

15,985.

КЪ ВОПРОСУ
О КРОВАВОМЪ РАСШИРЕНІИ ЗѢВА

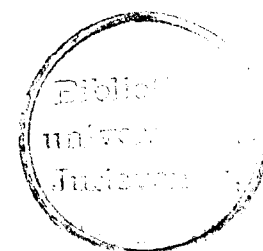
ВО ВРЕМЯ РОДОВЪ.

(Hysterostomatoma sub partu).

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

А. И. Иванова.



К І Е В Ъ.

Тип. Высоч. утв. Т-ва И. П. Кушнеръ и К^о въ Москвѣ.
Кіевское Отдѣленіе, Библиков. бульв. д. № 8 в.



1895.

КЪ ВОПРОСУ
О КРОВАВОМЪ РАСШИРЕНІИ ЗЪВА

ВО ВРЕМЯ РОДОВЪ.

(Hysterostomatomia sub partu).

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

А. И. Иванова.



К І Е В Ъ.

Тип. Высоч. утв. Т-ва Н. Н. Кушперовъ и К^о въ Москвѣ.
Кіевское Отдѣленіе, Бибиков. бульв. д. № 8 в.



1895.

Дозволено цензурою. Г. Кіевъ, 24 марта 1895 г.

D 127963

Кровавое расширеніе зѣва во время родовъ—одна изъ наиболѣе древнихъ акушерскихъ операций; но древніе врачи, повидимому, не часто къ ней прибѣгали, какъ это можно заключить изъ того, что Hippocrates упоминаетъ объ ней лишь намеками, а врачи арабскаго періода Aetius Amidensis и Albucasis, хотя и описываютъ ее, но весьма неясно. Между тѣмъ, какъ тѣ, такъ и другіе подробно описали безкровное расширеніе зѣва, для чего изобрѣли даже множество инструментовъ, носившихъ общее названіе specula uteri vel vaginae. Еще во время Levret'a эти specula были въ большомъ ходу, какъ это видно изъ того, что этотъ знаменитый акушеръ долженъ былъ писать противъ злоупотребленія ими.

Ambroise Paré (1509—1592 г.)¹⁾ обращаетъ вниманіе на то, что препятствіе во время родовъ со стороны шейки матки зависитъ отъ врожденныхъ или пріобрѣтенныхъ недостатковъ послѣдней. У слишкомъ молодыхъ и престарѣлыхъ первороженицъ, говоритъ онъ, шейка бываетъ особенно твердая, каллозная, и если, при большихъ рубцахъ и каллозности шейки, своевременно не разрѣзать ее, то мать и плодъ погибаютъ.

¹⁾ Oeuvr. comp. Par. 1840. Tom. X p. 712.

Только Morgagni ¹⁾ и Ruysch ²⁾ (1638—1731 г.) по словам академика Крассовскаго, впервые болѣе подробно описываютъ производство этой операціи и стараются установить показанія къ ней.

Smellie ³⁾ (1763 г. †) прибѣгалъ къ разрѣзу шейки, если безкровное расширение не удавалось. Въ третьемъ томѣ его сочиненій описаны два случая, гдѣ послѣ неудачной попытки расширить зѣвъ ручнымъ приѣмомъ (пальцами), онъ разрѣзалъ его и роды быстро закончились; въ одномъ случаѣ самопроизвольно, въ другомъ же пришлось прибѣгнуть къ наложенію шипцовъ.

Levret (1703—1780 г.) ⁴⁾ разрѣзываетъ зѣвъ при неуспѣшномъ дѣйствіи терапевтическихъ средствъ.

Baudelocque (1748—1810 г.) ⁵⁾, отмѣчая скиррозную и сухую ригидную шейку, говоритъ, что такія шейки представляютъ значительное сопротивленіе выходу плода, такъ какъ онѣ не способны растягиваться и расширяться. Убѣдившись въ безсиліи природы и терапевтическихъ средствъ расширить такой зѣвъ, надо разрѣзать его въ нѣсколькихъ мѣстахъ. Длина разрѣзовъ зависитъ отъ занимаемаго ригидностью пространства (*l'épaisseur de bourr(e)let*). Эффектъ отъ насѣчекъ слишкомъ длителенъ, и все таки онѣ не даютъ удовлетворительныхъ результатовъ. Онъ совѣтуетъ прибѣгать къ нимъ только при

¹⁾ Oper. omn. tom. ter De Sedib. et caus. Morb. Patav. 1765 г.

²⁾ Цитир. Крассовскій.

³⁾ Obser. sur les accouch. ou suit. de la Theor. et pratiq. de cet. art. Trad. D. M. Tom III. Par. 1765. p. 324—359

⁴⁾ Obser. sur les caus. et les accid. des plus accouch. labor. avec des rem. etc. Par. 1762. Suit p. 60.

⁵⁾ L'art. des accouch. Paris, 1822. Dix. edit. Tom. II, p. 267. Tom. I, p. 448.

отекахъ зѣва. При заращеніи зѣва, какъ полномъ, такъ и неполномъ единственная терапія сводится къ разрѣзу его. При эклампсіи, если послѣ кровопусканія роженица не приходитъ въ сознаніе въ промежуткахъ между приступами, надо разорвать плодный пузырь для уменьшенія напряженія и чувствительности и для облегченія давленія на брюшную аорту. Если же и послѣ этого припадки продолжаются и въ сознаніе роженица не приходитъ, то надо кончить роды, разрѣзавъ зѣвъ, если онъ еще недостаточно открытъ. Скиррозность и сухая ригидность шейки у старыхъ первороженицъ при эклампсіи требуетъ разрѣзовъ зѣва.

Dubosc ¹⁾, профессоръ въ Тулузѣ, въ 1718 г. сообщилъ Королевской Хирургической Академіи, случай о быстромъ и самопроизвольномъ окончаніи родовъ при эклампсіи послѣ предварительнаго кроваваго расширения зѣва. Онъ также при эклампсіи во время родовъ совѣтуетъ прибѣгать къ разрѣзу шейки, если нужно скорѣе окончить роды для спасенія роженицы.

Профессоръ Gardien ²⁾ (1767—1838 г.) совѣтуетъ, если смазываніями и паровыми ваннами не удалось расширить зѣвъ, дабы избѣгнуть разрыва матки, — прибѣгать къ разрѣзу шейки на болѣе или менѣе значительномъ пространствѣ, сообразно толщинѣ ригиднаго кольца (каллознаго валика). Такъ какъ эта операція безболѣзненна, прибавляетъ онъ, то можно сдѣлать и нѣсколько разрѣзовъ ³⁾.

¹⁾ Prof. цит. у Tarnier.

²⁾ Trait. comp. d'accouch. et des mal. des fill., des femm. et des enfans trois édit. rev. corrig. et augmen. tom. deux. Par. 1824. p. 264—406.

³⁾ Toutes les fois, que l'on ne peut plus espérer d'obtenir par les onctions, les bains de vapeur — la dilatation de l'orifice de la matrice, il faut,

Изъ показаній профессора Gardien'a къ кровавому расширенію зѣва при эклампсіи во время родовъ видно, что онъ прибѣгалъ къ разрѣзамъ шейки въ слѣдующихъ случаяхъ:

1. Если положеніе плода такое, что самопроизвольное родоразрѣшеніе невозможно.

2. Если экламптические приступы задерживаютъ роды, каждый разъ суживая зѣвъ.

3. Если экламптические приступы сопровождаютъ каждую схватку, и если при этомъ матка и наружные половые органы очень чувствительны, а раскрытіе зѣва сопровождается особенно сильною болью.

4. Если у экламптики ригидность шейки скиррозная или фиброзная.

Velpeau¹⁾ обращается къ разрѣзу зѣва, если наркотическія и теплыя ванны не привели къ цѣли; при этомъ совѣтуетъ большую осторожность и строгія показанія. Онъ различаетъ три рода ригидности шейки: каллозную, скиррозную и спазматическую.

Въ своемъ учебникѣ Velpeau озаглавливаетъ главу о разрѣзѣ зѣва во время родовъ названіемъ „Операциі влагалищнаго Кесарева сѣченія“ (Operation Césarienne vaginale) и устанавливаетъ 6-ть показаній къ кровавому расширенію зѣва.

si on ne veut pas exposer la femme à éprouver une rupture de matrice, l'inciser dans une étendue plus ou moins grande, suivant l'épaisseur du bourrelet calleux. La femme n'éprouve aucune douleur pendant que l'on divise la callosité, parce qu'elle est privée de sentiment, ce qui permet de faire plusieurs incisions. — P. 266.

¹⁾ Trait. élém. de l'art des accouch. ou princ. de tocol. et d'embr Par. 1829. Tom. II p. 638—855.

1. Облитерация съ затвердѣніемъ шейки матки волокнисто-хрящеваго характера (induration fibro-cartilagineuse). Случаи Simon'a и Van-Swieten'a.

2. При эклампсіи во время родовъ, когда жизни матери угрожаетъ опасность при натянутомъ, но мало раскрытомъ зѣвѣ. Случаи Dubosc'a и Lamberton'a.

3. Obliquité extreme de L'orifice en arriere. Если зѣвъ чрезвычайно далеко отодвинутъ кзади, а головка плода сильно выпячена впередъ чрезъ передній сегментъ матки до самаго выхода (vulv'ы). Въ такихъ случаяхъ говоритъ онъ, безъ разрѣза зѣва, въ концѣ концовъ происходитъ разрывъ матки—случай Loverjat.

4. Когда матка, вышедшая изъ малаго таза, не опустилась обратно и при этомъ пальцами не удалось расширить зѣвъ, а опасность требуетъ быстрого окончанія родовъ. Случай Thénace Jacomet и хирурга изъ Vaux, о которомъ упоминаетъ Bodin.

5. При скиррозности шейки операція эта показывается специально.

6. Наконецъ, по предложенію Bodin'a, при выпаденіи ручки, если, дѣйствительно, невозможно пройти рукою, что-бы сдѣлать поворотъ, и если нѣтъ другихъ средствъ избѣгнуть ампутаціи ручки.

Четвертое показаніе онъ считаетъ полезнымъ, а шестое возможнымъ, твердо-же ставитъ только остальные четыре показанія.

Онъ признаетъ этотъ оперативный приемъ мало опаснымъ, но совѣтуетъ, однако, прибѣгать къ нему только въ случаяхъ настоятельной необходимости.

Разрѣзы дѣлають бистуріемъ, совѣтуетъ дѣлать ихъ нѣсколько, но неглубокихъ, считая послѣдніе болѣе безопасными, въ противоположность Gardien'у производящему глубокіе разрѣзы въ два поперечныхъ пальца длиною (около 4 сант.), ограничивающемся при этомъ, обыкновенно, только однимъ глубокимъ разрѣзомъ.

Казалось-бы, замѣчаетъ Velpeau, головка плода при проходѣ чрезъ разрѣзанный зѣвъ должна бы продолжить эти разрѣзы въ самую матку, но на самомъ дѣлѣ этого никогда не бываетъ; далѣе влагалищной части шейки они никогда не идутъ. Боязнь M-me Lachapelle ¹⁾— онъ считаетъ преувеличенною, такъ какъ ему неизвѣстенъ таковой случай. При скиррозномъ и фиброзномъ отвердѣніяхъ шейки кровотеченія не бываетъ; въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ оно бываетъ, совѣтуетъ останавливать его тампонаціею.

Жизни плода онъ придавалъ гораздо менѣ значенія, хотя не совѣтуетъ слишкомъ долго ожидать самопроизвольнаго окончанія родовъ, и если ванны, души и мази (особенно тогда въ ходу была мазь изъ красавки) не ведутъ къ скорому расширенію зѣва, а при эклампсіи во время родовъ, если приступы послѣдней не прекращаются, и къ этому присоединяются еще явленія, угрожающія жизни матери и плода, онъ прибѣгаетъ къ разрѣзу шейки и спѣшно оканчиваетъ роды

Siebold (1765—1825 г.) ²⁾ болѣе склоняется къ выжидательной терапіи, хотя все же прибѣгаетъ къ разрѣ-

¹⁾ Prat. des accouch. T. III., p. 298.

²⁾ Hand. z. Erkent. u. Heil. d. Frauenzimmerkrank. Zweit. Band. I ab. Von d. Krank. d. Schwan. S. 147. II ab. u. S. 353.

замъ, если не удалось расширить другими способами; при эклампсіи же разрѣзываетъ при жизненныхъ показаніяхъ.

Moscatti ¹⁾, Aschvell ²⁾, Mickwitz ³⁾ отстаиваютъ кровавое расширеніе зѣва.

Wigand (1769—1817 г.) ⁴⁾ различаетъ спазмъ зѣва отъ ригидности шейки и при этомъ выражаетъ сожалѣніе, что эти два противоположныхъ состоянія шейки слишкомъ часто смѣшиваются. Большая часть печальныхъ послѣдствій отъ большихъ акушерскихъ операцій происходитъ отъ того, говоритъ онъ, что мало или вовсе не обращаютъ вниманія на свойства самой шейки, которая можетъ оказывать весьма значительное противо-дѣйствіе при насильственныхъ операціяхъ.

Къ разрѣзамъ прибѣгаетъ тогда, когда роженица начинаетъ слабѣть, теряетъ бодрость; ждать можно до тѣхъ поръ, по его мнѣнію, пока матка работаетъ хорошо, и общія силы роженицы не ослабѣли.

Osiander (1787—1856 г.) ⁵⁾ примѣнялъ разрѣзы зѣва при спазмѣ его, облитерации, скиррозности, ригидности шейки. Къ разрѣзамъ прибѣгалъ послѣ неудачнаго примѣненія лекарственныхъ средствъ. При ригидности разрѣзы дѣлалъ въ 1 линію глубины числомъ отъ 10 до 12.

¹⁾ Del. morb. chies. d. orific. d. utero etc. Omodei Ann, vol. XI. Sept. 1819

²⁾ U. d. Incis. in Fäl. v. Verchlis. u. Rigid. d. Muttermund. N. Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. XIV. S. 263.

³⁾ Bemm. ü. d. blut. Erweit. u. Erröf. d. Mutterm. M. Zeit. Russ. № 47. 1844.

⁴⁾ D. Gebur. d. Mensch. B. 1839. II Aufl. Bd. II. S. 102. Bd. I. S. 156, 170, 205.

⁵⁾ Handb. d. Entbind. II Aufl. 1833. Bd. III. S. 26.

При спазмѣ производилъ нѣсколько маленькихъ разрывовъ, и при раскрытіи зѣва на три пальца, разрывывалъ его и оканчивалъ роды щипцами.

Причинами спазма считаетъ: узкость таза, раннее излитіе водъ, слишкомъ большую величину головки плода, задніе виды головныхъ положеній и поперечныя (вообще неправильныя положенія плода), свойства шейки старыхъ первородящихъ, преждевременные роды, истеричность, сухость и малокровіе роженицъ, частыя внутреннія изслѣдованія, запоры, геморрой.

Nohl¹⁾ при склеиваніи и заращеніи разрывываетъ зѣвъ, предоставляя дальнѣйшее расширеніе силамъ природы. Глубокіе разрывы производитъ лишь въ крайности, послѣ неудачнаго примѣненія механическихъ средствъ (предпочитая расширеніе губками) при скиррѣ влагалищной порціи, сильныхъ кровотеченій, эклампсій, апоплексій. При пораженіи всей шейки разрывъ считаетъ въ высшей степени опаснымъ. Вообще совѣтуетъ избѣгать этого оперативнаго приема. Ригидность шейки наблюдалъ преимущественно у культурныхъ женщинъ.

Hermann Naegelle²⁾ прибѣгаетъ къ разрыву только при заращеніи наружнаго зѣва, разрывъ доводитъ до 2—3 линий.

Simpson³⁾ разрывываетъ шейку при спазмѣ, ригидности у старыхъ первородящихъ и затвердѣніяхъ отъ рубцовъ, если расширеніе не происходитъ отъ примѣненія ваннъ, наркотическихъ и каучуковыхъ расшири-

¹⁾ Vortr. u. d. Geburt. d. Mensch. 1845. S. 150.

²⁾ Lehrb. d. Geburtsh. II Theil. 1849. S. 297.

³⁾ Clin. obstetric. et gynec. Trad. par. Dr. Chantreul. P. 1874.

телей. По его наблюденіямъ глубокіе разрывы шейки далеко нерѣдкость у первородящихъ, даже очень часты. При эклампсій, если является опасность для жизни матери или плода, совѣтуетъ разрывать шейку и окончить роды щипцами.

При полномъ заращеніи зѣва, по мнѣнію авторовъ стараго и новаго времени, должно прибѣгать только къ радикальной терапіи—разрыву. Склеиваніе, Conglutinatio orificii externi, было впервые описано M-me Lachapelle, позднѣе описывали случаи Schmidt¹⁾, Naegele junior²⁾, Siebold³⁾, Rhot⁴⁾, Martin⁵⁾, Wachs⁶⁾. Всѣ упомянутые авторы примѣняли механическое расширеніе зѣва (пальцемъ), Depaul при атрезіи и Conglutinatio прибѣгалъ къ разрыву. Знаменитыя акушерки того времени M-me Lachapelle и Voisin опасались, что ткань матки можетъ во время родового акта болѣе или менѣе глубоко разрываться на мѣстахъ разрывовъ. Эти опасенія должно считать причиной того, что операція эта стала производиться гораздо рѣже, особенно въ Германіи, хотя такіе авторитеты, какъ Braun и Scanzoni, никогда не оставляли этой операціи. Во Франціи же большинство акушеровъ по прежнему примѣняли ее. Kristeller⁷⁾ и Hildebrandt⁸⁾ (1857—1866 г.), снова подняли этотъ вопросъ

¹⁾ Heidel. Klin. Annol. Bd. I. S. 537.

²⁾ Heidelb. Ann. 1836. Bd. II. S. 188.

³⁾ Monatschr. f. Geburtsk. Bd. XIV. S. 96.

⁴⁾ Monatschr. f. Geburtsk. Bd. XIX. S. 144.

⁵⁾ Monatschr. f. Geburtsk. Bd. XIX. S. 257.

⁶⁾ Monatschr. f. Geburtsk. Bd. XXX.

⁷⁾ Monatschr. f. Geburtsk. Bd. X. S. 162. 1857.

⁸⁾ Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkrankheit. feb. 1864. Königs. medicin. Jahrb. Bd. IV. H. I. S. 178.

и путемъ наблюденій старались доказать, съ одной стороны совершенную безопасность, съ другой же,—значительную пользу этой операціи.

Braun¹⁾ устанавливаетъ 4 показанія къ разрѣзу зѣва во время родовъ:

1. При атрезіи наружнаго маточнаго зѣва.

2. При неуступчивости и твердости мозолисто-маточнаго рыльца различнаго происхожденія (терапевтическія средства, предшествовавшіе роды), при отекахъ маточныхъ губъ и ихъ инфильтраціи, если потуги не въ состояніи раскрыть зѣвъ и придвинуть головку.

3. При выпаденіи беременной матки, если вправленіе во время родовъ невозможно.

4. У умершихъ во время родовъ, когда шейка полуоткрыта. Разрѣзы дѣлаются величиною въ нѣсколько линій ножомъ или ножницами Scanzoni.

Scanzoni²⁾, признавая безкровное расширеніе зѣва опаснымъ, считаетъ, напротивъ, кровавое благотвительною, вполне безопасной операціей. Дальнѣйшаго распространенія разрѣзовъ, на основаніи своего личнаго опыта, не допускаетъ. При кровавомъ расширеніи зѣва ослабленія схватокъ никогда не бываетъ, какъ это наблюдается при безкровномъ расширеніи.

Scanzoni устанавливаетъ показанія для разрѣза шейки до и во время родовъ. Показаніями до наступленія родовъ считаетъ смерть беременной (роль Кесареваго сѣченія). Показаніями же во время родовъ служитъ появ-

¹⁾ Курсъ опер. акуш. Пер. проф. Флоринскаго 1865.

²⁾ Lehrb. d. Geburtsh. 1867. Bd. II. S. 205—353. Bd. III. S. 11.

леніе симптомовъ, указывающихъ на необходимость поспѣшно окончить роды (опасныя кровотеченія, тяжкіе случаи эклампсіи). Къ разрѣзамъ еще прибѣгаетъ при упорномъ спазмѣ, ригидности краевъ шейки вслѣдствіе патологическихъ причинъ, а также при нераскрытіи зѣва вслѣдствіе уклоненій въ положеніи матки. Во всѣхъ этихъ случаяхъ къ разрѣзу прибѣгаетъ послѣ неудачнаго примѣненія терапевтическихъ средствъ, какъ то: ваннъ, душъ и наркотическихъ. При склеиваніи (если пальцемъ и зондомъ не удастся) и заращеніи зѣва Scanzoni также разрѣзываетъ шейку. Глубину разрѣзовъ ставитъ въ зависимости отъ характера ригидности: при спазмѣ 2—3'', при затвердѣніяхъ краевъ зѣва, а также въ случаяхъ когда вслѣдъ за разрѣзами нужно извлекать плодъ (кровотеченія и эклампсія) разрѣзы доводитъ до 5—6''. Разрѣзомъ зѣва пользуется какъ самостоятельною операціею и какъ предварительной для наложенія щипцовъ.

Cazeaux¹⁾ перечисляетъ препятствія для расширенія зѣва:

- 1) ригидность шейки слишкомъ молодыхъ и старыхъ первороженицъ;
- 2) скirrosность шейки;
- 3) опухоли ея;
- 4) абсцессы въ губѣ;
- 5) склеиваніе и полное заращеніе зѣва;
- 6) спазмъ;
- 7) преждевременные роды;
- 8) слишкомъ косвенное положеніе зѣва;
- 9) косыя положенія матки.

¹⁾ Traité theor. et prat. d. l'art. d. accouch. etc. Par. 1856. P. 638—765.

При заращеніи зѣва разрѣзываетъ его. а при ригидности шейки у слишкомъ молодыхъ и старыхъ первороженицъ разрѣзываетъ шейку тогда, когда роженица начинаетъ ослабѣвать. Разрѣзы дѣлаетъ по бокамъ шейки.

