окончить поворотъ младенца притяженіемъ за одну ножку, и именно за правую, если операція производится лѣвою рукою, и на оборотъ. Если поворотъ дѣлается на одну ножку, то надобно низвести лѣвую, если поворотъ дѣлается правою рукою, и на оборотъ. Если поворотъ предпринимается при первомъ косомъ положеніи младенца, то, при поворотѣ его на обѣ ножки, надобно сильнѣе тянуть за ту изъ нихъ, которая лежитъ ниже, а за другую тянуть слабѣе. Если же, при этомъ положеніи младенца, поворотъ дѣлается на одну ножку, то надобно низвести ту изъ ножекъ, которая лежитъ ниже, и притомъ правую, когда поворотъ дѣлается лѣвою рукою, и на оборотъ. Если, при второмъ косомъ положеніи младенца, производится поворотъ на обѣ ножки, то надобно сильнѣе при-

тягивать книзу ту ножку, которая лежит выше, а нижнюю, напротивъ, слабѣе. Если же, при этомъ положеніи младенца, поворотъ дѣлается на одну ножку, то надобно низвести ту, которая лежитъ выше, и также лѣвую, когда поворотъ дѣлается правою рукою, и на оборотъ.

б) *О поворотъ на головку.*

§ 62.

Операція поворота на головку извѣстна съ самой глубокой древности, и Гиппократъ уже совѣтовалъ ее дѣлать въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Celsus также упоминаетъ объ этой операціи, и описалъ даже ручные приемы, посредствомъ которыхъ она можетъ быть произведена. Такъ какъ въ древнія времена тазовыя положенія младенца вообще считались неправильными и требующими дѣятельнаго вмѣшательства со стороны искусства, то поворотъ на головку, какъ средство привести младенца въ положеніе правильное, весьма скоро нашелъ многихъ приверженцовъ, и въ теченіи весьма долгаго времени считался лучшимъ способомъ исправленія неправильныхъ положеній младенца. Даже Guillemeau отчасти раздѣлялъ это предубѣжденіе.

Mauriceau и de la Motte сильно возстали противъ этой операціи, слѣдствіемъ чего было то, что французскіе врачи совсѣмъ перестали ее дѣлать. Голландскіе врачи, слѣдуя ученію Deventer'а, однакоже, защищали эту операцію, и продолжали ее производить. Въ Германіи, въ то же время, было еще свѣжо въ памяти ученіе Rösslin'а и Rueff'а, совѣтовавшихъ производить поворотъ на головку, а потому операція эта тамъ, въ теченіи нѣкотораго времени, еще была въ употребленіи. Но потомъ, когда вліяніе французской школы, въ главѣ которой стоялъ знаменитый Levret, дѣлалось все сильнѣе и сильнѣе, и когда ученіе его было повсемѣстно принято и въ Германіи, поворотъ на головку производился все рѣже и рѣже, и, наконецъ, операція эта совершенно была предана забвенію. Smellie былъ первый, обратившій опять вниманіе врачей на операцію поворота на головку. Это было въ началѣ второй половины прошедшаго столѣтія. Smellie подробно изложилъ выгоды этой операціи, исчислилъ показанія къ ней и методы ея, и, въ заключеніе, описалъ подробно три случая трудныхъ родовъ, которые ему удалось счастливо окончить посредствомъ поворота на головку. Авторитетъ Smellie былъ такъ значителенъ, что его примѣру тотчасъ же начали слѣдовать, и предубѣжденіе, существовавшее

дотолѣ противъ этой операціи, скоро было разсѣяно. de Puyt въ Голландіи, Flamant и Schweighäuser во Франціи, а въ Германіи Wigand, d'Outrepont, Busch, Siebold, Jörg, Mende, Carus и Naegele особенно содѣйствовали усовершенствованію этой операціи, и доставили ей то значеніе, которымъ она, по праву, пользуется въ настоящее время.

§ 63.

Поворотъ на головку показанъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, при косыхъ положеніяхъ младенца, головка его находится недалеко отъ маточнаго устья, и гдѣ нѣтъ такихъ явленій, которыя требуютъ скорого окончанія родовъ. Противупоказаніями этой операціи служатъ слѣдующія обстоятельства: 1) Выпаденіе ручки, 2) Выпаденіе пуповины, и 3) Неправильная форма матки. При выпаденіи ручки, поворотъ на головку потому не должно дѣлать, что такъ какъ вправленіе выпавшей ручки не возможно, то головка должна была бы проходить сквозь тазъ вмѣстѣ съ ручкою, что всегда затрудняетъ ходъ родовъ, которые, въ этомъ случаѣ, могутъ окончиться скоро и благополучно только при особенно выгодныхъ условіяхъ со стороны таза роженицы. При выпаденіи пуповины, поворотъ

на головку потому не должно предпринимать, что это явление требует скорого окончанія родовъ, которые, послѣ поворота на головку, могут длиться еще очень долго. Если матка имѣетъ форму неправильную, то поворотъ на головку не принесетъ желаемой пользы потому, что весьма трудно, въ этомъ случаѣ, удержать головку въ данномъ ей правильномъ положеніи, и она, по прекращеніи дѣйствія руки на нее, опять отодвигается отъ входа въ малый тазъ.

§ 64.

Поворотъ на головку можно производить троякимъ образомъ: 1) посредствомъ приведенія роженицы въ благопріятное положеніе, 2) посредствомъ наружныхъ ручныхъ приемовъ, и 3) посредствомъ внутреннихъ ручныхъ приемовъ, или, другими словами, непосредственнымъ дѣйствіемъ руки, введенной въ полость матки, на головку. При употребленіи первыхъ двухъ методовъ, поворотъ на головку можетъ быть предпринимаемъ въ самомъ началѣ родовъ, когда маточное устье еще вовсе не расширено. При употребленіи же третьяго метода, со стороны маточнаго устья требуются тѣ же условія, какъ и для поворота на ножки, т. е. оно должно быть на столько расши-

рено, чтобы можно было свободно проникнуть сквозь него рукою, или, по крайней мѣрѣ, маточное устье должно быть такъ мягко и уступчиво, чтобы оно не оказывало сильнаго противудѣйствія вводимой рукѣ.

§ 65.

Если косое положеніе младенца будетъ узнано съ самаго начала родовъ, то надобно убѣдиться, помощію наружнаго изслѣдованія роженицы, въ которой половинѣ матки находится головка младенца, и въ которой ножки. Потомъ надобно совѣтовать роженицѣ лечь на тотъ бокъ, въ которомъ находится головка младенца, подложить ей подъ этотъ бокъ туго скатанную подушку, и велѣть роженицѣ, во время потугъ, прижиматься сильнѣе бокомъ къ этой подушкѣ. При такомъ положеніи роженицы, головка младенца можетъ соскользнуть внизъ по подвздошной кости, и стать на входъ въ малый тазъ. Отъ времени до времени надобно дѣлать внутреннее изслѣдованіе роженицы, чтобы слѣдить за состояніемъ маточнаго устья и положеніемъ головки. Какъ только эта послѣдняя опустилась на входъ въ малый тазъ, такъ надобно тотчасъ же прорвать оболочки яйца, чтобы заставить матку плотнѣе обхватить тѣло младенца, и тѣмъ во-

спрепятствовать вторичному образованию неправильнаго положенія младенца. Попытки исправить положеніе младенца помощію этого способа, однако же, не должны быть продолжаемы слишкомъ долго. Когда маточное устье вполнину уже расширено, а головка младенца еще не опустилась на входъ малаго таза, то ихъ надобно прекратить, чтобы не упустить благопріятное время для употребленія другаго, болѣе дѣйствительнаго способа поворота на головку, т. е. посредствомъ внутреннихъ ручныхъ приемовъ.

§ 66.

При употребленіи втораго способа, роженица должна лежать на спинѣ. Посредствомъ наружнаго изслѣдованія надобно убѣдиться въ томъ, гдѣ находится головка младенца и гдѣ задъ его. Потомъ, положивъ обѣ руки на животъ роженицы, надобно стараться одною изъ нихъ, поглаживая, придвигать головку книзу, а другою, въ то же время, также поглаживая, приподнимать задъ младенца кверху. Головка, въ слѣдствіе этихъ наружныхъ ручныхъ приемовъ, можетъ опуститься на входъ малаго таза. И при употребленіи этого способа, надобно тотчасъ же прорвать оболочки яйца, какъ только головка станетъ

на входъ въ малый тазъ. Попытки произведенія поворота на головку этимъ способомъ также можно продолжать только до тѣхъ поръ, пока маточное устье еще мало расширено. Если же оно расширено вполвину, а положеніе младенца остается неправильнымъ, то надобно уже перейти къ третьему способу, самому вѣрному изъ всѣхъ трехъ.

Выгода употребленія этихъ двухъ методовъ заключается въ томъ, что они могутъ быть употреблены при самомъ началѣ родовъ, когда, слѣдовательно, еще нельзя принять болѣе дѣйствительныхъ мѣръ для исправленія положенія младенца. Вредныхъ послѣдствій они за собою не влекутъ, и если бы они оказались недѣйствительными, то всегда еще есть время прибѣгнуть къ третьему, вѣрному методу. Если же удастся, при помощи ихъ, произвести поворотъ младенца на головку, то мы избавляемъ этимъ роженицу отъ введенія руки въ полость матки, которое всегда сопряжено съ болью, и можетъ имѣть непріятныя послѣдствія.

§ 67.

Внутренніе ручные приемы, предпринимаемые съ цѣлю низведенія головки младенца на входъ малаго таза, могутъ быть производимы двоякимъ образомъ,

а именно: можно измѣнить положеніе туловища младенца, и тѣмъ заставить головку опуститься на входъ малаго таза, или обхватить головку рукою, и привести ее ко входу въ малый тазъ. При употребленіи перваго изъ этихъ двухъ способовъ, роженица должна лежать поперегъ постели. Во влагалище вводится рука, соименная той половинѣ матки, въ которой находится головка, разрываетъ оболочки яйца, проникаетъ въ полость матки, обхватываетъ подлежащее плечо младенца, и подвигаетъ его кверху, въ направленіи къ той части матки, въ которой находится задъ младенца, до тѣхъ поръ, пока головка опустится на входъ малаго таза. Потомъ рука удаляется, и посредствомъ тренія дна матки возбуждаются болѣе сильныя сокращенія ея. При употребленіи втораго способа, въ матку, до прохожденія родовыхъ водъ, вводится рука, соотвѣтствующая тому боку роженицы, въ которомъ лежитъ головка младенца (т. е. лѣвая, если головка находится въ правомъ боку, и на оборотъ), и осторожно поднимается вверхъ между оболочками яйца и внутреннею поверхностію матки. Поровнявшись съ головкою, рука разрываетъ оболочки яйца, проникаетъ въ полость этого послѣдняго, обхватываетъ головку такъ, чтобы четыре пальца ея легли на затылокъ младенца, и потомъ низводитъ ее ко входу въ малый

тазь. Низводя головку этимъ послѣднимъ способомъ, надобно стараться дать ей такое положеніе, чтобы стрѣловидный шовъ ея совпадалъ съ однимъ изъ косвенныхъ поперечниковъ входа въ малый тазъ.

в) *О поворотъ на задъ.*

§ 68.

Операція поворота на задъ также извѣстна съ давнихъ временъ, но надлежащая оцѣнка ея сдѣлана только въ прошедшемъ столѣтіи. Smellie, Hunter, Levret и Giffard подробно ее описали, и съ тѣхъ поръ ее начали производить чаще. Но такъ какъ выгоды, представляемыя этою операціею, во многомъ уступаютъ тѣмъ, которыхъ можно достигнуть посредствомъ поворота на ножки, то на нее мало обращали вниманія, и она, быть можетъ, была бы и совсѣмъ забыта, еслибы не сочиненія Betschler'a, Schweighäuser'a и Schmitt'a, которые подвергнули ее строгой критикѣ, отчетливо вычислили показанія къ ней, и усовершенствовали самое ея производство. Это побудило врачей опять ее производить, и она производится и въ настоящее время, но гораздо рѣже, нежели поворотъ на ножки, и, даже, рѣже, нежели поворотъ на головку.

Причина такого рѣдкаго произведенія этой операціи заключается въ томъ, что рѣдко встрѣчаются такіе случаи, гдѣ были бы соединены необходимыя, для ея совершенія, условія. Передъ поворотомъ на головку, поворотъ на задъ имѣетъ то преимущество, что при этомъ послѣднемъ, въ случаѣ, еслибы показались явленія, требующія немедленнаго окончанія родовъ, скорѣе можно извлечь младенца, нежели послѣ поворота на головку. Но если, и въ томъ и другомъ случаѣ, роды, послѣ поворота, будутъ предоставлены однѣмъ силамъ природы, то предсказаніе для младенца лучше послѣ поворота на головку, нежели послѣ поворота на задъ; потому что, какъ извѣстно, младенецъ, проходя сквозь тазъ, подвергается гораздо меньшей опасности при темянныхъ положеніяхъ, нежели при тазовыхъ.

§ 69.

Поворотъ на задъ показанъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, при косыхъ положеніяхъ младенца, задъ его ближе находится отъ маточнаго устья, нежели головка. Равнымъ образомъ должно стараться произвести его тамъ, гдѣ, въ слѣдствіе сильныхъ сокращеній матки, нельзя дойти до ножекъ, и тамъ, гдѣ хотя и удалось бы обхватить рукою эти послѣднія, но гдѣ туловище

младенца не слѣдуетъ притяженію за ножки, и не поворачивается. Лучшій моментъ для произведенія поворота на задъ есть конецъ втораго періода родовъ. Чѣмъ доступнѣе матка для введенія руки въ ея полость, и чѣмъ болѣе подвижно тѣло младенца въ ней, тѣмъ, конечно, легче будетъ производство самой операціи.

§ 70.

Поворотъ на задъ производится слѣдующимъ образомъ: роженица кладется поперекъ постели; въ матку вводится рука, соотвѣтствующая положенію младенца (т. е. правая, если задъ находится въ лѣвой половинѣ матки, и на оборотъ), и, если воды еще не прошли, ведется осторожно вверхъ между оболочками яйца и внутренней поверхностію матки. Поровнявшись съ задомъ, рука прорываетъ оболочки яйца, входитъ въ его полость, обхватываетъ задъ, и низводитъ его на входъ въ малый тазъ, при чемъ надобно стараться дать младенцу первое тазовое положеніе. Если задъ, обхваченный рукою, не слѣдуетъ тотчасъ ея притяженіемъ, не опускается внизъ, то надобно заложить указательный палецъ введенной въ матку руки въ то лонно-бедренное сочлененіе младенца, которое лежитъ выше, согнуть его крючкомъ,

и потомъ тянуть этимъ пальцемъ задъ младенца книзу. Этимъ послѣднимъ способомъ всегда удастся сдѣлать поворотъ на задъ. Когда этотъ послѣдній опустился на входъ малаго таза, то надобно стараться усилить сокращенія матки, чтобы воспрепятствовать уклоненію зада въ сторону.

ГЛАВА 6.

Объ извлеченіи младенца руками.

§ 71.

