

# КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

## КЪ ВОПРОСАМЪ СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ.

(Путевыя и личныя наблюденія)

Д-ра медицины В. Купидонова (Казань).

*Парижъ. Акушерская клиника Baudeloqui a.* Клиника эта существуетъ всего два года. Главное зданіе съ одной стороны одноэтажное, устроено по корридорно-павильонной системѣ, — это собственно для родильницъ и женскихъ больныхъ. На другомъ концѣ зданіе уже двухэтажное. Въ немъ находятся родильныя комнаты, аудиторія, налаты для лихорадящихъ и для родильницъ послѣ акушерскихъ операцій. Въ этой же части зданія<sup>1</sup> комнаты для дежурныхъ студентовъ, врачей, акушеровъ и кабинетъ профессора.

Для родильницъ съ септическими послѣродовыми заболѣваніями существуетъ во дворѣ клиники отдѣльное небольшое зданіе съ отдѣльнымъ врачебнымъ персоналомъ и прислугой. Септическое отдѣленіе посѣщается обыкновенно профессоромъ уже послѣ обхода больныхъ главнаго зданія.

Какъ профессоръ, такъ и его ассистенты, кураторы и акушерки, присутствующія при родахъ, обязательно переодѣваются въ бѣлые чистые халаты.

Руки тщательно вымываются водой съ мыломъ, а затѣмъ растворомъ *hydrargyri bijodati* (1:4000). Тотъ же растворъ употребляется и для обмыванія роженицъ. По словамъ профессора, отъ раствора іодистой ртути, какъ болѣе трудно всасывающагося препарата, сравнительно съ сулемой, онъ ни разу не наблюдалъ признаковъ отравленія, а между тѣмъ дезинфицирующія свойства этой соли такъ же сильны, какъ и раствора сулемы.

Акушерскую клинику проф. *Pinard'a* я посѣтилъ въ первый разъ 8 (20) марта и въ этотъ день при мнѣ былъ произведенъ *разрывъ плоднаго пузыря*. Передъ осмотромъ роженицы сдѣлано обмываніе наружныхъ половыхъ частей упомянутымъ растворомъ. Руки оператора вымыты тѣмъ же раство-

ромъ и смазаны вазелиномъ. По изслѣдованію оказалось, что устье матки вполне раскрыто, а оболочки подлежащаго пузыря на ощупь толсты.

Въ виду затянувшихся родовъ, рѣшено сдѣлать проколъ плоднаго пузыря. Съ этою цѣлію, по введенному во влагалище пальцу, проведенъ былъ длинный стержень изъ китоваго уса съ прикрѣпленной на концѣ костяной тоненькой пластинкой въ видѣ узенькаго острія ножа.

Считаю здѣсь умѣстнымъ сообщить, что въ подобныхъ случаяхъ я всегда пользуюсь обрѣзаннымъ, въ видѣ острія, ногтемъ указательнаго пальца, которымъ надавливаю въ подлежащій пузырь во время потуги и въ это время пузырь легко прорывается. При такомъ способѣ не нужно имѣть особеннаго инструмента и разрывъ пузыря производится безъ всякаго опасенія повредить подлежащую часть плода, въ случаѣ, если бы между нею и оболочкою пузыря было незначительное количество околоплодной жидкости.

Послѣ прокола пузыря, прорѣзываніе головки въ данномъ случаѣ началось тотчасъ же и послѣ 4-хъ сильныхъ схватокъ головка родилась. Профессоръ, при врѣзываніи головки въ половую щель, однимъ пальцемъ правой руки придерживалъ и выпускалъ за головку промежность, а двумя пальцами другой руки раздвигалъ боковые края vulvae. Какъ только вышла головка, пальцемъ обслѣдована была шея плода, и найденная пуповина снята черезъ головку. Послѣ того произведено извлеченіе плода при поворотѣ праваго плеча справо налѣво подъ симфизъ и при влеченіи лѣваго плеча снизу вверхъ и впередъ изъ промежности. Положеніе, слѣдовательно, было 1-ое черепное. Послѣ выведенія плода, лицо его было обращено къ правому бедру роженицы. По выходѣ плода, половая щель тотчасъ же была покрыта большимъ кускомъ гигроскопической ваты, смоченной въ упомянутомъ растворѣ двуокисстой ртути. Кускомъ такой же ваты, во время родоразрѣшенія, часто очищались промежность и окружность отверстія прямой кишки, изъ которой, при выкатываніи головки, выдѣлялось нѣкоторое количество каловыхъ массъ.

Во время родовъ роженица лежитъ на обыкновенной желѣзной кровати; голова въ уровень съ туловищемъ и близко къ головной рѣшеткѣ, за которую роженицѣ позволяется держаться закинутыми за голову руками для усиленія давленія брюшнаго пресса, особенно во время прорѣзыванія головки.

Подъ крестецъ подкладывается свернутая комомъ большая простыня и между ногъ еще простыня вчетверо сложенная, которая, по мѣрѣ смачиванія, подкладывается сухимъ концомъ подъ половую щель. Такимъ образомъ ребенокъ рождается на сухую подстилку.

По рожденіи младенца пуповина его не перевязывается до тѣхъ поръ, пока не прекратится въ ней пульсація сосудовъ, какъ это принято теперь въ большинствѣ клиникъ. Замѣчено, что, благодаря этому обычаю, стало много меньше малокровныхъ дѣтей.

