

W. Liepmann,

приватъ-доцентъ акушерства и гинекологіи Берлинскаго университета.

АКУШЕРСКІЙ СЕМИНАРІЙ.

ПРАКТИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

въ 18 лекціяхъ.

ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВЪ.

Съ 212 рисунками.

Переводъ съ нѣмецкаго д ра **М. Проскуряковой.**

(Dr. Wilhelm Liepmann. Das Geburtshilfliche Seminar. Praktische Geburtshilfe in achtzehn Vorlesungen mit 212 Konurzeichnungen für Aerzte und Studierende. Berlin 1910).



С. ПЕТЕРБУРГЪ

Издательство «Практическая Медицина» (В. С. Эттингеръ).

Ө. В. Эттингеръ.

Большой Сампсоньевскій просп., 61.

1912.

akusher-lib.ru

Предисловіе.

Настоящая книга является попыткой распространения среди болѣе широкихъ круговъ той системы преподаванія, которой пользуется въ Дрезденѣ тайный совѣтникъ Leopold. «Семинарій по акушерству» въ томъ видѣ, въ какомъ онъ здѣсь изложенъ, уже въ продолженіе цѣлаго ряда лѣтъ оказывался наилучшимъ методомъ преподаванія акушерства во время чтенія моихъ курсовъ для врачей и моихъ лекцій. Съ цѣлью придать этому способу преподаванія возможно болѣе живую форму отдѣльныя лекціи распределены въ полномъ соответствіи съ дѣйствительностью.

Въ такомъ видѣ книга эта, не являясь ни исчерпывающимъ учебникомъ, ни «Vademecum», должна служить развитію способности къ рѣшительнымъ акушерскимъ мѣропріятіямъ.

Соответствующей лекціи предпосылается отдѣльный случай; такимъ образомъ читатель можетъ его продумать и, взвѣсивъ самостоятельно все показанія, придти къ окончательному практическому выводу. Ни въ одной изъ отраслей медицины нельзя дѣйствовать шаблонно: болѣе всего это долженъ помнить акушеръ. За быстрымъ и рѣшительнымъ составленіемъ плана дѣйствій, примѣнительно къ данному случаю, слѣдуютъ его распоряженія. Прежде всего онъ долженъ самъ составить себѣ собственное ясное мнѣніе, а затѣмъ уже совѣтоваться съ учителемъ относительно способовъ наилучшихъ терапевтическихъ вмѣшательствъ.

Ради сохраненія цѣльности плана, я прибавилъ къ отдѣльнымъ задачамъ отвѣты слушателей. Только такимъ образомъ мнѣ удалось коснуться всего того, что придаетъ живость моимъ лекціямъ: самостоятельное сотрудничество слушателей является залогомъ удачнаго преподаванія.

Какъ долготѣнній ассистентъ и ученикъ Wimm'a, я, понятно, прежде всего слѣдовалъ его воззрѣніямъ. Я избѣгалъ по возможности вопросовъ этиологіи, чтобы отнюдь не придать книгѣ отпечатка учебника. Особенное вниманіе я удѣлилъ малому акушерству, обращая вниманіе на все техническіе приемы, часто столь простые въ глазахъ опытнаго врача, но далеко не легкіе для начинающаго. Изъ методовъ, обычно только вкратцѣ или вовсе не упоминаемыхъ, я привелъ только тѣ, которые мнѣ оказывали дѣйствительныя услуги. Описаніе методовъ расширенія (см. предметный указатель) занимаетъ обширный отдѣлъ. Однако эти методы сдѣлаются лишь тогда общимъ достояніемъ врачей, когда искусственное

расширеніе, какъ правило, будетъ пзучаться на фантомахъ. Комбинированный ручной приѣмъ для экстракціи небольшихъ плодовъ и анэнцефаловъ является, кажется, новымъ.