Извлеченіе младенца руками есть одна изъ древнѣйшихъ акушерскихъ операций. Тазовыя положенія младенца съ предлежаніемъ ножекъ считались прежде положеніями неправильными, требующими помощи искусства, и во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ младенецъ имѣлъ одно изъ вышеупомянутыхъ положеній, роды были оканчиваемы посредствомъ извлеченія младенца за ножки. На этомъ же основаніи, считали прежде необходимымъ извлекать младенца послѣ каждаго поворота на ножки. Но въ прошедшемъ столѣтіи, когда Solaygrès подробно описалъ механизмъ прохожденія головки младенца сквозь тазъ при тазовыхъ положе-

ніяхъ его, когда Baudelocque изложилъ механизмъ прохожденія туловища младенца сквозь тазъ, а Воєгъ отнесъ тазовыя положенія младенца къ числу не только не опасныхъ, но и совершенно правильныхъ, предубѣжденіе противъ этихъ послѣднихъ начало разсѣваться и уступать мѣсто болѣе раціональному воззрѣнію на этотъ предметъ. Deleurye, Wiedemann, Wenzel и Kraus много содѣйствовали распространенію этого ученія. Самыя важныя услуги оказали наукѣ, въ этомъ отношеніи, Jörg, который ясно доказалъ, что поворотъ на ножки не условливаетъ непременно извлеченія младенца, и что это суть двѣ совершенно отдѣльныя операціи, изъ которыхъ каждая имѣетъ свои особенныя показанія.

§ 72.

Показаніями къ извлеченію младенца служатъ слѣдующія обстоятельства:

1) *Слабость потуги.* Если потуги очень слабы, и, не взирая на употребленіе всѣхъ извѣстныхъ, для ихъ усиленія, средствъ, не становятся сильнѣе, и если при этомъ положеніе младенца не таково, чтобы можно было окончить роды наложеніемъ щипцовъ, то надобно приступить къ извлеченію младенца за ножки.

2) *Явленія, требующія скорого окончанія родовъ.* Сюда относятся всѣ тѣ явленія, которыя угрожаютъ опасностію роженицѣ, или младенцу, или обоимъ вмѣстѣ, и для устраненія которыхъ скорое окончаніе родовъ составляетъ лучшее средство.

§ 73.

Для скорого и успѣшнаго извлеченія младенца за ножки, нужны нѣкоторыя условія, а именно:

1) Маточное устье должно быть совершенно расширено, а влагалище и наружныя дѣтородныя части должны быть надлежащимъ образомъ приготовлены для прохожденія младенца.

2) Вмѣстимость таза должна быть такова, чтобы съ этой стороны не было слишкомъ значительнаго препятствія для извлеченія младенца.

3) Чтобы потуги были правильны, и чтобы онѣ, во время самой операціи, содѣйствовали скорѣйшему ея окончанію.

Такъ какъ извлеченіе младенца руками скоро и удобно можетъ быть сдѣлано только при предлежаніи ножекъ, то во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ первоначально ножки младенца не составляютъ части предлежащей, самому извлеченію долженъ предшествовать

поворотъ на ножки, который долженъ быть разсма-
триваемъ тутъ какъ актъ приуготовительный для слѣ-
дующаго за нимъ извлеченія младенца.

§ 74.

Предсказаніе. при извлеченіи младенца за ножки,
для роженицы вообще благопріятно, если только по-
туги правильны, тазъ ея имѣетъ нормальное устрой-
ство, и младенецъ не очень великъ. Для младенца
же, напротивъ, предсказаніе очень неблагопріятно.
Всѣ тѣ опасности, съ которыми сопряжено прохож-
деніе младенца сквозь тазъ при тазовыхъ его поло-
женіяхъ, при извлеченіи его за ножки, разумѣется,
увеличиваются. Опасность для младенца, при этой
операциі, условливается еще тѣмъ, что пуповина его
можетъ подвернуться давленію, а конечности могутъ
быть вывихнуты, или, даже, переломлены. Кромѣ того,
явленія, составляющія, въ каждомъ данномъ случаѣ,
показанія къ извлеченію младенца, имѣютъ значитель-
ное вліяніе на предсказаніе.

§ 75.

Роженица, во время этой операциі, должна лежать
поперекъ постели. Приступая къ извлеченію младенца

за ножки, надобно имѣть въ готовности щипцы, на случай, еслибы, послѣ извлеченія туловища младенца, извлеченіе его головки руками оказалось невозможнымъ. Самую операцію извлеченія младенца можно раздѣлить на три акта, а именно: 1) *Извлеченіе туловища младенца до плечъ*, 2) *Освобожденіе ручекъ* и 3) *Извлеченіе головки*.

§ 76.

Первый актъ. Рука вводится въ дѣтородныя части роженицы, обхватываетъ ножки точно также, какъ это дѣлается при поворотѣ младенца на ножки, и потомъ, кругообразными движеніями, извлекаетъ ихъ изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей. Когда ножки вышли наружу, то онѣ обхватываются обѣими руками такъ, чтобы большіе пальцы этихъ послѣднихъ легли на икры ножекъ, а остальные пальцы на переднюю поверхность голеней. Обхвативши такимъ образомъ ножки, обѣ руки продолжаютъ извлекать ихъ, дѣлая при этомъ также кругообразныя движенія. По мѣрѣ того, какъ нижнія конечности младенца выходятъ наружу, руки оператора должны подвигаться по нимъ все выше, чтобы быть постоянно столь возможно ближе къ наружнымъ дѣтороднымъ частямъ роженицы.

Направленіе притяженій должно быть книзу. Когда задъ младенца показался между большими дѣтородными губами, то большіе пальцы обѣихъ рукъ оператора кладутся на крестецъ младенца, а остальные на внутреннюю поверхность подвздошныхъ костей, и извлеченіе продолжается въ томъ же, вышеупомянутомъ направленіи. На животъ младенца никогда не должно класть руки, чтобы не произвести давленія на него, которое очень вредно для младенца. Когда животъ младенца до половины вышелъ наружу, то надобно осмотрѣть въ какомъ состояніи находится его пуповина. Если она натянута, то надобно потянуть за ту часть ея, которая идетъ къ дѣтскому мѣсту, и образовать изъ нея такой величины петлю, чтобы потомъ, при дальнѣйшемъ извлеченіи младенца, пуповина не могла служить механическимъ препятствіемъ для его извлеченія, и не могла бы быть оторвана. Если же пуповина находится между ногами младенца, то надобно потянуть за тотъ конецъ ея, который идетъ къ дѣтскому мѣсту, и образовать такимъ образомъ изъ пуповины петлю, потомъ согнуть одну изъ ножекъ младенца въ колѣнномъ сочлененіи, и перевести эту петлю черезъ это послѣднее. Если пуповина такъ коротка, что нельзя образовать изъ нея достаточной длины петлю, то надобно ее

перерѣзать, перевязать оба конца ея, и потомъ уже стараться какъ можно скорѣе извлечь младенца. Когда плечи младенца вступили во входъ малаго таза, то надобно измѣнить направленіе притяженій, и дѣлать ихъ уже въ горизонтальномъ направленіи до тѣхъ поръ, пока лопатки младенца покажутся наружу. Если предлежитъ одна только ножка младенца, или если поворотъ былъ сдѣланъ на одну ножку, и показываются явленія, требующія скораго оконченія родовъ, то можно извлечь младенца за одну ножку. Ножка, въ такомъ случаѣ, обхватывается рукою такъ, какъ это дѣлается при поворотѣ на одну ножку (см § 52), и выводится изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей роженицы. Когда ножка вышла наружу, то ее надобно обхватить обѣими руками такъ, чтобы большіе пальцы легли на икру ножки, а всѣ остальные пальцы на наружную поверхность ея голени, и потомъ извлекать ножку въ направленіи книзу. По мѣрѣ того, какъ ножка выходитъ наружу, надобно подниматься по ней руками все выше, чтобы руки оператора постоянно находились сколь возможно ближе къ наружнымъ дѣтороднымъ частямъ роженицы. Когда задъ младенца опустился въ полость таза на столько, что можно достать пальцемъ лонно-бедренное сочлененіе ножки, оставшейся въ полости матки, то надобно заложить

указательный палец свободной руки, согнутый крючкомъ, въ это послѣднее, а большой палецъ той же руки на крестецъ младенца, и продолжать извлеченіе. Ножку, оставшуюся въ полости матки освобождать не должно: при извлеченіи туловища младенца, она выпадаетъ сама собою. Извлеченіе младенца за одну ножку можетъ быть сдѣлано также легко, какъ и за обѣ. Ножка, оставшаяся въ полости матки, и при извлеченіи младенца, условливаетъ тѣ же выгоды, какія она доставляетъ при поворотѣ на одну ножку, и обѣ которыхъ выше уже было говорено (см. § 51). Такъ какъ прохожденіе младенца сквозь тазъ, при первомъ тазовомъ положеніи, сопряжено съ меньшею для него опасностію, нежели при второмъ, то, и при извлеченіи младенца, должно, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ младенецъ находится во второмъ тазовомъ положеніи, стараться привести его въ первое. Если послѣ поворота на ножки, или первоначально, младенецъ находится во второмъ тазовомъ положеніи, то должно, при извлеченіи его, внимательно слѣдить за тѣмъ, не поварачиваются ли ножки его сами собою постепенно такъ, чтобы пальцы ихъ обратились, наконецъ, къ задней стѣнкѣ влагалища. Весьма не рѣдко бываетъ, что младенецъ, во время самаго извлеченія, безъ всякаго содѣйствія со стороны искусства, переходитъ

изъ втораго тазоваго положенія въ первое. Если бы, во время извлеченія младенца, было замѣчено стремленіе ножекъ повернуться пальцами назадъ, то этому отнюдь препятствовать не должно. Если же второе тазовое положеніе младенца само собою не переходитъ въ первое, то надобно произвести это измѣненіе искусственно. Съ этою цѣлю надобно, при извлеченіи младенца, сильнѣе тянуть за ту ножку, которая обращена кверху, къ лобковымъ костямъ роженицы, въ слѣдствіе чего положеніе младенца обыкновенно измѣняется, и онъ переходитъ въ первое тазовое. Можно также, въ этихъ случаяхъ, для достиженія вышеупомянутой цѣли, извлекать младенца только за одну ножку, и именно за ту, которая обращена къ лобковымъ костямъ роженицы. Иногда переходъ младенца изъ втораго тазоваго положенія въ первое совершается тогда, когда чресла его уже вступили во входъ малаго таза, и, даже, и еще позднѣе. Возможность этого перехода надобно постоянно имѣть въ виду, и, при извлеченіи младенца, отнюдь ему не препятствовать.

§ 77.

Когда лопатки младенца сдѣлались видимыми между большими дѣтородными губами роженицы, то надобно

приступить къ освобожденію его ручекъ. Каждая ручка младенца освобождается соименною рукою оператора. При освобожденіи правой руки, туловище младенца должно лежать на лѣвой рукѣ и предплечіи оператора, и на оборотъ. Одна изъ ручекъ обыкновенно бываетъ обращена къ промежности роженицы, а другая — къ ея лобковымъ костямъ. Сперва освобождается ручка, обращенная къ промежности роженицы. Соименная ей рука вводится во влагалище; два пальца этой руки указательный и средній идутъ по плечевой кости младенца, до локтеваго сочлененія ея; на внутреннюю поверхность этого послѣдняго кладется большой палецъ руки, введенной во влагалище, а потомъ вышеупомянутые два пальца спускаются на предплечіе младенца, сгибаютъ ручку въ локтевомъ сочлененіи, проводятъ ее мимо лица, груди и живота младенца, и выводятъ ее изъ влагалища. Освободивши одну ручку, надобно вмѣстѣ съ туловищемъ младенца завернуть ее въ нагрѣтую пеленку, опустить туловище младенца книзу, и освободить другую ручку точно также, какъ и первую. Освобожденіе ручки, обращенной къ лобковымъ костямъ роженицы, обыкновенно бываетъ гораздо труднѣе, нежели освобожденіе другой, потому что рука оператора должна при этомъ пройти между лобковыми

костями роженицы и ручкою младенца, и потомъ дѣйствовать въ весьма тѣсномъ пространствѣ. Если первая попытки освобожденія этой ручки не увѣнчиваются успѣхомъ, то надобно повернуть все тѣло младенца вокругъ его продольной оси такъ, чтобы ручка, обращенная къ лобковымъ костямъ роженицы, попала въ выемку крестцовой кости. Съ этою цѣлю, грудь и освобожденную ручку младенца надобно обхватить обѣими руками какъ можно ближе къ дѣтороднымъ частямъ роженицы, подвинуть все тѣло младенца нѣсколько вверхъ, въ направленіи оси таза, чтобы сдѣлать головку младенца болѣе подвижною, а потомъ повернуть тѣло младенца вокругъ его продольной оси, въ направленіи къ оставшейся въ полости таза ручкѣ, которая тогда отходитъ отъ лобковой кости, къ которой была прижата, и, описавъ четверть круга, ложится въ выемку крестцовой кости. Когда ручка такимъ образомъ опустилась внизъ, то ее надобно освободить также, какъ была освобождена первая.

§ 78.

Освободивши ручки, надобно приступить къ освобожденію головки. Есть два способа для извлеченія ея. При употребленіи перваго изъ нихъ, надобно

ввести одну руку во влагалище, мимо промежности, и положить два пальца ея, указательный и средний на верхнюю челюсть младенца, по бокамъ его носа, а указательный и средний пальцы другой руки провести подъ лобковыя кости роженицы и положить ихъ на затылокъ младенца, и потомъ, подъемообразными движеніями обѣихъ рукъ, извлечь головку въ направленіи оси таза. При употребленіи другаго способа для извлеченія головки, надобно поступать слѣдующимъ способомъ: обѣ ножки младенца надобно обхватить одною рукою, и опустить туловище младенца почти вертикально внизъ; указательный и средний пальцы другой руки надобно положить на плечи младенца такъ, чтобы концы этихъ пальцевъ легли на надключичныя области, и потомъ этою послѣднею рукою потянуть туловище младенца въ направленіи сверху и спереди внизъ и назадъ, въ слѣдствіе чего затылокъ младенца опускается ниже въ полость таза. Вслѣдъ за тѣмъ рука, держащая младенца за ножки, быстро поднимаетъ туловище его вертикально вверхъ, при чемъ и та часть головки, которая обращена къ задней стѣнкѣ таза опускается внизъ, и вся головка выходитъ наружу. Если бы послѣ освобожденія ручекъ, оказалось, что головка уже опустилась низко въ полость таза, то нѣтъ надобности опускать туловище

младенца внизъ, какъ выше было описано, а прямо поднять его кверху. Этотъ послѣдній способъ извлеченія головки недавно вошелъ въ употребленіе, и результаты, достигнутые имъ, такъ благопріятны, что его надобно предпочитать первому.

§ 79.

Кромѣ вышеизложенныхъ правилъ, которымъ надобно слѣдовать при извлеченіи младенца за ножки, есть еще нѣкоторыя особенныя, условливаемые различными неблагопріятными обстоятельствами, могущими встрѣтиться при извлеченіи младенца.

§ 80.