При эклампсіи, если послѣ приступовъ роженица не приходитъ въ сознаніе, и каждая схватка сопровождается тяжкими экламптическими приступами, онъ оканчиваетъ роды искусственнымъ путемъ, предпочитая накладывать щипцы; и при недостаточномъ еще раскрытіи зѣва разрѣзываетъ его, отнюдь не прибѣгая къ механическому расширенію.

Tarnier ¹⁾ прибѣгаетъ къ разрѣзу ригидной шейки, если ванны, красавка, хлороформированіе не расширили зѣва. Послѣ разрѣзовъ, говоритъ онъ, роды оканчиваются самопроизвольно. Но часто къ разрѣзамъ обращаются, продолжаетъ онъ, когда роженица уже обезсиlena;—тогда приходится оканчивать роды щипцами. Такъ дѣло велось въ клиникахъ Dubois, Depaul'a и Pajot (ссылается на *thesè Dr. Tissier*).

При спазмѣ, если всѣ средства не привели къ прекращенію его, онъ совѣтуетъ сдѣлать нѣсколько надрѣзовъ и кончить роды щипцами. При отекахъ прибѣгаетъ къ насѣчкамъ, послѣ чего кончаетъ роды тоже щипцами.

При эклампсіи, если плодъ еще живъ, онъ сторонникъ скорѣйшаго окончанія родовъ щипцами, а если зѣвъ при этомъ недостаточно раскрытъ, то предварительно разрѣзываетъ его.

¹⁾ D. c. dans. l'extr. du fact. e. necess. e. d. proc. oper. rel. cet. extrac. p. H. P. 1860.

Академикъ Крассовскій ¹⁾ примѣняетъ эту операцію съ 1858 г., и при этомъ никогда не наблюдалъ ни дальнѣйшаго расширенія разрѣзовъ, ни кровотеченій; предпочитаетъ разрѣзывать кривыми ножницами, и разрѣзы дѣлаетъ разной глубины, смотря по характеру ригидности, не доводя ихъ, однако, никогда до сводовъ. Кровявое расширение Крассовскій производитъ въ слѣдующихъ случаяхъ:

1. При спазмѣ наружнаго зѣва, когда края его, хотя истончены, но при дотрогиваніи къ нимъ весьма болѣзненны и напряжены, причемъ во время схватки зѣвъ какъ бы сѣуживается.

2. При отечномъ состояніи губъ и особенно при образованіи значительнаго отечнаго валика на передней губѣ влѣдствіе ранняго излитія водъ—здѣсь насѣчки (глубиной около 0,5—2,0 с.) составляютъ, по его мнѣнію, благодѣтельное средство. До истеченія водъ операція эта показуется тогда, когда напоръ плоднаго пузыря или лежащей части достаточны, а спазматическія сокращенія матки не уступаютъ терапевтическимъ средствамъ.

3. При нерастяжимости зѣва:

- а) у старыхъ первороженицъ;
- б) у слишкомъ молодыхъ;
- в) при рубцахъ отъ предшествовавшихъ родовъ и отъ различныхъ прижигающихъ средствъ;
- г) при гипертрофіи влагалищной части или одной изъ губъ и
- е) крайне осторожно при раковыхъ узлахъ.

¹⁾ Опер. акушер. 1885, стр. 313.

4. При склеиваніи (*conglutinatio oris uteri*) или заращеніи зѣва.

Изъ сейчасъ перечисленныхъ показаній видно, что Крассовскій также признаетъ кровавое расширение за самостоятельную операцію.

Профессоръ Лазаревичъ ¹⁾ прибѣгаетъ къ разрѣзу зѣва при заращеніи его и при эклампсіи, „если общія судороги повторяются очень часто, сопорозное состояніе въ сильной степени, обнаруживаются явленія уреміи“.

Spiegelberg ²⁾ при спазмѣ наружнаго зѣва пользуется наркотическими, и примѣняетъ тепло въ видѣ ваннъ, душей, припарокъ. Если же стриктура зѣва не уступаетъ дѣйствию перечисленныхъ средствъ и при этомъ угрожаетъ опасность матери или плоду, то прибѣгаетъ къ глубокимъ разрѣзамъ зѣва. Лучше, по его мнѣнію, сдѣлать одинъ или два дѣйствительно глубокихъ разрѣза, чѣмъ много поверхностныхъ. При полномъ заращеніи зѣва разрѣзываетъ, а при склеиваніи (*conglutinatio orificii externi*—*Naegele*), только если расширение чрезъ посредство механическихъ средствъ не удалось. При патологической ригидности (рубцы, сифилитическая индурация) также вначалѣ пробуетъ механическое расширение каучуковыми расширителями и, только при неудачѣ, обращается къ кровавому расширенію. Совѣтуетъ, однако, не слишкомъ долго ждать, указывая на вредныя послѣдствія продолжительнаго теченія родоваго акта. При эклампсіи во время родовъ настаиваетъ на скорѣйшемъ опорожненіи матки, прибѣгая даже къ искусственному рас-

¹⁾ Курс. акушер. 1892.

²⁾ Lehrbuch. d. Geburtsh. Aufl. Lehr. 1882. S. 461.

ширенію внутренняго зѣва съ помощью расширителя Tarnier. Онъ боится, что при введеніи руки въ такихъ случаяхъ разрывы матки очень расширяются.

По его наблюденіи закрытіе и суженіе шейки ограничивается только наружнымъ зѣвомъ и переходитъ лишь немного далѣе вглубь за края его.

Наиболѣе обстоятельно изложена ригидность зѣва у Charpentier ¹⁾, который различаетъ три вида ригидности:

- a) анатомическую,
- b) спазматическую и
- c) патологическую.

Анатомическая форма ригидности влагалищной части шейки матки, которую Pajot называетъ механическою, отличается, по Charpentier, особенною консистенціею, напоминающею кожу, пропитанную саломъ, съ твердыми, толстыми, резистентными краями, но отнюдь не болѣзненными при давленіи изслѣдующимъ пальцемъ; влагалище при этомъ на ощупь нѣсколько не сухо и не горячо. Правильныя энергическія схватки въ этихъ случаяхъ не ведутъ къ расширенію зѣва. Послѣ лишь очень продолжительнаго числа часовъ, а иногда и дней, присоединяется сухость влагалища, жаръ его и болѣзненность при изслѣдованіи. Тогда уже, замѣчаетъ Charpentier, роженица дѣлается склонною къ послѣродовымъ заболѣваніямъ.

Спазматическую ригидность, по Charpentier, характеризуютъ слѣдующіе признаки: тонкость и чувствительность стѣнокъ шейки, раскрытый до извѣстной степени

¹⁾ Traité prat. d. accouch. Tom. II. P. 1883. p. 263.

зѣвъ, ограниченный тонкими, какъ бы рѣжущими краями на подобіе металлической струны. Эти края чрезвычайно болѣзненны при малѣйшемъ къ нимъ прикосновеніи, горячи на ощупь; такой же характеръ принимаетъ и влагалище. Иногда присоединяются сюда ректальные и везикальные тенезмы, а въ иныхъ случаяхъ наблюдается и рвота. Схватки, то очень сильныя, то едва замѣтныя, — промежутки между ними весьма неправильной продолжительности; матка вполне не расслабляется и чувствительна при легкомъ давленіи чрезъ покровы живота даже и внѣ схватокъ.

Спазматическая ригидность, говоритъ Charpentier, есть явленіе активное, тогда какъ анатомическая отличается чисто пассивнымъ характеромъ. Первая можетъ появляться во всѣ періоды родовъ и наблюдается, какъ въ наружномъ такъ и внутреннемъ зѣвѣ, распространяясь въ иныхъ случаяхъ и на всю матку (tetanus).

Патологическая ригидность зависитъ отъ разныхъ причинъ. Сюда относятся рубцы отъ прежнихъ разрывовъ, инфильтраціи шейки матки, опухоли (раковыя фиброзныя, полипозныя). отѣки передней губы матки, склеиваніе, облитерация. Сюда можно отнести и высокое слишкомъ косое заднее положеніе зѣва (Deviation de l'orifice). Подобно Velpeau, Charpentier совѣтуетъ дѣлать много небольшихъ разрѣзовъ, длиной въ нѣсколько миллиметровъ, если терапія (ванны, narcotica) ни къ чему не привела.

Barnes¹⁾ приводитъ слѣдующія причины, препятствующія раскрытію зѣва при прохожденіи плода:

¹⁾ A syst. of. obstetr. medic. and surgerg. theoret. u. clinic. ets. 1885. p. 524—533.

1. Спазмъ цервикальнаго кольца.

2. Отѣчное утолщеніе его.

3. Неправильное направленіе и положеніе шейки, чаще всего зѣвъ отодвинутъ слишкомъ назадъ къ мысу. Въ такихъ случаяхъ головка плода при прохожденіи можетъ разорвать шейку.

4. Недостаточное расширеніе вслѣдствіе суженія вверху или предлежанія ручки, лица, ножки, которыя по своей формѣ не способны расширить шейку.

5. Органическія пораженія шейки: гипертрофія, закупориваніе (occlusion) ложными перепонками, фиброзныя опухоли, ракъ, аномальныя формы.

6. Рубцовое заращеніе зѣва.

Въ извѣстныхъ случаяхъ, прибавляетъ еще онъ, когда нужно быстро окончить роды съ нормальной шейкой, будь она закрыта, или еще не вполне раскрыта, съ нею обращаются, какъ съ ригидною, раскрывая искусственно.

Ригидность шейки, по его мнѣнію, гораздо рѣже встрѣчается, чѣмъ обыкновенно предполагаютъ, и шейка часто не расширяется вслѣдствіе недостаточнаго напора предлежащей части. Въ такихъ случаяхъ послѣ преждевременнаго разрыва плоднаго пузыря, предлежащая часть слишкомъ рано давитъ на шейку и вызываетъ, такимъ образомъ, спазмъ.

Замедленіе въ расширеніи можетъ зависѣть или отъ недостатка изгоняющихъ силъ (раскрывающихъ) или отъ сопротивленія, оказываемаго ригидностью шейки. Лучшимъ возбужденіемъ изгоняющихъ силъ считаетъ теплая душа. При спазмѣ же примѣняетъ наркотическія и ванны.

Если же шейка не раскрывается послѣ душей, то Barnes применяетъ свой каучуковый расширитель. Но, если ригидность зависитъ отъ измѣненія въ ткани шейки (отекъ, гипертрофія, рубцы), то прибѣгаетъ къ разрѣзамъ; этотъ послѣдній—есть древній оперативный пріемъ, слишкомъ negliжируемый въ настоящее время. Правильное пользованіе имъ не можетъ причинить никакого вреда и спасаетъ болѣе жизней, чѣмъ всякій другой методъ. Часто приходится встрѣчаться съ такою альтернативою: истощеніе, гангрена или разрывъ матки съ одной стороны, разрѣзъ ножомъ съ другой стороны. Если абсурдно не рѣшиться на Кесарское сѣченіе, когда дитя не можетъ быть извлечено натуральнымъ путемъ, тѣмъ болѣе абсурдно не рѣшиться въ такихъ случаяхъ на разрѣзъ шейки.

Разрѣзъ показуется при *conglutinatio orificii externi*, если не удалось раскрыть пальцемъ или зондомъ. Разрѣзъ онъ дѣлаетъ величиною въ 6 миллиметровъ, числомъ нѣсколько (4—5). Если послѣ разрѣза зѣвъ все таки не расширяется, то онъ дальнѣйшее расширеніе производитъ своимъ каучуковымъ расширителемъ. Если зѣвъ послѣ разрѣзовъ раскрылся на 3 пальца, то можно ввести ложки щипцовъ и, наложивъ ихъ на головку, легкими потягиваніями продолжить расширеніе, но это надо совершать съ большою осторожностью. При эклампсiи расширяетъ зѣвъ своими расширителями подъ хлороформомъ.

Naake¹⁾ разрѣзываетъ зѣвъ во время родовъ при заращеніи, при спазмѣ и ригидности его. Въ такихъ

¹⁾ Комп. акуш. Перев. Святловскаго 1882.

случаяхъ онъ совѣтуетъ не откладывать разрѣзовъ. Вообще онъ предпочитаетъ инструментальное расширеніе зѣва ручному (прессованныя губки, каучуковые расширители, разрѣзъ), считая его менѣе насильственнымъ.

Ригидность зѣва, чаще всего наблюдаемая у старыхъ первороженицъ, по мнѣнію Schaut'a большей частью, есть слѣдствіе хроническаго воспаленія ткани шейки съ новообразованіемъ плотной соединительной ткани и вытѣсненіемъ мышечныхъ волоконъ. Онъ прибѣгаетъ только къ боковымъ разрѣзамъ при заращеніи зѣва, ригидности и гипертрофіи шейки; глубину разрѣзовъ ставитъ въ зависимость отъ протяженія тканевыхъ измѣненій, начиная отъ зѣва кнаружи.

Склеиваніе съ послѣдующимъ заращеніемъ и ригидность зѣва, по Schroeder'у¹⁾, суть послѣдствія старыхъ хроническихъ воспалительныхъ процессовъ въ шейкѣ. Schroeder пользуется выжидательнымъ методомъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ зѣвъ, не смотря на сильную и долго продолжающуюся потужную дѣятельность, не раскрывается, прибѣгаетъ къ маленькимъ каучуковымъ колпайринтерамъ (расширители Barnes'a). При явленіяхъ, угрожающихъ жизни матери, слѣдуетъ, съ цѣлью быстрого окончанія родовъ, попытаться расширить шейку некровавыми способами, или разрѣзать настолько, чтобы можно было извлечь плодъ посредствомъ краниокласта. Надрѣзы, замѣчаетъ Schroeder, какъ извѣстно изъ опыта, лишь рѣдко разрываются дальше или подаютъ поводъ къ сильнымъ кровотечениямъ.

¹⁾ Учеб. акуш. Перев. Серебренникова 1889. стр. 125.

Fritsch¹⁾ разрѣзаетъ зѣвъ при склеиваніи и при заращеніи зѣва, если безкровнымъ путемъ не удалось раскрыть его. Показаніемъ къ разрѣзу ригидной шейки у старыхъ первороженицъ, по мнѣнію Fritsch'a, служатъ не только опасенія могущихъ произойти болѣе или менѣе полныхъ отрывовъ влагалищной порціи и глубокихъ разрывовъ ея, но и чувство гуманности, заставляющее врача скорѣе окончить роды, въ виду слишкомъ длительныхъ болѣзненныхъ схватокъ, доводящихъ возбужденіе нервовъ до маніи. Разрѣзы онъ считаетъ simplest, безопаснымъ и дѣйствительнымъ средствомъ расширить зѣвъ. Разрѣзы дѣлаетъ куперовскими ножницами, обыкновенно, глубиною въ 1 сант., но иногда края шейки образуютъ гладкій, толщиною въ палецъ, валикъ (вѣнчикъ), который надо разрѣзать и тогда разрѣзы выходятъ уже глубокіе. Въ такихъ случаяхъ, замѣчаетъ Fritsch, онъ никогда не видалъ такихъ кровотеченій, что-бы нужно было зашивать.

Нормальные роды, какъ извѣстно, почти всегда сопровождаются разрывами влагалищной части шейки, по этому нужно удивляться, говоритъ Fehling²⁾, почему акушеры такъ неохотно прибѣгаютъ къ разрѣзамъ шейки. Найчаще приходится прибѣгать къ расширенію зѣва вслѣдствіе ригидности нижней части шейки. Ригидность такая бываетъ:

- 1) у старыхъ первороженицъ,
- 2) при vaginitis granulosa на гонорройной почвѣ,

¹⁾ Klin. d. geburtsh. Operat. 1888.

²⁾ Handb. d. geburtsh. herausg v. p. Muller 1889 III Bd. s. 15.

3) послѣ старыхъ длительныхъ цервикальныхъ катарровъ.

4) послѣ неоднократныхъ прижиганій ляписомъ,

5) при гипертрофії, какъ послѣдствіи прежде бывшаго выпаденія матки,

6) послѣ пластическихъ операцій на влагалищной порціи,

7) рѣдко (Welponer) при сифилитическихъ индурціяхъ.

Во время схватокъ твердый и толстый зѣвъ опускается, при этомъ онъ кажется уже (что по мнѣнію его неправильно, такъ какъ нижній сегментъ въ этомъ мѣстѣ не имѣетъ достаточнаго количества мускульныхъ волоконъ), схватки крайне болѣзненны, и такое состояніе называютъ спазмомъ. Гораздо рѣже приходится разрѣзывать зѣвъ при склеиваніи и заращеніи его.

Наконецъ, при нормальной шейкѣ приходится разрѣзывать ее при тяжелыхъ случаяхъ эклампсии для возможности окончить искусственно роды.

Онъ также присоединяется къ мнѣнію Zweifel'a, разрѣзывая зѣвъ при ущемленіи послѣдующей головки.

Пользуется метротомомъ Credé или Simpson'a, совѣтуетъ вначалѣ небольшіе разрѣзы, а если они окажутся недостаточными, продолжить глубже. Кровотеченія обыкновенно не бываетъ, а буде таковое появилось-бы, останавливаетъ его холодною водою, тампонаціей.

Изъ статьи бывшего ассистента Fehling'a C. Schmidt'a¹⁾ видно, что въ послѣдніе годы онъ часто примѣнялъ спо-

¹⁾ D. prog. d. Zangenoper. Archiw f. gynacc. Bd. 47. s. 33—41.

собъ Dührssen'a, какъ при ригидности влагалищной части, такъ и при эклампси.

Zweifel ¹⁾ разрѣзываетъ зѣвъ при заращеніяхъ, при склеиваніи, если безкровное расширение не удалось, и при всѣхъ видахъ ригидности послѣ неудачнаго примѣненія фармакологической терапіи. Ригидность шейки у старыхъ первороженицъ объясняетъ потерю эластическихъ волоконъ, какъ это наблюдается и при рубцахъ отъ зажившихъ изъязвленій, возникшихъ при предшествовавшихъ выпаденіяхъ матки и послѣ оперативныхъ пособій. При спазмѣ (контрактурѣ зѣва) и скиррѣ также иногда приходится разрѣзывать. Къ числу препятствій къ расширенію зѣва причисляетъ также и сращеніе оболочекъ (Chorion), съ decidua въ нижнемъ отрѣзкѣ матки.

Разрѣзы дѣлаютъ до 1 сантиметра глубиною, числомъ нѣсколько.

Въ число показаній къ разрѣзамъ зѣва онъ ставитъ еще сдавливаніе шейки плода при извлеченіи послѣдующей головки, а также при агоніи роженицы для спасенія младенца (предпочитая однако-же въ этомъ послѣднемъ случаѣ Кесарское сѣченіе).

Если зѣвъ не раскрывается вслѣдствіе слабыхъ схватокъ, то прибѣгаетъ къ возбужденію ихъ.

Runge ²⁾ различаетъ склеиваніе и рубцовое заращеніе зѣва. При первой формѣ, замѣчаетъ онъ, очень рѣдко приходится разрѣзывать, при второй почти всегда. Этотъ авторъ отличаетъ ригидность старыхъ первороженицъ

¹⁾ Lehrb. d. Geburtsh. II Aufl. 1889. s. 359—545.

²⁾ Lehrbuch der Geburtshilfe, 1891. S. 184—320.

отъ ригидности вслѣдствіе рубцоваго измѣненія зѣва. Къ разрѣзамъ прибѣгаетъ послѣ неудачнаго примѣненія терапевтическихъ средствъ, а также въ случаяхъ сдавливанія шейки плода при послѣдующей головкѣ.

Scutsch ¹⁾ въ 1887 году предложилъ разрѣзы шейки доводить до влагалищныхъ сводовъ.

Dührssen ²⁾, приватъ-доцентъ Берлинскаго Университета, воспользовавшись предложеніемъ Scutsch'a, въ нѣсколькихъ случаяхъ окончилъ роды въ клиникѣ профессора Gusserow'a (Charité) при ригидномъ зѣвѣ разрѣзами шейки до сводовъ. Случаи эти онъ сообщилъ въ Берлинскомъ акушерско-гинекологическомъ обществѣ въ засѣданіи — 27 февраля 1890 года. Имѣя въ виду болѣе быстрое окончаніе родовъ, онъ присоединилъ къ разрѣзамъ шейки еще и разрѣзы влагалища и промежности съ перерѣзкою mus. levatoris ani. Эта комбинація разрѣзовъ шейки матки непосредственно до сводовъ съ глубокимъ влагалищно-промежностнымъ разрѣзомъ именуется теперь въ германской литературѣ „Dührssen'овскимъ способомъ“ окончанія родовъ.

Dührssen признаетъ Scutsch'a первымъ, которому пришла мысль дѣлать разрѣзы до сводовъ. Однако Gardien, тоже не стѣснялся длиною разрѣзовъ, не боясь разрѣзывать, буде нужно, и до сводовъ. Сообщение Dührssen'a вызвало оживленныя пренія среди берлинскихъ акушеровъ. Даже Gusserow и Oeshausen, защищая его спо-

¹⁾ Ueb. Incis. u. Blut. d. Cerv. uter. bei Geburt. Archiv f. Gynaec. Bd. XXXI, Heft III.

²⁾ Ueb. d. Werth. d. tief. Cervix u. Scheiden-Damm-Einschnitt. in d. Geburtsh. Archiv. f. Gynaec. Bd. 37. 1890. S. 27.

собъ, высказались однако за необходимость дальнѣйшихъ наблюдений, для выработки болѣе строгихъ показаній къ этой операціи и улучшенія ея технической стороны.

Продолжая дальнѣйшія примѣненія своего способа, главнымъ образомъ, въ поликlinikъ Charité, которой онъ завѣдуетъ, Dührssen ¹⁾ опубликовалъ ихъ въ 1893 году въ томъ же журналѣ, а нѣсколько ранѣе значеніе разрывовъ при эклампсіи. Всего у него было 36 случаевъ.

Основнымъ условіемъ для разрывовъ онъ считаетъ полное открытіе внутренняго зѣва, если же таковой еще не изгладился, то при настоятельныхъ показаніяхъ къ немедленному окончанію родовъ Dührssen предварительно расширяетъ его кольпекринтерами небольшихъ размѣровъ.