Особенное вниманіе удѣлено примѣненію жгута *Momburg'a*, который будетъ имѣть значеніе именно для практическаго врача. Хорошіе результаты дало мнѣ введеніе метрейринтера при *hydranion* въ моментъ искусственнаго прорыва пузыря, съ цѣлью воспрепятствованія слишкомъ быстрому истеченію околоплодной жидкости. Методъ экстракціи по *A. Mueller'y*, его выводы и недостатки также описаны подробно. Я отвелъ также много мѣста описанію родовъ при узкомъ тазѣ¹⁾. Здѣсь неоднократно указывалось на то, что не механическое опредѣленіе *conjugata vera*, а несоотвѣтствіе между дѣтской головкой и материнскимъ тазомъ является рѣшающимъ моментомъ. Подробное описаніе гебостеотоміи въ частномъ домѣ съ достаточной ленью указываетъ врачу невозможность введенія этой операціи въ частную практику. Я коснулся также новыхъ видовъ кесарскаго сѣченія.

Точное опредѣленіе глубины стоянія головки имѣетъ существенное значеніе при разборѣ отдѣльнаго случая: сюда относится таблица въ видѣ общаго обзора на стр. 56—57, которая наравнѣ съ сагиттальнымъ разрѣзомъ всюду показываетъ результатъ ручного изслѣдованія. Я счелъ необходимымъ упомянуть о высокомъ прямомъ стояннн головки (*positio occipitalis sacralis aut pubica*), такъ какъ считаю его болѣе частой аномаліей положенія, чѣмъ, напр., лобное положеніе.

Подробное описаніе терапіи выкидыша казалось мнѣ болѣе важнымъ. Помятуя, что наши ошибки являются для насъ наилучшимъ урокомъ, я никогда не упустилъ случая подчеркнуть ихъ и картинно представить тамъ, гдѣ этого требовало дѣло. Къ этому относится рубрика «поврежденія матери» и «поврежденія ребенка» во время родовъ. Далѣе я счелъ необходимымъ привести детальное описаніе помѣщенія, въ которомъ живетъ пролетарій, совѣты относительно отдѣленія жилыхъ комнатъ и цѣлый рядъ простыхъ, но безусловно достойныхъ упоминанія, техническихъ приѣмовъ, какъ, напр., «контроль полотенецъ».

Рѣдкіе случаи въ лекціи XV приводятся лишь съ той цѣлью, чтобы доказать, что хорошо образованный акушеръ, проникнутый духомъ акушерства, можетъ и съ ними справиться.

Въ первыхъ главахъ разбирается всегда только одна задача, въ позднѣйшихъ, особенно въ лекціяхъ о тазовыхъ положеніяхъ (л. X), о перегибахъ плода (XI), объ эклампсіи (XII), *placenta praevia* (XIII) и выпаденія пуповины (XIV) я именно сопоставленіемъ параллельныхъ случаевъ хотѣлъ показать, насколько каждый отдѣльный случай долженъ быть продуманъ, насколько терапія можетъ быть различна въ однихъ и тѣхъ же случаяхъ аномаліи.

¹⁾ Общій обзоръ случаевъ узкаго таза, распределенныхъ по длинѣ конъюгаты, приложенъ въ концѣ оглавленія.

При обсужденіи «лихорадки во время родовъ» ¹⁾ слѣдовало бы обращать большее вниманіе на «infectio cohabitationis».

Какъ во время лекцій, такъ и въ этой книгѣ я пользовался лишь случаями, лично проведенными. Годы, проведенные въ качествѣ практиканта у Gusserow'a, дали мнѣ весьма значительный матеріалъ въ видѣ записей; мнѣ стоило не мало труда разобрать и сдѣлать цѣлесообразный выборъ этого матеріала. Я по возможности избѣгалъ клиническихъ случаевъ, ибо практическій врачъ, для котораго прежде всего написана эта книга, лишень комфорта клиники. Оставались поэтому главнымъ образомъ случаи изъ поликлиники и частной практикн.

Даю ли я читателю на этихъ страницахъ дѣйствительно «практическое акушерство», я предоставляю судить моимъ коллегамъ.

Какъ отдѣльные случаи, такъ и эскизы моихъ рисунковъ относятся ко времени моей прежней акушерской дѣятельности по сегодняшній день. Акушеръ, желающій учить другихъ, долженъ умѣть рисовать. И въ этомъ отношеніи я не могъ себѣ представить лучшаго учителя, чѣмъ мой глубокоуважаемый прежній шефъ проф. Витт.