Иногда бываетъ, что ручки младенца, поднятыя кверху и лежащія по бокамъ головки, ущемляются между этою послѣднею и стѣнками таза такъ крѣпко, что невозможно ихъ освободить безъ измѣненія этого неблагопріятнаго положенія ихъ. Въ такомъ случаѣ надобно положить указательный и средній пальцы одной руки на то плечо младенца, которое обращено къ задней стѣнкѣ таза, а ладонь той же руки на спину младенца, и потомъ давить этою рукою на

плечо младенца въ направленіи внизъ и къ противуположной стѣнкѣ таза; въ слѣдствіе этого ручка младенца опускается обыкновенно на столько внизъ, что можно уже бываетъ достать пальцами ея локтевое сочлененіе, и освободить ее. Когда одна ручка такимъ образомъ освобождена, то освобожденіе другой дѣлается уже по обыкновеннымъ, выше изложеннымъ правиламъ.

§ 81.

При извлеченіи младенца случается иногда, что ручки его загибаются за затылокъ его, и тутъ скрещиваются, что всегда значительно затрудняетъ ихъ освобожденіе. Если поперечный діаметръ туловища младенца совпадаетъ съ прямымъ поперечникомъ входа въ малый тазъ, то для освобожденія той изъ его ручекъ, которая обращена къ задней стѣнкѣ таза, надобно употребить тотъ же ручной приѣмъ, который былъ описанъ въ предидущемъ §. Если же ручки, загнутыя за затылокъ младенца, и скрестившіяся тутъ, находятся около передней стѣнки таза, то освобожденіе ихъ очень трудно. Въ такомъ случаѣ надобно обхватить обѣими руками грудь младенца, подвинуть все его тѣло вверхъ, въ направленіи оси таза, а потомъ повернуть его вокругъ его продольной оси такъ,

чтобы одна изъ ручекъ обратилась къ задней стѣнкѣ таза, послѣ чего освобожденіе ручекъ дѣлается уже обыкновеннымъ образомъ. Иногда одного такого подвижанія тѣла младенца кверху бываетъ недостаточно для приведенія ручекъ въ благопріятное, для ихъ извлеченія, положеніе, и нужно бываетъ повторить его 2-3 раза, для достиженія желаемой цѣли.

§ 82.

Если, не взирая на употребленіе тѣхъ мѣръ, объ которыхъ выше было говорено (см. § 76), второе тазовое положеніе не перешло въ первое, и головка младенца опустилась на входъ въ малый тазъ, или въ полость этого послѣдняго, имѣя лице обращеннымъ напередъ, то освобожденіе ручекъ также бываетъ очень трудно. Въ такомъ случаѣ надобно опустить туловище младенца какъ можно болѣе книзу, потомъ ввести руку въ полость таза мимо груди младенца, отыскать ту изъ ручекъ, которая обращена къ задней или боковой стѣнкѣ таза, обхватить рукою ея локтевое сочлененіе, провести его мимо лица младенца, и вести внизъ, пока предплечіе ручки покажется изъ подъ лобковыхъ костей роженицы. Когда одна ручка такимъ образомъ освобождена, то освобожденіе другой можно облегчить, повернувъ ту-

ловище младенца вокругъ его продольной оси, какъ выше уже было описано. Если же, при вышеописанномъ, неблагопріятномъ положеніи головки, нельзя до локтеваго сочлененія ручки, потому что это послѣдняя поднята кверху и находится въ вытянутомъ положеніи, то надобно стараться предварительно притянуть книзу одно изъ плечъ младенца, и для того употребить тотъ ручной приѣмъ, объ которомъ выше было говорено (см. § 80). Если освобожденіе ручекъ очень трудно, и извлеченіе одной изъ нихъ заняло уже много времени, то можно вовсе не освобождать другую, а немедленно наложить щипцы на головку младенца. Дальнѣйшее промедленіе въ извлеченіи головки, въ этихъ случаяхъ, неминуемо погубило бы младенца; съ другой же стороны, если только тазъ роженицы имѣетъ правильное устройство, то извлеченіе головки щипцами, вмѣстѣ съ ручкою, не представитъ особенныхъ затрудненій. Kilian совѣтуетъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ освобожденіе ручекъ не удастся сдѣлать при обыкновенномъ положеніи роженицы на спинѣ, положить ее на тотъ бокъ, къ которому обращена та ручка младенца, которую труднѣе освободить. Если младенецъ очень малъ, или недоношенъ, то можно вовсе не освобождать ручки, а, по извлеченіи туловища младенца, извлечь ихъ вмѣ-

стѣ съ головкою. Если, передъ началомъ извлеченія младенца, матка находилась въ судорожномъ состояніи, и можно опасаться, что, во время самаго извлеченія, оно повторится, то не должно освобождать обѣ ручки, а только одну изъ нихъ, чтобы оставшаяся подлѣ головки ручка препятствовала маточному устью крѣпко обхватить шею младенца, что можетъ случиться если обѣ ручки будутъ освобождены, а матка, непосредственно послѣ ихъ освобожденія, начнетъ судорожно сокращаться.

§ 83.

Если, по освобожденіи ручекъ, головка младенца имѣетъ такое положеніе, что лице этого послѣдняго обращено къ передней стѣнкѣ таза, то извлеченіе ея не рѣдко бываетъ очень трудно. Мы имѣемъ два способа для ея извлеченія: выборъ между ними зависить отъ того, находится ли головка еще надъ входомъ въ малый тазъ, или уже вступила въ полость его. Въ первомъ случаѣ, надобно поднять туловище младенца одною рукою нѣсколько кверху, а другую руку провести мимо спины младенца, и положить указательный и средній пальцы ея на плечи младенца и потомъ потянуть за эти послѣднія, при чемъ направление этого притяженія должно быть дугообраз-

ное и при томъ сзади напередъ. Во второмъ же случаѣ, надобно опустить совсѣмъ внизъ туловище младенца, провести 2 или 4 пальца руки мимо передней стѣнки таза, положить ихъ на лице младенца, и давить ими на это послѣднее въ направленіи спереди и сверху, внизъ и назадъ, чтобы приблизить подбродокъ младенца къ его груди. Потомъ надобно положить 2 пальца руки въ ротъ младенца, и, притяженіемъ за нижнюю челюсть его, извлечь головку. Употребленіе этого послѣдняго способа сопряжено съ опасностію для младенца, потому что нижняя челюсть его можетъ быть при этомъ вывихнута, а потому только тогда надобно прибѣгать къ нему, когда насъ къ тому побуждаетъ крайняя необходимость. Какіе способы не были бы употреблены для извлеченія головки, попытки ее извлечь, ни въ какомъ случаѣ, не должны продолжаться болѣе 5-7 минутъ, и если онѣ, въ теченіи этого времени, не увѣнчались успѣхомъ, то надобно немедленно приступить къ наложенію щипцовъ; въ противномъ случаѣ, младенецъ неминуемо погибнетъ.

§ 84.

Весьма неприятное обстоятельство, могущее случиться при извлеченіи младенца, есть оторваніе головки

его отъ туловища. Причина этого явленія заключается въ неосторожныхъ и слишкомъ сильныхъ притяженіяхъ за туловище младенца, когда головка его, или по причинѣ своего слишкомъ большаго объема, или въ слѣдствіе суженія таза, не можетъ пройти сквозь этотъ послѣдній. Если младенецъ мертвъ, и уже перешелъ въ гніеніе, то оторваніе головки отъ туловища можетъ случиться очень легко. Во избѣжаніе этого непріятнаго обстоятельства, надобно всегда соизмѣрять силу притяженій съ степенью того противудѣйствія, которое можетъ оказать тѣло младенца, и если препятствіе, со стороны головки, слишкомъ велико, то немедленно прибѣгнуть къ наложенію щипцовъ. Если тѣло младенца перешло уже въ гніеніе, то, при извлеченіи его, надобно быть особенно осторожнымъ, чтобы не оторвать головку, и когда она вступила въ полость малаго таза, то ввести руку въ этотъ послѣдній, заложить два пальца ея въ ротъ младенца, и такимъ образомъ извлечь головку, или наложить на нее щипцы. Наложивши щипцы, надобно, въ этомъ случаѣ, притяженія ими дѣлать очень осторожно, потому что головка, перешедшая уже въ гніеніе, слишкомъ мягка, не можетъ оказывать надлежащаго противудѣйствія щипцамъ, и эти послѣдніе легко могутъ съ нея соскользнуть, что, какъ извѣстно, можетъ

быть сопряжено съ большимъ вредомъ для роженицы. Въ случаѣ, если бы головка оторвалась отъ туловища, и осталась въ полости таза, то, для извлеченія ея, надобно ввести во влагалище руку, и два пальца ея, указательный и средній, заложить въ ротъ младенца, а большой палецъ вдавить въ ту часть шеи младенца, которая осталась при головкѣ, и потомъ извлечь головку рукою. Если головка такъ ущемлена въ полости таза, что нельзя извлечь ее рукою, то надобно наложить на нее щипцы. Если же и этими послѣдними нельзя было бы извлечь головку, то наложить цефалотрибъ, которымъ всегда можно навѣрное извлечь головку.

§ 85.

Здѣсь, кстати, надобно упомянуть объ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, при предлежаніи задницы младенца, наступаетъ необходимость скоро окончить роды. Для извлеченія младенца въ этихъ случаяхъ, мы имѣемъ нѣсколько способовъ, а именно: 1) извлеченіе за ножки, при чемъ предлежаніе зада должно быть предварительно измѣнено въ предлежаніе ножекъ; 2) извлеченіе рукою, при чемъ указательный палецъ ея, согнутый крючкомъ, закладывается въ одно изъ лонно-бедренныхъ сочлененій младенца; 3) извлеченіе по-

средствомъ тупаго крючка, и 4) наложеніе щипцовъ на задъ младенца. Выборъ между этими четырьмя способами зависитъ отъ положенія таза въ отношеніи къ полости таза. Если задъ стоитъ надъ входомъ въ малый тазъ, и подвиженъ, то надобно ввести руку, мимо его, въ полость матки, низвести одну, или обѣ ножки, и потомъ извлечь младенца за эти послѣднія. Если же задъ младенца опустился ниже въ полость таза, и неподвиженъ, то надобно ввести руку въ полость таза, заложить указательный палецъ ея въ одно изъ лонно-бедренныхъ сочлененій младенца, а большой палецъ той же руки положить на крестецъ младенца, и потомъ стараться притянуть задъ еще ниже. Какъ только задъ опустился еще ниже, надобно заложить указательный палецъ другой руки въ другое лонно-бедренное сочлененіе младенца, и потомъ уже производить извлеченіе обѣими руками по извѣстнымъ уже правиламъ. Если же задъ младенца, хотя и опустился въ полость таза, но все еще стоитъ такъ высоко, что указательнымъ пальцемъ нельзя достать одно изъ лонно-бедренныхъ сочлененій младенца, то надобно прибѣгнуть къ наложенію тупаго крючка. Съ этою цѣлю, во влагалище вводятся четыре пальца руки, и прикладываются къ тому лонно-бедренному сочлененію младенца, которое об-

ращено къ лобковымъ костямъ роженицы. Потомъ, подъ руководствомъ этихъ пальцевъ, тупой крючекъ вводится во влагалище и закладывается въ вышеупомянутое сочлененіе. Наложивши крючокъ, надобно убѣдиться въ томъ, хорошо-ли онъ наложенъ, потому что, въ противномъ случаѣ, онъ можетъ упереться во внутреннюю поверхность лонно-бедреннаго сочлененія, и потомъ, при притяженіяхъ, повредить это послѣднее, или можетъ придать дѣтородныя части младенца. Если крючекъ хорошо наложенъ, то конецъ его долженъ лежать свободно между позжками младенца. Убѣдившись въ томъ, что крючекъ дѣйствительно хорошо наложенъ, надобно обхватить нижнюю часть его обѣими руками, и производить ими притяженія книзу, въ направленіи оси таза. Когда задъ младенца, въ слѣдствіе этихъ притяженій, на столько опустится внизъ, что можно достать указательнымъ пальцемъ одно изъ лонно-бедренныхъ сочлененій, то надобно тотчасъ же удалить крючекъ, замѣнить его пальцемъ, и дальнѣйшее извлеченіе младенца производить уже по вышеизложеннымъ правиламъ. Извлеченіе зада младенца посредствомъ щипцовъ есть самый неудобный и невѣрный изъ всѣхъ четырехъ способовъ, который, кромѣ того, сопряженъ съ опасностію для роженицы и младенца. Щипцы, по причинѣ своей

значительной головной кривизны, не могут достаточно крѣпко обхватить задъ младенца, а потому легко могут соскользнуть. Сдавливать же ихъ крѣпко нельзя потому, что концы ложекъ ихъ, отстоя только на нѣсколько линій другъ отъ друга, при крѣпкомъ сдавливаніи рукоятокъ инструмента, могутъ произвести сильное и весьма опасное давленіе на животъ и пуповину младенца. Не взирая, однакоже, на вышеисчисленные, важныя неудобства, сопряженныя съ наложеніемъ щипцовъ на задъ младенца, есть такіе случаи, гдѣ мы, по необходимости, должны прибѣгать къ этому способу. Если задъ младенца опустился уже во входъ малаго таза, и если онъ такъ крѣпко ущемленъ въ этомъ послѣднемъ, что невозможно провести ни палецъ, ни крючекъ къ одному изъ лонно-бедренныхъ сочлененій младенца, то наложеніе щипцовъ на задъ составляетъ единственное средство для окончанія родовъ. При извлеченіи младенца щипцами, въ этихъ случаяхъ, надобно, однакоже, постоянно имѣть въ виду тѣ неудобства, съ которыми сопряжено ихъ употребленіе, и какъ только задъ младенца, въ слѣдствіе притяженій щипцами, на столько опустится внизъ, что можно ввести палецъ, или тупой крючекъ въ одно изъ лонно-бедренныхъ сочлененій младенца, такъ тотчасъ же удалить щипцы,

и перейти къ другому, болѣе удобному способу извлеченія младенца. Къ счастью, случаи, гдѣ необходимо прибѣгнуть къ наложенію щипцовъ при предлежаніи зада, вообще встрѣчаются очень рѣдко.

ГЛАВА 7.

О прободеніи головки младенца.

§ 86.

Прободеніемъ головки младенца называется та акушерская операція, при которой полость черепа младенца вскрывается съ цѣлію удалить изъ нея мозгъ, уменьшить тѣмъ объемъ головки, и сдѣлать возможнымъ прохожденіе ея сквозь тазъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, по причинѣ слишкомъ значительнаго механическаго препятствія, нельзя окончить роды другимъ какимъ-либо образомъ, и гдѣ кесарское сѣченіе не показано.

§ 87.

Операція прободенія головки извѣстна съ самой глубокой древности, и врачи тѣхъ временъ производили ее очень часто. Пока поворотъ на ножки, наложеніе щипцовъ и кесарское сѣченіе были неизвѣстны, операція эта составляла единственное сред-

ство для окончанія трудныхъ родовъ. По мѣрѣ того, какъ эти три вышеупомянутыя операции входили въ употребленіе, прободеніе головки дѣлалось все рѣже и рѣже, и въ настоящее время принадлежитъ къ числу операций, производимыхъ очень рѣдко. Изобрѣтеніе акушерскихъ щипцовъ, болѣе всѣхъ другихъ нововведеній въ наукѣ, способствовало значительному ограниченію употребленія прободенія головки.