Общимъ показаніемъ считаетъ появленіе симптомовъ, указывающихъ на опасность угрожающую жизни матери или плода, или обоимъ вмѣстѣ, при недостаточно раскрытомъ зѣвѣ. Когда роды затягиваются вслѣдствіе ригидности зѣва, говоритъ онъ, то роженица дѣлается болѣе воспримчивою къ заразу (инфекціи) и особенно къ такъ называемому самозараженію.

Механическое расширение зѣва рукою часто ведетъ за собою разрывы шейки и даже самой матки и кровотечения, какъ изъ большихъ вѣтвей art. uterinae, такъ и изъ нея самой. Если въ такихъ случаяхъ предоставить окончаніе родовъ силамъ природы, то плодъ часто погибаетъ, а роженицѣ угрожаютъ болѣе или менѣе тя-

¹⁾ Ueb. d. Wert d. tief. cervix. u. Scheid.-Dam.-Einschn. in d. Geburtsh. Archiv f. Gynaec. Bd. 44. S. 413. 1893.

²⁾ Ueb. Eklamps. Bd. 42—43. H. I. S. 513—549.

желія послѣродовыя заболѣванія, а то и смерть вслѣдствіе разрыва матки.

Такимъ образомъ, указывая на печальныя послѣдствія затянувшихся родовъ, онъ все же не рѣшается прибѣгать къ разрывамъ иначе, какъ при жизненныхъ показаніяхъ.

Въ частности онъ устанавливаетъ 5-ть слѣдующихъ показаній къ его операціи:

1. Ригидность влагалищной части шейки матки, особенно у немолодыхъ первороженицъ.
- 2) Выпаденіе пуповины при мало раскрытомъ зѣвѣ, но не для вправленія ея, а съ тѣмъ, чтобы вслѣдъ за разрывами искусственно окончить роды.
3. При кровотеченияхъ, угрожающихъ жизни роженицы.
4. При эклампсіи во время родовъ, если появляются угрожающія явленія со стороны мозга, и для спасенія жизни плода.
5. При вагинизмѣ во время родовъ.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ послѣ разрывовъ онъ немедленно приступаетъ къ окончанію родовъ путемъ той или другой операціи, производя ихъ все же in extremis, слѣдовательно способъ его есть, строго говоря, насильственное кровавое родоразрѣшеніе, что ему и было замѣчено во время его доклада въ Берлинскомъ акушерскомъ обществѣ, хотя онъ горячо возставалъ противъ такого названія его операціи.

Большинство берлинскихъ акушеровъ отстаивали выжидательный методъ, находя показанія Dührssen'a натянутыми,

Указывая на несостоятельность общепринятого метода слишком долго затягивать роды, ждать пока плоду будет уже угрожать задушение или при эклампсии наступает уже коллапс и, доказывая при этом, что при применении его способа во многих случаях, где теперь погибают плод и роженица, их можно было бы спасти, он все же, в большинстве его случаев, приступал к разрыву тогда, когда плод был уже в асфиксии, а экламптика уже в коллапсе (по крайней мере в начале его).

Влагалищно-промежностные разрывы он делал вначале с двух сторон, а потом уже ограничивался одним и именно правосторонним. Результаты таких влагалищно-промежностных разрывов не особенно удачны.

Первичные сращения часто не удавались, вследствие чего приходилось сшивать вторично, что весьма неудобно и не безопасно в послеродовом периоде; не раз заживление происходило путем нагноения, раз образовалась влагалищно-кишечная фистула. Затем очень часто после его операций, не смотря на предварительные впрыскивания эрготина, появлялись послеродовые кровотечения вследствие атонии матки, которые удавалось остановить только тампонированием матки и влагалища, что также крайне не желательно в послеродовом периоде.

Не смотря на то все же результаты его операции в общем удовлетворительны, гораздо лучше чем при систематическом еще большого выжидания. Послеродовых заболеваний почти не было, и родильницы, за которыми он следили в продолжении четырех лет, большею частью вторично рожали и уже одними силами природы, без

всякого оперативного вмешательства. Выкидышей не было, и если он страдал иногда некоторыми женскими болезнями то, главным образом, вследствие влагалищно-промежностных разрывов, а не кровавого расширения зева.

Техническая сторона операции следующая: впрыснув под кожу эрготин, он промывал влагалище вначале сулемою, а потом лизолем; разрывы делал сначала боковые, потом задний и, наконец, передний. Сначала пробовал зашивать их, но потом оставил, а влагалищно-промежностный разрыв зашивал кетгутотом. Все разрывы делал под руководством пальца, без зеркал.

Что касается анатомо-физиологической стороны этого вопроса, то, кажется, Forget¹⁾ в 1849 году первый указал, что эластические волокна заложены в обильном количестве в поверхностном слое шейки матки.

Bayer²⁾ и Bandl³⁾ указали, что уже у беременной влагалищная часть шейки значительно беднее мускулатурой, тоже подтверждает Hofmeier⁴⁾.

Bandl объясняет расширение зева действием силы сверху вертикальной, а Schroeder⁵⁾ и Hofmeier давлением плодного пузыря.

¹⁾ Etude. prat. philos. du col. d. la matrice. 1849.

²⁾ Verhand. d. deutsch. Gesel. f. Gynacc. III.

³⁾ Archiv f. Gynacc. Bd. XII. s. 340. u. in. Freund's „Gynacc. klin.“ Morpholog. d. Gebärmutter.

⁴⁾ In Schöder. D. Schwang. u. kreiss. uterus. 1886.

⁵⁾ Ibidem.

Въ 1890 году Ассонсі¹⁾ въ журналѣ королевской италіанской медицинской академіи напечаталъ свое изслѣдованіе о строеніи шейки и всей матки. Прослѣдивъ расположеніе эластическихъ волоконъ въ маткѣ, онъ нашелъ много ихъ въ маточной шейкѣ, чѣмъ и объясняетъ способность шейки расширяться, а ригидность объясняетъ недостаточнымъ развитіемъ этихъ волоконъ.

Почти одновременно взялся за микроскопъ и Dührssen²⁾ и въ 1891 году напечаталъ результатъ своихъ изслѣдованій подъ заглавіемъ „Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri“.

Онъ дѣлитъ шейку матки на два слоя: поверхностный и центральный съ слизистой оболочкою. Периферическій слой характеризуется перевѣсомъ соединительной ткани надъ мускульною и богатствомъ эластическихъ волоконъ. Эти послѣднія образуютъ непосредственно подъ эпителиемъ поверхностную сѣть, отдѣльныя волокна которой проникаютъ до слизистой оболочки, — и болѣе глубокую, густую сѣть, заложенную глубже вокругъ сосудовъ. Эти обѣ сѣти эластическихъ волоконъ переплетаются съ таковыми же влагалища.

У дѣтей и немолодыхъ первороженицъ глубокой сѣти эластическихъ волоконъ Dührssen не находилъ, основываясь на чемъ, онъ находитъ механическое расширение зѣва этихъ послѣднихъ не рациональнымъ, считая необходимымъ у такихъ субъектовъ прибѣгать къ разрѣзу.

¹⁾ Cont. al. stud. dell'anat. e fisiolg. dell'utero gest. c. part. Estrato dal giornale dell' regia academia di Medicina 1890 № 7.

²⁾ Beit. Z. Anat. phys. u. Path. d. Portio vag. uteri Archiv. f. Gynaec. Bd. 41. 1891. s. 259.

Расширеніе зѣва во время родовъ объясняетъ взаимодѣйствіемъ двухъ силъ: вертикальной, которая сокращеніями маточной мускулатуры дѣйствуетъ сверху, и горизонтальной, вѣдствие давленія плоднаго пузыря или подлежащей части. Такимъ образомъ онъ соединяетъ теорію Bandl'a съ Schoeder'овскою.

Исчезаніе глубокаго слоя эластическихъ волоконъ у престарѣлыхъ первороженицъ онъ находилъ только во влагалищной части; однако, эта атрофія ихъ немного не доходила до сводовъ, между тѣмъ какъ ригидность, вѣдствие воспалительныхъ процессовъ въ шейкѣ не можетъ строго ограничиваться только влагалищной частью, а въ большинствѣ случаевъ захватываетъ и надвлагалищную часть шейки матки.

Вмѣстѣ съ Freund'омъ онъ признаетъ врожденную ригидность шейки при общемъ недостаточномъ развитіи всей половой сферы женщины (Mangelhaft entwickelte Frau).

Kehrer¹⁾ на вопросъ, когда собственно слѣдуетъ разрѣзать заращенный зѣвъ въ случаѣ нераскрыванія его подъ вліяніемъ дѣйствій самихъ схватокъ, отвѣчаетъ такъ: къ разрѣзу слѣдуетъ приступать тогда, когда по истеченіи нѣсколькихъ часовъ при энергическихъ схваткахъ маточная шейка растянулась и размягчилась, а зѣвъ не раскрылся.

Общимъ показаніемъ къ разрѣзамъ зѣва resp. влагалищной части, служитъ затвердѣніе наружнаго маточнаго зѣва, соединенное нерѣдко со стенозомъ. Сюда относятся:

¹⁾ Учебн. опер. акуш. Перев. Побѣдинскаго.

а) неподатливость зѣва, вследствие бѣдности сосудовъ соединительной ткани влагалищной части, что встрѣчается у нѣкоторыхъ первороженицъ, особенно у старыхъ;

б) образованіе рубцовъ на наружномъ маточномъ зѣвѣ послѣ дифтеритическихъ, некротическихъ, пуэрперальныхъ процессовъ и операций;

в) уплотненіе маточной шейки вследствие бывшаго ранѣе воспалительнаго состоянія ея, и

г) твердая карцинома влагалищной части.

Однако онъ приступаетъ къ разрѣзу только тогда, когда, при замедленіи періода открытія *perp.* при продолжительномъ теченіи родовъ, появились какія-либо серьезныя послѣдствія, какія-либо осложненія, требующія скорого окончанія родовъ и когда другія терапевтическія средства уже примѣнялись, но безуспѣшно.

Къ послѣдствіямъ нераскрывающагося маточнаго зѣва, онъ причисляетъ: необычайно сильныя и частыя схватки, вторичное ослабленіе схватокъ, нервозность, истощеніе, бредъ, лихорадку, эндометритъ, сильное растяженіе шейки, даже разрывъ ея и асфиксію плода, а къ осложненіямъ: маточныя кровотеченія, эклампсія, затруднительное дыханіе и проч.

Къ предварительнымъ мѣрамъ относитъ: теплыя и горячія души. теплыя сидячія и паровыя ванны, теплые компрессы на наружныя половыя части, рвотныя при гастрическихъ состояніяхъ, — опій, хлораль и хлороформъ при продолжительныхъ болѣзненныхъ ощущеніяхъ въ тазу, поясицѣ и при мучительныхъ схваткахъ.

Къ разрѣзамъ онъ прибѣгаетъ еще при плотномъ обхватываніи шейки плода, при послѣдующей головкѣ или тазовой части плода неподатливыми, не вполне раскрытыми краями зѣва, при агоніи, а также при мнимой и дѣйствительной смерти беременной на сносакъ или роженицы, если навѣрно плодъ живъ и нѣтъ никакихъ препятствій, могущихъ затруднить проведеніе плода (сѣуженіе таза и пр.) — это собственно есть показаніе и для Кесарскаго сѣченія, при которомъ плодъ будетъ извлеченъ даже скорѣе.

Феноменовъ ¹⁾ смотритъ на разрѣзъ зѣва, главнымъ образомъ, какъ на подготовительную операцію, поэтому онъ разрѣзываетъ зѣвъ въ случаяхъ не терпящихъ отлагательства, преимущественно предъ наложеніемъ щипцовъ, если зѣвъ недостаточно раскрытъ, но только тогда, когда шейка уже вполне изгладилась.

Какъ самостоятельная операція разрѣзъ показывается, по Феномову, при патологическомъ измѣненіи зѣва, а именно при склеиваніи (если не удалось раскрыть пальцемъ), при рубцовомъ заращеніи зѣва и при *rigiditas oris uteri*. Подъ этимъ послѣднимъ терминомъ онъ понимаетъ собственно воспалительныя измѣненія въ стѣнкахъ шейки, отъ которыхъ происходитъ сѣуженіе цервикальнаго канала. Онъ допускаетъ и другія причины, требующія разрѣза зѣва. Разрѣзы совѣтуетъ дѣлать не на ощупь, а раскрывая влагалище зеркалами, хорошо дезинфекцированными.

Kaltenbach ²⁾, являясь противникомъ метода *Dührsen's*, разрѣзываетъ шейку при *conglutinatione orificii ex-*

¹⁾ Опер. акуш. 1892. стр. 75.

²⁾ Lehrb. d. Geburtsh. 1893.

terni, большихъ рубцахъ шейки и при ригидности ея у старыхъ первороженицъ.

Luvard¹⁾, какъ и Charpentier, различаетъ троякаго рода ригидность шейки.

- a) спазматическую.
- b) анатомическую,
- c) патологическую.

Онъ неодобряетъ не только разрѣзовъ, но и скарификацій; самъ же примѣняетъ механическое расширеніе каучуковыми расширителями и особенно изобрѣтеннымъ имъ механическимъ расширителемъ въ видѣ тонкихъ узкихъ щипцовъ, которыя раскрываются при помощи винта; расширеніе производитъ каждые $\frac{1}{4}$ часа; при эклампсіи совѣтуетъ скорѣе опорожнить матку.

Ahlfeld²⁾ разрѣзываетъ зѣвъ при новообразованіяхъ, при спазматической контрактурѣ его вокругъ шейки плода, особенно при послѣдующей головкѣ. Онъ различаетъ:

- a) рубцовое суженіе цервикальнаго канала.
- b) заращеніе канала,
- c) суженіе наружныхъ круговыхъ волоконъ наружнаго зѣва первороженицъ (conglutinatio orificii externi).

Обращаетъ вниманіе еще на сращеніе оболочекъ вокругъ зѣва.

При эклампсіи придерживается успокоительнаго метода лѣченія (наркотическія, теплыя ванны съ послѣдующими обертываніями шерстяными одѣялами).

¹⁾ Traité prat. d'accouch. III édit. 1894.

²⁾ Lehrb. d. Gebursh. 1894.

Относительно анатомической ригидности отдѣльно стоятъ взгляды нѣкоторыхъ французскихъ акушеровъ съ Pinard'омъ во главѣ. Эти акушеры не признаютъ вовсе существованія анатомической ригидности.

Dolérís¹⁾ при такъ называемой анатомической ригидности трудную растяжимость зѣва объясняетъ слабостью матки, — слѣдовательно, недостаточно энергичными схватками.

Toledo въ „thèse sur la rigidité anatomique du col“ напечатанной въ 1890 году, собралъ 19 случаевъ, такъ называемой анатомической ригидности. Нераскрываемость зѣва въ этихъ случаяхъ онъ старается объяснить слабостью схватокъ, раннимъ разрывомъ плоднаго пузыря и неудобнымъ приспособленіемъ подлежащей части, вслѣдствіе несоразмѣрной величины ея относительно таза. Сюда главнымъ образомъ относятся узкіе тазы.

Walich²⁾ въ 1893 году, основываясь на микроскопическомъ изслѣдованіи двухъ шеекъ матки при клинической картинѣ анатомической ригидности и случаѣ Bouffe de-Saint-Blaise, гдѣ никакихъ анатомическихъ измѣненій не было найдено, кромѣ послѣдовательной инфильтраціи въ одномъ случаѣ, — отрицаетъ совсѣмъ существованіе анатомической ригидности. Все дѣло, по Walich'у, сводится только къ слабости потужной дѣятельности матки.

Въ первомъ его случаѣ влагалищная часть оторвалась почти циркулярно, такъ что висѣла на тонкомъ

¹⁾ Arch. d'obstet. et d. gynéc. 1885.

²⁾ Etude S. la rigid. dite anatom. d. col d. l'uterus etc. Annal. d. Gynécol. et d'obstetr. T. XXXIX, p. 565.

лоскутъ. Лоскутъ этотъ принуждены были перерѣзать, и воспользовались имъ для микроскопическаго изслѣдованія.

Во второмъ случаѣ D-r Rogas (оба случая были у него въ отдѣленіи) принужденъ былъ сдѣлать разрѣзы шейки, причемъ онъ воспользовался случаемъ и вырѣзалъ кусокъ ея для микроскопическаго изслѣдованія.

Здѣсь непонятно, какъ слабыя схватки могли, при отсутствіи сопротивляемости со стороны зѣва, привести къ почти циркулярному отрыву влагалищной части? Одно другому противорѣчитъ!

Во второмъ случаѣ, говоритъ Walich, послѣ разрѣзовъ дѣло пошло въ ходъ только тогда, когда чрезъ довольно продолжительное время появились сильныя схватки.

Это вполне понятно: разъ дѣло было доведено до того, что мускулатура матки вслѣдствіе безплодныхъ усилій ослабла, то послѣ разрѣзовъ она внезапно не наберется силъ, а должна отдохнуть отъ энергической работы, на что требуется болѣе или менѣе продолжительное время да и, притомъ, какой величины были сдѣланы разрѣзы не указано вовсе.

Pinard не признаетъ первичной анатомической ригидности, а съ клинической стороны признаетъ лишь вторичную, — послѣдовательную.

Если сводить все дѣло къ слабости матки, то надо предположить, что у всѣхъ немолодыхъ первороженицъ очень ослабленный организмъ или же у нихъ происходитъ какое-то перерожденіе маточной мускулатуры, атрофія ея, что пока никѣмъ не было замѣчено.

Ribemont-Dessaignes et G. Lepage¹⁾ вопросъ объ анатомической ригидности считаютъ въ настоящее время еще спорнымъ. Такъ, иногда, говорятъ они, шейка не сглаживается и расширяется очень трудно (*peniblement*), причемъ представляется толстою, твердою, инфильтрированную; въ нѣкоторыхъ же случаяхъ, если расширение и началось, то оно не прогрессируетъ, зѣвъ остается инфильтрированнымъ, отечнымъ. Въ другихъ случаяхъ дѣло обстоитъ иначе: расширение началось, существуютъ схватки, роженица страдаетъ и при каждой схваткѣ жалуется. При внутреннемъ изслѣдованіи въ такихъ случаяхъ находятъ тонкіе, рѣжущіе и очень болѣзненные края зѣва, тѣсно (*étroitement*) прилегающіе къ подлежащей части плода. Въ обоихъ случаяхъ описанное состояніе можетъ держаться въ продолженіи долгаго времени, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается при этомъ смерть плода ранѣе, чѣмъ зѣвъ раскроется.

Иногда же ригидность бываетъ только временная, и шейка тогда мало по малу теряетъ вышеупомянутый характеръ, роды идутъ правильно, и кончаются безъ инцидентовъ, оставляя, однако, болѣе или менѣе значительные разрывы шейки. Въ рѣдкихъ же случаяхъ сопротивленіе шейки не можетъ быть преодолено иначе какъ цѣною довольно значительной потери вещества (субстанции) ея, иногда циркулярно въ видѣ шапочки въ центрѣ которой находится зѣвъ; и тогда чрезъ образовавшееся такимъ образомъ широкое отверстіе проходитъ плодъ.

¹⁾ *Precis d'obstet.* II fasc. 1893. p. 977—1019.

Они обращают особенное внимание на точный клинический анализ явлений, бывающих при временных формах ригидности. Инертность матки (недостаточное сокращение ее) преждевременное излитие водъ, неправильная установка предлежащей части плода, сужение таза, низкое прикрепление дѣтскаго мѣста и проч.—вотъ явления, указывающія на отсутствіе или неправильное дѣйствіе одного изъ факторовъ участвующихъ въ расширеніи зѣва. Къ этимъ факторамъ они причисляютъ еще ранній приемъ спорыньи, ведущей, какъ извѣстно, къ спазму не только шейки, но и всей матки.

Если ригидность, повидимому, временная и зависитъ отъ слабой дѣятельности матки (инертности), то они назначаютъ возбуждающія въ видѣ горячихъ душей 40° по С (38,1 R): при сильныхъ же и болѣзненныхъ схваткахъ прибѣгаютъ къ наркотическимъ (морфій, хлораль и особенно хлороформъ).

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ общее состояніе роженицы слабѣетъ, особенно когда температура повышенная, а также, когда плоду угрожаетъ опасность,—оперативное вмѣшательство акушера необходимо. При мертвомъ плодѣ прободеніе головки часто ведетъ къ раскрытію зѣва, а при живомъ плодѣ совѣтуютъ прибѣгать къ расширителю Tarnier и каучуковымъ балонамъ Barnes'a и Champetier de Ribes. Въ виду спорности вопроса къ разрывамъ обращаются только послѣ неудачи безкровнаго расширения. Въ извѣстныхъ случаяхъ, говорятъ они, послѣ разрывовъ наступаетъ быстрое расширение зѣва, но они могутъ разрываться далѣе иногда и до нижняго сегмента матки и произвести такимъ образомъ значительныя поврежденія, которыя, обуславливая еще силь-

ныя кровотеченія, могутъ быть смертельны. Разрывы эти, по ихъ мнѣнію, также представляютъ удобные пути для проникновенія инфекции (!!). Способъ Dührssen'a они безусловно осуждаютъ, а при ригидности и суженіи таза, прибѣгаютъ и къ симфизіотоміи, какъ это уже пробовалъ Pinard и Zweifel. Въ рѣдкихъ случаяхъ отрыва шейки предъ выходомъ плода прибѣгаютъ къ тампонаціи.

При патологической ригидности особое значеніе придаютъ сифилитическимъ затверденіямъ шейки, а распространенный сифилитическій склерозъ шейки, говорятъ они, можетъ служить даже показаніемъ и къ Кесарскому сѣченію (случай Fasola 1884 г.). При ракѣ матки въ крайности предлагаютъ тоже Кесарское сѣченіе.

При нераскрытіи зѣва вслѣдствіе неправильнаго положенія матки—терапия должна быть направлена на исправленіе такого положенія.

При отекахъ передней губы совѣтуютъ оттягивать ее. Разрывы дѣлаютъ небольшіе въ нѣсколько миллиметровъ, числомъ 5—6.

При эклампсѣ, — прибѣгаютъ къ раскрытію зѣва расширителемъ Tarnier или каучуковому расширителю Champetier de Ribes. Расширеніе производятъ всегда при хлороформенной наркотизаціи. Такой методъ съ большимъ успѣхомъ практикуется въ клиникѣ Pinard'a, глѣ онъ даетъ 9,4% смертности (Thèse de Dubast).