Я уже давно стремился учить путемъ наивозможно болѣе простыхъ рисунковъ. Выполненіе этого плана было бы для меня невозможнымъ, если бы я не имѣлъ въ лицѣ художницы L. Krause неутомимой сотрудницы. Всѣ наброски, за исключеніемъ немногочисленныхъ эскизовъ, сдѣланы съ натуры или съ гипсовыхъ моделей, любезно предоставленныхъ мнѣ медицинской фирмой А. Т. Будущее покажетъ, насколько мы достигли ясности и пластичности изображенія нашими набросками при ихъ наибольшей простотѣ.

Изданіе этой книги оказалось бы невозможнымъ, если бы мой глубокоуважаемый учитель проф. Витт не разрѣшилъ мнѣ воспользоваться еще и случаями изъ поликлиники королевской Charité. Пользуюсь случаемъ высказать ему здѣсь мою искреннюю благодарность за это разрѣшеніе и за семь лѣтъ, проведенные у него въ качествѣ ассистента.

Цѣлесообразное распредѣленіе богатаго матеріала представляло особенныя трудности въ виду желанія сохранить въ этой книгѣ характеръ «Акушерскаго семинарія». Надѣюсь, что обзоры въ видѣ таблицъ, подробное оглавленіе и точный предметный указатель слѣлаютъ практическое пользованіе этой книгой достаточно удобнымъ.

Однако «Акушерскій семинарій» въ отдѣльности такъ же, какъ и клиническое преподаваніе и вилучшій учебникъ, не можетъ дать намъ дѣльныхъ акушеровъ. Курсы на фантомахъ должны научить ихъ необходимымъ техническимъ приемамъ. Но всякій учитель-акушеръ согласится съ тѣмъ, что ученіе на фантомахъ страдаетъ еще большими недостатками. Прибавленіе къ этой книгѣ имѣетъ цѣлью указать путь, который по моему ведетъ къ исправленію этихъ недостатковъ. Приведенные

¹⁾ Родовой лихорадки.

въ томъ же прибавленіи подробные образцы нѣкоторыхъ семинарскихъ задачъ должны показать необходимость упражненій въ формѣ семинарій.

Искреннюю благодарность я высказываю книгоиздательству August Hirschwald, которое, выказавъ вѣрное пониманіе желаемой цѣли, согласилось на всякія жертвы. Выполненіе рисунковъ взяла на себя мастерская Meisenbach, Riffark и С^о. Ея имя говорить за себя. Моему дорогому другу Albrecht Mayer-Seiler въ Гонзелѣ я приношу сердечную благодарность за различные совѣты.

Лично я хорошо сознаю, что многое въ этой книгѣ потребуетъ исправленія или дополненія; поэтому всѣ совѣты моихъ коллегъ будутъ мною приняты съ благодарностью.

Берлинъ, сентябрь 1909 г.

W. Liepmann.

Оглавление.

Лекція I.

- Вступленіе: Цѣль и сущность „акушерскаго семинарія“ Стр. 1— 13
- Случай 1. Роды при узкомъ тазѣ. Conj. ext. 17 стм. Первородящая. Какое показаніе къ вмѣшательству? О продолжительныхъ родахъ. О преждевременномъ разрывѣ пузыря. Плоско-рахитической тазѣ. Не одни размѣры таза являются рѣшающимъ моментомъ, а соотношеніе величины дѣтской головки и материнскаго таза. Какъ мы судимъ объ этомъ отношеніи? Механизмъ родовъ при плоскомъ тазѣ. Щипцы при узкомъ тазѣ.

Лекція II.

- Случай 2. Роды при узкомъ тазѣ. Conj. vera 8,5 — 9 стм. Отклонившееся черепное положеніе. Многородящая 14— 32
- Положеніе роженицы при отклонившемся черепномъ положеніи. Профилактической поворотъ и поворотъ вообще. Дѣйствіе «предохранительнаго баллона». Положеніе и дезинфекція роженицы, введеніе баллона во влагалище. Выведеніе головки при экстракціи является самымъ труднымъ моментомъ въ случаяхъ съ узкимъ тазомъ. Правильное и неправильное выполненіе способа Martin-Wiegand-Winkel'я. Освѣщеніе операціоннаго поля въ частномъ домѣ. Правильный выборъ мѣста для операціи въ частномъ домѣ. Удобная печка («Schnellofen») для быстрого согрѣванія неотопленныхъ, но удобныхъ для производства операцій помѣщеній. Приготовленіе необходимыхъ инструментовъ. Составленіе акушерскаго набора. Необходимые инструменты въ нашемъ специальномъ случаѣ. Фиксація роженицы помощниками или ногодержателемъ. О наркозѣ роженицы. Быстрое отдѣленіе пуповины зажимными пинцетами Koesher'a. Контроль надъ кровотеченіемъ при помощи полотенца.