§ 88.

Такъ какъ операція прободенія головки извѣстна уже съ давнихъ временъ, то и инструментовъ для ея произведенія было изобрѣтено весьма много. Всѣ эти инструменты, вмѣстѣ взятые, можно раздѣлить на нѣсколько видовъ, а именно: 1) Ножевидные прободники 2) Буравчатые прободники 3) Игловидные прободники, 4) Ножницеобразные прободники и 5) Трепанообразные прободники. Первые три изъ этихъ пяти видовъ прободниковъ въ настоящее время вовсе уже не употребляются, потому что отверстіе, производимое ими въ черепѣ младенца, слишкомъ мало для свободнаго истеченія мозга. Между остальными же двумя видами прободниковъ, употребляемыми теперь, трепанообразные, безспорно, заслуживаютъ преимущество передъ ножницеобразными. Для употребле-

нiя ножнице-образнаго прободника необходимо нужно, чтобы головка младенца крѣпко и неподвижно стояла въ полости малаго таза; въ противномъ случаѣ она, отъ напора инструмента, поднимается вверхъ, и прободенiе ея не удается. Ножнице-образный прободникъ можетъ быть воткнутъ только въ родничекъ, или шовъ на головкѣ младенца; сквозь кость же имъ проникнуть трудно, и при напорѣ на кости черепа, онъ легко можетъ соскользнуть и ранить дѣтородныя части роженицы. Отверстiе, производимое ножнице-образными прободниками, мало, а потому не рѣдко нужно бываетъ прибѣгать еще къ отламыванiю костей во-кругъ него посредствомъ костныхъ щипцовъ. Кромѣ того, при употребленiи ножнице-образныхъ прободниковъ, края образуемаго ими отверстiя бываютъ остры и неровны, и могутъ потомъ, при прохожденiи головки сквозь тазъ, ранить мягкiя дѣтородныя части роженицы. Наконецъ, еслибы встрѣтилась надобность сдѣлать прободенiе головки при тазовомъ положенiи младенца, послѣ рожденiя на свѣтъ его туловища, то ножнице-образнымъ прободникомъ эту операцiю вовсе нельзя сдѣлать. Трепанообразный прободникъ имѣетъ то важное достоинство, что имъ можно сдѣлать прободенiе на всякомъ мѣстѣ черепа, и нѣтъ надобности отыскивать для этого родничекъ,

или шовъ на головкѣ младенца. Трепанообразнымъ прободникомъ можно сдѣлать прободеніе головки даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она подвижна; соскользнуть онъ не можетъ. Отверстіе, образуемое имъ, довольно велико, а края этого отверстія ровны. Отламывать кости черепа тутъ вовсе не бываетъ нужно; а въ случаѣ, если бы одного отверстія въ костяхъ черепа было недостаточно для удаленія мозга, то можно, подѣлъ перваго отверстія, сдѣлать еще одно, или два. Кромѣ прободниковъ, при операциіи прободенія головки употреблялись прежде еще различные инструменты, какъ для уменьшенія объема головки, такъ и для извлеченія ея послѣ прободенія, какъ то: костные щипцы, острые крючки и т. п. Въ настоящее время инструменты эти болѣе не употребляются, какъ потому, что употребленіе ихъ сопряжено съ опасностію для роженицы, такъ и потому, что можно легко безъ нихъ обойтись. Въ случаѣ, еслибы, послѣ прободенія головки, встрѣтилась надобность еще болѣе уменьшить ея объемъ, то на головку накладывается цефалотрибъ, которымъ можно удобно извлечь головку.

§ 59.

Если операциа прободенія головки предпринимается въ надлежащее время, если она производится

трепанообразнымъ прободникомъ, и съ соблюденіемъ всѣхъ нужныхъ предосторожностей, то предсказаніе для роженицы благопріятно. Если же операція эта предпринимается послѣ долгихъ и тщетныхъ попытокъ окончить роды какимъ-либо другимъ способомъ; если эти попытки значительно уже истощили силы роженицы, и если она производится при такомъ съуженіи таза, гдѣ, и послѣ прободенія головки, извлеченіе младенца очень трудно, то предсказаніе для роженицы дурно. Предсказаніе преимущественно зависитъ отъ выбора момента для операціи; чѣмъ раньше она производится, при существованіи точныхъ показаній къ ней, тѣмъ лучше предсказаніе.

§ 90.

Во время операціи прободенія головки, роженица должна лежать поперегъ постели; помощниковъ надобно имѣть четырехъ, изъ коихъ одинъ долженъ поддерживать роженицу подъ плечи, двое должны держать нижнія конечности роженицы, а четвертый подавать оператору инструменты. Мочевой пузырь и прямая кишка роженицы должны быть испражнены передъ началомъ операціи. Тыльная поверхность лѣвой руки оператора должна быть намазана деревян-

нымъ масломъ. Операторъ садится, между ногами роженицы, на низкій стулъ, или становится на одно колено. Кромѣ прободника, надобно имѣть въ готовности обыкновенные акушерскіе щипцы, цефалотрибъ и клистирную трубку.

§ 91.

Прежде, нежели мы перейдемъ къ вычисленію показаній къ операциі прободенія головки, разберемъ предварительно весьма важный вопросъ: можноли дѣлать прободеніе головки въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ достоверно извѣстно, что младенецъ живъ, или должно ждать, пока этотъ послѣдній умретъ въ маткѣ? Отъ рѣшенія этого вопроса зависятъ отчасти и показанія къ этой операциі. Вопросъ этотъ до сихъ поръ еще не рѣшенъ окончательно, и составляетъ предметъ спорный. Почти всѣ врачи прошедшаго столѣтія были того мнѣнія, что прободеніе головки можно дѣлать не иначе, какъ послѣ смерти младенца. Osborn былъ первый, доказавшій, что, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, должно производить прободеніе головки, не разбирая того, живъ-ли младенецъ, или нѣтъ. Wigand¹⁾, одинъ

¹⁾ Wigand, die Geburt des Menschen, II B. p. 38-48.

изъ лучшихъ акушеровъ своего времени, былъ того же мнѣнія. Не смотря, однакоже, на авторитетъ Wigand'a, большая часть его соотечественниковъ была противнаго мнѣнія, и въ теченіи довольно долгаго времени никто изъ нихъ не рѣшался открыто пристать къ ученію Wigand'a. Только въ новѣйшее время нѣмецкіе акушеры опять обратили особенное вниманіе на этотъ вопросъ, и между ними Détroit¹⁾, Rosshirt²⁾, Scanzoni³⁾, Hohl⁴⁾, Naegele⁵⁾ и многіе другіе раздѣляютъ мнѣніе Wigand'a. Въ Англіи, ученіе Osborn'a съ самаго начала нашло многочисленныхъ приверженцевъ, и ему вообще слѣдуютъ тамъ и въ настоящее время. Между Французскими акушерами настоящаго времени, Cazeaux⁶⁾ также придерживается того же мнѣнія. Тѣ изъ врачей,

¹⁾ *Détroit*, *Cursus der Geburtshilfe*, Berlin, 1846, p. 427 et 428.

²⁾ *Rosshirt*, *Lehrbuch der Geburtshilfe*, Erlangen, 1851, p. 644.

³⁾ *Scanzoni*, *Lehrbuch der Geburtshilfe*, Wien, 1852 3 B. p. 225-243.

⁴⁾ *Hohl*, *Lehrbuch der Geburtshilfe*, Leipzig, 1855, p. 970.

⁵⁾ *Naegele*, *Lehrbuch der Geburtshilfe*. Mainz, 1845, 2 Th. p. 142 et 145.

⁶⁾ *Cazeaux*, *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, Deux. édit. Paris, 1845, p. 783 et 784.

которые были противъ прободенія головки живаго младенца, говоря объ показаніяхъ къ этой операціи, ставили за правило. что если, въ данномъ случаѣ, суженіе таза таково, что головка доношеннаго младенца, безъ прободенія ея, сквозь него пройти не можетъ, но если младенецъ живъ, то должно слѣловать кесарское сѣченіе; если же младенецъ умеръ, то произвести прободеніе его головки. Слѣдовательно, выборъ между кесарскимъ сѣченіемъ и прободеніемъ головки долженъ былъ, въ этомъ случаѣ, зависѣть отъ того, живъ-ли младенецъ, или нѣтъ. Я думаю, что мнѣніе это несправедливо; эти двѣ операціи никогда не должны замѣнять одна другую. Кесарское сѣченіе есть операція въ высшей степени опасная для роженицы; $\frac{7}{10}$ женщинъ, подвергавшихся ей, умерли. Если бы посредствомъ кесарскаго сѣченія всегда можно было навѣрное спасти младенца, то, конечно, при явныхъ признакахъ жизни младенца, надобно было бы прибѣгать къ производству этой операціи, имѣя въ виду то, что, можетъ быть, роженица перенесетъ ее благополучно, и мы, слѣдовательно, можемъ надѣяться, что достигнемъ двойкой цѣли — спасемъ и мать, и младенца. Но на самомъ-то дѣлѣ бываетъ иначе; большая часть младенцевъ, извлеченныхъ изъ утробы матери посредствомъ кесарскаго

сѣченія, или раждаются на свѣтъ мертвыми, или умирають вскорѣ послѣ операціи. Слѣдовательно, дѣлая кесарское сѣченіе, мы подвергаемъ роженицу очевидной опасности, и вмѣстѣ съ тѣмъ имѣемъ весьма мало надежды спасти младенца. Если же, при вышеупомянутыхъ обстоятельствахъ, прободеніе головки будетъ сдѣлано во время, то мы навѣрное спасемъ роженицу. Изъ двухъ золъ надобно выбирать меньшее; если нельзя спасти и роженицу и младенца, то надобно, по крайней мѣрѣ, спасти роженицу. Если же съуженіе таза таково, что, и послѣ прободенія головки, нельзя провести сквозь него младенца, то надобно сдѣлать кесарское сѣченіе, также не разбирая того, живъ ли младенецъ, или нѣтъ. Слѣдовательно, выбора между кесарскимъ сѣченіемъ и прободеніемъ головки не можетъ, и не должно быть; если младенецъ, послѣ прободенія головки, можетъ пройти сквозь тазъ, то надобно сдѣлать прободеніе головки; если же не можетъ — должно произвести кесарское сѣченіе. Защитники того мнѣнія, что прободеніе головки можно дѣлать только тогда, когда достовѣрно извѣстно, что младенецъ уже умеръ, говорятъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ прободеніе головки показано, но младенецъ еще живъ, надобно подождать до тѣхъ поръ, пока младенецъ умретъ въ маткѣ, а потомъ уже

приступить къ прободенію головки. Но сколько времени можетъ длиться такое ожиданіе — этого съ точностію нельзя опредѣлить. Иногда младенецъ, при ущемленіи головки его въ полости таза, и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка плотно обхватываетъ его тѣло, умираетъ скоро; иногда же, напротивъ, онъ и при этихъ, въ высшей степени неблагопріятныхъ для него условіяхъ, живетъ еще довольно долго, 5–6 часовъ. Въ теченіи-же этого времени, роженица подвергается величайшей опасности. Разрывъ матки и влагалища, воспаленіе и омертвѣніе этихъ частей, сильныя кровотечения, конвульсіи — вотъ послѣдствія, которыя можетъ повлечь за собою, въ этихъ случаяхъ, ожиданіе смерти младенца. Подвергать роженицу всѣмъ этимъ ужаснымъ послѣдствіямъ единственно только для того, чтобы потомъ имѣть убѣжденіе, что мы дѣлаемъ прободеніе головки уже умершаго младенца, было бы непростительно. Для младенца, въ этихъ случаяхъ, нѣтъ спасенія; слѣдовательно, въ отношеніи къ нему, не все-ли равно: умретъ-ли онъ нѣсколькими часами раньше, или нѣсколькими часами позже. Для роженицы-же предсказаніе совершенно зависитъ отъ того, когда именно будетъ произведено прободеніе головки младенца. Чѣмъ раньше оно будетъ сдѣлано, тѣмъ лучше предсказаніе. А по-

тому, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ прободеніе головки неизбѣжно, надобно сдѣлать его какъ только маточное устье на столько расширится, что можно удобно провести прободникъ къ головкѣ младенца. Сдѣлавши прободеніе головки, можно, въ этомъ случаѣ, по совѣту Wigand'a, предоставить дальнѣйшій ходъ родовъ однѣмъ силамъ природы. Если же сокращенія матки не могутъ протѣснить и прободенную головку сквозь тазъ, то надобно уже прибѣгнуть къ искусственному извлеченію этой послѣдней, объ которомъ ниже будетъ упомянуто подробно.

§ 92.

Теперь перейдемъ къ вычисленію показаній къ операціи прободенія головки.

Если меньшій діаметръ таза имѣетъ только $2\frac{1}{2}$ ", то надобно прямо приступить къ прободенію головки, какъ только маточное устье на столько расширится, сколько нужно для того, чтобы безопасно провести сквозь него прободникъ. Если при такомъ суженіи таза, при которомъ меньшій діаметръ его имѣетъ отъ $2\frac{1}{2}$ " до 3", показались бы явленія, угрожающія опасностью жизни роженицы, и если роды не могутъ быть окончены, ни посредствомъ щипцовъ, ни посредствомъ извлеченія младенца за ножки, то надобно

дѣлать прободеніе головки. Если тазъ суженъ такъ, что меньшій діаметръ его имѣеть отъ $2\frac{1}{2}$ " до $3\frac{1}{2}$ ", а младенецъ уже умеръ, то не должно дѣлать попытокъ извлечь этого послѣдняго щипцами, потому что эти попытки, въ подобныхъ случаяхъ, всегда бываютъ сопряжены съ большею, или меньшею опасностію для роженицы. Въ такомъ случаѣ лучше прямо приступить къ прободенію головки. Прободеніе головки, наконецъ, показано во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, при операціи наложенія щипцовъ, послѣ 20 притяженій этимъ инструментомъ замѣчено было бы, что головка младенца нисколько не подвигается книзу, и что, слѣдовательно, механическое препятствіе для прохожденія головки сквозь тазъ, въ данномъ случаѣ, такъ велико, что щипцами нельзя его преодолѣть. Если младенецъ недоношенъ, то можно дѣлать прободеніе головки и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ меньшій діаметръ таза имѣеть $2'' - 2\frac{1}{4}''$; если же младенецъ доношенъ, а меньшій діаметръ таза имѣеть менѣе $2\frac{1}{2}''$, то прободеніе дѣлать не должно. Такое суженіе таза составляетъ безусловное показаніе къ произведенію кесарскаго сѣченія.

§ 93.