Вытеревъ сухими чистыми компрессами лицо ребенка, профессоръ прямо изъ разрѣзаннаго пополамъ лимона выжалъ сокъ на глаза новорожденнаго. Это сдѣлано съ профилактической цѣлію, противъ могущей быть ophthalm'ии новорожденныхъ. Какъ извѣстно, многіе акушеры съ этою цѣлію употребля-

ютъ слабый растворъ *argenti nitrici* (способъ *Crede*), а *Pinard* убѣдился на опытѣ, что лимонный сокъ въ этомъ случаѣ значительно лучше предохраняетъ отъ *ophthalm'ii*. Это средство онъ употребляетъ уже въ теченіе трехъ лѣтъ. Выхода послѣда ждали не болѣе  $\frac{1}{4}$  часа, а затѣмъ произведено было выдавливаніе его изъ полости матки по способу *Crede*.

2) Далѣе произведенъ былъ осмотръ первородящей беременной, у которой потуги продолжались уже 3-ій день, а между тѣмъ раскрытія матки не было. По изслѣдованіи, найденъ былъ плоско сжуженный тазъ, при чемъ *conjugata vera*, вмѣсто 11 с., всего равна 7 сантиметрамъ.

Поэтому въ данномъ случаѣ рѣшено прибѣгнуть къ наложенію щипцовъ, а чтобы заставить матку скорѣе раскрыться, профессоръ ночью ввелъ въ полость влагалищной части небольшой баллонъ. Теперь баллонъ былъ вынутъ и влагалище проспринцовано 3% растворомъ борной кислоты. Этотъ растворъ обыкновенно употребляется въ клиникѣ пр. *Pinard'a* для внутреннихъ обмываній.

Послѣ того въ малыхъ щипцахъ, по пальцу, былъ введенъ большой резиновый баллонъ *Champetier'a*, щипцы сняты и баллонъ черезъ выходящую изъ него эластическую трубку съ краномъ наполненъ теплой водой въ количествѣ двухъ большихъ Брауновскихъ шприцовъ. Наружный конецъ трубки обложенъ стерилизованной ватой.

Какъ только матка достаточно раскроется, рѣшено наложить щипцы.

Послѣ того былъ сдѣланъ, такъ сказать, летучій обзоръ лежащихъ въ клиникѣ беременныхъ и родильницъ, а затѣмъ прочитана лекція о наложеніи щипцовъ. Тутъ же въ аудиторіи во время лекціи былъ демонстрированъ способъ наложенія ихъ на фантомѣ.

*Pinard* предпочитаетъ щипцы *Tarnier*, такъ какъ существующій при нихъ прикладной рычагъ даетъ значительное облегченіе для выведенія головки. Несмотря на извѣстную сложность, щипцы накладываются и снимаются очень легко.

Цѣль щипцовъ извлекать головку, а не сдавливать ее, поэтому проф. даетъ совѣтъ всегда накладывать щипцы на головку въ наименьшемъ, т. е., въ поперечномъ ея размѣрѣ. Такъ, если головка стрѣловиднымъ швомъ помѣщается въ поперечномъ размѣрѣ таза, то щипцы придется накладывать въ прямомъ тазовомъ діаметрѣ.

Не знаю, насколько это выполнимо на практикѣ, но въ акушерствахъ, напр. *Шредера*, указывается на невозможность такого наложенія, особенно при высокомъ стояніи головки, такъ какъ тазовая кривизна щипцовъ позволяетъ наложить ихъ только въ поперечномъ размѣрѣ таза или же въ косвенномъ, при болѣе низкомъ стояніи головки.

11-го (23) марта, при обходѣ беременныхъ, профессоромъ были показаны приемы и признаки для распознаванія времени беременности, положенія плода, его величины, членорасположенія, вида, положенія и т. д.

Въ сущности приемы мало чѣмъ разнятся отъ указанныхъ мною при описаніи Дрезденской клиники. Проф. *Pinard* также больше стоитъ за наруж-

ное изслѣдованіе, но всетаки не такъ строго ограничиваетъ внутреннее изслѣдованіе, какъ дѣлаетъ это проф. *Leopold*. При строгомъ соблюденіи правилъ асептики и антисептики, внутреннее изслѣдованіе беременныхъ и роженницъ *Pinard* считаетъ совершенно безопаснымъ.

Ислѣдованіе беременныхъ проф. *Pinard* производитъ обыкновенно слѣдующимъ образомъ. Опредѣливъ, по ббльшему выступанью живота и болѣе острой его выпуклости, первородящую, и, по широкой поверхности возвышенія и болшей распластанности живота, многородящую, *Pinard* накладываетъ руки по обѣ стороны *lineae albae*, концами пальцевъ внизъ, и опредѣляетъ подлежащую часть. При предлежаніи головки, особенно при болѣе низкомъ ея положеніи, по словамъ профессора, легко можно опредѣлить расположеніе и частей плода въ верхнемъ отдѣлѣ матки. Для этого онъ указываетъ на слѣдующій признакъ: если концы пальцевъ съ одной стороны болѣе вдаются въ глубину между головкой и стѣнкой таза, — значитъ въ этомъ мѣстѣ находится затылокъ плода, въ противоположномъ же — лобъ и подбородокъ. Соотвѣтственно этому спинка плода лежитъ, слѣдовательно, въ сторонѣ затылка, а конечности въ сторонѣ подбородка.