Лекція III.

- Случай 3. Нормальный тазъ. Большой ребенокъ. Отклонившееся черепное положеніе. Многородящая 33— 39
- Опредѣленіе размѣровъ ребенка. Расширеніе шейки посредствомъ метрейринтера, техническія детали. Пражскій способъ (см. рисунокъ).

Лекція IV.

- Случай 4. Плоско-рахитической тазѣ. Conj. vera 8,5 стм. Передне-теменное вставленіе головки. Многородящая 40— 49
- Описаніе гебостеотоміи въ частномъ домѣ: обстановка. Приготовленія. Инструментарій. Техника операціи. Внезапное осложненіе: послѣдъ не отдѣляется. Не placenta accreta, a retentio placentaе въ мѣстѣ отхожденія одной изъ трубъ. Когда слѣдуетъ производить гебостеотомію?

Лекція V.

- Случай 5. Обще- и равномерно-суженный тазъ. Conj. vera 9 стм. Правильныя отношенія между дѣтской головкой и тазомъ. Многородящая 50— 69
- Сравненіе этого случая со случаемъ 4. Щипцы послѣ наступленія конфигураціи головки. Тазовыя плоскости Hodge. Точное

опредѣленіе стоянія головки въ тазовомъ пространствѣ. Чего слѣдуетъ избѣгать при всякой операциі наложенія щипцовъ. Глубокое поперечное стояніе головки. Высокое прямое стояніе ея. Направленіе тракціи щипцовъ. Щипцы съ осевой тракціей *Tagnier* и простые щипцы *Naegeli*. Защита промежности при нормальномъ родоразрѣшеніи и при родахъ со щипцами. Приготовленія къ извлеченію щипцами.

Лекція VI.

Случай 6. Плоско-рахитическій тазъ. *Conj. vera* $5\frac{3}{4}$ —6 стм. Много-родящая. 70—88

Различные виды кесарскаго сѣченія. Выполненіе классическаго кесарскаго сѣченія и стерилизаціи трубъ. Опасности стараго классическаго кесарскаго сѣченія. Операция *Рого*. Анатомическія отношенія брюшины въ концѣ беременности. Фасціальныи поперечный разрѣзъ *Pfannenstiel*'я. Экстраперитонеальное цервикальное кесарское сѣченіе по *Latzko* и по *Sellheim*'у. Преимущества этого вѣбрюшиннаго метода. Обѣ операциі, однако, слишкомъ сложны для практическаго врача. Болѣе простой внутробрюшинный методъ *Frank'a* и *Veit'a*. Влагалищное кесарское сѣченіе *Dührssen'a* и *Hysterotomia anterior* по *Bumby*. Выполненіе ихъ. Комбинированныи методъ *Dührssen-Solms'a*: *Kolpo-Laparohysterotomia*.

Лекція VII.

Случай 7. Плоско-рахитическій тазъ. *Conj. vera* $8\frac{1}{2}$ стм. Задне-теменное вставленіе головки. Многородящая 89—107

Угрожающій разрывъ матки. Опасность поворота при немъ. Попытки наложенія щипцовъ при узкомъ тазѣ и задне-теменномъ вставленіи. «*La perforation d'un enfant vivant à vécu*». Возможно ли здѣсь кесарское сѣченіе? Перевозка роженицы въ каретѣ скорой медицинской помощи. Перфорация. Описаніе ея производства и инструментарія. Хорошая фиксація головки, какъ важнѣйшее условіе. Соскальзываніе перфоратора. Совѣты относительно извлеченія краниокластомъ. Попытка наложенія щипцовъ безъ надлежащихъ показаній; при этомъ превращеніе передне-теменнаго предлежанія въ лицевое. Соскальзываніе краниокласта.

Случай 8. Просто-рахитическій тазъ. *Conj. vera* 9,5 стм. Первородящая. Задне-теменное вставленіе.