Приступая къ операціи прободенія головки,

надобно имѣть въ готовности: обыкновенные акушерскіе щипцы, трепанообразный прободникъ, цефалотрибъ и клистирную трубку съ наконечникомъ въ 6" длиною. Самая операція производится слѣдующимъ образомъ: во влагалище вводятся четыре пальца лѣвой руки, и ими сперва отыскивается мѣсто, удобное для произведенія прободенія. Если младенецъ имѣетъ темянное положеніе, то надобно сдѣлать отверстіе въ одной изъ темянныхъ его костей; если-же лице составляетъ часть предлежащую, то надобно сдѣлать прободеніе во лбу его. Если бы, при введеніи вышеупомянутыхъ пальцевъ руки во влагалище, оказалось, что головка очень подвижна, то надобно сперва наложить на нее щипцы, чтобы во время прободенія ея, придерживать ее, и препятствовать ей подниматься вверхъ; въ противномъ случаѣ, она, при давленіи на нее прободника, будетъ уходить вверхъ, чѣмъ самое прободеніе ея значительно можетъ быть замедлено. Щипцы, въ такомъ случаѣ, должны держать одинъ изъ помощниковъ, слегка притягивая ихъ къ себѣ. Если головка покрыта значительною опухолью, то надобно сдѣлать сперва на той части ея, гдѣ мы хотимъ произвести прободеніе, крестообразный разрѣзъ, чтобы потомъ имѣть возможность дѣйствовать прободникомъ на обнаженную кость головки. Такимъ об-

разомъ всегда скорѣе удается сдѣлать прободеніе; сквозь мягкія же части прободникъ проходить медленно; коронка его, при этомъ, засаривается, и дѣйствіе инструмента на кости головки дѣлается, въ слѣдствіе этого, не такъ вѣрнымъ и быстрымъ, какъ это должно быть. Отыскавши на головкѣ младенца мѣсто для произведенія прободенія, надобно правою рукою ввести во влагалище прободникъ съ отодвинутою назадъ коронкою, и подъ руководствомъ пальцевъ лѣвой руки, находящихся во влагалищѣ, довести его до головки, и упереть въ нее. Потомъ, поворачивая инструментъ вокругъ его продольной оси, надобно сперва ввинтить буравъ его въ головку, за тѣмъ придвинуть коронку трепана къ головкѣ, придержать ее пальцами лѣвой руки, а правою рукою кругообразно поворачивать рукоятку инструмента до тѣхъ поръ, пока коронка трепана проникнетъ сквозь черепъ. Обыкновенно это дѣлается очень скоро, и коронка трепана погружается въ самый мозгъ, что узнается по тому, что уже не слышно болѣе того звука, который производитъ трепанъ при пиленіи кости, и потому, что инструментъ съ особенною легкостію идетъ дальше. Инструментъ потомъ удаляется; пальцами лѣвой руки надобно сдѣлать изслѣдованіе, чтобы убѣдиться въ томъ, что прободеніе дѣйствительно

сдѣлано. Когда такимъ образомъ отверстіе въ головкѣ сдѣлано, то мозгъ обыкновенно тотчасъ же начинаетъ изъ нея вытекать, и головка уменьшается въ объемѣ своемъ. Если же мозгъ не вытекаетъ, или вытекаетъ въ слишкомъ маломъ количествѣ, то надобно ввести прутикъ, сквозь сдѣланное въ головкѣ отверстіе, въ полость черепа, и, движеніями этого прутика въ различныхъ направленіяхъ, разрушить мозгъ, послѣ чего онъ уже начинаетъ вытекать въ большемъ количествѣ. Съ этою же цѣлію полезно сдѣлать нѣсколько впрыскиваній теплою водою въ самую полость черепа.

§ 94.

Сдѣлавши прободеніе головки, можно предоста-
вить дальнѣйшій ходъ родовъ силамъ природы. Если потуги хороши, то роды, послѣ прободенія головки, оканчиваются скоро, если только суженіе таза не очень значительно. Въ послѣднемъ случаѣ, прохо-
жденіе плечъ младенца сквозь тазъ иногда встрѣчаетъ такія затрудненія, что нужно бываетъ прибѣгнуть къ искусственному извлеченію туловища младенца. Если же потуги слабы, рѣдко повторяются, или если, послѣ прободенія головки, показываются явленія, тре-

буюшія немедленнаго окончанія родовъ, то надобно сперва извлечь головку младенца, а потомъ и туловище его. Для извлеченія головки младенца, въ подобныхъ случаяхъ, мы имѣемъ два способа. Первый изъ нихъ состоитъ въ томъ, что указательный палецъ руки вводится въ отверстіе черепа, сдѣланное прободникомъ, и потомъ этимъ пальцемъ производятся притяженія книзу до тѣхъ поръ, пока головка выйдетъ изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей роженицы. Если же ущемленіе головки такъ значительно, что этимъ способомъ нельзя ее извлечь, то надобно наложить на нее цефалотрибъ, которымъ всегда удается извлечь головку. Никогда недолжно накладывать щипцы на прободенную головку, потому что они, по причинѣ чрезмѣрной сжимаемости головки, весьма легко могутъ соскользнуть.

§ 95.

Въ 1829 году, Baudelocque jun. обнародовалъ изобрѣтенный имъ инструментъ, который, по его мнѣнію, долженъ былъ совершенно замѣнить собою прободники, и который онъ называлъ цефалотрибомъ (Cephalotribe). Инструментъ этотъ имѣетъ большое сход-

ство съ обыкновенными акушерскими щипцами, съ тою только разницею, что ложки его длиннѣе, толще, и имѣютъ гораздо меньшую головную кривизну. Сквозь рукоятки инструмента проходитъ винтъ, посредствомъ дѣйствія котораго ложки его между собою сближаются съ такою силою, что могутъ легко раздавить головку младенца. Назначеніе этого инструмента — уменьшить искусственно объемъ головки младенца въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она не можетъ пройти сквозь тазъ безъ уменьшенія своего объема. Инструментъ этотъ накладывается на головку младенца точно также, какъ и обыкновенные щипцы; потомъ, посредствомъ дѣйствія винта, ложки его раздавливаютъ головку младенца, которая потомъ извлекается наружу этимъ же инструментомъ. Такъ какъ головная кривизна этого инструмента весьма незначительна, то давленіе его ложекъ на головку бываетъ такъ сильно, что она сплющивается, а мозгъ младенца вытекаетъ изъ его ушей, ноздрей и глазъ. Выгоды этого инструмента, по мнѣнію Baudelocqu'a, заключаются въ томъ, что, при уменьшеніи объема головки посредствомъ его, острые осколки костей черепа не могутъ ранить дѣтородныхъ частей роженицы при прохожденіи своемъ сквозь нихъ, потому что они остаются покрытыми неразорванными общими покровами головки, и что

головка младенца, послѣ уменьшенія своего объема, легко можетъ быть извлечена этимъ же инструментомъ. Последнее изъ этихъ двухъ преимуществъ этого инструмента дѣйствительно важно, потому что устраняетъ необходимость прибѣгать къ употребленію особенныхъ инструментовъ для извлеченія головки, какъ то бываетъ иногда послѣ ея прободенія. Что же касается до перваго, то оно не имѣетъ особенной важности, потому что, при употребленіи трепанобразнаго прободника, мы также можемъ всегда избѣжать образованія острыхъ осколковъ костей черепа. Главныя неудобства цефалотриба заключаются въ слѣдующемъ: 1) онъ не можетъ быть употребленъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ показано прободеніе головки, по причинѣ значительной толщины своихъ ложекъ. Головка младенца такъ бываетъ иногда ущемлена въ полости таза, что нельзя ввести между ею и стѣнками таза даже обыкновенные щипцы; объ наложеніи цефалотриба, въ этомъ случаѣ, слѣдовательно, не можетъ быть и рѣчи. 2) Цефалотрибъ, сдвигая головку, уменьшаетъ ее въ напрвленіи того только діаметра ея, въ которомъ онъ наложенъ; противоположный же діаметръ ея при этомъ увеличивается. Если цефалотрибъ наложенъ въ направленіи поперечнаго діаметра головки, то, при дѣйствіи его на эту по-

слѣдную, прямой діаметръ ея будетъ удлиниться. Удлиненіе же прямого діаметра головки, при суженіяхъ таза, можетъ значительно затруднить ея извлеченіе. Употребленіе цефалотриба представляетъ однако же въ нѣкоторыхъ случаяхъ несомнѣнныя выгоды. Если, при извлеченіи младенца за ножки, головка его останавливается надъ входомъ въ малый тазъ, и если нельзя ее извлечь ни руками, ни щипцами, по причинѣ высокаго стоянія ея, или узкости таза, то надобно наложить цефалотрибъ, которымъ всегда удастся извлечь головку. Прободеніе же головки, въ подобныхъ случаяхъ, какъ извѣстно, весьма трудно. Если, послѣ прободенія головки, нельзя было бы извлечь ее руками, то также надобно наложить цефалотрибъ, которымъ можно въ одно и то же время и уменьшить еще болѣе объемъ головки, и извлечь ее. При оторваніи головки младенца отъ туловища его, посредствомъ цефалотриба можно скорѣе и вѣрнѣе извлечь головку, нежели всѣми другими, изобрѣтенными съ этою цѣлію, инструментами. Изъ вышесказаннаго видно, что хотя цефалотрибъ не можетъ совершенно замѣнить собою прободникъ, какъ думалъ изобрѣтатель его, но что дѣйствительно есть такіе случаи, гдѣ употребленіе его представляетъ большія удобства.

ГЛАВА 8.

Объ эмбриотоміи.

§ 96.

Эмбриотомією называется операція, при которой объемъ тѣла младенца уменьшается или посредствомъ вскрытія его грудной и брюшной полости и удаленія внутренностей, содержащихся въ этихъ полостяхъ, или черезъ отдѣленіе головки младенца отъ его туловища (*decapitatio*).

§ 97.

Операція эта извѣстна съ самой глубокой древности; въ сочиненіяхъ Гиппократа и Цельса мы находимъ весьма подробныя описанія ея. До введенія въ употребленіе поворота на ножки, операція эта составляла единственное средство для окончанія родовъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ плечо младенца представлялось ущемленнымъ въ полости малаго таза. Съ того же времени, когда позоротъ на ножки сдѣлался извѣстнымъ, эмбриотомію начали производить все рѣже и

рѣже, такъ, что въ настоящее время къ этой операціи вообще прибѣгаютъ очень рѣдко. Въ новѣйшее время, нѣкоторые акушеры хотѣли совершенно исключить эмбриотомію изъ числа акушерскихъ операцій, считая ее вполне излишнею при нынѣшнемъ состояніи науки. Это, однакоже, несправедливо; къ сожалѣнію встрѣчаются такіе случаи, гдѣ эта операція дѣйствительно необходима, и никакою другою замѣнена быть не можетъ.

§ 98.

Эмбриотомія предпринимается съ двоякою цѣлію: или для того, чтобы, уменьшивъ объемъ тѣла младенца, проложить себѣ дорогу къ ножкамъ его, повернуть младенца на ножки, и потомъ извлечь его; или для того, чтобы посредствомъ уменьшенія объема тѣла младенца, сдѣлать прохожденіе его сквозь тазъ возможнымъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ этотъ послѣдній значительно суженъ. Выборъ же между двумя вышеупомянутыми способами уменьшенія объема тѣла младенца (см. § 96) зависитъ уже отъ положенія младенца.

§ 99.

Показаніями къ произведенію эмбриотоміи слу-

жать слѣдующія обстоятельства: 1) Такое ущемленіе подлежащаго плеча младенца въ полости таза, при которомъ не возможно провести мимо его руку въ полость матки для совершенія поворота. 2) Невозможность извлечь туловище младенца, послѣ пробо-денія его головки, по причинѣ значительнаго сѣуже-нія таза. Если, при ущемленіи плеча младенца, шея этого послѣдняго лежитъ такъ, что она доступна для руки оператора, то можно отдѣлить головку младенца отъ его туловища, и потомъ извлечь туловище за ручку, а головку цефалотрибомъ. Отдѣленіе головки младенца отъ его туловища производится слѣдующимъ образомъ: одна рука, соотвѣтствующая положенію головки младенца, вводится во влагалище, и кладется на шею младенца; потомъ, подъ руководствомъ этой руки, другою рукою вводится тупоконечный Левре-товскій крючекъ, внутренняя поверхность котораго снабжена острымъ лезвиемъ, проводится мимо шеи младенца, и накладывается на нее такъ, чтобы лезвие крючка легло на ту поверхность шеи младенца, кото-рая обращена кверху. Потомъ рукою, введшею крю-чекъ, надобно осторожно дѣлать притяженія книзу, при чемъ шея младенца перерѣзывается. Рука, на-ходящаяся во влагалищѣ, должна при этомъ постоянно наблюдать за дѣйствіемъ крючка. Когда шейные по-

звонки перерѣзаны, то дальпѣйшія притяженія крючкомъ, имѣющія цѣлю перерѣзать только остатки мягкихъ частей шеи, должно дѣлать съ особенною осторожностію, чтобы не ранить дѣтородныя части роженицы. Если шея младенца лежитъ такъ высоко, что она недоступна для руки, то можно наложить на нее тупоконечный крючекъ, притянуть ее сколь возможно ниже, и потомъ перерѣзать крѣпкими длинными ножницами. По отдѣленіи головки младенца отъ туловища его, надобно приступить къ извлеченію этого послѣдняго. Если ручка младенца выпала, то надобно обхватить ее обѣими руками, и тянуть прямо книзу. Этому притяженію туловище младенца обыкновенно скоро слѣдуетъ, и извлеченіе его совершается легко. Если же ручка не выпала, то надобно ввести указательный палецъ руки, согнутый крючкомъ, въ одно изъ плечевыхъ сочлененій младенца, и извлечь туловище этого послѣдняго притяженіями этой руки. На оставшуюся же въ полости матки головку надобно наложить цефалотрибъ, и извлечь ее. Если же плечо младенца такъ глубоко ущемлено въ полости таза, что до шеи его нельзя дойти ни рукою, ни тупымъ крючкомъ, то надобно удалить внутренности изъ грудной полости младенца, чтобы доставить себѣ возможность пройти рукою въ полость матки, къ ножкамъ

младенца. Вскрытіе грудной полости младенца дѣлается ножницеобразнымъ прободникомъ, который проводится въ грудную полость младенца между ребрами его. Сдѣлавши отверстіе въ грудной полости младенца, надобно расширить его тѣмъ же прободникомъ на столько, чтобы можно было ввести въ него два пальца руки, и потомъ стараться этими послѣдними удалить внутренности изъ грудной полости младенца. Еслибы отверстіе между двумя ребрами младенца было недостаточно для удаленія внутренностей изъ грудной полости его, то надобно вырѣзать тѣмъ же прободникомъ часть одного, или двухъ реберъ, расширить гораздо болѣе сдѣланное отверстіе, провести сквозь него всю руку въ грудную полость младенца, и удалить ея внутренности. Удаливши внутренности изъ грудной полости младенца, надобно сдѣлать попытку проникнуть рукою въ полость матки. Если это удастся, то надобно отыскать ножки младенца, повернуть его на ножки, и извлечь. Если же, не взирая на опорожненіе грудной полости младенца, все таки нельзя было бы проникнуть въ полость матки рукою, то надобно разрушить грудобрюшную преграду младенца, ввести руку въ брюшную полость его, и удалить изъ нея внутренности, послѣ чего уже легко можно ввести руку въ полость матки, и сдѣлать поворотъ младенца

на ножки. Если бы, послѣ прободенія головки и извлеченія ея, нельзя было извлечь туловище младенца, по причинѣ значительнаго суженія таза, то равнымъ образомъ надобно вскрыть грудную полость младенца, и удалить изъ нея внутренности; а если бы и этого было недостаточно, то удалить и брюшныя внутренности, послѣ чего извлеченіе туловища младенца сдѣлается уже легкимъ.