Впрочемъ, я еще разъ остановлюсь нѣсколько на наружномъ изслѣдованіи живота беременныхъ, такъ какъ пр. *Pinard* съ 1873 года, когда онъ еще былъ интерномъ у пр. *Tarnier*, спеціально занимался этимъ вопросомъ и написалъ огромный трактатъ<sup>1)</sup> объ этомъ изслѣдованіи. Во время посѣщеній его клиники, мнѣ нѣсколько разъ приходилось видѣть замѣчательно вѣрную постановку діагноза положеній плода при одномъ наружномъ изслѣдованіи беременныхъ. Передъ изслѣдованіемъ послѣднихъ *Pinard* считаетъ абсолютно необходимымъ прежде всего опорожнить пузырь и прямую кишку, а затѣмъ уже изслѣдовать состояніе матки. Наружное изслѣдованіе возможно уже съ 3-го мѣсяца и съ этого времени о беременности можно предполагать по высотѣ дна матки.

По многочисленнымъ изслѣдованіямъ *Pinard'a*, при 3-хъ мѣсячной беременности дно матки обыкновенно прощупывается на 9 сантиметровъ выше края *symphysis pubis*, черезъ 4 мѣс. — на 15 сантиметр. Въ 5 мѣсяцѣ дно матки обыкновенно переходитъ границу пупка.

При *retroversio uteri* отношенія, разумѣется, будутъ иныя, такъ какъ дно матки до 3-хъ мѣсяцевъ можетъ оставаться ниже мыса въ *excavation sacrali*. Въ этомъ случаѣ діагнозъ можетъ быть поставленъ только съ помощью внутренняго изслѣдованія.

Съ 3-го мѣсяца и форма матки становится сферической, тогда какъ въ началѣ беременности она сохраняетъ еще форму грушевидную. Въ отличіе отъ фиброзной опухоли и кисты яичника беременная матка въ первую половину беременности, при прощупываніи, даетъ ощущеніе мягкой резистенціи, но не флюктуациі, и напряженіе стѣнокъ менѣе выражено, чѣмъ это наблюдается при кистѣ яичника.

<sup>1)</sup> *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manoeuvres externes.*

При давленіи на беременную матку пальцемъ или стетоскопомъ, стѣнки ея сдавливаются, тогда какъ при кистѣ яичника подѣ пальцемъ или инструментомъ опухоль остается круглой и перемѣщается. Такимъ образомъ большая эластичность стѣнки кисты будетъ служить отличительнымъ признакомъ ея передъ стѣнкою беременной матки.

Кромѣ того съ 4-го мѣсяца возможно получить ощущеніе баллотированія плода при наложеніи рукъ съ обѣихъ боковъ матки и при дѣлаемыхъ одной рукой толчкахъ на маточную стѣнку. Другая рука, оставаясь неподвижной на стѣнкѣ, можетъ ощущать ударъ, передаваемый перемѣщающимся внутри матки плодомъ. Но для большей точности діагноза въ первой половинѣ беременности всетаки приходится прибѣгать къ внутреннему изслѣдованію, которымъ несравненно легче опредѣлить баллотирующее тѣло въ полости матки.

Во второй же половинѣ беременности является уже болѣе легкая возможность опредѣленія послѣдней, посредствомъ одного наружнаго изслѣдованія.

Въ это время, вслѣдствіе дальнѣйшаго развитія плода, стѣнки увеличивающейся матки приходятъ уже въ болѣе тѣсное соприкосновеніе съ стѣнками живота, масса кишекъ отодвигается въ стороны, болшею частію влѣво, а потому и самое изслѣдованіе пальцемъ облегчается.

Не принимая въ расчетъ исключительныхъ случаевъ, когда чрезмѣрное ожиреніе покрововъ живота крайне затрудняетъ наружное изслѣдованіе, во второй половинѣ уже можно опредѣлить напряженіе маточныхъ стѣнокъ, форму матки и ея поворотъ вокругъ своей оси. Прощупываніе придатковъ матки указываетъ, въ какую сторону болѣе обращена передняя стѣнка матки, и, слѣдовательно, направленіе длинника всей матки болѣе вправо или влѣво.

До 5-го мѣсяца, какъ указано выше, плодъ можно было баллотировать весь цѣликомъ, а послѣ 5-го мѣсяца, при баллотированіи, уже получается движеніе частей плода. Исключенія, разумѣется, возможны, когда существуетъ большое количество околоплодной жидкости, въ этомъ случаѣ цѣльное баллотированіе наблюдается до конца беременности. Въ случаяхъ же нормальныхъ баллотированію подвергаются только или головка или конечности, смотря потому, что лежитъ у дна матки.

Наконецъ, чѣмъ ближе къ концу беременности, тѣмъ легче ощущаются при наружномъ изслѣдованіи активныя движенія плода.

Въ случаѣ смерти плода, который, по наблюденію пр. *Pinard*'а, можетъ оставаться въ маткѣ отъ 16 до 95 дней, нужно различать два періода: смерть до того времени, когда можно получить ясныя признаки беременности, и смерть позднѣе этого времени.

Въ первомъ случаѣ наружное изслѣдованіе не можетъ дать ясныхъ указаній относительно беременности, напротивъ, послѣ смерти плода во второй половинѣ беременности, пальпация живота можетъ показать не только видоизмѣненіе матки, но и самаго плода.