Сравненіе случаевъ 7 и 8. Установа показаній у первородящихъ. Отхожденіе меконія при черепныхъ положеніяхъ. Плохое сердцебеніе ребенка какъ показаніе. Опасности задне-теменнаго вставленія. Терапія его и происхожденіе. Разница между передне- и задне-теменнымъ вставленіемъ. Таблица наиболѣе употребительныхъ ручныхъ приѣмовъ и ихъ примѣненіе.

Лекція VIII.

Случай 9. Косо-суженный тазъ. Многородящая 108—119

Происхожденіе косо-суженнаго таза. Вставленіе головки въ широкой и узкой частяхъ таза. Профилактическій поворотъ. Какіе вопросы необходимо рѣшить передъ выполненіемъ поворота? Способъ *Martin-Wiegand-Winckel*'я.

Случай 10. Кифотическій воронкообразный тазъ. Первородящая.

Происхожденіе воронкообразнаго таза. Сравненіе съ нормальнымъ и рахитическимъ тазами. Распознаваніе воронкообразнаго таза. Измѣреніе тазоваго выхода. Терапія при воронкообразномъ тазѣ.

Лекція IX.

Случай 11. Плоско-рахитическій тазъ. *Conj. vera* 8—8,5. Поперечное положеніе. Многородящая. 120—138

Врачъ въ случаяхъ съ плоско-рахитическимъ тазомъ и отклонившимся черепнымъ положеніемъ производитъ проколъ (искусственный разрывъ) пузыря. Образуется поперечное положеніе.

Опасности поворота. Распознавание поперечного положения. Значение глубокого наркоза при технически трудных поворотах. Поворотъ въ положеніи на боку. Оживленіе новорожденного. Вдавление на теменной кости. Кровотеченіе передъ выдѣленіемъ послѣда. Способъ Credé. Осмотръ послѣда. Кровотеченіе послѣ expressio placentae. Жгутъ Mott и r'g'a. Давящая повязка Frith's ch'a. Тампонада влагалища. Бимануальный способъ прижатія.

Случай 12. Запущенное поперечное положеніе при вялыхъ брюшныхъ покровахъ. Многородящая.

Tetania uteri. Трудный діагнозъ. Вялые брюшные покровы и hydramnion, какъ причины поперечнаго положенія. Что понимать подъ запущеннымъ поперечнымъ положеніемъ? Механизмъ самоизворота. Самопроизвольный поворотъ. Декапитация крѣчкомъ Braun'a. Рахитомъ Küstner'a. Роды conduplicato corpore.

Лекція X.

Случай 13. Неполное ягодичное положеніе. Повышеніе температуры во время родовъ (t° 38,6, пульсъ 124). Первородящая 139—165

Какъ относиться къ тазовымъ предлежаніямъ вообще? О низведении ножки при ягодичныхъ положеніяхъ. Примѣръ трудности родоразрѣшенія при ягодичныхъ положеніяхъ и аномаліяхъ таза. Чему насъ учить этотъ неправильно проведенный случай? Тупой крючокъ, его примѣненіе и опасности. Петля для извлеченія. Извлеченіе по А. Мейеру. Ягодичныя предлежанія должны проводиться строго выжидательно.

Случай 14. Нудгоcephalus при положеніи тазовымъ концомъ. Много-родящая.

Когда для рожденія послѣдующей головки имѣются препятствія, слѣдуетъ прежде всего отыскать ихъ причину. Примѣръ неправильно-проведеннаго случая при hydrocephalus. Роды: отрѣзаніе туловища ребенка: внѣбрюшинный разрывъ матки. Перфорация послѣдующей гидроцефалической головки.

Случай 15. Ножное положеніе. Выпаденіе пуповины. Многородящая.

Разница въ прогнозѣ и терапіи выпаденія пуповины при положеніяхъ тазовымъ концомъ и черепныхъ положеніяхъ. Извлеченіе при нерасширенномъ маточномъ зѣвѣ служитъ причиной смерти ребенка. Перфорация послѣдующей головки. Влагалитное кесарское сѣченіе при выпаденіи пуповины. Мѣры предосторожности при форсированномъ извлеченіи. Шовъ цервикальныхъ разрывовъ. Профилактическое примѣненіе жгута Mott и r'g'a. Метрейризы при выпаденіи пуповины. Смертельный исходъ въ случаѣ тазового предлежанія, проведенномъ безъ надлежащихъ показаній (ср. образцовый примѣръ 3 въ приложеніи, стр. 331). Подслизистая міома, какъ препятствіе къ родоразрѣшенію. Плохо проведенный случай поперечнаго положенія.