ГЛАВА 9.

О кесарскомъ сѣченіи, гастротоміи и элитротоміи.

§ 100.

Кесарскимъ сѣченіемъ называется операція, при которой вскрывается полость живота и разрѣзывается матка роженицы, съ цѣлію удалить младенца и дѣтское мѣсто этимъ путемъ.

§ 101.

Кесарское сѣченіе надъ умершими беременными и роженицами было производимо съ самой глубокой древности, и за 700 лѣтъ до Р. Х. уже существовалъ законъ (*lex regia*), предписывавшій производить его

надъ каждою умершею беременною и роженицею, съ цѣлю спасти, если можно, младенца. Живымъ роженицамъ начали производить ее гораздо позже. Кто первый ее произвелъ — осталось доселѣ неизвѣстнымъ. Rousset былъ первый, описавшій эту операцію; въ сочиненіи своемъ*, вышедшемъ въ свѣтъ въ 1581 году, онъ упоминаетъ о нѣсколькихъ случаяхъ, гдѣ операція кесарскаго сѣченія была произведена съ счастливымъ успѣхомъ. Это побудило многихъ врачей испытать производство этой операціи, и, въ первое время послѣ Rousset'a, она была производима часто, и, вѣроятно, даже чаще, нежели слѣдовало бы. Levret оказалъ наукѣ важную услугу, разобравъ критически эту операцію, и съ тѣхъ поръ она заняла уже прочное мѣсто въ ряду акушерскихъ операцій. Ученикъ Levret'a, Stein, особенно усовершенствовалъ эту операцію, подробно вычислилъ показанія къ ней, и описалъ различные методы ея произведенія.

§ 102.

Кесарское сѣченіе принадлежитъ къ числу опаснѣйшихъ операцій. Изъ сдѣланныхъ доселѣ наблю-

*) *Fr. Rousset, Traité nouveau de l'Hysterotomotokie ou enfante-ment caesarien etc. Paris, 1581.*

деній извѣстно, что $\frac{7}{10}$ женщинъ, подвергавшихся этой операціи, умерли. Если при этомъ еще принять въ соображеніе, что несчастные исходы операцій весьма не рѣдко остаются неизвѣстными, а счастливые, напротивъ, всегда доводятся до свѣдѣнія врачей, то надобно допустить, что результаты этой операціи еще болѣе неблагопріятны. Значительное раненіе беременной матки, играющей, въ фізіологическомъ отношеніи, такую важную роль, предшествовавшія болѣзненныя состоянія беременной, каковы на пр. англійская болѣзнь, размягченіе костей и т. п., воспаленіе брюшины и матки, бывающія обыкновенно слѣдствіемъ этой операціи, и реакція нервной системы, составляютъ моменты, условливающіе тутъ опасность. Кромѣ того, во время самой операціи могутъ быть непріятные случаи, имѣющіе существенное вліяніе на ея исходъ; сюда преимущественно относятся: выпаденіе кишекъ, долгое дѣйствіе виѣшняго воздуха на внутренности живота, и изліяніе крови въ полость этого послѣдняго. Впрочемъ, есть довольно много примѣровъ, что женщины благополучно переносили эту операцію; есть даже примѣры, что одной и той же женщинѣ нѣсколько разъ было дѣлаемо кесарское сѣченіе, и притомъ постоянно съ счастливымъ успѣхомъ. Предсказаніе болѣе благопріятно въ тѣхъ слу-

чаяхъ, гдѣ роженица здорова, гдѣ, слѣдовательно, можно ожидать, что рана скоро заживетъ, и гдѣ операція производится своевременно. Вторая половина втораго періода родовъ есть лучшее время для операціи. Если же роды давно уже начались, и матка уже ослабѣла, или если, въ слѣдствіе раздраженія матки, развилось воспаленіе ея и показалось кровотеченіе, то предсказаніе дурно. Для младенца эта операція не опасна; только тамъ, гдѣ кесарское сѣченіе дѣлается умершей беременной, предсказаніе для младенца дурно, потому что весьма рѣдко удастся спасти, въ этомъ случаѣ, младенца. Чѣмъ раньше послѣ послѣдовавшей смерти роженицы будетъ произведено кесарское сѣченіе, тѣмъ больше надежды спасти младенца.

§ 103.

Показаній къ произведенію операціи кесарскаго сѣченія можно допустить только два: такое суженіе таза, при которомъ младенецъ, и послѣ искусственнаго уменьшенія объема его тѣла, не можетъ пройти сквозь тазъ, и смерть беременной. Если тазъ такъ суженъ, что меньшій діаметръ его не содержитъ въ себѣ $2\frac{1}{2}$ ", то такое суженіе его служить по-

казаніемъ къ произведенію этой операціи. Если беременная умираетъ послѣ 28-й недѣли беременности, то надобно приступить къ операціи кесарскаго сѣченія, чтобы спасти, если можно, младенца.

§ 104.

Самому производству операціи должны предшествовать нѣкоторыя приготовленія, относящіяся частію къ общему состоянію здоровья беременной, которая должна будетъ подвергнуться кесарскому сѣченію. Если необходимость окончить будущіе роды кесарскимъ сѣченіемъ будетъ узнана за долго еще до родовъ, то остающееся до родовъ время надобно употребить на поправленіе состоянія общаго здоровья будущей роженицы; объ необходимости же самой операціи ей надобно объявить уже тогда, когда наступитъ время для ея произведенія. Не должно скрывать отъ роженицы, что операція эта очень опасна; но должно въ то же время объяснить ей какія послѣдствія повлечетъ за собою ея отказъ согласиться на нее. Безъ согласія роженицы операцію эту производить не должно. Передъ операціею, надобно привести роженицу въ безчувственное состояніе посредствомъ вдыханія хлороформа.

§ 105.

Аппаратъ, пужный для произведенія кесарскаго сѣченія, долженъ заключать въ себѣ слѣдующее: 1) большой брюшистый бистурій, 2) пуговчатый бистурій, 3) жолобоватый зондъ. Для перевязки сосудовъ надобно имѣть пинцеты, крючки, лигатуры и ножницы. Для наложенія шва на рану, надобно имѣть иглы и нитки, и четыре или пять полосокъ липкаго пластыря, въ $1\frac{1}{2}$ " шириною, и такой длины, чтобы они могли полтора раза обойти вокругъ живота оперируемой. Для перевязки раны нужны: плюасо, намазанные деревяннымъ масломъ, компрессы, корпія и широкая подвязка для живота. Кромѣ того, должны быть въ готовности оживляющія средства, какъ для приведенія роженицы въ чувство, такъ и для оживленія младенца, на случай, еслибы онъ родился мнимо-умершимъ.

§ 106.

Помощниковъ нужно имѣть 6. Изъ нихъ одинъ долженъ заниматься хлороформированіемъ оперируемой, а двое должны положить руки свои на животъ роженицы по бокамъ того мѣста, гдѣ будетъ сдѣланъ разрѣзъ, для удержанія кишекъ и брыжейки, и преду-

прежденія ихъ выпаденія. Четвертый помощникъ долженъ держать нижнія конечности роженицы, чтобы она неосторожнымъ движеніемъ ихъ непомѣшала произведенію операціи; пятый долженъ подавать инструменты, а шестой—принять младенца, и оказать ему нужныя пособія.

Операцію можно производить или на большомъ столѣ, на который кладутся тогда матрацы и подушки, или на обыкновенной постелѣ, которая, одна-коже, должна быть не очень широка и не очень низка. Роженица должна лежать на спинѣ, при чемъ верхняя часть ея туловища должна быть весьма немного приподнята. Мочевой пузырь и прямая кишка должны быть передъ операціею испражнены. Что касается до момента, когда именно должно произвести операцію, то если выборъ его зависитъ отъ воли оператора, то надобно приступить къ операціи спустя нѣкоторое время послѣ появленія потугъ, и именно тогда, когда маточное устье вполнину уже расширилось, а родовыя воды еще не вытекли. Вскрытіе матки до прохожденія родовыхъ водъ особенно полезно потому, что матка въ это время еще не обхватываетъ плотно тѣло младенца, а потому, при разрѣзѣ матки, этотъ послѣдній не такъ легко можетъ быть раненъ.

§ 107.

Самый разрѣзь покрововъ живота можно дѣлать въ различныхъ направленіяхъ, а именно: 1) по бѣлой линіи; 2) съ боку ея, параллельно съ нею; 3) поперегъ, на одной сторонѣ живота, и 4) діагонально, въ направленіи отъ конца нижняго ложнаго ребра одной стороны, къ срединѣ горизонтальной вѣтви лобковой кости на другой сторонѣ. Поперечный разрѣзь имѣетъ то неудобство, что при этомъ перерѣзывается *art. epigastrica*, перевязка которой можетъ занять много времени. Кромѣ того мышцы, перерѣзанныя поперегъ, трудно срастаются, и остается расположеніе къ грыжамъ. Тѣ же неудобства представляетъ и діагональный разрѣзь. Разрѣзь параллельный съ бѣлою линіею, хотя и представляетъ менѣе неудобствъ, но и тутъ надобно опасаться сильнаго кровотеченія изъ перерѣзанныхъ сосудовъ; края раны также трудно срастаются, и легко можетъ произойти выпаденіе кишекъ. Лучше дѣлать разрѣзь по бѣлой линіи, потому что передняя стѣнка живота тутъ тонѣе, нежели въ другихъ частяхъ своихъ, значительные кровяные сосуды при этомъ не перерѣзываются, и легче можно предотвратить выпаденіе кишекъ и изліяніе

крови въ полость живота. Кромѣ того, въ той части матки, которая находится непосредственно подъ бѣлою лишіею, сосуды менѣ развиты, и, слѣдовательно, при разрѣзѣ матки, кровотеченіе будетъ не такъ сильно. Такъ какъ дѣтское мѣсто обыкновенно бываетъ прикрѣплено къ одному какому-либо боку матки, то, при разрѣзѣ матки по срединѣ ея, оно не попадетъ подъ бистурій, что легко могло бы случиться при вскрытіи матки въ какомъ-либо другомъ направленіи. Раненіе же дѣтскаго мѣста всегда влечетъ за собою болѣе или менѣ сильное кровотеченіе. Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ роженица имѣетъ висячій животъ, или гдѣ дно матки значительно склонилось въ одну какую-либо сторону, надобно, по необходимости, дѣлать разрѣзъ сбоку. Когда мѣсто для разрѣза уже опредѣлено, то два помощника (которыхъ надобно поставить съ лѣвой стороны роженицы), должны поглаживаніемъ живота стараться удалить кишки изъ подъ того мѣста, гдѣ будетъ сдѣланъ разрѣзъ, а потомъ положить руки вокругъ этого мѣста, и придавить ими переднюю стѣнку живота къ маткѣ. Эти помощники потомъ должны постоянно, съ особеннымъ вниманіемъ смотрѣть за тѣмъ, чтобы часть кишекъ не выпала сквозь рану; а если бы это случилось, то немедленно ихъ вправить. Помощники эти только

тогда могут удалить свои руки, когда шовъ на рану уже наложенъ.

§ 108.

Самое произведеніе операціи можно раздѣлить на нѣсколько актовъ, а именно: 1) *Вскрытіе брюшной полости*, 2) *Вскрытіе матки*, 3) *Удаленіе младенца*, 4) *Удаленіе дѣтскаго мѣста* и 5) *Перевязка раны*.

1. *Вскрытіе брюшной полости*. Операторъ становится по правую сторону роженицы, и дѣлаетъ брюшистымъ бистуриемъ сверху внизъ легкій разрѣзъ, такъ, чтобы только прорѣзать общіе покровы, но не ранить мышцъ. Если разрѣзъ дѣлается по бѣлой линіи, то онъ долженъ начаться нѣсколько ниже пупка, и окончиться не доходя на 1 — 1½" до соединенія лобковыхъ костей, такъ, чтобы весь разрѣзъ имѣлъ въ длину 6-7". Производя этотъ разрѣзъ, операторъ долженъ слегка натягивать кожу живота большимъ и указательнымъ пальцемъ лѣвой руки, положенными по бокамъ бистурія, и подвигаться ими книзу, по мѣрѣ продолженія разрѣза. Прорѣзавши общіе покровы, операторъ въ срединѣ разрѣза раздѣляетъ мышцы и брюшину, проводитъ въ полость живота палецъ, или жолобоватый зондъ, а потомъ уже рас-

ширяетъ разрѣзъ пуговчатымъ бистуріемъ въ направленіи кверху и книзу. Кровотеченіе рѣдко бываетъ при этомъ такъ сильно, чтобы нужно было перевязать сосуды. Одинъ изъ помощниковъ долженъ какъ можно чаще очищать рану губкою, чтобы оператору легче было увидѣть матку, которая показывается въ разрѣзѣ, въ видѣ синеватаго тѣла.

§ 109.

2. *Вскрытіе матки.* Легкими движеніями брюшистаго бистурія операторъ разрѣзываетъ маточную мякоть до тѣхъ поръ, пока въ разрѣзѣ начнутъ просвѣчиваться оболочки яйца. Помощники должны при этомъ держать края раны брюшныхъ покрововъ врознь, и смотрѣть за тѣмъ, чтобы кишки не попали подъ бистурій оператора. Операторъ вводитъ потомъ въ разрѣзъ матки указательный палецъ лѣвой руки, и по немъ расширяетъ разрѣзъ матки въ направленіи кверху и книзу, такъ, чтобы разрѣзъ имѣлъ въ длину 4-5". Оболочки яйца можно или разорвать рукою, или разрѣзать бистуріемъ. Если, при разрѣзѣ матки, послѣдъ остался неповрежденнымъ, то можно, по вскрытіи оболочекъ яйца, прямо приступить къ удаленію младенца. Если же разрѣзъ попалъ

прямо на мѣсто прикрѣпленія послѣда, то можетъ показаться сильное кровотеченіе, которое, однакоже, не должно служить препятствіемъ къ продолженію операциі. Если часть послѣда показывается въ разрѣзѣ, то ее надобно отодвинуть въ сторону, чтобы можно было извлечь младенца; если же разрѣзъ попалъ прямо въ середину послѣда, то надобно тотчасъ же ввести руку въ матку, отдѣлить все дѣтское мѣсто отъ стѣнки матки, и потомъ уже извлечь младенца.

§ 110.