Обыкновенно, подѣ вліяніемъ пальпации и ощупыванія, матка начинаетъ сокращаться и тогда легко опредѣлять ея конфигурацію и величину и, послѣ

сокращенія матки, возможно получить и баллотированіе плода, причемъ отсутствіе активныхъ движеній плода укажетъ и на его смерть. Ощущеніе частей плода черезъ нѣсколько дней послѣ его смерти становится менѣе яснымъ; ихъ сопротивленіе и напряженность твердыхъ частей постепенно исчезаетъ. Тогда головка плода погружается глубоко въ тазовую область, она можетъ еще ясно сохранять свою характерную плотность въ теченіе 5 — 6 дней, затѣмъ черепъ загибается внутрь и сплющивается.

Въ случаѣ же смерти плода при высокомъ стояніи головки, черезъ нѣсколько дней нерѣдко можно прощупать зародышевую массу, занимающую большой тазъ и близко соприкасающуюся съ нижнимъ сегментомъ матки. Количество околоплодной жидкости, при маточной беременности, послѣ смерти плода не увеличивается, а обыкновенно уменьшается и мало-по-малу можетъ совсѣмъ исчезнуть.

Съ увеличеніемъ маперациі, при прощупываніи, правильность формы головки и ея сопротивленіе постепенно уменьшаются, черепныя кости разъединяются и прощупываются въ видѣ небольшихъ, неправильныхъ частей, причемъ, при сдавливаніи ихъ пальцами, ощущается крепитация, вслѣдствіе тренія костей между собою.

Что касается *наружнаго изслѣдованія въ послѣднее время беременности* или даже во время *потугъ*, *Pinard* совѣтуетъ соблюдать слѣдующія правила: женщина должна лежать на спинѣ горизонтально, съ приподнятой немного головой, руки должны быть вытянуты по длинѣ тѣла, нижнія конечности также вытянуты и нѣсколько разведены; животъ долженъ быть открытъ, по крайней мѣрѣ отъ подреберья до лобка. По словамъ *Pinard'a*, при вытянутыхъ и нѣсколько раздвинутыхъ конечностяхъ всего легче прощупать предлежащую часть въ маломъ тазу, такъ какъ при такомъ положеніи нѣтъ напряженія тазовыхъ мускуловъ и не существуетъ точекъ опоры для ногъ, которыя бы позволяли беременной съ большею легкостью напрягать мускулы живота.

Затѣмъ являющееся при изслѣдованіи сокращеніе маточныхъ мускуловъ или потугъ *Pinard* совѣтуетъ переждать, такъ какъ въ это время прощупать что либо очень трудно. Точно также не слѣдуетъ производить изслѣдованіе холодной рукой, потому что это очень непріятно для беременной и затруднительно для самого изслѣдователя. Извѣстно, что холодная рука ощущаетъ меньше теплой. *Pinard* начинаетъ изслѣдованіе живота беременныхъ обыкновенно съ тазовой полости, такъ какъ, по фізіологическимъ условіямъ, къ концу беременности головка ребенка должна находиться въ полости таза.

Расположивъ руки, какъ указано уже мною выше, по обѣимъ сторонамъ средней линіи живота, *Pinard* вдавлиываетъ пальцы сверху внизъ и спереди назадъ, между стѣнками живота и горизонтальными вѣтвями лобковой кости, и прежде всего опредѣляетъ, выполнена-ли тазовая полость, или не вполне выполнена, или же пуста.

Въ первомъ случаѣ, если ощущается правильно сферическое плотное тѣло, значитъ предлежитъ головка.

При ягодичномъ предлежаніи пальцы, при давленіи сверху внизъ, не встрѣчаютъ уже грубаго сопротивленія и могутъ болѣе сближаться въ средней линіи; ощущается болѣе или менѣе объемистое тѣло не самыми концами пальцевъ, а ладонной ихъ поверхностью.

Это различіе ощущенія особенно характерно въ то время, пока не наступили частыя и сильныя потуги.

При предлежаніи головки и именно при темянныхъ положеніяхъ, головка всегда проходитъ черезъ тазовый каналъ въ согнутомъ положеніи (in flexione) и, вслѣдствіе этого, наибольшая часть черепа вмѣстѣ съ лицомъ будетъ составлять болѣе значительный выступъ съ одной стороны, чѣмъ съ другой, гдѣ помѣщается затылокъ, который лежитъ почти на одномъ уровнѣ со спинкой. Поэтому-то, какъ мы указали выше, при наружномъ изслѣдованіи, въ сторонѣ затылка пальцы будутъ больше вдавливаться въ глубину между головкой и стѣнкой таза, нежели въ мѣстѣ нахожденія лба или лица. Зная это, легко поставить быструю діагностику относительно предлежанія и положенія плода.

Такъ, если предлежитъ темя и головная опухоль прощупывается снаружи выступающей болѣе справа, — значитъ положеніе плода лѣвое или спинка влѣво, если же головная опухоль выступаетъ болѣе слѣва — правое положеніе.

Установивъ распознаваніе предлежащей части, въ данномъ случаѣ головки, *Pinard* затѣмъ переходитъ къ прощупыванію дна матки и, отыскавъ тазовый конецъ плода, прощупываетъ переднюю и боковыя поверхности матки и по непрерывному, болѣе твердому сопротивленію, идущему отъ тазоваго конца къ головкѣ плода, распознаетъ положеніе спинки. При боковомъ положеніи спинки, ножка, разумѣется, отыскивается довольно легко въ противоположной сторонѣ.