Лекція XI.

Случай 16. Лицевое предлежаніе. Плоско-рахитическій тазъ. Conj. vera 10 стм. Многородящая 166—187

О положеніяхъ въ разгибаніи вообще. Опредѣленіе лицеваго предлежанія, терапія его. Поворотъ. Способъ Thob'n'a. Выпаденіе пуповины при выполненіи приѣма Thobn'a. Попытка произвести поворотъ при наличности контракціоннаго кольца. Перфорация умершаго ребенка. Подобный случай Thies'a.

Случай 17. Лицевое предлежаніе при обще-сѣуженномъ тазѣ. Первородящая.

Случай 18. Лицевое предлежаніе; нормальный тазъ. Многородящая.

Терапія въ случаѣ 17. Почему не поворотъ? Самопроизвольные роды. Происхожденіе тяжелыхъ разрывовъ промежности при положеніяхъ въ разгибаніи. Механизмъ выхода головки при положеніяхъ въ разгибаніи. Таблица. Щипцы при такихъ положеніяхъ. Лицевое предлежаніе: «подбородокъ сзади».

Терапія въ случаѣ 18. Поворотъ при лицевомъ предлежаніи. Положительныя и отрицательныя стороны Пражскаго способа.

Общій обзоръ нашихъ терапевтическихъ мѣропріятій при лицевыхъ предлежаніяхъ.

Случай 19. Лобное предлежаніе. Нормальный тазъ. Первородящая.

Лобное предлежаніе есть одно изъ самыхъ тяжелыхъ явленій въ акушерствѣ. Неудавшіеся щипцы при нераспознанныхъ лобныхъ предлежаніяхъ. Успѣшное примѣненіе способа *Thomp'a*.

Терапія въ нашемъ случаѣ. Сперва выжидательное положеніе. Угрожающій разрывъ матки, какъ показаніе къ вмѣшательству. Глубокой наркозъ.

Лекція XII.

Дифференціальный діагнозъ эклампсін, истеріи и эпилепсін. Продромальные симптомы эклампсін. Быстрое родоразрѣшеніе является лучшей терапіей эклампсін

188—214

Случай 20. Эклампсія въ концѣ беременности. Первородящая. Цервикальный каналъ.

Случай 21. Эклампсія во время беременности. Первородящая. Цервикальный каналъ закрытъ.

Случай 22. Эклампсія. Первородящая. *Portio* сглажена, маточный зѣвъ открытъ на величину монеты въ 2 марки.

Случай 23. Эклампсія. Немолодая первородящая. Передне-теменное вставленіе. Плоско-рахитическій тазъ (*Conj. vera 7^{1/2}—8*). Шейка длиною въ фалангу пальца, пропускаетъ 3 пальца.

Случай 24. Эклампсія. Первородящая. Шейка цѣла, пропускаетъ 2 пальца, длиной съ палець.

Случай 25. Эклампсія. Первородящая. Лицо на тазовомъ днѣ. Подбродокъ обращенъ впередъ.

Случай 26. Эклампсія. Первородящая. Неполное ягодичное предлежаніе.

Случай 27. Эклампсія. Многородящая. Задне-теменное вставленіе.

Смѣшеніе продромальныхъ симптомовъ эклампсін и истеріи. Исслѣдованіе мочи въ частномъ домѣ. Предохраненіе языка отъ пораненій. Морфій и хлораль-гидратъ. Перевозка экламптическихъ. *Hysterotomia vaginalis anterior* въ частномъ домѣ.

Терапія случаевъ 20 и 21 въ рукахъ практическаго врача вдали отъ клиники. Наркозъ при операціяхъ на экламптическихъ. Дезинфекція роженицы передъ болѣе значительными вмѣшательствами. Доступъ къ шейкѣ помощью зеркалъ, держаніе пулевыхъ щипцовъ, фиксирующихъ переднюю губу (ср. упражненіе на фантомѣ, стр. 324). Дилатация расширителями *Hegar'a*. Введеніе метрейринтера. Упражненія на фантомѣ. При введеніи метрейринтера слѣдуетъ по возможности беречь цѣлость пузыря. Надрѣзы *Dührssen'a* на ригидной шейкѣ надъ введеннымъ метрейринтеромъ. Влажно-промежностный разрѣзъ *Dührssen'a*. Поворотъ и извлеченіе. Перфорация послѣдующей головки при отсутствіи надежды на живого ребенка. Ламинаріи и проколъ пузыря—слишкомъ медленный способъ. Классическое кесарское сѣченіе.