Профессоръ Губаревъ ¹⁾ сообщаетъ тяжкій случай эклампсѣи съ удачнымъ исходомъ, гдѣ расширеніе зѣва

¹⁾ Centralb. f. Gynaec. 1895. № 5. Ueb. d. Behandlung d. Eklampsie.

произведено каучуковымъ расширителемъ, послѣ чего плодъ извлеченъ былъ щипцами.

Charpentier ¹⁾ является въ числѣ противниковъ опорожненія матки при эклампсiи во время родовъ; особенно возстаеъ онъ противъ способа Dührssen'a. Онъ совѣтуетъ беременныхъ, страдающихъ альбуминуріею, лѣчить молочною діетою, а при наступленіи припадковъ эклампсiи у полнокровныхъ производить кровопусканіе (4000—5000 grm.), съ послѣдующимъ примѣненіемъ наркотическихъ, преимущественно, хлораля въ формѣ клизмъ (4 grm. p. d.), а у неполнокровныхъ ограничиваться наркотическими.

Современная казуистика.

Santiago Veve ²⁾ изъ Порторико (Porto-Rico) сообщаетъ случай абдоминальной гистеротоміи вслѣдствіе заращенія шейки съ смертельнымъ исходомъ для матери по истеченіи 36 часовъ отъ гнилокровія.

Stieland ³⁾ описалъ у первороженицы готентотки заращеніе зѣва во время родовъ, который онъ разрѣзалъ съ благополучнымъ исходомъ.

Thierry ⁴⁾ описалъ случай дистоціи, обусловленной полнымъ заращеніемъ влагалищной порціи вслѣдствіе травмы при предыдущихъ родахъ. Сдѣланъ разрѣзъ, роды окончились самопроизвольно и благополучно для матери и ребенка.

¹⁾ Centralb. f. Gynaec. 1894. № 46 Behandl. d. Eklamp.
²⁾ Cron.-medic. quirurg. de Havanna 1889. Septemb.
³⁾ South. Afric. medic. Journal. 1889. Febr.
⁴⁾ La Norm. medic. 1889. July.

Watson ¹⁾ приводитъ случай родовъ у 30-ти-лѣтней первороженицы, гдѣ послѣ отхода водъ спустя 2 часа зѣвъ былъ открытъ на $\frac{1}{2}$ кроны. Въ теченіи 34 часовъ роды не подвигались впередъ, не смотря на принятіе всѣхъ терапевтическихъ мѣръ, въ томъ числѣ и хлороформированія. Когда боли сдѣлались болѣзненны, родовыя части сухи и горячи, онъ разрѣзалъ зѣвъ на полдюйма ($2\frac{1}{2}$ сант.) спереди и сзади, предварительно только заложивъ щипцы. Плодъ былъ уже мертвый, матка сохранилась хорошо. Выздоровленіе.

Geniot ²⁾ разрѣзы шейки совѣтуетъ дѣлать длиннымъ бистуриемъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ слѣва и справа. Если ригидность глубокая, замѣчаетъ онъ, то надо опасаться пораненія большихъ сосудовъ. Этотъ оперативный пріемъ при соблюденіи антисептики, по его мнѣнію, безопасенъ.

Въ томъ же направленіи сообщаютъ Van-Zandt ³⁾, Zimmermann ⁴⁾, Maygrier ⁵⁾, Lugeol ⁶⁾ и Quinet ⁷⁾.

Blane ⁸⁾ описываетъ случай ригидности зѣва вслѣдствіе сифилитическаго склероза $\frac{1}{2}$ передней губы, шейки и влагалища. Разрѣзъ шейки и щипцы, такъ какъ схватки уже ослабѣли. Плодъ живой.

Meinard ⁹⁾ передаетъ случай затыженія родовъ вслѣдствіе суженія канала шейки, еле пропускавшаго кон-

¹⁾ Brit. medical. Journ. 1890. 1 Febr.
²⁾ Rev. obstet. et gynec. 1890. Fevr.
³⁾ Texas Courr. Record. 1890. Febr.
⁴⁾ Korresp. Blatt. f. Schweiz. Aerzte 1890. 1 Marz.
⁵⁾ La Semain. med. 1890. 1 Oct.
⁶⁾ Jour. d. médec. d. Bordeaux. 1 Mars.
⁷⁾ Gazette med. d. Montréal. 1890. Oct.
⁸⁾ Jour. d. méd. d. Bordeaux. 1890. 31 May.
⁹⁾ Arch. d. tocologie 1891. Janv.

чикъ указательнаго пальца. Края зѣва представляли твердыя эллиптическія затвердѣнія, въ видѣ четкообразнаго ожерелья. Сдѣлавъ 4 разрѣза, авторъ наложилъ щипцы.

Въ 1892 году Krukenberg ¹⁾ опубликовалъ два случая примѣненія имъ способа Dührssen'a. Въ первомъ случаѣ показаніемъ было сѣуженіе влагалища во второй трети его, ширина котораго соотвѣтствовала величинѣ 2-хъ марокъ. Когда разрѣзъ въ $\frac{1}{2}$ сант. не повліялъ на расширение зѣва, онъ сдѣлалъ разрѣзъ влагалищно-промежностный, какъ это совѣтуетъ Dührssen. Роды окончились благополучно, но образовалась небольшая ректовагинальная фистула, какъ это было разъ и у Dührssen'a.

Въ другомъ случаѣ у немолодой первороженницы, вслѣдствіе долго нераскрывавшагося ригиднаго зѣва, онъ разрѣзалъ шейку и влагалище съ промежностью, при вполнѣ удовлетворительныхъ результатахъ.

Профессоръ Börner ²⁾ говоритъ, что, примѣняя способъ Dührssen'a, не разъ можно было бы избѣгнуть краниотоміи живаго ребенка.

Marx ³⁾ дѣлаетъ глубокіе разрѣзы числомъ 4, когда внутренній зѣвъ изгладился, но предварительно расширяетъ его на сколько можно безкровнымъ путемъ.

Runge ⁴⁾ наблюдалъ случай беременности съ полнымъ заращеніемъ маточнаго отверстія послѣ ампута-

¹⁾ Ueb. Dührssen's t. c. u. Sch.-D.-Einsch. Arch. f. Gyn. Bd. 42. S. 214.

²⁾ Z. Aetiol. u. Ther. d. Wehenschwäche ält. primip. Samml. klin. Vortr. № 5, 18. 1891.

³⁾ Americ. Jour. of. obstet. N.-York. 1893.

⁴⁾ Mith. aus d. Götting. Fraunkl. Arch. f. Gyn. Bd. 41. S. 105.

ціи влагалищной части шейки и послѣ прижиганія каленымъ желѣзомъ. Разрѣзъ, краниотомія, выздоровленіе родильницы.

Я не привожу всей старой и новой казуистики предмета, такъ какъ изъ приведенной литературы видна та роль, какую играетъ этотъ, въ сущности, простой оперативный приѣмъ, видно, что вопросу о разрѣзахъ зѣва во время родовъ акушеры всѣхъ временъ придавали весьма серьезное значеніе. Въ эпоху господства французской акушерской школы, приблизительно, до начала второй трети нашего вѣка, кровавое расширение зѣва считалось, по преимуществу, самостоятельною операціею. Роль подготовительной операціи, она играла весьма рѣдко и только при запущенныхъ родахъ. Такъ называемаго кроваваго насильственнаго родоразрѣшенія, акушеры этой эпохи по возможности избѣгали.

Въ сороковыхъ годахъ операція эта стала рѣже производиться во Франціи и особенно, въ Германіи, въ которой она потеряла свой самостоятельный характеръ, сдѣлавшись почти исключительно подготовительнымъ оперативнымъ приѣмомъ для искусственнаго окончанія родовъ. Геттингенскій профессоръ Oslander, извѣстный приверженецъ оперативнаго окончанія родовъ, особенно, кажется, способствовалъ потерѣ самостоятельнаго значенія этой операціи; къ разрѣзыванію краевъ маточнаго зѣва онъ прибѣгалъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ, съ цѣлью болѣе быстрого окончанія родовъ, по преимуществу, чрезъ посредство наложенія щипцовъ. И такое значеніе разрѣза мало по малу установилось въ Германіи, а оттуда перешло и къ намъ въ Россію. Та-

кимъ образомъ мы видимъ, что и новѣйшій методъ Dührssen'a основанъ на томъ-же принципѣ, т. е. разрѣзывать зѣвъ при жизненныхъ показаніяхъ, съ цѣлью имѣть возможность окончить роды щипцами, поворотомъ, краниокластомъ.

Во Франціи разрѣзъ зѣва со времени Ambroise Paré никогда самостоятельнаго значенія не терялъ и до сихъ поръ онъ удерживаетъ свое значеніе, благодаря такимъ авторитетамъ, какъ Cazeaux, Tarnier, Charpentier, Pinard. Противоположнаго взгляда на эту операцію держались Dubois, Depaul, Pajot. Они разрѣзывали зѣвъ только для возможности наложенія щипцовъ или производства какой-либо другой операціи.

Въ Англіи, какъ видно изъ литературныхъ данныхъ, Smellie первый сталъ примѣнять кровавое расширеніе маточнаго зѣва; при позднѣйшихъ авторахъ (Simpson, Barnes) операція эта также не утратила своего самостоятельнаго значенія.

Такимъ образомъ по этому вопросу образовалось два теченія. Одни акушеры, преимущественно французскіе, отстаиваютъ самостоятельное значеніе этой операціи, другіе акушеры, наиболѣе германскіе, смотрятъ на нее какъ на предварительный, подготовительный оперативный приѣмъ. Поэтому эти послѣдніе разрѣзываютъ зѣвъ большею частью только уже при слишкомъ долго продолжающихся родахъ. Авторы, высказывающіеся за раннее кровавое расширеніе маточнаго зѣва, выставляютъ главнымъ образомъ то, что разрѣзъ, произведенный при энергичныхъ схваткахъ, и при сохраненныхъ еще силахъ роженицы, устраняетъ неблагопріятныя послѣдствія затянувшихся родовъ.

При своевременно предпринятомъ разрѣзѣ также рѣже приходится прибѣгать къ искусственному окончанію родовъ.

Уже давно обращено вниманіе многими авторами на частоту оперативнаго окончанія родовъ у старыхъ первороженицъ. Это подтверждается также и статистическими данными. Такъ напримѣръ: у Cohnstein'a ¹⁾ при правильныхъ тазахъ частота эта достигаетъ . . 57,70%

при узкихъ тазахъ 97,59%

Rumpe ²⁾ 34 %

у старыхъ первороженицъ Aschenborn 19,2%

„ молодыхъ „ „ 6,5%

Нижеслѣдующія таблицы также свидѣтельствуютъ о частотѣ оперативнаго окончанія родовъ у старыхъ первороженицъ.

Частота операцій у первороженицъ по Eckhardt'y ³⁾.

Года	-20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
Роды	553	1927	684	144	45	26
Число операцій.	38	154	109	38	15	13
Процентъ	6,87	7,99	15,93	26,39	33,33	50

¹⁾ Archiv f. Gynaec. Bd. IV s. 499. 1872.

²⁾ Archiv f. Gynaec. 1882. Bd. XX. s. 117.

³⁾ Ueber alt. Erstgebär. I Diss. Ber. 1886 u. II teil. Zeitschif f. Geburtshül. 1887 Bd. XIV.

Частота операций у старых первороженицъ по Erdmann'у ¹⁾ (Charité).

Годы	27-29	30-32	33-35	36-38	39-41	42-	Св
Роды	312	125	58	21	15	4	535
Операциі	56	26	18	8	6	3	117
Процентты . . .	14,42	20,8	31,03	38,09	40	75	21,68

Послѣдствія неподатливости зѣва въ нѣкоторыхъ случаяхъ бывають весьма тяжелы. Разрывы матки, отрывы влагалищной части матки, болѣе или менѣе глубокіе разрывы ея, сопровождающіеся иногда обильными кровотечениями. Даже выходненія матки наружу вмѣстѣ съ содержащимся въ ней плодомъ наблюдается, хотя и рѣдко, какъ въ частной практикѣ, такъ и въ родильныхъ учрежденіяхъ.

Charpentier ²⁾ цитируетъ случай Lehmann'a, опубликованный въ 1854 году, гдѣ при сильныхъ потугахъ матка была вытолкнута наружу вмѣстѣ съ содержащимся въ ней младенцемъ. Такой же аналогичный случай сообщилъ др. Francisco ³⁾, гдѣ матка съ плодомъ вмѣстѣ вышла наружу при открытіи зѣва на $\frac{1}{2}$ доллара.

При затянувшихся родахъ, обусловленныхъ сопротивленіемъ ригидной шейки, можетъ произойти смерть роженицы отъ чрезвычайнаго истощенія ея.

¹⁾ Archiv. f. Gynaec. Bd. 39. S. 53.

²⁾ Traité prat. des accouch. T. II, p. 257.

³⁾ Lyon. medical. 1887.

Такъ, Börner упоминаетъ о двухъ случаяхъ Rumpre, гдѣ послѣдовала смерть у старыхъ первороженицъ во время родовъ влѣдствіе крайняго истощенія, вызваннаго безплоднымъ усиленіемъ раскрыть ригидный зѣвъ. Далѣе онъ цитируетъ слова Kilian'a: „если ослабленіе роженицы достигло извѣстной степени (пункта), то великая опасность жизни является внезапно и неудержимо“. Въ случаѣ Kont'a, вошедшемъ въ его лекцію, онъ приписываетъ смерть роженицы общему ослабленію ея влѣдствіе безплодной борьбы съ неподатливостью зѣва.

Послѣдствіемъ затянувшихся родовъ, обусловленныхъ ригидностью зѣва, часто бываетъ болѣе или менѣе тяжкія послѣродовыя заболѣванія. Charpentier, Spiegelberg и многіе другіе акушеры замѣтили, что въ подобныхъ случаяхъ у роженицы развивается особенное предрасположеніе къ послѣродовымъ заболѣваніямъ, т. е. онѣ особенно легко воспринимають заразу извнѣ.

Согласно современному бактериологическому ученію упомянутыя послѣродовыя заболѣванія могутъ развиваться, какъ обостренія ранѣ бывшихъ процессовъ. У роженицъ, страдавшихъ разными заболѣваніями половой сферы, какъ то: эндометритами, параметритами и т. д., оставшіеся зародыши микробовъ при долго тянувшихся родахъ дѣлаются вирулентными, благодаря существующимъ тогда благопріятнымъ условіямъ для развитія патогенныхъ микробовъ. Эта такъ называемая теорія самозараженія (аутоинтоксикація Allfeld'a, Mermann'a и др.) есть ни что иное, какъ обостреніе успокоившагося давняго хроническаго процесса.

Весьма часто въ такихъ случаяхъ температура повышается еще во время родовъ, а иногда появляются ознобы.

Относительно вліянія продолжительности родовъ на смертность родильницъ существуютъ статистическія данныя только для старыхъ первороженицъ, которыя сводятся къ слѣдующимъ цифрамъ:

Ahlfeld ¹⁾	9,0%
Beumer ²⁾	5,0
Steinmann ³⁾	8,4
Kleinwächter ⁴⁾	6,48
Aschenborn ⁵⁾	8,83
Eckhardt	7,96
Hecker ⁶⁾	5,7
Rumpe	8,0

Здѣсь приведены мной таблицы Aschenborn'a и Erdmann'a, въ которыхъ процентъ заболѣваемости и смертности у старыхъ первороженицъ выведенъ въ зависимости отъ возраста роженицъ.

Таблица Aschenborn'a:

	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Заболевания.	12,2	18,4	14,4	10,1	23,3	17,1	30,4	44,1	35,7	31,2	33,3	28,5	42,8	25
Смертность.	2,9	5,3	5,7	7,2	7,5	10,9	13	32,3	7,1	12,8	13,3	28,5	28,5	?

- 1) Archiv f. Gynaec. 1872. B. IV. S. 510.
- 2) Archiv f. Gynaec. Bd. XXIII. S. 450. 1884.
- 3) Archiv f. Gynaec. 1884. Bd. XXII. S. 475.
- 4) Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaecologie. Bd. X. H. I.
- 5) Geburten älterer Erstgeschwängert. Diss. Berlin. 1874.
- 6) Archiv f. Gynaecologie. 1875. Bd. VII. S. 448.

Таблица Erdmann'a (изъ Charité въ Берлинѣ).

Лѣта	27-29	30-32	33-35	36-38	39-41	42-
Роды	312	125	58	21	15	4
Заболевания	99	30	17	7	4	1
Процентъ	31,41	24	29,31	33,33	26,66	25

Затѣмъ привожу статистическія данныя относительно частоты узкихъ тазовъ у старыхъ первороженицъ сравнительно съ молодыми:

Steinmann.	3,7 : 1,8
Aschenborn	10,25 : 3,8
Kleinwächter.	20,86 : 15,7
Cohustein	42 : 14—20

Таблица частоты узкихъ тазовъ у старыхъ первороженицъ, составленная Erdmann'омъ (изъ Charité въ Берлинѣ).

Лѣта	27-29	30-32	33-35	36-38	39-41	42—
Сумма родовъ	312	125	58	21	15	4
Узкіе тазы	52	23	12	4	5	3
Процентъ	26	28	31,6	36,4	71,4	75

Разсматривая таблицы Erdmann'a относительно частоты заболѣваемости и узкости тазовъ у старыхъ перворо-

жениць, если даже вполне исключить заболѣваемость при узкихъ тазахъ, гдѣ продолжительность родовъ обуславливается главнымъ образомъ сопротивленіемъ со стороны костной системы, то все же остается значительный процентъ на вліяніе мягкихъ частей, преимущественно же ригидности шейки. Но надо еще принять во вниманіе и то, что далеко не всегда суженія таза сопровождаются заболѣваніями. Процентъ заболѣваемости вслѣдствіе занесенія инфекціи извнѣ въ наше антисептическое время такъ ничтоженъ, что его можно вовсе не принимать во вниманіе.

Частыми послѣдствіями неподатливости зѣва бываютъ кровотеченія въ послѣдовомъ (третьемъ періодѣ) и послѣродовомъ періодѣ, объясняемая просто атонією матки вслѣдствіе ослабленія ея отъ слишкомъ долгой работы, что опять таки сводится къ очень продолжительному теченію родовъ. Послѣдъ при такомъ состояніи матки весьма часто задерживается, а иногда образуется спазмъ матки (на подобіе песочныхъ часовъ), и тогда выжать послѣдъ по Credé не удастся, а приходится извлекать его при хлороформномъ наркозѣ введеніемъ руки въ полость матки,—пріемъ весьма нежелательный.

Слишкомъ большая продолжительность родовъ дѣйствуетъ на плодъ еще губительнѣе, чѣмъ на мать. Болѣе или менѣе тяжелая асфиксія, а также и смерть плода—частыя послѣдствія затянувшихся родовъ.

У старыхъ первородениць, по Cohnsteun'у, число мертвыхъ плодовъ почти вдвое болѣе, чѣмъ у молодыхъ. О процентѣ смертности дѣтей, наблюдаемыхъ при родахъ у старыхъ первородениць, можно судить по слѣдующимъ статистическимъ даннымъ:

у Cohnstein'a . . .	37,13% (во время родовъ) и 7,69% (послѣ родовъ)
Aschenborn'a . . .	10,26% (у молодыхъ перворож.).
Dresdener Statistik'a	17,0 %
Kleinwächter'a . . .	19,26%
Hecker'a	17,6 %
Rumpe	17,0 % (у молод. перворож. 8,5%).
Steinmann'a	14,2 %
Eckhardt'a	20 % (у молод. перворож. 8,18%).

Однако не одна же ригидность старыхъ перворожениць или, такъ называемая, анатомическая ригидность вліяетъ на продолжительность родовъ, вліяютъ еще спазматическая и всевозможные виды патологической. Къ сожалѣнію, я не нашелъ никакихъ статистическихъ данныхъ на этотъ счетъ.

Если обратить вниманіе на то, что роды, какъ у насъ въ Россіи, такъ и въ Германіи въ частной практикѣ ведутся, главнымъ образомъ, акушерками (по Ahlfeld'у въ Германіи только 5% родовъ проходятъ подъ наблюденіемъ врачей), то значеніе продолжительности родовъ, обусловливаемой довольно часто неподатливостью шейки, приобретаетъ еще болѣе важное значеніе. Особенное значеніе оно получаетъ для практическаго врача, который, обыкновенно, приглашается акушерками весьма неохотно, часто послѣ неудачнаго примѣненія ея собственной терапіи, когда уже температура повышена, были и знобы, и общее состояніе плохо. Нерѣдко въ такихъ случаяхъ врачъ приглашается уже противъ воли акушерки по настоянію близкихъ рожениць, замѣтившихъ упадокъ силъ ея или другіе какіе-либо, по ихъ мнѣнію, угрожающіе симптомы.

Привожу три случая затянувшихся родовъ изъ Павловскаго родильнаго пріюта въ Одессѣ, гдѣ разрѣзы сдѣланы были уже тогда, когда схватокъ не было, и вслѣдъ за разрѣзами шейки нужно было, въ виду жизненныхъ показаній, оканчивать роды искусственно.