При положеніи же спинки болѣе къ средней линіи матки, прощупать ножку плода затруднительно, а иногда и невозможно. Въ случаѣ обильныхъ околоплодныхъ водъ или прикрѣпленія послѣда къ передней стѣнкѣ матки, прощупываніе спинки плода бываетъ затруднительно.

Въ случаѣ положенія спинки плода кзади, при прощупываніи, сопротивленіе обѣихъ боковыхъ поверхностей матки будетъ болѣе или менѣе одинаково.

Если тазовая полость не вполне выполнена, тогда ощущеніе при пальпации получается совершенно иное. Входъ таза не вполне занятъ и нѣтъ той сферической правильности и твердости, какая наблюдается при предлежащей головкѣ, наконецъ, не прощупывается того большого выступа съ одной стороны, какое наблюдается при опусканіи головки in excavationem pelvis. Въ такомъ случаѣ, чтобъ установить наружнымъ изслѣдованіемъ правильную діагностику предлежанія, переносятъ руки на дно матки, отыскиваютъ верхній конецъ плода, наичаще расположенный вправъ, иногда же къ средней линіи или влѣво. Затѣмъ *Pinard* совѣтуетъ отыскивать спинку и, найдя послѣднюю, медленно идя снизу вверхъ, шагъ за шагомъ придавливать пальцами брюшную стѣнку къ туловищу плода. Если при этомъ у верхняго

конца плода пальцы вдруг углубляются,—это покажет уровень шейной области плода и, следовательно, будет доказательством положения головки у дна матки и предлежания ягодиц. Определение положения шейной борозды составляет характерный патогномический признак определения положения головки, между тем, как ягодица, составляя непосредственное продолжение спины, не имеет подобной борозды между собою и туловищем.

Теперь третей случай, когда *excavation pelvienne* пуста. При этом обыкновенно ножной конец плода прощупывается или над входом в таз, или же в одной из подвздошных ямок (*fossa iliaca*).

В редких случаях, при поперечном положении плода, один конец его, напр., головка находится в одном боку матери, а другой конец в противоположном. Когда, наиболее часто, одна из подвздошных ямок занята одним зародышевым концом, другой конец всегда отыскивается в боку противоположной стороны. Чтобы определить, где находится та или другая часть плода, по словам *Pinard'a*, прежде всего нужно найти положение головки плода, так как последнюю, на основании вышеуказанных признаков, определить довольно легко. Нужно только помнить два характерных, патогномических признака, а именно: баллотирование головки, резко отличающееся от баллотирования нижнего конца плода и, во-вторых, существование между головкой и туловищем шейного углубления. Благодаря сферической форме, головка меньшею поверхностью, чем, напр. ягодица, касается маточной стѣнки и, вследствие особенного соединения с туловищем посредством шеи, она легче отталкивается от брюшных и маточной стѣнок во время баллотирования и, в силу того же сочленения, ее движения не распространяются на туловище. Как отыскать борозду между ею и туловищем, указано уже выше. Наконец, в случаях сомнения, так как иногда и тазовой конец может дать свободные колебания, правильное сферическое очертание и более твердое сопротивление головки всегда рѣшаетъ діагностику.

Разъ отыскана головка, легко, разумеется, определятся и нахождение тазового конца, а прощупывание спины даст возможность поставить диагноз того или другого положения плода.

Проф. *Pinard* обыкновенно заставляет куратора или акушерку предварительно поставить свой диагноз и написать его на доске, которая повѣшена на стѣну около кровати каждой роженицы. При обходе эти диагнозы им прочитываются, тотчас же проверяются и все недоразумения подробно разъясняются.

В клиникѣ *Pinard'a*, в ночь на 5-е (17) апрѣля, было произведено *кесарское сѣчение*, по случаю сужения таза, причем прямой диаметр был равен 6 сантиметрамъ.

На слѣдующий день оперированная и совершенно доношенный ребенок найдены в хорошемъ состоянii.

Родильница жаловалась только на слабость, но не было ни болей, ни повышения температуры.

Послѣ обхода больныхъ *Pinard* прочелъ лекцію о кесарскомъ сѣченіи. Профессоръ высказалъ во время лекціи, что въ данномъ случаѣ можно было и не прибѣгать къ кесарскому сѣченію, а произвести роды, умертвивъ ребенка; но мать не соглашалась на это и требовала операціи, желая сохранить жизнь плода.

Во всякомъ случаѣ къ подобнаго рода операціи *Pinard* прибѣгаетъ неохотно, потому что процентъ смертности для матери очень великъ и смерть зависитъ главнымъ образомъ отъ шока.

Что касается до самой операціи, то она можетъ быть произведена вполне асептично, особенно если прибѣгать къ операціи въ самомъ началѣ потужной дѣятельности.

Въ это время можно еще произвести тщательную дезинфекцію влаглаща, что крайне важно, такъ какъ только при условіи асептического состоянія родовыхъ путей и возможны благоприятные результаты.

Въ данномъ случаѣ такъ и сдѣлано. Беременная задолго до родовъ поступила въ клинику и прежде, чѣмъ приступить къ операціи, у нея сдѣлана была тщательная дезинфекція.

Самая операція произведена слѣдующимъ образомъ: по опорожненіи мочевого пузыря разрѣзъ сдѣланъ по бѣлой линіи, какъ при чревосѣченіи, чтобы не поранить боковую поверхность матки, положеніе которой было косое (дно вправо, шейка влѣво), она предварительно перемѣщена наружными приемами къ средней линіи живота.