3. *Удаленіе младенца.* Вскрывши оболочки яйца, надобно немедленно ввести руку въ матку, отыскать ножки младенца, и извлечь его. При этомъ надобно остерегаться того, чтобы, при прохожденіи шеи младенца сквозь разрѣзъ матки, края раны, въ слѣдствіе сокращеній матки, не обхватили плотно шею младенца, что могло бы значительно воспрепятствовать скорому извлеченію головки. Давленіе краевъ маточнаго разрѣза на шейку младенца можетъ быть такъ сильно, что онъ будетъ задушенъ. Для предупрежденія такого непріятнаго случая, надобно, извлекая младенца одною рукою за ножки, другую ввести въ матку, обхватить ею головку его, и вывести ее по-

томъ изъ матки вмѣстѣ съ головкою. Рука эта будетъ защищать шею младенца, и если бы даже, въ моментъ прохожденія этой послѣдней сквозь разрѣзь матки, и показались сокращенія матки, то все таки давленіе краевъ раны на шею младенца не будетъ сильно. По мѣрѣ того, какъ младенецъ извлекается изъ матки, она, сокращаясь, быстро уменьшается въ объемъ своемъ, и удаляется отъ брюшныхъ стѣнокъ. Въ это время выпаденіе кишекъ можетъ случиться весьма легко, а потому помощники должны обратить особенное вниманіе на это обстоятельство. Для предупрежденія выпаденія кишекъ, помощники должны, въ это время, сильно придавливать переднюю стѣнку живота къ маткѣ, и слѣдить руками за сокращеніями ея. Извлекши младенца изъ матки, надобно тотчасъ же перевязать и перерѣзать его пуповину, и отдать его одному изъ помощниковъ для оказанія ему нужнаго пособія.

§ 111.

4. *Удаленіе дѣтскаго мѣста.* По удаленіи младенца, надобно тотчасъ же приступить къ удаленію дѣтскаго мѣста. Съ этою цѣлію, надобно ввести, сквозь разрѣзь, руку въ матку, отдѣлить послѣдъ отъ ея стѣнки, и извлечь его. Если бы, по удале-

ній младенца, матка тотчасъ сократилась, такъ, что нельзя было бы проникнуть рукою сквозь разрѣзъ въ ея полость, то надобно предоставить уже отдѣленіе послѣда сокращеніямъ матки, и когда онъ отдѣлится отъ нея, то удалить его черезъ влагалище обыкновеннымъ образомъ.

§ 112.

5. *Перевязка раны.* По удаленіи послѣда, надобно тщательно очистить рану губкою, и обратить при этомъ особенное вниманіе на то, чтобы часть кишекъ или брыжейки не попали въ разрѣзъ матки. Матка, по удаленіи послѣда, обыкновенно скоро и сильно сокращается; если же сокращенія ея слабы, то надобно стараться усилить ихъ треніемъ ея и легкимъ давленіемъ на нее. По удаленіи дѣтскаго мѣста, надобно немедленно приступить къ перевязкѣ раны, потому что чѣмъ долѣе внѣшній воздухъ имѣетъ доступъ въ полость живота, тѣмъ хуже. На рану покрововъ живота надобно наложить кровавый шовъ; на рану матки нѣтъ надобности накладывать шовъ, потому что сокращенія ея сами сблизятъ края разрѣза между собою. Для зашиванія раны покрововъ живота, берутся 6-8 широкихъ иглъ и 3-4 толстыя

нитки; каждая изъ этихъ нитокъ должна имѣть въ длину около 8", и на обоихъ концахъ ея должно быть по иглѣ. Намазавши иглу деревяннымъ масломъ, надобно провести ее сквозь одинъ край разрѣза изнутри кнаружи, и на противоположномъ краю раны сдѣлать то же самое другою иглою той же нитки, при чемъ каждый проколъ долженъ отстоять на $\frac{1}{2}$ " отъ края раны. Такимъ же образомъ, быстро одна за другою, накладываются еще двѣ, или три лигатуры, такъ, чтобы между лигатурами были равныя разстоянія; самая нижняя лигатура должна отстоять отъ нижняго края раны на $1\frac{1}{2}$ ". Лигатуры должно накладывать, начиная съ верхняго края раны. Наложивши всѣ лигатуры, надобно уже послѣ стянуть ихъ покрѣпче, и каждую завязать сбоку узломъ; нижнюю лигатуру должно стянуть нѣсколько слабѣе, чтобы жидкости, накапливающіяся въ ранѣ, могли свободно вытекать. Въ нижній конецъ раны вкладывается тряпочка, которую потомъ надобно часто перемѣнять. Потомъ накладываются длинныя полоски липкаго пластыря, начиная со спины родильницы, такъ, чтобы оба конца каждой полоски скрестились на ранѣ. Первая полоска накладывается на спинѣ родильницы пальца на 4 выше верхняго края раны, и оба конца ея, въ нисходящемъ направленіи, ведутся къ ранѣ такъ, чтобы они

скрестились выше верхней лигатуры, а потомъ разводятся врознь, въ направленіи къ нижней части живота. Непосредственно подъ этою первою полоскою накладывается вторая, потомъ третья и т. д. до тѣхъ поръ, пока вся рана, за исключеніемъ нижняго конца ея, гдѣ она должна остаться на $\frac{1}{2}$ " незакрытою, будетъ ими покрыта. Наложеніе этихъ полосокъ липкаго пластыря, въ вышеупомянутомъ діагональномъ направленіи, представляетъ ту выгоду, что онѣ нисколько не препятствуютъ движенію брюшныхъ мышцъ, необходимому для дыханія, что было бы непременно, если бы эти полоски наложить поперегъ живота. Полоски эти, идя въ нисходящемъ направленіи, дѣйствуютъ на подобіе обыкновенной повязки живота, и потому не только не тягостны для родильницы, но, напротивъ, доставляютъ ей облегченіе. Сверхъ этихъ полосокъ, вдоль раны, надобно положить плюмасо, намазанные *cerato simplici*, потомъ компрессъ, и, наконецъ, сверхъ всего этого, наложить обыкновенную повязку живота, которая должна состоять изъ широкаго полотенца такой длины, чтобы оно обошлось два разъ вокругъ всего живота родильницы; повязку эту надобно прикрѣпить булавками. По окончаніи перевязки, родильница переносится на ту постель, на которой она должна про-

вести послѣ родовое время, и кладется тутъ нѣсколько на правый бокъ.

§ 113.

На леченіе родильницы, послѣ операціи, надобно обратить особенное вниманіе. При этомъ должно преимущественно стараться поддерживать послѣродовыя отдѣленія: потъ, молоко и послѣродовое очищеніе; вскорѣ послѣ операціи надобно приложить ребенка къ груди родильницы, и потомъ часто давать ему сосать грудь. Если ребенокъ такъ слабъ, что не можетъ сосать грудь, то надобно стараться усилить отдѣленіе молока въ грудяхъ употребленіемъ молочнаго насоса, или приложить къ груди родильницы другаго, здороваго ребенка. Вскорѣ послѣ операціи, не рѣдко показываются одышка, рвота, икота и, даже, конвульсіи — явленія, зависящія тутъ отъ пораженія нервной системы, а не отъ воспаленія матки, или брюшины. Для ослабленія этихъ припадковъ, надобно давать родильницѣ средства успокоивающія, а именно: *aq. amygd. amar., extr. hyosciami, morphiум и opium.* Если животъ родильницы очень чувствителенъ при дотрогиваніи, лице ея красно, лихорадочное состояніе значительно, жажда сильна, а пульсъ твердъ и полонъ, то можно употребить леченіе противувоспа-

лительное. Если тѣлосложеніе родильницы вообще позволяетъ это сдѣлать, то надобно въ такомъ случаѣ прибѣгнуть къ общему кровопусканію; если же родильница имѣетъ тѣлосложеніе слабое, то должно ограничиться приставленіемъ пиявокъ на животъ; внутри надобно дать каломель. Испраженія на низъ надобно поддерживать промывательными. Въ послѣдствіи можно уже употребить леченіе укрѣпляющее, съ цѣлю дѣйствовать противъ золотушной дискразіи, замѣчаемой у большей части женщинъ, имѣющихъ узкій тазъ. Что касается до леченія раны, то надобно смотрѣть за тѣмъ, чтобы родильница лежала такъ, чтобы покровы ея живота не были напряжены. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ операціи показывается рвота и конвульсіи, надобно, во время этихъ припадковъ, поддерживать животъ родильницы съ обѣихъ сторонъ руками, чтобы лигатуры не были вырваны. Иногда, послѣ наложенія уже шва на рану покрововъ живота, часть кишекъ ущемляется въ разрѣзѣ матки, или въ ранѣ брюшныхъ покрововъ. Если бы показались явленія, обыкновенно сопровождающія таковыя ущемленія, то надобно немедленно удалить лигатуры, вправить ущемленную часть кишекъ, и потомъ опять наложить лигатуры. Не должно спѣшить перемѣнять перевязку раны; но плюмасо и тряпочку, находящуюся

въ нижнемъ углу раны, надобно часто перемѣнять, чтобы тутъ не могло образоваться значительнаго накопленія жидкостей, отдѣляющихся изъ раны. На третій, или четвертый день послѣ операціи можно снять полоски липкаго пластыря, однакоже очень осторожно, и тотчасъ же замѣнить ихъ новыми. Лигатуры можно удалить только тогда, когда рана уже совсѣмъ зажила. Полоски липкаго пластыря, и по совершенномъ заживленіи раны, надобно еще продолжать накладывать въ теченіи нѣкотораго времени, и посовѣтовать родильницѣ долго еще потомъ носить повязку живота.

§ 114.

Если кесарское сѣченіе дѣлается умершей беременной, то оно должно быть производимо съ точнымъ соблюденіемъ всѣхъ вышеисчисленныхъ предосторожностей, какъ потому, что цѣль операціи, въ этомъ случаѣ, есть спасеніе младенца, такъ и потому, что могло бы случиться, что беременная находится только въ сильномъ обморокѣ, и что она очнется во время операціи, или вскорѣ послѣ нея. Если женщина умираетъ во время самыхъ родовъ, то кесарское сѣченіе должно производить только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ невозможно извлечь младенца естественнымъ пу-

темъ Были примѣры, что, спустя 12-24 часа послѣ смерти роженицы, младенецъ былъ находимъ живымъ въ полости матки.

§ 115.

Гастротомією называется операція, при которой разрѣзываются одни только покровы живота, съ цѣлію извлечь младенца, находящагося въ брюшной полости, внѣ матки. Она показана при вѣматочной беременности и при выступленіи младенца въ брюшную полость изъ матки, въ слѣдствіе разрыва этой послѣдней. Она производится также точно, какъ первый актъ операціи кесарскаго сѣченія. Выборъ мѣста для произведенія разрѣза брюшной стѣнки, и направленіе этого разрѣза не зависятъ, при этой операціи, отъ воли оператора. Разрѣзъ должно тутъ дѣлать въ той части брюшныхъ покрововъ, сквозь которую явственно можно осязать члены младенца; во всякомъ случаѣ, однакоже, разрѣзъ долженъ быть продольный. По удаленіи младенца изъ брюшной полости, надобно тотчасъ же удалить и дѣтское мѣсто. Если же это послѣднее крѣпко срослось съ которою либо изъ брюшныхъ внутренностей, то не должно употреблять слишкомъ значительныхъ усилій для его отдѣленія, потому что слѣдствіемъ этого могъ бы

быть разрывъ того органа, съ которымъ дѣтское мѣсто соединено, и изліяніе крови въ брюшную полость. Въ такомъ случаѣ, надобно оставить послѣдъ въ полости живота. Если яйцо, находящееся въ полости живота, окружено мѣшкомъ значительной плотности, и если его нельзя легко удалить, то надобно также оставить его въ полости живота. Никогда не должно стараться насильственно отдѣлять этотъ мѣшокъ отъ окружающихъ его частей, потому что это могло бы имѣть слѣдствіемъ разрывъ этихъ послѣднихъ. Перевязка раны послѣ этой операціи дѣлается также, какъ и послѣ кесарскаго сѣченія. Лечение послѣ гастротоміи также должно быть такое же, какъ и послѣ кесарскаго сѣченія.

§ 116.

Элитротоміею называется разрѣзъ свода влагалища, съ цѣлію извлечь младенца, черезъ этотъ разрѣзъ, въ полость влагалища. Она показана въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ младенецъ находится въ полости живота, внѣ матки, и гдѣ которая-либо изъ частей его тѣла такъ напираетъ на сводъ влагалища, что вдается въ него. Операція эта производится слѣдующимъ образомъ: четыре пальца руки (лѣвой, если разрѣзъ дѣлается въ правой половинѣ влагалищнаго свода, и

на оборотъ) вводятся во влагалище, и прикладываются къ той части влагалищнаго свода, гдѣ мы хотимъ сдѣлать разрѣзъ. Потомъ, подъ руководствомъ этихъ пальцевъ, вводится во влагалище бишурій, двѣ нижнія трети котораго должны быть обмотаны лихимъ пластыремъ, и имъ дѣлается крестообразный разрѣзъ въ сводѣ влагалища. Когда подлежащая часть младенца вступила въ этотъ разрѣзъ, то надобно извлечь младенца. Если предлежитъ головка, то наложить щипцы; если же младенецъ имѣетъ тазовое положеніе, то извлечь его рукою. По удаленіи младенца, надобно удалить и дѣтское мѣсто тѣмъ же путемъ, если только оно не соединено слишкомъ крѣпко съ окружающими его частями; въ противномъ случаѣ, надобно оставить его въ полости живота. По окончаніи операціи, надобно ввести во влагалище губку, напитанную ромашковымъ чаемъ, и потомъ часто перемѣнять ее.

ГЛАВА 10.

О насильственномъ произведеніи родовъ.

§ 117.

Насильственнымъ произведеніемъ родовъ (accouchement forcé) называется извлеченіе младенца

за ножки, и искусственное отдѣленіе и удаленіе послѣда въ такой періодъ родовъ, когда маточное устье еще мало расширено. Это есть, слѣдовательно, цѣлый рядъ операций, а именно: искусственное расширение маточнаго устья, прободеніе оболочекъ яйца, поворотъ младенца на ножки, извлеченіе его, и, наконецъ, искусственное отдѣленіе и удаленіе послѣда.

§ 118.

Насильственное произведеніе родовъ, какъ средство для остановленія опасныхъ кровотеченій, случающихся въ теченіи послѣднихъ мѣсяцевъ беременности, извѣстно уже давно, и первый, предложившій производить его съ этою цѣлю, былъ Guillemeau, жившій во второй половинѣ 16-го столѣтія. Louise Bourgeois совѣтовала дѣлать поворотъ младенца на ножки, и извлеченіе его, для остановленія кровотеченія. Насильственное произведеніе родовъ, какъ средство для спасенія роженицы и младенца при сильныхъ кровотеченіяхъ, было потомъ предлагаемо Mauriceau и Реу, изъ коихъ послѣдній преимущественно совѣтовалъ производить его при предлежаніи дѣтскаго мѣста. Въ новѣйшее время, когда причины кровотеченій, бывающихъ во второй половинѣ беременности, были изслѣдованы съ большею точностію, и

опасность, условливаемая предлежаніемъ послѣда, была надлежащимъ образомъ оцѣнена, на насильственное произведеніе родовъ было обращено особенное вниманіе; показанія къ нему теперь опредѣлены, условія, благопріятствующія ему, подробно разобраны, а потому и результаты насильственного произведенія родовъ въ настоящее время представляются гораздо лучшими, нежели были прежде.

§ 119.