Случай I-й. 1892 года, № 216-й книги. Киневская Мица, 28 лѣтъ, первороженица, поступила съ раскрытіемъ зѣва на одинъ поперечный палецъ. Ростъ 140 сант., форма живота овальная, окружность живота 86 сант., высота дна матки 22,5 сант., размѣры таза 22—24,5—18,5. Воды отошли еще на дому. Роды длились 41 час. 35 мин. Поступила 11-го сентября въ 4 ч. 15 мин. по полуночи, но первыя боли начались на дому 10-го сентября въ 12 часовъ ночи. Привезена въ пріютъ уже съ судорожными болями. Ванны, души, нѣсколько разъ повторяемыя, остались безъ дѣйствія; морфій, хлороформированіе ни къ чему не привели; въ продолженіи 36 часовъ зѣвъ не раскрывался. Къ вечеру 11-го сентября образовался отекъ передней губы. Завѣдывавшимъ въ то время операціями докторомъ медицины Ц. К. Горецкимъ (директоромъ пріюта) сдѣланы небольшія разрѣзы въ $\frac{1}{2}$ сант. отекъ исчезъ, но родовыя боли нѣсколько не усилились, а на слѣдующій день совсѣмъ прекратились. Въ 5 час. того же дня дежурнымъ врачомъ замѣчено было ослабленіе сердцебіенія плода, о чемъ немедленно дано было знать мнѣ. Я нашелъ зѣвъ раскрытымъ на $2\frac{1}{2}$, быть можетъ, около 3-хъ поперечныхъ пальцевъ. Края зѣва, разрѣзанные около $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ сант. оказались твердыми и жесткими, не доходя пемного (около $\frac{1}{2}$ сант.) до сводовъ, на дальнѣйшемъ же протяженіи мягки и тонки. До конца протяженія жесткости шейки я расширилъ

ранѣ произведенные разрѣзы кривыми ножницами Sims'a, послѣ чего наложилъ щипцы, которыми и окончилъ дальнѣйшее расширеніе. Это послѣднее я производилъ легкими надавливаніями головки посредствомъ щипцовъ, а помощникъ въ тоже время массировалъ матку черезъ наружные покровы. Когда такими манипуляціями удалось быстро вполне расширить зѣвъ, тогда только я приступилъ къ настоящимъ тракціямъ съ цѣлью уже извлечь плодъ. Вся эта процедура продолжалась 10 минутъ и подъ хлороформомъ. Младенецъ (дѣвочка) извлеченъ въ асфиксіи, но оживленъ. Вѣсъ его — 3500 граммъ, окружность головки въ прямомъ размѣрѣ — 34 сант., мѣсто выжато по Credé. Промежность сохранена. Послѣ родовъ три дня лихорадила. Высшая температура достигала 38,6.

Второй случай. 1892 года, № 270 книги. Θεодосія Вишневецкая 38 лѣтъ, первороженица, боли начались на дому 25 октября въ 9 часовъ по полудни; въ пріютъ поступила 27 октября въ 10 час. 30 мин. по полуночи; зѣвъ раскрытъ на одинъ поперечный палецъ; плодный пузырь цѣль. Поступила въ пріютъ уже съ ослабѣвшими болями, дома же, по ея словамъ, боли были очень сильныя. Температура 38,2°. Ростъ 153 сант.; окружность живота 113 сант., высота дна матки 29 сант., размѣры таза 25—29—33—21. Въ такомъ положеніи она пролежала трое сутокъ. Ванны, горячія души, наркотическія (опій) не оказывали никакого дѣйствія. 30 октября вечеромъ температура достигла 40°. Воды отошли 31-го октября въ 10 час. утра. Въ 11 час. утра я засталъ роженицу въ такомъ же положеніи. Температура 39,5; она очень ослабла, схватокъ нѣтъ, сердцебіенія плода

неслышно, зѣвъ раскрытъ на палецъ, края его отѣчны, образуя валикъ значительной величины, толщиною приблизительно около 3-хъ сант. Разрѣзавъ валикъ въ 4-хъ мѣстахъ крестообразно, я, въ виду смерти плода, произвелъ краніотомію и извлекъ плодъ краніокластомъ. Вѣсъ плода безъ мозга 3500 граммъ. Мѣсто выжато по Credé. Роды длились 71 часъ 55 мин. Въ послѣродовое время больная получила крупозное воспаление легкихъ и гортани отъ чего она и умерла 10 ноября. При вскрытіи діагносцирована pneumonia crouposa, bronchitis, laryngitis, tracheitis crouposa, endometritis puerperalis.

Третій случай. 1893 года, № 60 книги. Александра Блазевская 29 лѣтъ, первороженца; поступила въ пріютъ 14 февраля въ 4 часа по полудни. Воды отошли на дому, сердцебіеніе плода слѣва внизу, зѣвъ раскрытъ на $1\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца. Роды длились 49 часовъ 40 мин. Ростъ 158 сант. Форма живота овальная, окружность его 112 сант., высота дна матки 26 сант. Размѣры таза 25—29—315—20. Conjugata diagonalis—11,6 сан. Ванны, души и наркотическія не привели къ цѣли, зѣвъ болѣе не раскрывался, а схватки совсѣмъ прекратились. Я констатировалъ большую головку надъ входомъ въ тазъ въ переднемъ боковомъ наклоненіи, но уже неподвижную съ большою опухолью (отѣкомъ). Зѣвъ раскрытъ на $1\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца, края его толстые, твердые, резистентные вначалѣ, сантиметра два вглубь теряютъ эти качества, дѣлаясь мягкими и тонкими. Сердцебіеніе плода слабо слышно.

Роженица заявила мнѣ, что если она не родитъ живаго ребенка, то, въ виду ея семейнаго положенія, она лишитъ себя жизни. Разрѣзавъ только толстые края зѣва,

я подъ хлороформомъ наложилъ щипцы въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ. Сердцебіеніе при хлороформированіи уже перестало быть слышимъ, въ виду чего, съ цѣлью болѣе быстрого окончанія родовъ, я приступилъ къ тракціямъ при не полномъ раскрытіи зѣва (приблизительно на $4\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца). Извлечение было трудное (12 энергическихъ тракцій), головка была быстро извлечена чрезъ влагалище. Плодъ родился въ глубокой асфиксіи, — оживленъ послѣ 45 м. настойчивыхъ усилій. Вѣсъ 4000 грам. Окружность головки въ прямомъ размѣрѣ 37 сант. Разрѣзы зѣва разорвались почти до сводовъ. Размощеніе влагалища и разрывъ промежности 2 степени. Въ виду необходимости во что-бы то не стало извлечь плодъ живымъ, я не имѣлъ времени маневрировать, что-бы расширить постепенно влагалище и промежность, какъ это я обыкновенно дѣлаю.

Промежность зашита. Послѣродовой періодъ прошелъ благополучно; родильница выписалась здоровою на 9-й день, ребенокъ живъ и понынѣ.

Если-бы въ упомянутыхъ случаяхъ разрѣзы сдѣланы были при наличности еще энергическихъ схватокъ, то, безъ сомнѣнія, роды кончились бы одними силами природы и никакихъ заболѣваній и даже повышенія температуры не было-бы. Я позволяю себѣ такъ смѣло выразиться потому, что въ частной практикѣ, при сдѣланныхъ во время разрѣзахъ, подобные случаи протекали у меня безъ всякой реакціи и безъ всякихъ поврежденій мягкихъ частей, что притомъ тоже подтверждается и упомянутыми литературными данными.

Въ послѣдніе годы, преимущественно, германскіе акушеры обратили вниманіе на особенности родовъ у

старыхъ первороженицъ, что указываетъ на частоту таковыхъ и въ клиникахъ германскихъ. У насъ же въ Россіи въ родильныхъ учрежденіяхъ число старыхъ первороженицъ очень не велико, чѣмъ и объясняется отсутствіе работъ по этому предмету. Малое же число старыхъ первороженицъ въ нашихъ родильныхъ учрежденіяхъ объясняется тѣмъ, что въ эти учрежденія по преимуществу поступаютъ замужнія и незамужнія женщины крестьянскаго сословія, гдѣ въ бракъ вступаютъ въ очень молодыхъ годахъ.

Деревенскія дѣвушки составляютъ главный контингентъ городской прислуги. Онѣ также и въ городѣ скоро начинаютъ жить половою жизнью и рожаютъ слѣдовательно, тоже въ молодыхъ годахъ. Напротивъ, замужнія горожанки, даже самыя бѣдныя, въ большинствѣ случаевъ рожаютъ у себя на квартирѣ. Изъ интеллигентныхъ женщинъ попадаютъ въ родильные дома преимущественно гувернантки. Только въ послѣдніе годы начали чаще появляться въ родильныхъ домахъ Петербурга и Одессы (какъ это видно изъ отчетовъ академика Красовскаго и д-ра Горецкаго) и интеллигентныя женщины, преимущественно замужнія, которыя считаютъ, что при небольшихъ средствахъ имъ болѣе удобно и выгодно рожать въ родильныхъ домахъ даже за плату, чѣмъ у себя на дому.

Напротивъ, въ частной практикѣ замѣтно учащеніе старыхъ первороженицъ. За послѣдніе годы моей практики я замѣтилъ увеличеніе числа старыхъ первороженицъ, какъ въ интеллигентномъ, такъ и въ неинтеллигентномъ классахъ среди и бѣднаго, и богатаго населенія города.

Причина такого явленія лежитъ въ измѣненіи социальныхъ условій жизни, заключающихся въ паденіи романтизма и распространеніи матеріально-меркантильных воззрѣній на бракъ. Въ бѣдномъ классѣ интеллигенціи дѣвушки до выхода замужъ часто содержатъ себя собственнымъ трудомъ и вступаютъ въ бракъ, составивъ себѣ уже какое-либо приданое, на что требуются годы работы и бережливости, сопряженной нерѣдко съ болѣе или менѣе тяжкими лишеніями. Въ состоятельномъ классѣ не спѣшатъ съ бракомъ, относясь съ недовѣріемъ къ современному интеллигенту. Съ другой стороны и мужчины не спѣшатъ вступать въ бракъ, да и число совсѣмъ безбрачныхъ съ каждымъ годомъ увеличивается. Поэтому мы, практическіе врачи, чаще встрѣчаемся съ этою формою ригидности, чѣмъ клиницисты, которые, наоборотъ, значительно чаще насъ имѣютъ дѣло съ патологическими формами неподатливости зѣва, преимущественно же сифилитическаго характера. Я лично видѣлъ эти формы ригидности почти исключительно въ Московскомъ родовспомогательномъ заведеніи и Павловскомъ родильномъ приютѣ въ Одессѣ. Въ частной практикѣ сифилитическія пораженія шейки намъ встрѣчаются весьма рѣдко.

Спазматическая форма въ частной практикѣ составляетъ въ послѣдніе годы обыденное явленіе; къ ней особенно склонны неврастеничныя и нервныя современныя женщины.

Вопросъ относительно существованія, такъ называемой, анатомической ригидности шейки, встрѣчающейся у старыхъ первороженицъ и очень молодыхъ, до сихъ поръ остается спорнымъ. Нѣкоторые французскіе аку-

шеры скептически относятся даже къ существованію таковой.

Pinard и его послѣдователи, преимущественно же ученики (Ribemont-Dessaignes и др.), не признаютъ анатомическую ригидность за самостоятельную форму. Наблюдаемое замедленіе въ раскрытіи маточнаго зѣва у старыхъ первороженицъ обуславливается, по ихъ мнѣнію, слабостью потугъ, инертностью матки, которая неспособна сокращаться достаточно сильно, чтобы вліять на расширеніе зѣва, вовсе анатомически неизмѣнимаго. Воззрѣнія Pinard'a и его учениковъ относительно существованія ригидности зѣва у старыхъ первороженицъ съ анатомической точки зрѣнія въ настоящее время, по нашему мнѣнію, еще недостаточно подкрѣплены. Ими произведено въ этомъ направленіи микроскопическое изслѣдованіе лишь трехъ шеекъ, гдѣ въ двухъ не найдено никакихъ измѣненій, а въ одной констатирована послѣдовательная инфильтрація. Напротивъ, работа Dührssen'a, бывшего ассистента Вирхова, основана на большемъ числѣ изслѣдованій и подтверждается весьма обстоятельной работой Ассонси и служитъ какъ бы дальнѣйшимъ развитіемъ стараго изслѣдованія Forgét. Во всякомъ случаѣ, въ настоящее время, въ виду незначительнаго числа наблюдений, трудно принять ту или другую теорію относительно существованія анатомической ригидности зѣва; дальнѣйшія микроскопическія изслѣдованія, быть можетъ, дадутъ позднѣе возможность поближе подойти къ рѣшенію занимающаго насъ вопроса. Такое разногласіе я объясняю, на основаніи своихъ наблюдений, главнымъ образомъ, тѣмъ, что самая степень ригидности бываетъ крайне разнообразна; она можетъ быть незначительна и

очень велика; съ другой стороны, и энергія схватокъ, сама по себѣ нормальная, можетъ оказаться недостаточно при усиленіи сопротивленія со стороны шейки и наоборотъ.

При преждевременныхъ родахъ шейка, какъ извѣстно, тоже очень медленно и съ трудомъ раскрывается. Это обстоятельство заставило многихъ акушеровъ отнести и шейку преждевременно-разрѣшающихся къ разряду ригидныхъ. Но такъ какъ шейка у преждевременно-разрѣшающихся съ анатомической точки зрѣнія, кромѣ собственныхъ обыкновенной беременности, другихъ измѣненій не представляетъ, то слѣдовательно она трудно расширяется только вълѣдствіе того, что недостаточно подготовлена для этого. Извѣстно, что въ шейкѣ беременныхъ мускульная ткань уменьшается (Bandl, Bayer и др.). Слѣдовательно, нужно допустить увеличеніе количества упругихъ волоконъ (Assonci, Forgét), благодаря которымъ шейка обладаетъ способностью расширяться.

Наблюдая одинаково медленное и чрезвычайно трудное раскрытіе маточнаго зѣва у преждевременно-разрѣшающихся и у старыхъ первороженицъ, можно предположить, что у послѣднихъ, какъ и у первыхъ матка еще не вполне подготовлена и что для наступленія полной подготовки ея у старыхъ первороженицъ недостаточно обычныхъ нормальныхъ десяти лунныхъ мѣсяцевъ. Эта неподготовленность состоитъ, съ одной стороны, въ недостаточномъ развитіи мускулатуры тѣла матки, съ другой стороны въ недостаточномъ развитіи эластическихъ волоконъ шейки и скудномъ развитіи сосудовъ въ ней, почему она и недостаточно мягка, мало сочна, такъ сказать. При такихъ условіяхъ матка слабѣе сокращается,

схватки менѣе энергичны (инертность матки французскихъ авторовъ), а шейка менѣе способна расширяться и требуя при этомъ болѣе сильнаго напора, подвергается, какъ разъ наоборотъ, слабѣйшему, чѣмъ нормальная. Конечно, такая недостаточность подготовки, какъ тѣла матки, такъ и шейки, можетъ варьировать, начиная съ самой незначительной степени, и доходя иногда почти до полной потери способности расширяться; при этомъ эта потеря способности расширяться (эластичности) также занимаетъ весьма различныя пространства влагалищной порціи, чаще всего захватывая часть шейки немного вглубь за края зѣва, и рѣдко, но все же встрѣчается, не доходитъ только немного ($1\frac{1}{2}$ сант.) до сводовъ, т. е. до конца влагалищной части. Установить степень неподготовки матки и влагалищной части ея, а также отношенія ихъ другъ къ другу весьма трудно. Еще труднѣе рѣшить какой изъ терапевтическихъ приѣмовъ окажется наиболѣе цѣлесообразнымъ.

Надо принять во вниманіе и предѣльность расширения наружнаго зѣва. Извѣстно, что шейка беременной и небеременной матки можетъ расширяться до извѣстнаго предѣла. Это особенно легко можно замѣтить при искусственномъ расширеніи Негар'овскими расширителями при производствѣ операціи „abrasio uteri“. Въ небеременной маткѣ степень раскрытія зѣва бываетъ различна не только у разныхъ женщинъ, но у одной и той же въ разное время, что измѣряется номерами расширителей. Послѣ выкидышей различнаго срока предѣлъ расширения чуть-ли не совпадаетъ съ мѣсяцами беременности. Такимъ образомъ, argiōi, понятно, что, если усилить потужную дѣятельность матки, то, при увеличеніи

вслѣдствіе этого напора, зѣвъ будетъ расширяться болѣе и при сравнительно незначительной неподатливости его, т. е. небольшого уменьшенія эластическихъ свойствъ, онъ можетъ и вполне раскрыться. Съ другой стороны постепенное механическое расширеніе можетъ раскрыть зѣвъ до извѣстнаго, свойственнаго данной шейкѣ, предѣла. Этимъ объясняется частый успѣхъ терапіи, основанной на усиленіи сократительной способности матки путемъ горячихъ душей и въ то же время расширеніемъ зѣва каучуковыми расширителями, которые вмѣстѣ съ тѣмъ усиливаютъ схватки. Но если предѣлъ расширяемости, не взирая на примѣненіе различныхъ терапевтическихъ приѣмовъ, оказывается недостаточнымъ, чтобы пропустить зрѣлый плодъ, то все же приходится прибѣгнуть къ разрѣзамъ, иначе дѣло оканчивается болѣе или менѣе значительными разрывами шейки. Наблюдаются случаи, гдѣ послѣ небольшихъ надрѣзовъ, вставленіемъ потомъ каучуковыхъ расширителей удастся расширить зѣвъ, какъ, обыкновенно, поступалъ Barnes; но въ такихъ случаяхъ надрѣзы эти распространяются (разрываются) далѣе до предѣла ригидности. Такіе случаи наблюдаются даже при полной податливости зѣва, какой бываетъ, обыкновенно, при предлежаніи дѣтскаго мѣста, какъ это было, напримѣръ, въ Московской клиникѣ (см. дис. Побѣдинскаго).

На замедленіе расширения зѣва вліяютъ еще другіе факторы, какъ то сѣуженіе таза, часто ведущія къ спазму зѣва; крайне незначительное въ сравненіи съ нормой разбуханіе хрящей, соединяющихъ кости таза; далѣе здѣсь также надо принимать во вниманіе и послѣдствія хроническихъ, хотя и ограниченныхъ, цервикальныхъ катарровъ.

Идеальные роды должны проходить, строго говоря, безъ всякихъ надрывовъ шейки, и дѣйствительно, хотя и рѣдко, но такіе роды встрѣчаются, какъ это видно изъ статьи Kocks'a¹⁾. Этимъ, какъ надо полагать, можно болѣе или менѣе удовлетворительно объяснить частый успѣхъ акушеровъ школы Pinard'a, прибѣгающихъ весьма рѣдко къ разрывамъ зѣва при такъ называемой анатомической ригидности зѣва.

Вторымъ спорнымъ пунктомъ въ вопросѣ о кровавомъ расширеніи зѣва будетъ глубина самыхъ разрывовъ. Одни держатся системы небольшихъ, но многочисленныхъ надрывовъ, глубиною въ нѣсколько миллим., до шести и не болѣе одного сантиметра, числомъ 5—6 и болѣе. Другіе дѣлаютъ 2—4 разрыва, но глубину ихъ ставятъ въ зависимости отъ величины ригидности шейки и въ извѣстныхъ случаяхъ доводятъ ихъ и до сводовъ.

Наконецъ, Dührssen, Scutsch, а въ послѣднее время и Fehling разрываютъ обязательно до сводовъ.

Чѣмъ объясняются благопріятные результаты, наблюдаемые даже при незначительныхъ, хотя и многочисленныхъ надрывахъ маточнаго зѣва? Что такіе незначительные разрывы и даже скарификація достаточны при отѣкахъ губъ маточной шейки, это само собою понятно. Гораздо труднѣе объяснить себѣ успѣхъ отъ примѣненія незначительныхъ разрывовъ при существованіи, такъ называемой, анатомической или патологической ригидности шейки.

Прежде всего маленькіе разрывы ведутъ къ расширенію зѣва тогда, когда ригидная отвердѣлость края маточнаго зѣва занимаетъ крайне незначительное

¹⁾ Archiv. f. Gynaecol. Bd. 43. H. I. S. 1.

пространство, когда она приблизительно простирается только на нѣсколько миллиметровъ за края его; а по наблюденіямъ Spiegelberg'a подобнаго рода ригидность чаще всего и встрѣчается. Тутъ и небольшіе разрывы могутъ соответствовать какъ разъ толщинѣ ригиднаго кольца. Если же разрывы захватили не все ригидное кольцо, но большую его часть, то при существованіи энергичныхъ схватокъ, разрывы эти распространяются дальше до предѣла ригидности шейки, нормальная же ткань шейки уже тогда продолжаетъ расширяться самостоятельно. Тоже наблюдается и при наложеніи щипцовъ послѣ такихъ разрывовъ. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ дальнѣйшіе разрывы найчаще и наблюдаются нами.

Затѣмъ маленькіе, но многочисленные надрывы дѣйствуютъ раздражающимъ образомъ на матку, усиливая, такимъ образомъ, схватки. Съ этой стороны дѣйствіе ихъ сходно съ горячими душами и каучуковыми расширителями. Понятно поэтому, что акушеры школы Pinard'a, обращающіе вниманіе главнымъ образомъ на возбужденіе болѣе сильныхъ схватокъ, прибѣгаютъ къ малымъ разрывамъ.

Кромѣ того, я полагаю, что маленькіе разрывы способствуютъ расширенію зѣва и тѣмъ, что уменьшаютъ напряженіе ткани въ шейкѣ, не говоря уже о тѣхъ случаяхъ, гдѣ появилась послѣдовательная инфильтрація.

Однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ ригидность велика, по занимаемому ею пространству и по сравнительной слабости схватокъ,—малые разрывы оказываются неудовлетворительными и приходится ихъ продолжить далѣе, какъ это было во второмъ помѣщенномъ здѣсь случаѣ изъ Павловскаго родильнаго пріюта въ Одессѣ.

О какомъ-либо вредномъ вліяніи разрывовъ зѣва во время родовъ на половую сферу вообще и на теченіе послѣдующей беременности и родовъ нельзя сказать ничего положительнаго, такъ какъ въ существующихъ учебникахъ, на сколько мнѣ извѣстно, ничего по этому поводу не говорится, а между тѣмъ трудно предположить, чтобы такіе опытные акушеры какъ Baudelocque, Simpson, Tarnier, Barnes и др. не коснулись вредныхъ послѣдствій отъ упомянутыхъ разрывовъ, если бы подобные когда-либо наблюдались.

Dührssen прослѣдилъ большинство своихъ случаевъ за нѣсколько лѣтъ, и отъ разрывовъ шейки не видѣлъ никакихъ патологическихъ послѣдствій. Многія снова рожали и уже самопроизвольно и вполне благополучно. Выкидышей ни у кого не было. Послѣдовательныя заболѣванія у Dührssen'a являлись послѣдствіемъ его влагалищно-промежностныхъ разрывовъ, о чемъ было уже упомянуто выше. Съ своей стороны я также не встрѣчалъ какихъ-либо неприятныхъ послѣдствій послѣ разрывовъ зѣва.