Тотчасъ же по вскрытіи брюшины вложены большія губки, которыми кишки и удерживались по сторонамъ матки.

Раздвинувъ брюшную рану, которая длиною была около 14 сантиметровъ, попробовалъ вывести матку изъ брюшной полости, но попытка не удалась. Тогда разрѣзъ продолженъ почти до *scrobiculum* и матка выведена наружу. Вслѣдъ затѣмъ края верхней части брюшной раны удерживались помощникомъ въ сомкнутомъ состояніи.

Послѣ того на нижнюю часть матки, подъ предлежащую головку, наложенъ эластическій жгутъ, маточная стѣнка разрѣзана продольно по срединѣ. Это сдѣлано съ тою цѣлью, чтобы разрѣзъ не пришелся по мѣсту отхожденія придатковъ матки.

Послѣ вскрытія оболочекъ, ребенокъ былъ вытасченъ за ножки. Послѣдъ отдѣлился свободно.

По удаленіи плода и послѣда, полость матки была вытерта губками и кромѣ того проспринцована  $2\frac{1}{2}\%$  растворомъ карболовой кислоты. Рана сшита такимъ образомъ, что петли швовъ не выходили въ полость матки. Стѣнки матки, при накладываніи швовъ, прокалывались нѣсколько отступя отъ внутренняго края маточной раны.

Этимъ исключалась возможность наступленія инфекціи со стороны полости матки по шву, которые наложены очень тщательно кетгуттомъ. По снятіи жгута, кровотеченія не было.

Брюшная рана закрыта, какъ это дѣлается при всякой лапаротоміи.

Послѣ лекціи былъ сдѣланъ опытъ впрыскиванія подѣ кожу собачьей кровяной плазмы съ цѣлью излѣченія туберкулоза.

Ребенокъ родился отъ чахоточной матери, которая вскорѣ послѣ родовъ и умерла. Новорожденный очень худъ, вѣситъ немного болѣе 4-хъ фунтовъ, между тѣмъ доношенный. Предполагается у него также бугорчатка, и на основаніи опытовъ, произведенныхъ Roux въ Институтѣ Pasteur'a, что собачья кровяная плазма убиваетъ туберкулезныя палочки, ребенку и была впрыснута эта плазма подѣ кожу въ количествѣ цѣлаго Працовскаго шприца.

9-го (21) апрѣля, во время визитаціи, я узналъ, что родильница, которой было сдѣлано въ ночь на 5-е (17) апрѣля кесарское сѣченіе, наканунѣ вечеромъ умерла отъ воспаленія брюшины. Признаки этого воспаленія выяснились съ вечера 5-го (17) же апрѣля.

Послѣ обхода больныхъ, въ родильной комнатѣ были обслѣдованы три роженицы, у которыхъ уже начались родовыя потуги. У одной изъ нихъ, первородящей, оказался при изслѣдованіи суженный тазъ.

Conjugata vera равна только 8,2 сантим., вмѣсто нормальныхъ 11.

Правда, что плодъ по наружному объему матки не великъ, но роды являются во-время, слѣдовательно, плодъ долженъ быть доношенный.

Въ виду этого, по достаточномъ раскрытіи маточнаго зѣва, предположено было наложить щипцы.

Въ теченіи прошедшей ночи было 5 родовъ и всѣ окончились благополучно.

У одной родильницы было порядочное послѣродовое кровотеченіе, вслѣдствіе наступившей атоніи матки. Это кровотеченіе скоро остановилось послѣ горячаго спринцованія въ полость матки.

Въ акушерской практикѣ Pinard'a, по его словамъ, никогда не употребляется послѣ родовъ эрготинъ. Въ случаяхъ кровотеченія или плохаго сокращенія матки всегда прибѣгаютъ только къ горячимъ спринцованіямъ.

Что касается употребленія *secalis cornuti* тотчасъ послѣ родовъ, то большинство акушеровъ совѣтуютъ употреблять это средство въ случаѣ атоніи матки, и въ этихъ случаяхъ онъ дѣйствительно оказываетъ пользу.

Въ моей акушерской практикѣ мнѣ приходилось сталкиваться съ большими поклонниками употребленія эрготина даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ никакой необходимости въ его употребленіи, такъ какъ матка сама по себѣ отлично сокращалась послѣ родовъ. Въ подобныхъ случаяхъ послѣ эрготина я почти всегда замѣчалъ остановку послѣродоваго отдѣленія съ развитіемъ очень болѣзненныхъ схватокъ, причемъ инволюція матки также замедляется. Съ прекращеніемъ употребленія эрготина и съ примѣненіемъ горячихъ компрессовъ на низъ живота обыкновенно уничтожаются болѣзненные схватки, восстанавливается отдѣленіе, и послѣродовой періодъ протекаетъ совершенно правильно.

Если, въ случаяхъ задержки послѣродоваго отдѣленія и очень болѣзненныхъ схватокъ, горячіе компрессы безсильны, тутъ могу рекомендовать много разъ испытанное мною средство—это накожную фарадизацію вторичнымъ токомъ (отъ бобины съ тонкой длинной проволокой, *courant de tension*).

Этот токъ дѣйствуетъ главнымъ образомъ на нервную систему и дѣйствительно скоро успокаиваетъ боли.