Терапія въ случаѣ 22. Расширеніе пальцами. Надрѣзы шейки надъ щипцами. Метрейризмъ при глубоко стоящей головкѣ. Металлическій расширитель *Bossi* нельзя рекомендовать практическому врачу. Опытъ, демонстративно показывающій преимущества метрейриза передъ расширеніемъ по *Bossi*. Поврежденія отъ расширителя *Bossi*.

Терапія въ случаѣ 23. Кесарское сѣченіе по *Latzko*. Гебостеотомія здѣсь не рекомендуется. Въ частной практикѣ: метрейризмъ, поворотъ и перфорация послѣдующей головки.

Терапія въ случаѣ 24. Метрейризмъ, поворотъ и извлеченіе.

Терапія въ случаѣ 25. Защита промежности при лицевыхъ предлежаніяхъ. Наложеніе щипцовъ. Прекращеніе атоніи промываніями алкоголемъ. *Venaesectio*.

Терапія въ случаѣ 26. Извлеченіе тупымъ крючкомъ въ случаѣ смерти ребенка. Начало эклампсін послѣ смерти плода.

Терапія въ случаѣ 27. Рѣдкій случай эклампсін у многородящей. Попытка наложить щипцы при задне-теменномъ вставленіи.

Способъ г-жи Siegemund, его опасности.

Лечение экламптических послѣ родоразрѣшенія (таблица). Кровопусканіе и солевья вливанія. Искусственное дыханіе по Silvester. Массажъ сердца.

Терапія при угрожающей эклампсіи, — при nephritis gravidarum, chorea, hysteria и epilepsy.

Лекція XIII.

Общій симптомъ слѣдующихъ случаевъ — кровотеченіе. 215—239

Случай 28. Placenta praevia partialis. Шейка длиной въ 2 пальцевыя фаланги, пропускаетъ 2 пальца. Умѣренное кровотеченіе. Много-родящая.

Случай 29. Placenta praevia. Зѣвъ закрытъ, умѣренное кровотеченіе. Многородящая.

Случай 30. Placenta praevia totalis. Поперечное положеніе. Маточный зѣвъ открытъ на величину монеты въ 2 марки. Многородящая.

Случай 31. Placenta praevia totalis. Первородящая. Преждевременные роды. Шейка длиной въ пальцевую фалангу, пропускаетъ 2 пальца.

Случай 32. Placenta praevia partialis. Выпаденіе ножки при черепномъ предлежаніи. Многородящая.

Клиника и частная практика. Общія руководящія взгляды въ терапіи. Placenta praevia. Разрывы шейки грозятъ опасностью для жизни. 4 вопроса передъ всякимъ терапевтическимъ вмѣшательствомъ по поводу placenta praevia.

Терапія въ случаѣ 28. Сужденіе о степени анеміи. Простѣйшимъ терапевтическимъ мѣропріятіемъ является проколъ пузыря. Выполненіе. Недопустимо покинуть больную съ placenta praevia. Легкіе случаи можно окончить всякимъ способомъ. Поворотъ по Вгахтон-Никс'у. Его выполненіе для начинающаго труднѣе, чѣмъ метрейризь. Разрывъ шейки при неправильномъ выполненіи этого поворота. „Ручное отдѣленіе послѣда“ при неправильномъ выполненіи его. „Сдѣлай поворотъ, но не извлекай“ (Fehling).

Терапія въ случаѣ 29. Непригодность въ данномъ случаѣ расширителей Негар'а. Тампонація влагалища или кольпейринтеръ. Симптомы „преждевременнаго отдѣленія послѣда“. Техника метрейриза. Поворотъ цѣлой рукой. Извлеченіе по Müller'у. Способъ Veit-Smellie, живой ребенокъ.