Какъ долго ждать самопроизвольнаго расширенія зѣва? Какъ долго ждать эффекта отъ предпринятаго того или другаго терапевтическаго вмѣшательства? Когда, собственно, слѣдуетъ приступать къ кровавому расширенію зѣва? Можно-ли еще въ нѣкоторыхъ случаяхъ непосредственно приступать къ кровавому расширенію зѣва? И если да, то при какихъ условіяхъ?

На вышеприведенные вопросы, весьма важные для практическаго врача, въ литературѣ строго опредѣленныхъ отвѣтовъ нѣтъ, что нерѣдко крайне затрудняетъ его у кровати роженицы.

Въ нижеслѣдующемъ я намѣренъ подвести итоги своимъ личнымъ наблюденіямъ и коснуться тѣхъ воззрѣній, которыя выработались у меня на основаніи моей 23-хъ лѣтней практической дѣятельности отчасти въ родильныхъ домахъ, отчасти въ частной практикѣ. Придерживаясь по преимуществу классификаціи Charpentier, я приведу здѣсь свои личныя воззрѣнія относительно показаній и техники упомянутаго оперативнаго приѣма, какіе установились у меня на основаніи личнаго опыта.

Держась раньше строго антисептики, предъ операцией я обеззараживалъ влагалище растворомъ сулемы 1:4000 и потомъ промывалъ слабымъ растворомъ марганцово-кислаго кали. Что-бы быть увѣреннымъ въ совершенной чистотѣ, я обнажалъ предварительно влагалище обеззараженными ложками Sims'a и вытиралъ тщательно зѣвъ и всю шейку снаружи кусками ваты, пропитанной также растворомъ сулемы вышеупомянутой крѣпости, и тогда уже промывалъ влагалище. Впослѣдствіи для растворенія слизи я сталъ предварительно промывать влагалище растворомъ соды, а потомъ слабымъ растворомъ поваренной соли, и тогда уже промывать дезинфицирующими жидкостями. Послѣднія-же 8 лѣтъ, придерживаясь въ частной практикѣ только чистой асептики, я никакихъ предварительныхъ промываній не дѣлалъ за исключеніемъ случаевъ бленноррейныхъ поражений влагалища.

Какимъ инструментомъ дѣлать разрывы? Это дѣло привычки. Я нахожу согнутыя ножницы Scanzoni, Dubois, Couper'a Barnes'a и др. болѣе удобными, чѣмъ бистури и метротомы. Лично-же предпочитаю согнутыя ножницы Barnes'a въ виду того, что онѣ раздѣлены за-

рубками въ $\frac{1}{2}$ сант. каждая, вслѣдствіе чего ими можно дѣлать разрѣзы заранѣе опредѣленной величины.

Разрѣзы я дѣлалъ въ частной практикѣ всегда подъ руководствомъ пальца, какъ и Dührssen, безъ помощи глаза, какъ совѣтуетъ это дѣлать профессоръ Феноменовъ.

Что касается длины разрѣзовъ, то мнѣ никогда не случалось доводить ихъ до самихъ сводовъ т. е. разрѣзывать всю влагалищную часть шейки. При спазмѣ зѣва длина разрѣза простирается на $\frac{1}{2}$ —1 сант., рѣдко немного больше. При анатомической ригидности пришлось только въ 3-хъ случаяхъ не довести надрѣзовъ на нѣсколько миллиметровъ (около $\frac{1}{2}$ сант.) до сводовъ. При рубцахъ и сифилитическихъ индурацияхъ глубина разрѣзовъ зависитъ отъ величины занимаемаго ими пространства. Обыкновенно ограничиваюсь четырьмя разрѣзами, образующими форму креста; предварительно дѣлаю два боковыхъ, а затѣмъ уже одинъ передій и одинъ задній. При спазмѣ въ послѣднее время ограничивался двумя боковыми.

Дѣлать-ли разрѣзы при цѣлости околоплоднаго пузыря?

Жизни плода, какъ извѣстно, при цѣлости плоднаго пузыря никакая опасность не угрожаетъ, хотя-бы первый періодъ длился продолжительное количество часовъ. Къ разрѣзамъ маточнаго зѣва, при цѣлости околоплоднаго пузыря, приходится прибѣгать лишь въ тѣхъ случаяхъ, если силы роженицы истощаются вслѣдствіе безполезныхъ усилій раскрыть крайне неподатливый зѣвъ. Кромѣ того къ упомянутымъ разрѣзамъ также прибѣгаютъ при эклампсіи, при явленіяхъ коллапса и во всѣхъ

тѣхъ, хотя и рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ жизни роженицы угрожаетъ какая либо опасность и гдѣ, слѣдовательно, является необходимость быстрее закончить роды. Ненормальная плотность плодныхъ оболочекъ и маловодіе, также, какъ извѣстно, сильно замедляютъ раскрытіе маточнаго зѣва; позднѣе сюда очень часто присоединяется и спазмъ зѣва.

Въ Одесскомъ Павловскомъ родильномъ пріютѣ мнѣ пришлось наблюдать случай, гдѣ оболочки были такъ плотны и такъ близко прилегали къ головкѣ плода, что врачъ не могъ ихъ разорвать, захвативши корнцангомъ (пришлось разрѣзать ножницами). Развился спазмъ зѣва: ванны и наркотическія ни къ чему не привели, такъ что пришлось прибѣгнуть къ разрѣзамъ маточнаго зѣва и только лишь благодаря этому оперативному вмѣшательству роды закончились силами природы. Само собою разумѣется, что къ разрѣзу приступаютъ только при такихъ условіяхъ, когда внутренній зѣвъ вполне раскрытъ — *Conditio sine qua non*. Въ тѣхъ-же случаяхъ, гдѣ, въ виду истощенія силъ роженицы выжидать болѣе невозможно, а внутренній зѣвъ еще не раскрытъ, прибѣгаю къ общепринятому теперь методу т. е. произвожу расширеніе зѣва каучуковыми расширителями.

Перехожу къ подробному изложенію различныхъ формъ ригидности шейки.

Спазматическая или судорожная ригидность зѣва.

Двадцать лѣтъ тому назадъ спазмомъ зѣва сопровождались почти все роды въ клиникахъ и родовспомогательныхъ заведеніяхъ съ повивальными школами. Это

объяснялось тѣмъ, что съ учебною цѣлью роженица почти непрерывно подвергалась внутреннему изслѣдованію. Въ мое время въ акушерской клиникѣ каждая роженица, кромѣ ординатора и дежурной акушерки, внутреннимъ путемъ изслѣдовалась еще 5-ю студентами и 5-ю ученицами 2-го курса. Изслѣдованія эти производились, обыкновенно, въ каждый изъ періодовъ родовъ, которыхъ считалось въ то время пять. Приученныя въ школѣ къ частымъ внутреннимъ изслѣдованіямъ повивальныя бабки позднѣе прибѣгали также очень часто къ этимъ изслѣдованіямъ и въ частной практикѣ.

Въ наше время, благодаря преимущественному примѣненію метода наружнаго изслѣдованія, къ внутреннему изслѣдованію прибѣгаютъ крайне рѣдко и только при крайней необходимости, почему этотъ факторъ исключается самъ собою.

У нѣкоторыхъ роженицъ уже сама конституція организма ихъ особенно предрасполагаетъ къ развитію спазма зѣва. Мѣстные аномаліи полового аппарата также иногда обуславливаютъ спазмъ зѣва. При послѣдующей головкѣ также нерѣдко наблюдается спазмъ зѣва, затрудняющій извлеченіе ея.

Роженицы, предрасположенныя къ спазму зѣва, отличаются усиленною нервною возбудимостью, свойственной, обыкновенно, малокровнымъ и истощеннымъ субъектамъ или, такъ называемымъ, субъектамъ съ нѣжнымъ сложеніемъ (*gracilis*); однако, наблюдается часто спазмъ зѣва и у полнокровныхъ съ толстою кожею.

Кромѣ того мнѣ лично довольно часто приходилось наблюдать спазмъ зѣва у роженицъ, поздно начавшихъ

пользоваться половою жизнью и у престарѣлыхъ перво-роженицъ также, но далеко не всегда, при преждевременныхъ родахъ и, къ сожалѣнію, весьма часто вслѣдствіе употребленія спорыньи во время родовъ,—средство, которымъ особенно часто злоупотребляютъ акушерки и въ настоящее время.

Что-же касается мѣстныхъ условій, очень часто влекущихъ за собою спазмъ зѣва, то здѣсь на первомъ планѣ выступаютъ суженіе таза и ранній разрывъ плоднаго пузыря. Рѣже спазмъ зѣва встрѣчается при патологическихъ пораженіяхъ шейки (язвахъ, рубцахъ, даже и не очень большихъ, особенно сифилитическаго происхожденія) и часто при, такъ называемой, анатомической ригидности. Въ этихъ двухъ послѣднихъ случаяхъ спазмъ зѣва, собственно говоря, является осложненіемъ патологической или анатомической ригидности.

При этой формѣ ригидности спазмъ развивается тогда, когда расширеніе зѣва уже началось, обыкновенно при раскрытіи на 1—1½ поперечныхъ пальца. Разрѣзъ краевъ зѣва ведетъ къ полному расширенію его, если только разрѣзы сдѣланы были въ то время, когда сохранились еще достаточно энергическія схватки. Но къ этому разрѣзу прибѣгаютъ, какъ извѣстно, только тогда, когда весь арсеналъ терапевтическихъ средствъ (ванны, души, наркотическія), имѣющихся въ распоряженіи практическаго врача, не привелъ къ желанному результату.

Весь вопросъ съ практической стороны сводится къ тому, какъ долго ждать эффекта отъ употребленія упомянутыхъ ваннъ, душей и наркотическихъ средствъ? На этотъ крайне важный вопросъ въ учебникахъ и руко-

водствахъ сколько пибудь опредѣленнаго отвѣта не находимъ.

По моимъ наблюденіямъ эффектъ при примѣненіи теплой ванны ($28-30^{\circ}/_0R$) наступаетъ быстро; такъ черезъ $\frac{1}{2}-1$ час. и рѣже $1\frac{1}{2}$ часа происходитъ полное открытіе зѣва или по крайней мѣрѣ, почти полное т. е. зѣвъ на столько раскрывается, что уже легко возможно кончить роды искусственно, если-бы явилась на то необходимость. Объ эффектѣ, получаемомъ отъ дѣйствія теплыхъ ваннъ, можно судить не прибѣгая совершенно къ внутреннему изслѣдованію, а наблюдая лишь за самыми схватками, теряющими при успѣшномъ дѣйствіи свой прежній судорожный характеръ. Если прошло $1\frac{1}{2}$ часа послѣ примѣненія ванны, а степень раскрытія зѣва осталась таже, и кромѣ того схватки, по прошествіи нѣкотораго промежутка времени, приняли, хотя это рѣдко наблюдается, снова судорожный характеръ, то можно, конечно, съ сомнительнымъ успѣхомъ повторить ту же ванну, но гораздо вѣрнѣе въ этихъ случаяхъ обратиться къ болѣе надежнымъ средствамъ, именно къ наркотическимъ. При спазмѣ зѣва часто примѣняется теплый душъ, но послѣдній дѣйствуетъ значительно слабѣе ванны и умѣстенъ лишь при уже ослабѣвшихъ родовыхъ схваткахъ,—но въ подобныхъ случаяхъ съ большей пользой примѣняется горячій душъ съ цѣлью возбудить ослабѣвшую родовую дѣятельность. Аналогично ваннамъ дѣйствуетъ хлороформъ; иногда уже 10—20 минутнаго хлороформированія достаточно для полнаго открытія зѣва. Подъ вліяніемъ хлороформеннаго наркоза роженица, обыкновенно, засыпаетъ на нѣсколько часовъ, схватки же, въ это время, не прекращаются, но рѣзко мѣняются

свой характеръ; онѣ становятся болѣе энергичными, менѣе болѣзненными, а интервалы между ними болѣе продолжительными. Надлежащее дѣйствіе отъ примѣненія хлороформа достигается лишь при достаточной наркотизаціи. Съ той-же цѣлью, съ какой приходится прибѣгать къ хлороформу, употребляется морфій.

Морфій, обыкновенно, примѣняется здѣсь въ значительныхъ дозахъ ($\frac{1}{4}-\frac{1}{3}$ gr.) 0,015—0,02 въ видѣ подкожныхъ инъекцій. Дѣйствіе морфія нѣсколько отличается отъ хлороформа, именно, схватки, хотя и теряютъ свой первоначальный спазматическій характеръ, но слабѣютъ въ силѣ, наступаютъ рѣже, а иногда совсѣмъ прекращаются. Роженица на нѣкоторое время засыпаетъ, сонъ ея длится отъ 2—4 часовъ. Послѣ сна схватки снова становятся энергичными и ведутъ къ быстрому расширенію зѣва. Если морфій не оказалъ своего надлежащаго дѣйствія, и зѣвъ подъ вліяніемъ его нѣсколько не расширился и если, спустя нѣкоторое время, возобновляется первоначальный судорожный характеръ схватокъ, то вторично прибѣгать къ морфію не слѣдуетъ, но надо немедленно приступить къ разрѣзамъ.

Иногда послѣ пробужденія роженицы отъ морфійнаго наркоза схватки не возобновляются, но спазмъ зѣва исчезаетъ. Въ подобныхъ случаяхъ я примѣнялъ безкровное ручное расширеніе зѣва; роды, конечно, при этомъ послѣ достигнутаго расширенія приходилось заканчивать искусственно, именно щипцами или поворотомъ. Съ аналогичной хлороформу и морфію цѣлью примѣняются также клизмы изъ хлораль-гидрата; обыкновенно берется 20—30—60 gr. хлораль-гидрата на клизму. Хло-

раль-гидратъ дѣйствуетъ медленно хлороформа и не всегда достигаетъ желаемой цѣли.

Спазматическое кольцо, толщина котораго приблизительно достигаетъ $\frac{1}{2}$ сант. и рѣдко нѣсколько больше, натянуто, обыкновенно, въ видѣ струны. Прежде чѣмъ разрѣзать спазматическое кольцо, должно предварительно поизслѣдовать края зѣва; въ случаѣ существованія анатомической ригидности разрѣзы должны быть значительно глубже. При экскоріаціяхъ на зѣвѣ производятся небольшіе надрѣзы. Если послѣ произведенныхъ надрѣзовъ зѣвъ вполне раскрылся, схватки появляются довольно энергично, роженица относительно не ослабѣла, то роды, обыкновенно, кончаются самопроизвольно и довольно скоро.

Въ частной, особенно не богатой практикѣ, гдѣ акушерки приглашаютъ врача очень поздно, именно, когда плодъ находится уже въ состояніи глубокой асфиксіи, и роженица сильно истощена отъ длительности родового акта, послѣ предварительнаго разрѣзыванія спазматическаго кольца, я расширяю зѣвъ далѣе рукой до возможности ввести ложки щипцовъ. По наложеніи послѣднихъ на головку, легкими потягиваніями продолжаю дальнѣйшее расширеніе зѣва, и только по достиженіи такового уже приступаю къ настоящимъ тракціямъ для извлеченія плода (*accouchement forcé*).

Не получая желаемого результата отъ примѣненія того или другого терапевтическаго мѣропріятія, обыкновенно, врачъ или повторно прибѣгаетъ къ одному и тому же средству, или замѣняетъ одно другимъ; такъ напримѣръ, если одна ванна не помогла, назначаетъ вторую,

третью, точно также поочередно переходитъ отъ хлороформа къ морфію или хлораль-гидрату. Однако опыты учить, что наркотическія, вліяя на общее ослабленіе силъ роженицы, способствуютъ еще болѣе быстрой смерти плода.

Извѣстно, что часто уже незначительныя стуженія таза вызываютъ спазмъ зѣва; роды въ такихъ случаяхъ, особенно же при общестуженныхъ тазахъ очень долго длятся, и для ихъ самопроизвольнаго окончанія нужны лишь очень энергичныя схватки и потуги, слѣдовательно, очень сильное напряженіе всего организма. Отсутствие сильныхъ потугъ или прекращеніе потужной дѣятельности вынуждаетъ насъ очень часто оканчивать роды искусственнымъ, оперативнымъ путемъ. Спрашивается слѣдуетъ-ли выжидать такого ослабленія потужной дѣятельности? Не лучше ли въ случаѣ безуспѣшнаго дѣйствія терапевтическихъ средствъ немедленно приступать къ разрѣзу спазматическаго кольца, когда схватки энергичны и мускулатура матки не ослабла, а весь организмъ роженицы въ полной силѣ? Я приступаю въ такихъ случаяхъ къ разрѣзу зѣва гораздо ранѣе, чѣмъ нѣсколько сокращаю и безъ того слишкомъ продолжительное теченіе родовъ при стуженныхъ тазахъ.

Въ прошломъ году въ частной практикѣ у роженицы, по профессіи бѣлошвейки, такъ какъ ванны не оказалось, я сдѣлалъ душъ и, не получивъ эффекта, черезъ $1\frac{1}{2}$ часа разрѣзалъ зѣвъ,—роды быстро кончились самопроизвольно. Тазъ былъ плоскій (*conjugata diagonalis 11,8*).

При спазмѣ неполнѣ раскрытаго зѣва при послѣдующей головкѣ я сталъ прибѣгать къ разрѣзамъ только

последние два года. Результаты какъ для жизни плода, такъ и для матери въ смыслѣ поврежденій (разрывовъ) матки оказались вполне удовлетворительными.

Распознаваніе спазма очень легко. Онъ обыкновенно характеризуется слишкомъ частыми не энергичными, болѣзненными схватками, почти безъ интерваловъ. При внутреннемъ изслѣдованіи опредѣляются истонченные, натянутые какъ струна, края зѣва, болѣзненно-чувствительные и на ощупь сухіе и горячіе, такъ же, какъ и влагалище, преимущественно въ верхней трети его. При наружномъ изслѣдованіи матка очень чувствительна при дотрогиваніи даже внѣ схватокъ.

Въ народномъ акушерствѣ спазмъ лѣчится банями въ Великороссіи и паромъ въ Малороссіи. Последнее производится такимъ образомъ: при стоячемъ положеніи роженицы помѣщается между широко раздвинутыми ногами ея раскаленный кирпичъ или пористый камень, который поливаютъ чистою или смѣшанною съ уксусомъ водою.

Анатомическая ригидность зѣва.

Клиническая картина при анатомической ригидности совсѣмъ иная, чѣмъ при спазматической. Эта форма ригидности свойственна немолодымъ первороженицамъ и слишкомъ молодымъ. Престарѣлый возрастъ для первороженицъ принято считать послѣ 30 лѣтъ, но, на основаніи своего опыта, я болѣе близокъ къ взгляду Börner'a, который признаетъ этотъ возрастъ начиная уже съ 28 лѣтъ. Мнѣ же лично приходилось наблюдать анатомическую ригидность уже въ возрастѣ 27 и даже 26 лѣтъ,

почему, полагаю, что 25 лѣтъ есть, собственно, предѣльный возрастъ въ этомъ отношеніи.

Не могу не упомянуть здѣсь, что у первороженицъ послѣ сорока пяти лѣтъ я не встрѣчалъ затрудненій со стороны зѣва, напротивъ, влагалищная часть въ этихъ случаяхъ на ощупь производила впечатлѣніе дряблости. Мнѣ, правда, пришлось принимать у первороженицъ этого возраста только 8 разъ. Первый періодъ у нихъ длился сравнительно не долго, но во второмъ періодѣ схватки ослабѣвали до полного прекращенія, вслѣдствіи чего у всѣхъ восьми пришлось окончить роды щипцами. У всѣхъ первороженицъ послѣродовой періодъ прошелъ нормально, только обратная инволюція матки затягивалась на довольно продолжительное время. У двухъ послѣднихъ старыхъ первороженицъ произведенное *post partum* внутреннее изслѣдованіе обнаружило глубокіе разрывы шейки матки. Одна изъ упомянутыхъ престарѣлыхъ первороженицъ, дѣвушка 48 лѣтъ, черезъ годъ снова родила и уже самопроизвольно.

Если престарѣлая первороженица хорошо упитана, притомъ не отличается особенной возбудимостью нервной системы, то схватки, вначалѣ энергичныя, съ правильными паузами, не будучи въ состояніи преодолѣть препятствіе со стороны ригиднаго зѣва, постепенно слабѣютъ, промежутки между ними дѣлаются продолжительнѣе и въ концѣ концовъ схватки совершенно прекращаются. Въ такомъ положеніи роженица остается нѣсколько часовъ, а иногда и дней. Но такого рода состояніе, особенно послѣ излитія околоплодныхъ водъ, очень пагубно дѣйствуетъ на плодъ: сердцебіеніе посте-

ленно слабѣетъ, замедляется, и затѣмъ дѣлается перемежающимся и, наконецъ, совсѣмъ прекращается.

Часто къ этому присоединяются болѣе или менѣе значительныя кровотеченія, свидѣтельствующія о преждевременной отслойкѣ дѣтскаго мѣста. Последняя, нарушая правильную циркуляцію крови, обусловливаетъ быструю смерть плода.

Весьма часто температура роженицы при этомъ повышается, колеблясь между $+38$ и $+38,6$ по С. Истеченія изъ влагалища принимаютъ сначала мутный, а позднѣе грязный видъ; околоплодныя воды, показывающіяся при усиленныхъ судорожныхъ движеніяхъ плода, мутно грязноватаго цвѣта съ примѣсью меконіума.

У субъектовъ съ усиленной возбудимостью нервной системы схватки, ослабѣвая, принимаютъ болѣзненно-спазматическій характеръ; матка уже вполне не расслабляется, и въ такихъ случаяхъ при внутреннемъ изслѣдованіи находятъ края зѣва отѣчными, въ формѣ валика, толщиной отъ $1\frac{1}{2}$ до $2\frac{1}{2}$ сант., рѣдко нѣсколько болѣе. Не рѣдко въ такихъ случаяхъ края зѣва образуютъ, какъ бы, жесткій сильно натянутый шнурокъ. Если-же при этомъ спазмъ распространяется на всю матку т. е. другими словами развивается, такъ называемый, тетанусъ матки, то разрывъ матки неизбеженъ. У старыхъ первороженицъ зѣвъ, обыкновенно, раскрывается лишь до извѣстнаго предѣла а уже далѣе расширеніе не идетъ; наиболѣе часто наблюдаемая предѣльная величина раскрытія зѣва равна двумъ поперечнымъ пальцамъ, рѣже $3-3\frac{1}{2}$. Эта форма ригидности чаще всего встрѣчается у современной немолодой первороженицы, — она то и привела Ribemont'a къ смѣшиванію спазма съ

анатомическою ригидностью зѣва. На спазмъ зѣва у старыхъ первороженицъ часто вліяетъ спорынья, въ обилии даваемая акушерками въ такихъ случаяхъ.