Но если вторичный токъ проводить также черезъ сухіе металлическіе проводники (металлическая пластинка на крестецъ, а кисточкой на кожу живота), то подъ вліяніемъ сопротивленія сухой кожи и маленькаго электрода (кисточки) густота или напряженность тока усиливается и онъ пріобрѣтаетъ сильно-раздражающія свойства. Послѣ четверти часоваго электризованія поверхность кожи живота становится интензивно красной, какъ послѣ горчичника; черезъ это видоизмѣняется кровообращеніе въ подлежащихъ органахъ и результатомъ электризаціи является исчезновеніе болѣзненныхъ схватокъ, а черезъ часъ или два и появленіе остановившихся послѣродовыхъ отдѣленій.

10-го (22-го) апрѣля въ клиникѣ *Pinard'a* были произведены двѣ лапаротоміи *при бугорчаткѣ брюшины* и 3-ья операція *extirpatio uteri totalis per vaginam* по способу *Péan'a*.

Одно чревосѣченіе было произведено проф. *Kirmisson'омъ* у пятилѣтней дѣвочки, а другая пр. *Ségonд'омъ* у взрослой. Послѣ вскрытія брюшины, въ обоихъ случаяхъ было сдѣлано промываніе ея растворомъ *acidi borici*. У взрослой операція была сдѣлана уже второй разъ. Въ обоихъ случаяхъ найдена водянка.

Шиваніе брюшинной раны произведено кетгутомъ, а кожной и въ толщѣ—посредствомъ *crin de Florence*. Подробное производство 3-й операціи (*hysterectomy per vaginam* по способу *Péan'a*), произведенной *Ségonд'омъ*, уже мною описано раньше въ первой корреспонденціи изъ Парижа.

12-го (24-го) апрѣля было сообщено *Pinard'омъ* о смерти родильницы, у которой была произведена операція *sectio Caesarica*. Смерть произошла отъ септического процесса. При вскрытіи оказалось, что около одного шва въ маточной стѣнкѣ было скопленіе гноя. Вѣроятно, причина зависитъ отъ не вполне асептической лигатуры. Отъ инструментовъ это не могло произойти, такъ какъ послѣдніе передъ самой операціей кипятятся въ растворѣ соды въ теченіе цѣлаго часа.

Послѣ этого сообщенія были демонстрированы двѣ интересныя беременныя. У одной, вслѣдствіе рахита,—*scoliosis* и *kyphosis*, у другой—вслѣдствіе бугорчатки позвонковъ образовался *kyphosis* въ области грудной части спины.

При осмотрѣ ногъ, у рахитической беременной онѣ оказались изогнутыми, у туберкулезной нѣтъ.

Характерная разница кифотического и рахитическаго таза обыкновенно заключается въ томъ, что *promontorium* у кифотического таза относительно лобка стоитъ очень высоко, а потому и разстояніе его, т. е. *conjugata vera*, значительно больше, чѣмъ въ нормальномъ тазѣ и особенно больше, чѣмъ въ рахитическомъ тазѣ.

Такъ если средняя цифра *conjug. vera* нормальнаго таза равняется 11 с., то кифотическаго=13,1 отъ верхняго края лобка и 14,1 отъ лобковой дуги; въ рахитическомъ же тазу *conjugatio vera* отъ верхняго края=8,3, отъ лоб. дуги=9,2.

Далѣ въ кифотическомъ тазу вслѣдствіе отдаленія promontorii, нижній конецъ крестца или копчикъ приближается къ лобку, а потому, если прямой размѣръ выхода таза нормальнаго равенъ 9 с., въ кифотическомъ тазу=7,2 с.

Въ рахитическомъ же тазу, вслѣдствіе приближенія promontorii къ лобку, копчикъ удаляется отъ послѣдняго, а потому прямой размѣръ выхода таза, въ среднемъ равенъ 9,2, т. е. больше нѣсколько нормальнаго таза и значительно болѣе кифотическаго. Въ данномъ случаѣ интересъ заключается въ томъ, что обѣ представленныя больныя родили уже нѣсколько разъ самопроизвольно, безъ всякой оперативной помощи и при томъ вовремя.

У одной беременной отсутствіе характернаго суженія кифотическаго таза объясняется тѣмъ, что она страдала spondilit'омъ только шесть лѣтъ назадъ, когда у нея уже тазъ былъ правильно развитъ. Слѣдовательно образование горба уже не могло вліять на тазовое строеніе.

Нормальные роды (уже 6 разъ) у второй рахитичной и отсутствіе суженія тазоваго входа объясняется тѣмъ, что у нея было сложное страданіе и образование scoliosis'a и kyphosis'a. При первомъ тазъ долженъ былъ бы сжаться, а при второмъ, напротивъ, входъ въ тазъ долженъ расшириться, вслѣдствіе этого полость таза осталась нормальныхъ размѣровъ.

Черезъ день, т. е. 14-го (25-го) апрѣля, я уѣхалъ въ Лондонъ, и посѣтилъ клинику *Pinard'a* снова, по возвращеніи студа, уже 26-го апрѣля (7-го мая). Въ этотъ день проф. произвелъ проколъ термокаутеромъ при haemotoscolpos, а затѣмъ произведена демонстрація введенія баллона-расширителя доктора *Champetier'a* для возбужденія родовъ при суженіи таза (*conjugata vera* была равна 8 сант.).

Наканувѣ былъ введенъ въ шейку матки малый баллонъ *Tarnier'a*, по удаленіи котораго влагалище было проспирцовано растворомъ двуіодистой ртути (1 : 4000). Введенный баллонъ *Champetier'a* предположено было оставить въ теченіе 9 или 10 часовъ, пока не начнетъ выталкиваніе его маточными и влагалищными сокращеніями. Однако, черезъ 7 часовъ нахожденіе баллона, замѣчено было у беременной повышеніе  $t^0$ , поэтому вечеромъ, черезъ 8 часовъ, баллонъ удаленъ и произведена *basiotripsia*.