Показаніями къ насильственному произведенію родовъ служатъ слѣдующія обстоятельства: 1) *смерть роженицы*. Если женщина умираетъ во время родовъ, то, для спасенія младенца, мы имѣемъ два способа: кесарское сѣченіе и насильственное произведеніе родовъ. Выборъ между этими двумя способами зависитъ отъ состоянія маточнаго устья. Если оно расширено такъ, что можно пройти сквозь него рукою, или если оно мягко и растяжимо, такъ, что можно безъ большаго усилія расширить его на столько, сколько нужно для проведенія сквозь него руки, то надобно произвести насильственные роды. Если же маточное устье вовсе еще не расширено, или если оно твердо и неуступчиво, такъ, что для искусственнаго расширенія его потребовалось бы большихъ

усилій и много времени, то надобно сдѣлать кесарское сѣченіе. 2) *Всѣ явленія, угрожающія большою опасностію роженицъ, или младенцу, или обоимъ влѣсть.* Сюда преимущественно относятся сильныя кровотеченія при предлежаніи дѣтскаго мѣста, и конвульсіи роженицы. При предлежаніи послѣда, какъ выше уже было упомянуто (см. Вып. II, § 184), въ наибольшей части случаевъ, во второй половинѣ беременности показываются болѣе или менѣе сильныя кровотеченія. Если онѣ достигаютъ значительной степени, и не уступаютъ употребленнымъ противъ нихъ средствамъ, то надобно приступить къ насильственному произведенію родовъ, какъ единственному средству для спасенія беременной. Введеніе руки въ полость матки весьма облегчается въ этихъ случаяхъ, тѣмъ, что, при предлежаніи послѣда, нижній сегментъ матки всегда бываетъ болѣе разрыхленъ, нежели обыкновенно, а маточное устье представляется очень мягкимъ и удобо растяжимымъ. Если бы, при предлежаніи дѣтскаго мѣста, маточное устье было бы и весьма мало расширено, то все таки можно прямо приступить къ насильственному произведенію родовъ, потому что искусственное расширеніе маточнаго устья, по причинѣ его мягкости, можетъ быть сдѣлано скоро и легко. Если же показаніемъ къ насильственному

произведенію родовъ служатъ конвульсіи роженицы, то только тогда можно приступить къ его произведенію, когда маточное устье, по крайней мѣрѣ, вполонину уже расширено. Насильственное растяженіе еще мало расширеннаго маточнаго устья, по причинѣ сопряженнаго съ нимъ сильнаго раздраженія матки, легко могло бы, въ этихъ случаяхъ, усилить припадки конвульсій. Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ маточное устье, будучи еще мало расширеннымъ, представляется весьма мягкимъ и удоборастяжимымъ, (что при конвульсіяхъ составляетъ явленіе весьма рѣдкое), можно прямо приступить къ насильственному произведенію родовъ.

§ 120.

Предсказаніе при насильственномъ произведеніи родовъ вообще неблагопріятно, какъ для роженицы, такъ и для младенца. Въ частности оно зависитъ отъ тѣлосложенія роженицы, отъ степени предшествовавшаго кровотеченія, и силы и частоты припадковъ конвульсій. Если, при предлежаніи дѣтскаго мѣста, беременная уже потеряла много крови, то предсказаніе весьма неблагопріятно, потому что насильственное произведеніе родовъ всегда сопровождается, въ этихъ случаяхъ, сильнымъ кровотеченіемъ, которое можетъ уничтожить остатокъ силъ роженицы. Если конвуль-

сіи роженицы служатъ показаніемъ къ насильственному произведенію родовъ, то предсказаніе потому неблагопріятно, что введеніе руки въ матку можетъ усилить припадки конвульсій. Младенецъ, въ наибольшей части случаевъ, рождается при этомъ на свѣтъ мертвымъ. Если насильственные роды производятся послѣ смерти роженицы, то предсказаніе для младенца весьма неблагопріятно, и очень рѣдко удается извлечь его живымъ. Самѣе насильственное произведеніе родовъ состоитъ изъ произведенія нѣсколькихъ операцій, а именно: искусственнаго расширенія маточнаго устья, разрыва оболочекъ яйца, поворота младенца на ножки, извлеченія его, и отдѣленія и удаленія послѣда. Всѣ эти операціи, за исключеніемъ послѣдней, были уже выше описаны подробно; объ этой же будетъ рѣчь въ нижеслѣдующихъ §§.

ГЛАВА II.

Объ искусственномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста.

§ 121.

Искусственное отдѣленіе дѣтскаго мѣста показано во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ присутствіе его

въ полости матки, послѣ родовъ, условливаетъ опасныя явленія, каковы: судороги матки и кровотеченіе. Объ причинахъ, могущихъ замедлить, послѣ родовъ, отдѣленіе дѣтскаго мѣста отъ стѣнки матки, и объ показаніяхъ къ искусственному отдѣленію его выше уже было говорено (см. Вып. II, §§ 130, 140, 188 — 193.); теперь остается еще упомянуть объ ручныхъ приемахъ, употребляемыхъ при искусственномъ отдѣленіи послѣда.

§ 122.

Во время операціи искусственнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, роженица должна лежать поперегъ постели, потому что, при этомъ положеніи ея, какъ введеніе руки въ полость матки, такъ и отдѣленіе послѣда легче могутъ быть произведены, нежели при положеніи продольномъ. Тильную поверхность и предплечіе руки, назначенной для введенія въ полость матки, надобно намазать деревяннымъ масломъ. Потомъ надобно намотать пуповину на пальцы одной руки такъ, какъ это дѣлается при удаленіи отдѣлившагося уже отъ стѣнки матки дѣтскаго мѣста (см. Вып. I, § 258), а другую руку, сложенную конусообразно, ввести въ матку, слѣдуя ей при этомъ по

пуповинѣ. Проникнувъ въ полость матки, и доведя руку до послѣда, надобно сперва осмотрѣть все-ли дѣтское мѣсто соединено еще съ маткою, или часть его уже отдѣлилась отъ нея. Въ первомъ случаѣ, надобно начать отдѣленіе его съ верхняго края его. Пальцы руки, за исключеніемъ большаго, надобно сложить вмѣстѣ, нѣсколько согнуть ихъ, и потомъ стараться протѣснить концы ихъ между внутреннею поверхностію матки и верхнимъ краемъ дѣтскаго мѣста. Отдѣливши верхній край послѣда, надобно продолжать отдѣленіе его, проводя концы пальцевъ между наружною поверхностію его и внутреннею поверхностію матки, до тѣхъ поръ, пока все дѣтское мѣсто будетъ отдѣлено отъ матки. По мѣрѣ отдѣленія дѣтскаго мѣста, надобно большимъ пальцемъ руки скатывать отдѣленную часть послѣда въ трубку, чтобы потомъ легче было извлечь его изъ матки. Отдѣливши все дѣтское мѣсто, надобно обхватить его всѣми пальцами руки и извлечь. Если же, вводя руку въ полость матки, мы нашли бы, что одинъ край дѣтскаго мѣста уже отдѣлился отъ нея, то надобно положить пальцы, сложенные вышеупомянутымъ образомъ, между отдѣлившеюся частью дѣтскаго мѣста и внутреннею поверхностію матки, и продолжать отдѣленіе дѣтскаго мѣста пока все оно будетъ отдѣлено отъ

матки. Введя руку въ матку, надобно другую руку положить на животъ роженицы, и производить ею, сквозь покровы его, давленіе на ту часть матки, съ которою соединено дѣтское мѣсто, чтобы приблизить эту часть матки къ рукѣ, введенной въ ея полость, и вмѣстѣ съ тѣмъ препятствовать восхожденію матки кверху. Если бы, при отдѣленіи дѣтскаго мѣста, оказалось, что которая-либо часть его такъ крѣпко соединена съ маткою, что ее нельзя отдѣлить безъ большаго усилія, то надобно выщелушить ее изъ мякоти послѣда, и оставить въ соединеніи съ маткою. Никогда не должно употреблять большихъ усилій для отдѣленія такой, слишкомъ крѣпко соединенной съ маткою части послѣда; потому что слѣдствіемъ этого можетъ быть раненіе внутренней поверхности матки. Не отдѣливши весь послѣдъ отъ матки, не должно тянуть его книзу, потому что связъ той части послѣда, которая еще соединена съ маткою, можетъ быть очень крѣпка, и тогда слѣдствіемъ тянутія за послѣдъ можетъ быть выворотъ матки. Иногда края дѣтскаго мѣста бываютъ такъ тонки, что невозможно отыскать мѣсто соединенія ихъ съ внутреннею поверхностію матки. Въ такомъ случаѣ надобно сдѣлать впрыскиваніе изъ теплой воды въ пупочную вену, въ слѣдствіе котораго все дѣтское

мѣсто значительно увеличивается въ объемѣ, а края его становятся гораздо толще, и тогда уже можно легко отыскать мѣсто соединенія ихъ съ внутренней поверхностію матки. Впрыскиваніе теплой воды въ пупочную вену вообще значительно облегчаетъ искусственное отдѣленіе дѣтскаго мѣста.

Въ заключеніе скажу еще нѣсколько словъ объ употребленіи хлороформа въ акушерской практикѣ. Вскорѣ послѣ введенія въ употребленіе этого средства, и акушеры начали употреблять его въ различныхъ случаяхъ при родахъ. Нѣкоторые изъ нихъ совѣтовали употреблять его при каждомъ родѣ, для уничтоженія боли, причиняемой сокращеніями матки; другіе, напротивъ, совершенно отвергали пользу его употребленія, и мнѣнія касательно этого предмета до сихъ поръ еще весьма разногласны. Изъ наблюденій, сдѣланныхъ доселѣ надъ дѣйствіемъ этого средства на проявленіе родовой дѣятельности въ маткѣ, видно, что, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, матка, подъ вліяніемъ хлороформа, продолжаетъ сокращаться со-

вершено правильно; въ другихъ же случаяхъ, напротивъ, сокращенія ея прекращаются совершенно, или значительно ослабѣваютъ. На основаніи этихъ наблюденій, весьма легко можно опредѣлить правила, которыми надобно руководствоваться при употребленіи хлороформа въ акушерской практикѣ. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ вообще, гдѣ желательно, чтобы матка продолжала сокращаться правильно, хлороформа употреблять не должно; гдѣ же, напротивъ, нужно ослабить, или уничтожить сокращенія матки, для удобнѣйшаго достиженія какой-либо цѣли, тамъ надобно прибѣгнуть къ употребленію хлороформа. Разберемъ теперь въ частности тѣ случаи, гдѣ должно употреблять хлороформъ, и гдѣ не надобно прибѣгать къ его употребленію. При правильныхъ родахъ никогда не должно употреблять хлороформъ. Единственною цѣлю употребленія его, въ этихъ случаяхъ, могло бы быть уничтоженіе боли, сопряженной съ сокращеніями матки. Но такъ какъ нельзя напередъ опредѣлить сколько времени будутъ продолжаться роды, то, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, надобно было бы очень долго подерживать безчувственное состояніе роженицы, что легко могло бы повлечь за собою опасныя для нея послѣдствія. Кромѣ того, такъ какъ вдыханіе паровъ хлороформа иногда ослабляетъ и, даже, вовсе пре-

кращаетъ потуги, то ходъ родовъ могъ бы замедлиться, или и вовсе пріостановиться. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ потуги очень сильны, скоро слѣдуютъ одна за другою, и гдѣ онѣ чрезвычайно болѣзненны, такъ, что можно опасаться появленія приступа конвульсій, надобно употребить хлороформъ, съ цѣлю ослабить потуги, и уничтожить, хотя на нѣкоторое время, ихъ болѣзненность. Иногда бываетъ, въ такихъ случаяхъ, что, послѣ кратковременнаго вдыханія паровъ хлороформа, потуги становятся правильными, какъ въ отношеніи къ своей силѣ, такъ и въ отношеніи къ степени боли, которою онѣ сопровождаются. При наложеніи щипцовъ, хлороформа употреблять не должно, потому что правильныя сокращенія матки особенно способствуютъ скорому и успѣшному окончанію этой операціи. При всѣхъ трехъ видахъ поворота младенца, употребленіе хлороформа можетъ принести большую пользу, какъ потому, что роженица, подъ вліяніемъ его дѣйствія, не будетъ чувствовать боли, условливаемой введеніемъ руки въ ея дѣтородныя части, такъ и потому, что дѣйствіе хлороформа можетъ ослабить, или, даже, уничтожить сокращенія матки, что значительно облегчаетъ самое произведеніе поворота младенца. При операціи извлеченія младенца за ножки, или за задъ, хлороформа употреблять не

должно, на основаніи той же причины, по которой не должно употреблять его при наложеніи щипцовъ. При прободеніи головки, наложеніи цефалотриба и амбриотоміи, хлороформа употреблять не должно. При кесарскомъ сѣченіи должно подвергнуть роженицу дѣйствію хлороформа, потому что операція эта сопряжена съ весьма значительною болью для роженицы. Если связь послѣда съ маткою слишкомъ крѣпка, и показываются явленія, требующія немедленнаго искусственнаго отдѣленія и удаленія его, то, при рѣшеніи вопроса: должно-ли въ этомъ случаѣ прибѣгнуть къ употребленію хлороформа, или нѣтъ, надобно сообразоваться съ состояніемъ матки. Если маточное устье открыто, и, слѣдовательно, легко можно проникнуть въ полость матки, то хлороформа употреблять не должно. Употребленіе его, въ этомъ случаѣ, можетъ причинить большой вредъ, если сокращенія матки подъ вліяніемъ его дѣйствія прекратятся; потому что неминуемымъ слѣдствіемъ этого будетъ сильное кровотеченіе, которое можетъ быть остановлено только достаточно сильными сокращеніями матки. Если же, при задержаніи послѣда въ полости матки, эта послѣдняя судорожно сокращается, а маточное устье, въ слѣдствіе этого, представляется закрытымъ, то надобно прибѣгнуть къ употребленію хлороформа,

съ цѣлю уничтожить судорожныя сокращенія матки, и доставить рукѣ свободный доступъ въ нее. При судорожныхъ потугахъ и конвульсіяхъ роженицы, въ какомъ бы періодѣ родовъ эти явленія не показались, употребленіе хлороформа можетъ принести существенную пользу.



ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стран.
ГЛАВА 1. Обь акушерскомь изслѣдованіи .	1
ГЛАВА 2. Обь искусственномь прободеніи оболочекъ яйца	21
ГЛАВА 3. Обь произведеніи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ . .	26
ГЛАВА 4. О наложеніи акушерскихъ щипцовъ	69
ГЛАВА 5. О поворотѣ	94
а) О поворотѣ на ножки . . .	96
б) О поворотѣ на головку . .	121
в) О поворотѣ на задъ . . .	129
ГЛАВА 6. Обь извлеченіи младенца руками .	132
ГЛАВА 7. О прободеніи головки младенца .	155
ГЛАВА 8. Обь эмбриотоміи	174
ГЛАВА 9. О кесарскомь сѣченіи, гастротоміи и элитротоміи	179
ГЛАВА 10. О насильственномь произведеніи родовъ	200
ГЛАВА 11. Обь искусственномь отдѣленіи дѣтскаго мѣста	206