Наркотическія средства, въ томъ числѣ хлороформъ, при анатомической формѣ ригидности остаются безъ всякаго дѣйствія и даже вредны, такъ какъ они способствуютъ скорѣйшему прекращенію схватокъ, и тягостно дѣйствуютъ на душевное состояніе роженицъ. Dürrssen правъ, признавая такую терапію нераціональной.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда схватки крайне энергичны и принимаютъ даже тетанический характеръ, приходится прибѣгнуть къ различнымъ, хотя и палліативно дѣйствующимъ терапевтическимъ мѣропріятіямъ; изъ послѣднихъ чаще всего примѣняются теплыя ванны, души, а изъ наркотическихъ успѣшнѣе дѣйствуетъ хлороформъ.

Я наблюдалъ такіе случаи, гдѣ послѣ примѣнія ваннъ и горячихъ душей, зѣвъ понемногу раскрывался и даже доходилъ иногда до полного открытія. Въ этихъ случаяхъ, вѣроятно, атрофія эластическихъ волоконъ влагалищной части шейки, по Acconci и Dürrssen'у, была не полная, анатомическая ригидность развита была здѣсь въ слабой степени. Во всѣхъ этихъ случаяхъ присоединялся спазмъ, и при внутреннемъ изслѣдованіи палецъ находилъ вышеупомянутый валикъ. Всѣ дѣти въ этихъ случаяхъ рождались въ глубокой асфиксіи, и роды оканчивались оперативнымъ путемъ.

При болѣе тщательномъ изслѣдованіи всегда можно замѣтить, что характеръ ткани стѣнокъ влагалищной части, на ощупь круто измѣняется, а именно, толщина и твердость стѣнокъ исчезаетъ, какъ бы обрывается,

онѣ (стѣнки) дѣлаются мягкими, тонкими и податливыми. Такого рода измѣненіе характера ткани стѣнокъ влагалищной части, никогда не достигаетъ самихъ сводовъ, — въ наиболѣе же рѣзко выраженныхъ случаяхъ не доходитъ приблизительно на 5—6 миллим. до прикрѣпленія влагалища къ шейкѣ матки. Этотъ признакъ я считаю весьма важнымъ. Многіе годы, по крайней мѣрѣ, я руководствуюсь имъ для опредѣленія длины разрыва. По этому я никогда, какъ это дѣлаетъ Dührssen, не доводилъ разрывовъ до самого прикрѣпленія влагалища (до сводовъ) а только до указанного пункта, который считаю границей анатомической ригидности. Изслѣдованія Dührssen'a, указывающія на то, что атрофія эластическихъ волоконъ никогда не распространяется на всю влагалищную часть шейки, а не много не доходитъ до сводовъ, вполне подтверждаются мной и съ клинической точки зрѣнія. Фактъ этотъ, должно быть, былъ извѣстенъ старымъ французскимъ акушерамъ. Это видно изъ того, что Gardien и Baudelocque совѣтуютъ дѣлать разрывъ сообразно величинѣ протяженія ригидности, не указывая, однако, на то, чтобы непременно доводить ихъ до сводовъ.

При этой формѣ ригидности длина разрывовъ рѣдко бываетъ менѣе двухъ сантим. (конечно приблизительно). Но, если анатомическая ригидность осложняется спазмомъ, то величина отека валика и указываетъ на протяженіе анатомической ригидности, т. е. по Dührssen'у на величину атрофіи эластическихъ волоконъ влагалищной части шейки матки. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ достаточно лишь разрезать упомянутый валикъ, который, какъ я уже раньше замѣтилъ, рѣдко заходитъ за

1½—2 сант. Эта форма ригидности встрѣчается въ практикѣ и даже въ родильныхъ домахъ чаще, чѣмъ чисто анатомическая. Если разрывы сдѣланы еще тогда, когда схватки еще не ослабѣли и общія силы роженицы еще сохранились, то роды оканчиваются самопроизвольно, въ противномъ случаѣ для спасенія жизни плода, а нерѣдко и матери, приходится оканчивать роды вслѣдъ за разрывомъ искусственно, наложеніемъ щипцовъ или поворотомъ.

Нельзя не обратить вниманія на невольно возникающій вопросъ: анатомическая ригидность всегда ли одинакова въ смыслѣ полной потери сократительной способности, по Dührssen'у, полной атрофіи эластическихъ волоконъ или наблюдаются различныя степени ея? Съ клинической стороны надо признавать различныя степени, чѣмъ и объясняется тотъ фактъ, что иногда въ концѣ концовъ, зѣвъ все-таки расширяется, хотя часто поздно для плода, а отчасти и для матери. Замѣченная многими авторами частота узкихъ тазовъ у старыхъ первороженницъ, мнѣ кажется, объясняется просто тѣмъ, что дѣвушки съ разными физическими недостатками, къ числу которыхъ часто присоединяется суженіе тазовъ, если и выходятъ замужъ, то обыкновенно очень поздно, потерявъ уже надежду сдѣлать хорошую партію. Но тѣмъ-же самымъ причинамъ онѣ, и внѣ брака, вступаютъ въ сожителство также очень поздно.

У слишкомъ молодыхъ первороженницъ (15—17 лѣтъ) анатомическая ригидность встрѣчается очень часто, но рѣдко въ рѣзко выраженной формѣ. Въ случаяхъ, которые я наблюдалъ, анатомическая ригидность всегда осложнялась спазмомъ, уступавшимъ дѣйствию наркотическихъ,

причемъ, однако, схватки совсѣмъ прекращались, почему приходилось оканчивать роды искусственно, пачаще щипцами.

Патологическая ригидность.

Патологическая форма ригидности шейки матки, смотря по характеру пораженія, представляетъ много разновидностей.

Сюда относятся рубцы отъ предшествовавшихъ родовъ, рубцы и затвердѣнія съ язвами сифилитическаго характера, гипертрофія шейки, склеиваніе (*conglutinatio*), заращеніе (*atresia*) и опухоли шейки.

Старые рубцы отъ предшествовавшихъ родовъ захватываютъ, обыкновенно, лишь края зѣва, большей частью, по бокамъ его, и не препятствуютъ расширенію послѣдняго. Но если рубцы эти тянутся на значительномъ протяженіи, то, хотя и не доходили бы до сводовъ, все таки служатъ препятствіемъ къ раскрытію зѣва. Въ такихъ случаяхъ никакая другая терапія, кромѣ разрывовъ зѣва, примѣнена быть не можетъ. Длина разрывовъ должна соответствовать длинѣ рубцовъ. Если же рубцы доходятъ до сводовъ и вѣдряются, какъ это описываетъ и Dührssen, въ самый сводъ влагалища, то, производя разрывы по обѣимъ сторонамъ каждаго рубца, я изолирую ихъ, дабы они вовсе не участвовали въ актѣ расширенія зѣва. Такіе большіе рубцы иногда проникаютъ даже въ надвлагалищную часть шейки матки. Сифилитическіе рубцы гораздо шире обыкновенныхъ и часто доходятъ до самыхъ сводовъ. Сифилитическія язвы съ затвердѣніями тоже широки, неправильной формы и

доходятъ часто до сводовъ и далѣе; поэтому я обязательно сепарирую ихъ отъ здоровой ткани. Къ этому методу я сталъ прибѣгать съ тѣхъ поръ, какъ въ одномъ случаѣ въ Одесскомъ Павловскомъ родильномъ пріютѣ я сдѣлалъ разрывы почти до сводовъ, послѣ чего роды окончились самопроизвольно, — разрывы же разорвались далѣе, даже за внутренній зѣвъ. При такъ называемой гипертрофіи шейки, какъ результатѣ воспаленія ея, никогда къ разрывамъ не прибѣгалъ, ибо вполне согласенъ съ Dührssen'омъ, по мнѣнію котораго процессъ этотъ неограничивается всегда одной лишь влагалищной частью, а захватываетъ довольно часто и надвлагалищную. Здѣсь я примѣнялъ съ успѣхомъ каучуковый расширитель (маленькій колпейринтеръ нѣмецкихъ авторовъ).

Conglutinatio orificii externi (склеиваніе) я наблюдалъ только въ двухъ случаяхъ. Въ обоихъ случаяхъ зѣвъ раскрылся послѣ настойчиваго давленія на мѣсто, гдѣ былъ опредѣленъ зѣвъ. Мѣсто это, обыкновенно, распознается по нахожденію тамъ маленькаго возвышенія, въ видѣ пугувки; зѣвъ находится очень высоко, отодвинутъ сильно кзади, такъ что съ трудомъ достигается пальцемъ, при чемъ приходится еще надавливать на дно матки. Особенно интересенъ случай, который я наблюдалъ въ Московскомъ родовспомогательномъ заведеніи вначалѣ восьмидесятыхъ годовъ. Здѣсь головка плода выпятилась черезъ истонченный передній сегментъ до того, что стояла почти у выхода, и акушерка пригласила меня для наложенія щипцовъ.

Что же касается вопроса относительно заращенія зѣва во время родовъ, то я такихъ случаевъ не встрѣчалъ, хотя многіе авторы о нихъ упоминаютъ. Мнѣ

лично пришлось наблюдать случай полного заращенія зѣва внѣ беременности въ 1894 году. Это была старушка пятидесяти четырехъ лѣтъ, потерявшая регулы восемь лѣтъ тому назадъ. Въ лѣчебницу явилась она по случаю беспокоившей ее опухоли живота. Я помѣстилъ ее въ больницу Покровскаго женскаго монастыря, учрежденную Ея Императорскимъ Высочествомъ Великой Княгиней Александрой Петровной, гдѣ при болѣе точномъ изслѣдованіи діагностировалъ Наematometra вслѣдствіе заращенія зѣва. Послѣ разрѣза бистуриемъ было выпущено около восьми стакановъ кровянистой, не свертывающейся жидкости; матка тотчасъ сократилась и выступала лишь на палецъ надъ лобкомъ.

Сюда же можно бы отнести и твердые опухоли шейки, но съ таковыми я никогда при родахъ не встрѣчался.

При выпаденіи пуповины мнѣ пришлось разрѣзать зѣвъ только одинъ разъ. Я былъ приглашенъ къ роженицѣ уже въ то время, когда пульсація выпавшей пуповины была слаба. Зѣвъ раскрытъ былъ лишь на $1\frac{1}{2}$ пальца. Разрѣзавъ края зѣва почти до сводовъ, я извлекъ плодъ въ состояніи глубочайшей асфиксіи посредствомъ поворота.

При предлежаніи дѣтскаго мѣста всегда удавалось безкровное расширеніе. Разъ предлежаніе дѣтскаго мѣста совпадаетъ съ рѣзко выраженной анатомической ригидностью шейки, слѣдуетъ разрѣзать зѣвъ, не теряя времени. Это подтверждается наблюденіями авторовъ. Такъ, напримѣръ, Erdmann'омъ описаны два случая (изъ клиники Gusserow'a въ Charité) предлежанія дѣтскаго мѣста

у старыхъ первороженицъ, окончившихся смертью. На разрѣзъ маточнаго зѣва, какъ видно изъ исторіи болѣзней, не взирая на крайнее длительное теченіе родового акта (трое сутокъ), однако не рѣшились. Спазма зѣва при предлежаніи дѣтскаго мѣста я никогда не наблюдалъ.

Кровавое расширеніе зѣва при эклампсіи.

Разрѣзъ шейки производится также при эклампсіи во время родовъ. Тутъ я придерживался того-же принципа какъ при ригидности т. е. приступалъ къ разрѣзамъ лишь тогда, когда можно было еще надѣяться на самопроизвольное окончаніе родовъ; къ кровавому насильственному родоразрѣшенію обращался только при жизненныхъ показаніяхъ. Разрѣзы производилъ при глубоко́мъ хлороформномъ наркозѣ. Не стану касаться вопроса, какъ дѣйствуетъ при эклампсіи опорожненіе содержимаго матки на самые припадки, т. е. рѣже-ли наступаютъ они, ослабляется-ли ихъ энергія или и совѣмъ прекращаются. Вопросъ этотъ, какъ видно изъ статистическихъ данныхъ, еще не рѣшенъ, хотя большинство акушеровъ высказывается въ положительномъ смыслѣ.

Dührssen утверждаетъ даже, что оперативное окончаніе родовъ при эклампсіи даетъ де лучшіе результаты, чѣмъ самопроизвольные роды. Но Dührssen, какъ извѣстно, прибѣгаетъ къ оперативному окончанію родовъ только при жизненныхъ показаніяхъ т. е. когда еще возможно спасеніе плода и матери только при быстромъ окончаніи родовъ, между тѣмъ какъ самопроизвольное окончаніе родовъ во всякомъ случаѣ длится гораздо

дольше, а потому и ведетъ къ гораздо худшимъ результатамъ

Здѣсь возникаютъ три вопроса:

1. Слѣдуетъ-ли до разрѣзыванія шейки прибѣгать къ различнымъ терапевтическимъ мѣропріятіямъ, какъ то: ваннамъ, душамъ, наркотическимъ?

2. Въ какое время послѣ разрѣзовъ приступать къ искусственному оперативному окончанію родовъ т. е. когда слѣдуетъ приступить къ кровавому насильственному родоразрѣшенію?

3. Въ какихъ случаяхъ послѣ произведенныхъ разрѣзовъ слѣдуетъ предоставить окончаніе родовъ силамъ природы?

Отвѣтъ на первый предложенный вопросъ на основаніи личныхъ наблюденій сводится къ слѣдующему: отъ наркотическихъ совершенно отказаться нельзя уже потому, что дѣйствіе ихъ, хотя часто лишь палліативно, но все-таки они облегчаютъ состояніе больныхъ. Пилокарпинъ же не только бесполезенъ, но даже вреденъ, такъ какъ ведетъ къ упадку силъ, коллапсу, отъ котораго чаще всего погибаютъ экламптики. Найлучшіе результаты я наблюдалъ отъ примѣненія горячихъ ваннъ съ послѣдовательными обертываніями въ теплыя одѣяла. Къ кровоизвлеченіямъ и вприскиваніямъ физиологическаго раствора поваренной соли я прибѣгалъ только при послѣродовой формѣ эклампсіи.

Отвѣтъ мой на второй вопросъ согласуется съ Dührssen'омъ, который устанавливаетъ два показанія къ немедленному окончанію родовъ послѣ разрѣзовъ, а именно:

а) появленіе симптомовъ, указывающихъ на опасность, угрожающую жизни плода (асфиксія);

б) появленіе симптомовъ, указывающихъ на поврежденіе мозга роженицы (amaurosis). Къ сейчасть упомянутымъ двумъ я присоединяю еще и третье показаніе;

в) ослабленіе сердечной дѣятельности.

Что касается третьяго вопроса, то здѣсь мнѣ приходится повторить старинныя показанія, установленныя еще Gardien'омъ а именно:

1) если экламптические приступы сопровождають каждую схватку и роженица, въ приступовъ, не приходитъ въ сознаніе, то послѣ втораго и не далѣе третьяго пароксизма разрѣзываю края зѣва и предоставляю дальнѣйшее теченіе родовъ силамъ природы; такъ какъ дѣятельность сердца еще вполне сохранена, то роды оканчиваются благополучно. Послѣ родовъ мнѣ случалось наблюдать еще 1—3 припадковъ, но значительно слабѣе, и, повторяю, далеко не всегда.

2) Извѣстно, что при эклампсіи расширеніе зѣва не рѣдко происходитъ скорѣе обыкновеннаго, но бываетъ и наоборотъ, что каждая схватка, сопровождаемая экламптическимъ приступомъ, ведетъ не къ расширенію, а къ суженію зѣва. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ, по возможности, раньше разрѣзать спазматическое кольцо.

Подобный-же ранній разрѣзъ показуется при слѣдующихъ случаяхъ:

а) у немолодыхъ роженицъ въ виду существованія у нихъ анатомической ригидности;

b) при неправильномъ положеніи плода—поперечномъ и тазовомъ;

c) при узкихъ тазахъ у экламптичекъ.

Спрашивается, какимъ оперативнымъ приемомъ цѣлесообразнѣе и удобнѣе закончить роды при эклампсін? Я на основаніи личнаго опыта предпочитаю искусственное окончаніе родовъ щипцами, при которыхъ можно избѣгнуть поврежденія мягкихъ частей и сохранить промежность. Послѣ поворота, при извлеченіи послѣдующая головка, большей частью, задерживается вѣдствие спазма внутренняго зѣва, да и вообще эта операція длится дольше, и кромѣ того самое отыскиваніе ножки сильно раздражаетъ матку.

Въ послѣднее время вся школа Pinard'a съ успѣхомъ замѣняетъ разрѣзы расширеніемъ зѣва подѣ хлороформенною наркотизаціею съ помощью каучуковаго балона Champetier de Ribes и расширителя Tarnier. Личнаго опыта въ этомъ отношеніи я не имѣю.

Еще нѣсколько словъ по поводу разрѣзовъ шейки при родахъ. Противники разрѣза зѣва, начиная съ M-me Lachapelle и Voisin, боятся дальнѣйшаго распространія разрѣзовъ при прохожденіи головки. Velpeau, кажется, первый доказывалъ неосновательность этого предположенія. Взглядъ Velpeau раздѣляли также Gardien, Крассовскій и др. Dührssen утверждаетъ, что разрѣзы не распространяются далѣе только въ томъ случаѣ, если они доведены до влагалищныхъ сводовъ.

Böner высказываетъ слѣдующее предположеніе: если предварительно произведенные разрѣзы должны распространиться далѣе въ виду невозможности пройти головкѣ,

то условія совершенно одинаковы, будутъ-ли полные (до сводовъ) или не полные разрѣзы. Я лично присоединяюсь ко взгляду Böner'a, такъ какъ никогда не наблюдалъ дальнѣйшаго распространія разрѣзовъ.

Влагалищно-промежностный разрѣзъ Dührssen'a.

Къ глубокимъ разрѣзамъ шейки матки Dührssen, съ цѣлью ускоренія окончанія родовъ, присоединяетъ еще глубокій влагалищно-промежностный разрѣзъ, такъ какъ ригидное влагалище, по его мнѣнію, тоже служитъ трудно преодолимымъ препятствіемъ для родовъ.

Признавая вполне рациональнымъ примѣненіе оперативнаго приема Dührssen'a при рубцовыхъ суженіяхъ (какъ въ случаѣ Krukenberga), я лично никогда не наблюдалъ такой анатомической ригидности влагалища, которая требовала-бы разрѣзовъ. Никогда ни въ какомъ возрастѣ я не встрѣчалъ такого влагалища, которое было-бы лишено эластическихъ свойствъ, не способно было-бы расширяться при постепенномъ поступательномъ движеніи головки; тоже могу сказать и относительно промежности (см. Iwanoff. Dammschutz etc.).

Dührssen принужденъ былъ, по моему мнѣнію, прибѣгать къ упомянутымъ разрѣзамъ влагалища и промежности потому лишь, что производилъ свои операціи всегда *in extremis*, когда каждая минута дорога, и, слѣдовательно, не было времени думать о сохраненіи цѣлости влагалища и промежности, надо было спасти жизнь плода или матери или обоихъ вмѣстѣ.

Обыкновенно-же послѣ разрѣзовъ зѣва, когда общія силы роженицы еще сохранены, матка работаетъ энергично, сердцебиеніе плода ясно выслушивается, мягкій родовой путь и промежность, благодаря своимъ эластическимъ свойствамъ, успѣваютъ настолько подготовиться, что, при рациональномъ и умѣломъ поддерживаніи, промежность, въ большинствѣ случаевъ, удается предохранить отъ разрыва. Если же встрѣчаются поверхностныя трещины слизистой оболочки влагалища (что далеко не всегда бываетъ), то онѣ при современномъ асептическомъ веденіи родовъ заживаютъ, не оставляя никакихъ слѣдовъ.

Показаніемъ къ своимъ влагалищно-промежностнымъ разрѣзамъ Dührssen считаетъ еще вагинизмъ.

Мнѣ лично два раза приходилось принимать у женщинъ, страдавшихъ вагинизмомъ. Внутреннее изслѣдованіе у нихъ можно было произвести только подъ хлороформомъ. Обѣ роженицы изнѣженныя, нервныя, принадлежали къ высшему классу. Одна даже страдала неврастеніей. Тазъ у обѣихъ правильно развитъ.

Первая, г-жа И., 27 лѣтъ, заболѣла вагинизмомъ послѣ перваго coitus'a; забеременела отъ неожиданнаго совокупленія по возвращеніи съ бала въ состояніи опьяненія отъ шампанскаго; до этого и послѣ въ совокупленіи мужу отказывала. Роды продолжались около 23 часовъ; спазмъ зѣва уступилъ ваннамъ и хлороформу. Въ виду слабости потугъ роды окончились посредствомъ наложенія щипцовъ. Промежность уцѣлѣла. Послѣродовой періодъ прошелъ безъ реакціи. Вторые роды черезъ два года, окончились самопроизвольно и продолжались 4 часа 40 м.

Вторая, графиня Н. W. также страдала вагинизмомъ, но въ болѣе слабой степени, хотя тоже имѣла за годъ 4, всегда болѣзненныхъ coitus'a. Роды продолжались 19 часовъ, спазмъ зѣва прекратился послѣ вачны, роды окончились самопроизвольно, промежность уцѣлѣла. Послѣродовой періодъ протекъ безъ всякой реакціи.

В ы в о д ы.

1. Слишкомъ поздно произведенные разрѣзы при существованіи рѣзко выраженной ригидности шейки, не устраняютъ послѣдствій слишкомъ длительныхъ родовъ, гибельно отзывающихся какъ на матери, такъ и на плодѣ.