Операція была произведена *basiotrib'омъ Tarnier'a* слѣдующимъ образомъ. Прежде всего произведено тщательное промываніе растворомъ іодистой ртути (1 : 4000) влагалищной полости, затѣмъ обмываніе тѣмъ же растворомъ наружныхъ половыхъ органовъ. Послѣ того воткнуть по пальцу въ подлежащую часть головки копьевидный средній штифтъ инструмента—перфораторъ базіотриба—и проведенъ въ глубину черепной полости. Когда получилось ощущеніе, что конецъ перфоратора достигъ до основанія черепа и воткнулся въ него, тогда положена на головку плода лѣвая ложка *basiotrib'a* и заперта ключемъ въ ручкѣ. Получилось подобіе краінокласта. Головка привлечена нѣсколько книзу и послѣ того наложена и правая ложка, замыканіе которой вторымъ ключемъ въ наружной ручкѣ базіотриба производитъ сильное сдавливаніе и уменьшеніе объема головы.

Инструментъ съ наложеніемъ правой ложки уже представляетъ подобіе акушерскихъ щипцовъ. Послѣ того сильнымъ влеченіемъ за головку, плодъ былъ выведенъ наружу. Послѣдъ удаленъ по способу *Crede*. Удаленіе послѣда произведено нѣсколько послѣшно, поэтому довольно значительная часть плодовой оболочки оторвалась и осталась въ полости матки. На эту часть наложена толстая лигатура *en masse*, и оболочка оставлена до самопроизвольнаго выхожденія.

Послѣ операціи было произведено промываніе полости матки и обмываніе наружныхъ половыхъ органовъ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% растворомъ карболовой кислоты.

Все производство операціи закончено наложеніемъ на половую щель большаго куска гигроскопической ваты, смоченной въ упомянутомъ растворѣ двуіодистой ртути.

Измѣреніе поперечнаго діаметра головки плода, сдавленной въ базіотрибѣ, показало у верхушки 4 сантиметра, а въ затылочной части, у конца инструмента, 6 сант. Головка была очень обезображена.

Лѣвая ложка инструмента пришлась на затылокъ и нѣсколько влѣво, а правая ложка на лицо нѣсколько вправо; при этомъ правый глазъ и носъ оказались раздавленными, а лѣвый глазъ совершенно выдавленъ изъ орбиты,

Родильница на второй день послѣ операціи имѣла незначительное повышеніе  $t^{\circ}$ , которая черезъ сутки понизилась до нормы.

1-го (13) апрѣля оперированная чувствовала себя также хорошо.

Въ этотъ день во время обхода, у одной родильницы, на 7 день послѣ родовъ, найдено повышеніе  $t$  до 39°.

Профессоръ высказалъ, что, судя по времени появленія повышенія температуры, въ данномъ случаѣ причина должна быть не со стороны половыхъ органовъ. Дѣйствительно, по изслѣдованію, оказалось, что у родильницы правая грудь опухла и очень болѣзненна. Въ ней прощупывается ограниченный, болѣе твердый узелъ *mastitis*. Назначено было: на грудь согрѣвающие компрессы, а внутрь слабительныя соли.

По словамъ профессора, разумѣется, въ разсматриваемомъ случаѣ болѣзненный процессъ окончится благополучно.

Опасно повышеніе  $t^{\circ}$  у родильницы свыше 39° только въ первые 24 часа послѣ родовъ. Такое повышеніе обыкновенно указываетъ на тяжелый процессъ и при такихъ условіяхъ изъ 100—90 родильницъ умираетъ.

Въ этотъ день въ клиникѣ *Pinard*'а проф. *Segond*'омъ произведена еще *hysterectomy vaginalis* по способу *Pean*'а, которая тоже описана мною въ первой корреспонденціи изъ Парижа.

Послѣдній разъ посѣтилъ я клинику *Pinard*'а 11-го (23) мая и въ этотъ день видѣлъ только двое нормальныхъ родовъ. У одной роженицы тазъ былъ уже нормальнаго (ср.  $v = 9^{1/2}$ ), роды продолжались 36 часовъ, считая съ формировавія плоднаго пузыря или съ періода раскрытія; но родоразрѣшеніе произошло самопроизвольно.

Всѣхъ кроватей въ клиникѣ *Pinard*'а 95. Въ 1890 году было 1,250 родовъ, за 3 мѣсяца 91 года — 400 случаевъ. За два года какъ существуетъ

акушерская клиника *Baudeloqui*'а, всего было около 2,000 родовъ. Процентъ послѣродоваго заболѣванія и смертности, по словамъ профессора и его ассистентовъ, ничтожны, но точную цифру указать мнѣ не могли, такъ какъ отчетъ только еще составляется и итоги еще не подведены.

Окончивъ описаніе всего видѣннаго мною въ клиникѣ проф. *Pinard*'а, считаю для себя пріятнымъ долгомъ выразить мою глубокую благодарность многоуважаемому профессору за его радушный пріемъ и постоянное любезное отношеніе ко мнѣ во время посѣщенія его клиники.

---

---

Редакторы: **А. Я. Крассовскій.**  
**К. Ф. Славянскій.**