2. Слишкомъ продолжительное и бесполезное выжиданіе при существованіи рѣзко выраженной ригидности шейки вынуждаетъ часто въ концѣ концовъ прибѣгать къ болѣе сложнымъ и крайне тягостнымъ для роженицы оперативнымъ приемамъ. Насильственный способъ Dührssen'a есть, по нашему мнѣнію, плодъ такой выжидательной системы.

3. Разрѣзы влагалищной части матки съ современной строго-асептической точки зрѣнія — вполне безопасный оперативный приемъ.

4. Наиболѣе пригоднымъ инструментомъ для разрѣзыванія краевъ шейки — служатъ согнутыя ножницы, особенно Barnes'a.

5. При производствѣ *Hysterostomatomiae sub partu*, достаточно ограничиться 4-мя крестообразно произведенными разрѣзами, а при спазмѣ даже 2-мя боковыми.

6. Длина разрѣзовъ зависитъ отъ характера и величины протяженія ригидности.

7. Къ разрѣзамъ можно приступать только тогда, когда внутренній зѣвъ исполнѣ раскрытъ.

8. Своевременно предпринятый разрѣзъ, при энергичныхъ схваткахъ и сохраненіи общихъ силъ роженицы, въ большинствѣ случаевъ ведетъ къ болѣе быстрому окончанію родовъ.

9. Ванны, души и наркотическія при спазмѣ болѣею частью приводятъ къ расширенію зѣва, но не слѣдуетъ ждать слишкомъ долго эффекта отъ этихъ средствъ.

10. При спазматической ригидности достаточно ограничиться разрѣзомъ спазматическаго кольца, а предѣлъ разрѣза при анатомической ригидности опредѣляется величиной протяженія послѣдней.

11. Найчаще анатомическая ригидность въ концѣ концовъ осложняется спазмомъ зѣва съ образованіемъ отѣчнаго валика, который достаточно разрѣзать для достиженія полного расширенія зѣва.

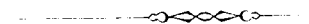
12. При патологической ригидности, зависящей отъ рубцовъ различнаго происхожденія, при значительной величинѣ протяженія послѣднихъ, слѣдуетъ производить разрѣзы такимъ образомъ, чтобы самые рубцы неучаствовали въ актѣ расширенія зѣва.

13. При эклампсіи въ настоящее время во многихъ родильныхъ учрежденіяхъ, въ клиникѣ Pinard'a, а также въ клиникахъ Московскаго и Юрьевскаго университетовъ, разрѣзы зѣва съ успѣхомъ замѣняютъ каучуковыми расширителями, такъ что къ разрѣзамъ приходится прибѣгать только тогда, когда надо дорожить уже и минутами, между тѣмъ какъ каучуковые расши-

рители требуютъ все-же не менѣе $\frac{1}{2}$ часа времени для расширенія зѣва.

14. Если разрѣзывать все ригидное кольцо, то оставшаяся цѣлою нормальная часть шейки расширяется самопроизвольно, подлежащая же часть, проходя черезъ это мѣсто, придавливаетъ разрѣзанныя части къ стѣнкамъ малаго таза, слѣдовательно разрывать ихъ далѣе не можетъ.

15. При слабости потужной дѣятельности матки, какъ первичной, такъ и вторичной—лучшее терапевтическое средство—горячіе души.



ЛИТЕРАТУРА *).

1. **Acconci.** Contributo allo Studio dell'anatomia e fisiologia dell'utero gestante e partoriente. Estratto dal giornale della regia Academia di Medicina. 1890. № 7.
2. **Ahlfeld** Geburten alter Erstgeschwängelter. Archiv f. Gynaecologie. 1872. B. IV, S. 510.
3. **Ahlfeld.** Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig, 1894.
4. **Ambroise Paré.** Oeuvres completes. Paris, 1840. Tome X, p. 712. Посмертное изданіе съ предисловіемъ Malgain'я.
5. **Aschenborn.** Geburten älteren Erstgeschwängelter. Diss. Berlin, 1874.
6. **Aschwell.** Ueber d. Incision in Fällen v. Verschliss und Rigid. des Muttermund. Neue Zeitschrift f. Geburtskunde. Bd. XIV, S. 263 (съ французскаго въ „Gug's Hosp. Rep. vol IV, 1839, p. 126).
7. **Auvard.** Traité pratique d'accouchements troisieme édition, revue et corrigée. Paris, 1894.

*) Авторы, которыми я не могъ воспользоваться въ оригиналѣ, отмѣчены мною съ указаніемъ, гдѣ цитированы.

8. **Bandl.** Archiv f. Gynaecologie. Bd. XII, S. 340 u in Freund's „Gynaecologische Klinik“ Morphologie der Gebärmutter.

9. **Bayer.** Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Gynaecologie. III.

10. **Baudelocque.** L'art des accouchemens. Paris, 1822. Dixieme édition. Tome II, p. 267. Tome I, p. 448. По-смертное издание Lerout.

11. **Barnes.** A system of obstetric. medicine and surgery, theoretical and clinical etc. London, 1885, p. 524—533.

12. **Beumer.** Geburten alter Erstgebärender. Archiv f. Gynaecologie. Bd. XXIII, S. 450. 1884.

13. **Boivin** (veuve). Mémorial de l'art des accouchemens ou principes fondés sur la pratique de l'hospice de la maternité de Paris etc. Deuxième édition. Paris, 1817.

14. **Börner.** Zur Aetiologie und Therapie der Wehenschwäche älterer primäparen. Samml. klin. Vortr. Neue Folge. № 18. 1891.

15. **Braun (Carl).** Курсъ оперативнаго акушерства. Переводъ студентовъ С.-Петербургской Медико-Хирургической Академіи подъ редакціею профессора В. Флоринскаго. С.-Петербургъ, 1865.

16. **Bouffe de Saint-Blaise** цитируется у Rilemont-Dessaignes et G. Lepage и у Valisch'a.

17. **Blanc.** Journal de médecine de Bordeaux. 1890. May 31.

18. **Cazeaux.** Traité theorique et pratique de l'art des accouchemens etc. Paris, 1856. p. 638—765.

19. **Charpentier.** Traité pratique des accouchemens. Tome second. Paris, 1883, p. 263.

20. **Charpentier.** Behandlung der Eklampsie. Centralblatt f. Gynaecologie. 1894, № 46. (Пер. изъ Nouv. arch. d'obstetr. et de Gynécol. 1893, № 2—4).

21. **Cohnstein.** Zur Kenntnis aller Erstgebärender. Archiv f. Gynaecologie. Bd. IV, S. 499. 1872.

22. **Depaul.** De l'obliteration du col de l'uterus chez la femme enceinte et de l'operation qu'elle reclame. Paris, 1860.

23. **Doléris.** Archives d'obstetrique et de gynaecologie. 1885.

24. **Dubois, prof.** Цитируется у Tarnier.

25. **Dubosc, prof.** въ Тулузѣ, цитируетъ Baudelocque и Gardien.

26. **Dührssen.** Ueber den Werth der tiefen Cervix und Scheiden-Damm-Einschnitte in der Geburtshülfe. Archiv f. Gynaecologie. Bd. 37, S. 27. 1890.

27. **Dührssen.** Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri. Archiv f. Gynaecologie. Bd. 41, S. 259. 1891.

28. **Dührssen.** Ueber Eklampsie. Bd. 42—43. H 1, S. 513—49. 1892.

29. **Dührssen** Ueber den Werth der tiefen Cervix und Scheidendamm-Einschnitte in der Geburtshülfe. Archiv f. Gynaecologie. Bd. 44, S. 413. 1893.

30. **Erdmann.** Ueber alte Erstgebärende und ihre Sterblichkeit unter den Einflusse der Antisep. Archiv f. Gynaecologie. Bd. 39, S. 53.

31. **Eckhardt.** Ueber alte Erstgebärende I. Diss. Berlin, 1886 und II Theil: Zeitschrift f. Geburtshülfe. 1887. Bd. XIV.
32. **Fehling.** Handbuch der Geburtshülfe herausgegeben von P. Muller. 1889. III Bd. S. 15.
33. **Forget.** Etude pratique et philosophique du col de la matrice. 1849.
34. **Francisco.** Lyon medical. 1887.
35. **Fritsch.** Klinik der Geburtshülflichen Operationen. Halle. 1888.
37. **Феноменовъ.** Оперативное акушерство. Лекції, читанныя студентамъ Императорскаго Казанскаго Университета. Казань, 1892. Стр. 75.
38. **Gardien.** Traité complet d'accouchemens et des maladies des filles, des femmes et des enfans. Troisième édition revue, corrigée et augmentée. Tome deuxième, p. 264—406. Paris, 1824.
39. **Gueniot** Revue obstetricale et gynécologie. 1890, Fevrier.
40. **Горецкій.** Медицинскій отчетъ по Павловскому приюту Одесскаго общества для презрѣнія младенцевъ и родильницъ за 1892.
41. **Haake.** Компендіумъ акушерство. Руководство для клиническихъ практикантовъ и врачей. Переводъ съ нѣмецкаго подъ редакцію Святловскаго. С.-Петербургъ, 1882.
42. **Hofmeier.** In Schröder. Der schwangere und kreisende uterus. Bonn, 1886.

43. **Hohl Anton, prof. in Halle.** Vorträge ueber die Geburt des Menschen. 1845, Halle. S. 150.
44. **Hecker.** Geburten bei alten Erstgebörlinden. Archiv f. Gynaecologie. 1875. Bd. VII, S. 448.
45. **Hildebrandt.** Ueber Erweiterung des äussern Muttermundes bei der Geburt durch Incisionen u. s. w. Monatschrift f. Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Februar 1864. Königsberger medicin. Jahrb. Bd. IV, Heft I, S. 178.
46. **Губаревъ проф. въ Юрьевѣ.** Ueber die Behandlung der Eklampsie. Centralblatt f. Gynaec. 1895, № 5.
47. **Ивановъ А. И** Zur Frage des Dammschutzes während des Gebäraetes. Allgemeine Wiener medizinische Zeitung. №№ 45, 46, 47. 1893.
48. **Kaltenbach.** Lehrbuch der Geburtshülfe. 1893, Stuttgart.
49. **Kehrer.** Учебникъ оперативнаго акушерства. Переводъ съ нѣмецкаго Побѣдинскаго подъ редакцію профессора Макѣева.
50. **Kleinwächter.** Einfluss des Lebensalters auf die Geburt Erstgeschwängerter. Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynaecologie. Bd. X, H. I.
51. **Крассовскій.** Оперативное акушерство. С.-Петербургъ. 1885. Стр. 313.
52. **Крассовскій.** Медицинскій отчетъ Надеждинскаго Родовспомогательнаго заведенія за 1890 годъ.
53. **Kristeller.** Die Incision des Gebärmuttermundes als Mittel zur Geburtsförderung. Monatsschrift f. Geburtskunde. Bd. X.

54. **Kocks.** Ueber die nachträgliche Diagnose der Geburtsmechanismus aus den Geburtstraumen der Mütter und ihre forensische Bedeutung. Archiv f. Gynaecologie. Bd. 43, H. I, S. 1.

55. **Krukenberg.** Ueber Dührssen's tiefe cervix und Scheiden-Domm-Einschudtte. Archiv f. Gynaecologie. Bd. 42, S. 214.

56. **Lachapelle.** Prat. des accouchem. Tome III, p. 298.

57. **Лазаревичъ.** Курсъ акушерства. 1892.

58. **Lehmann.** Цитир. Charpentier, Traité prat. des accouch. T. II, p. 257.

59. **Levret.** Observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux, avec des remarques etc. Paris, 1762. Suit. p. 60.

60. **Lugeal.** Journal de médecine de Bordeaux. 1 Mars.

61. **Marx.** American Journal of obstetries N.-York. 1893.

62. **Martin.** Geburt bei durch Knochenwucherung am Kreuzbeine und Schräg vereugtem Becken, Conglutinatio orifici uteri. Wendung extractio etc. Monatschrift f. Geburtskund. Bd. XIX, S. 251.

63. **Maygrier.** La Semaine medicale. 1890, 1 octobre.

64. **Meinard.** Archiv de tocologie. 1891, Janvier.

65. **Mickwitz.** Bemm. über d. blut. Erweit. u. Erröfnung des Mutterm.-Med. Zeit. Russl. № 47, 1844.

66. **Morgagni.** Opera omnia, tomus tertius. De sedibus et causis Morborum. Patavii, 1765. Реф. Крассовскимъ.

67. **Moscatti.** Della morbosa chiesura dell' orific dell' utero etc. amodei. Ann., vol. XI. Sept. 1819.

68. **Naegele Hermann.** Lehrbuch der Geburtshülfe. Zweiter Theil. Mainz, 1849. S. 297.

69. **Naegele juni r.** Verklebung etc. Heidelberg Ann. 1836. Bd. II, S. 188.

70. **Osiander.** Handbuch der Entbindungskunst. Zweite vermehrte Auflage. Tubingen. 1833, Bd. III, S. 26.

71. **Pajot, Prof.** Цитируетъ Tarnier и Charpentier.

72. **Pinard, prof.** Цитируетъ Ribemont-Dessaignes et Lepage и Walich.

73. **Побѣдинскій.** Матеріалы къ ученію о предлага- ній дѣтскаго мѣста въ клиническомъ отношеніи. Диссер- тація. С.-Петербургъ. 1894. Серія, № 12. Стр. 138.

74. **Porac.** Цитируетъ Walich и Dührssen.

75. **Ribemont-Dessaignes et G. Lepage.** Précis d'obsté- trique. Deuxième fascicule. Paris, 1893. p. 977—1019.

76. **Roth (physicus Dr.).** Geburtshinderniss durch Ver- klebung des äusseren Muttermundes. Monatschrift f. Ge- burtskunde. Bd. XIX, S. 144.

77. **Runge.** Mitheilungen aus der Göttinger Frauen- klinik. Archiv f. Gynaecologie. Bd. 41, S. 105.

78. **Runge.** Lehrbuch der Geburtshülfe. 1891, S. 184-320.

79. **Rumpe.** Niederkunft alter Erstgebärenden. Archiv f. Gynaecologie. 1882. Bd. XX, S. 117.

80. **Ruysch.** Цитируетъ Крассовскій.

81. **Scanzoni.** Lehrbuch der Geburtshülfe. Wien, 1867. Bd. II, S. 205—353. Bd. III, S. II.

82. **Schoeder.** Учебникъ акушерства. Переводъ Серебренникова съ 10-го изданія, обработаннаго Olshausen'омъ и Veit'емъ. С.-Петербургъ, 1889. Стр. 125.

83. **Schauta.** Очеркъ основъ оперативнаго акушерства для практикующихъ врачей и студентовъ. Переводъ Фишера подъ редакцію Славянскаго. С.-Петербургъ. 1885. Стр. 73.

84. **Schmidt.** Unvollkommene Verschlussung der Muttermundes durch fadenartiges Gewebe bei einer Gebärender. Heidelberg. klin. Annal. Bd. I, S. 537.

85. **Schmidt Carl.** Die prognose der Zangenoperationen nach den Erfahrungen an der geburtshülflichen Klinik zu Basel. Archiv f. Gynaecologie. Bd. 47, S. 33—41.

86. **Spiegelberg.** Lehrbuch der Geburtshülfe. Zweite Auflage. 1882. S. 461.

87. **Scutsch.** Ueber Incisionen und Blutungen der Cervicis uteri bei Geburt. Archiv f. Gynaecologie. Bd. XXXI. Heft III.

88. **Siebold.** Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmerkrankheiten. Zweiter Band. I Ab. Von der Krankheiten der Schwangern. S. 147. II Ab. Von der Krankheiten der Gebärenden. S. 353.

89. **Siebold.** Zur Verklebung des Muttermundes als Geburtshinderniss. Monatschrift f. Geburtskunde. Bd. XIV. S. 96.

90. **Simpson.** Clinique obstetricale et gynécologique. Tradui par Dr. Chantreul. Paris, 1874.

91. **Smellie.** Observations sur les accouchemens ou suite de la Theorie et pratique de cet art. Traduites D. M. Tome III. Paris, 1765. P. 324—359.

92. **Santiago-Veve.** Cronica medico-quirurgica de Havana. 1889. September.

93. **Steinmann.** Geburten und Vochenbett älterer Erstgebärender. Archiv f. Gynaecologie. 1884. Bd. XXII, S. 475.

94. **Strickland.** South, African medical Journal. 1889. Febr.

95. **Tarnier.** De cas dans lesquels l'extraction du fœtus est necessaire et de procedés operatoires relatif à cette extraction. P, 71. Paris, 1860.

96. **Thierry.** La Normandie medical. 1889, July.

97. **Toledo.** Thèse sur la rigidité anatomique du col. Цитируетъ Wallich.

98. **Wachs.** Monatschrift f. Geburtskunde. Bd. XXX.

99. **Watson.** Britisch. médical. Journal. 1890. 1 February.

100. **Van Zandt.** Texas Courier Record. 1890, February.

101. **Velpeau.** Traité élémentaire de l'art des accouchemens ou principes de tocologie et d'embryologie. Paris, 1829. Tome II, p. 638—855.

102. **Wigand.** Die Geburt des Menschen. Berlin, 1839. Zweite Auflage. Bd. II, S. 102; Bd. I, S. 156, 170, 205.

103. **Zweifel.** Lehrbuch der Geburtshülfe. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Stutthart, 1889. S. 359—545.

104. **Zimmermann** Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte. 1890, 1 März.

105. **Quinet**. Gazette medicale de Montréal. 1890, octobre.

106. **Wallich**. Etude sur la rigidité dite anatomique du col de l'utérus pendant le travail. Annales de Gynécologie et d'obstétrique. Tome XXXIX, p. 565.

Положенія.

1. Кровавое расширеніе зѣва во время родовъ—
выполнѣ безопасный оперативный приѣмъ.

2. Разрѣзываютъ зѣвъ только тогда, когда шейка
изглажена.

3. Своевременно предпринятый разрѣзъ при энер-
гичныхъ схваткахъ ускоряетъ окончаніе родовъ.

4. Слишкомъ продолжительное выжиданіе при рѣзко
выраженной ригидности шейки вынуждаетъ въ концѣ
концовъ прибѣгать къ болѣе сложнымъ и тяжелымъ
операціямъ. Насильственный способъ Dührssen'a есть
плодъ такой системы.

5. Слишкомъ поздно произведенное расширеніе зѣва
отзывается всегда болѣе или менѣ вредно на матери и
плодѣ.

6. Не слѣдуетъ слишкомъ долго ждать эффекта отъ
употребленія фармакологическихъ средствъ.

7. При спазматической ригидности достаточно раз-
рѣзать спазматическое кольцо; при анатомической длина
разрѣза опредѣляется величиною протяженія ригидно-

сти, каковая распознается по измѣненію консистенціи ткани.

8) Чаше всего анатомическая ригидность раньше или позже осложняется спазмомъ зѣва съ образованіемъ отека валика, разрѣзъ котораго обыкновенно ведетъ къ быстрому расширенію зѣва.

9. При паталогической ригидности, зависящей отъ рубцовъ различнаго происхожденія, при значительномъ протяженіи ихъ въ глубину и въ ширину, разрѣзами по краямъ ихъ слѣдуетъ отдѣлить отъ здоровой ткани, дабы они не принимали участія въ актѣ расширенія зѣва.

10. Только врачъ можетъ вести правильно роды, отнюдь не акушерка, которая должна быть лишь помощницею врача, какъ это уже принято въ большихъ городахъ Англіи.

Curriculum vitae.

Александръ Ивановичъ Ивановъ, сынъ Надворнаго Совѣтника, родился въ г. Кіевѣ въ 1848 году, воспитывался въ Кіевской I-ой гимназіи до 6 класса, а потомъ кончилъ Житомирскую гимназію съ золотою медалью въ 1866 году и поступилъ въ Университетъ св. Владимира, который кончилъ въ 1872 году со степенью лѣкаря. Въ 1875 году выдержалъ экзаменъ на доктора медицины въ Медико-Хирургической академіи. Съ 1873—1879 служилъ при Кронштадскомъ морскомъ госпиталѣ (3 года) и при морскомъ Калининскомъ въ С.-Петербургѣ (3 года), гдѣ завѣдывалъ 2 года акушерско-гинекологическими и терапевтическими и 2 года хирургическими палатами. Также одно время (3 мѣсяца) исправлялъ должность прозектора при Кронштадскомъ морскомъ госпиталѣ. Въ 1883 и 1884 г. работалъ, какъ врачъ экстернъ въ Московскомъ родовспомогательномъ заведеніи. Съ 1885 года практиковалъ въ Кіевѣ, принималъ 2 года гинекологическихъ больныхъ въ Подольскомъ Отдѣленіи Кіевского Общества Краснаго Креста. Съ 1892 года работалъ въ Павловскомъ родильномъ пріютѣ въ Одессѣ, занимая должность Товарища Директора; тамъ совмѣстно съ Директоромъ Горецкимъ основалъ Повивальную школу, въ которой

былъ преподавателемъ акушерства и состоялъ инспекторомъ этой школы. Въ 1894 году по смерти Директора Горещкаго былъ выбранъ Директоромъ пріюта и школы, но отказался. Съ 1894 года принимаетъ въ Лѣчебницѣ Кіевскаго женскаго Покровскаго монастыря по гинекологіи и консультируетъ при больницѣ по той же спеціальности.

Печатные труды:

1. Два случая гнойнаго воспаленія воротной вены (Медиц. Приб. Морск. Сборника).

2. Къ оперативному лѣченію плевритическихъ экссудатовъ (тамъ-же).

3. Zur Frage des Dammschutzes während des Gebäractes. Allgemeine Wiener medezinische Zeitung 1893 г. № 45, 46, 47.

4. Versuch einer Durchspülung während der Nachgeburstperiode mit schwachen Kochsalzlösungen. Centralblatt für Gynaecologie 1893 г. № 52.

ОПЕЧАТКИ.

СТРАНИЦА:	СТРОКА СВЕРХУ:	НАПЕЧАТАНО:	ДОЛЖНО БЫТЬ:
19	30	тепल्या	теплые
22	20	разрывами	надрывами
81	15	orificiu	orificii
98	15	Lugeal	Lugeol