Терапія въ случаѣ 30. Поперечное положеніе и placenta praevia. Поворотъ по Вгахтон-Никс'у, при этомъ отдѣленіе послѣда. Перфорация послѣда пулевыми щипцами. Нагрузка. Легкая агонія, прекращенная давящей повязкой Fritsch'a и тампонадой влагалища. Проколъ пузыря при placenta praevia и поперечномъ положеніи безуспѣшенъ. Наружный поворотъ слѣдуетъ рекомендовать.

Терапія въ случаѣ 31. Рѣдкость placenta praevia у первородящихъ. Проведеніе ножки при помощи пулевыхъ щипцовъ.

Терапія въ случаѣ 32. Извлеченіе по Müller'у. Способъ Martin-Wiegand-Winkel'я. Этотъ способъ родоразрѣшенія нельзя рекомендовать начинающему.

Борьба съ тяжелой анеміей при placenta praevia. Аутотрансфузія въ комбинаціи съ жгутомъ Мотбург'а.

Случай 33. Placenta praevia или карцинома?

Дифференціальныи діагнозъ карциномы, placenta praevia и Апенсрhalus. Карциноматозную роженицу слѣдуетъ направить въ клинику. Клиническіе способы въ этихъ случаяхъ.

Случай 34. Преждевременное отдѣленіе послѣда.

Терапія.

Лекція XIV.

Случай 35. Выпаденіе пуповины при черепномъ предлежаніи Первородящая. Открытіе зѣва на величину въ 5 марокъ 240—258

Случай 36. Выпаденіе пуповины при черепномъ предлежаніи. Много-родящая. Маточный зѣвъ съ ладонь. Плоско-рахитическій тазъ. Copjugata vera 9¹/₂ стм.

Случай 37. Выпадение ручки и пуповины при отклонившемся черепном предлежании. Многоплодная. Почти полное открытие зѣва.

Причина выпаденій пуповины. Опаснѣ всего выпаденіе пуповины при черепныхъ предлежаніяхъ.

Терапія въ случаѣ 35. Профилактика выпаденія пуповины. Неправильное вмѣшательство. У первородящихъ и при небольшомъ раскрытіи зѣва рекомендуется вправленіе пуповины въ колѣнно-локтевомъ положеніи. Рука лучше всѣхъ проводниковъ. Менѣе удобенъ метрейризь, ср. неудачу, описанную на стр. 102.

Терапія въ случаѣ 36. Поворотъ. Извлеченіе. Способъ Martin-Wiegan d-Wipcke'я. Трахеальный катетеръ. Приготовленіе удобнаго мѣста для новорожденнаго. Теплая и холодная вода.

Мнимая смерть новорожденныхъ.

При asphyxia livida: Раздраженіе кожи. Вытягиваніе языка по Labord'e'y. Оживленіе лишь тогда считается удовлетворительнымъ, когда ребенокъ громко кричить.

При asphyxia pallida: Освобожденіе дыхательныхъ путей. Правильное и неправильное примѣненіе трахеального катетера. При всѣхъ мѣропріятіяхъ слѣдуетъ прежде всего предупреждать слишкомъ сильное охлажденіе ребенка. Способъ P'g'shownik'a. Качаніе по Schultze. Практическіе совѣты къ нимъ. При преждевременныхъ родахъ только способъ P'g'shownik'a или вдунаніе воздуха. Послѣдующее наблюденіе за оживленнымъ ребенкомъ.

Терапія въ случаѣ 37. Выпаденіе конечностей. Поворотъ. Извлеченіе по Müller'у. Пражскій способъ.

Кровотеченіе въ послѣродовомъ періодѣ: Исключеніе разрыва шейки при помощи Doue'p'овскихъ зеркалъ. Жгутъ Momburg'a при атоніи матки. Ручное отдѣленіе плаценты. Опасность. Статистика. Разница при placenta accreta и при retentio placentaе. Остатки плацентарной ткани послѣ отдѣленія.

Лекція XV.

Случай 38. Самопроизвольный разрывъ матки при большомъ ребенкѣ и плоско-рахитическомъ тазѣ. Conjugata vera 8 см. Многоплодная.

259—279

Случай 39. Внезапный разрывъ матки въ началѣ схватокъ. Нормальный тазъ. Многоплодная.

Случай 40. Значительный разрывъ матки послѣ перфорации щипцами и послѣдующаго поворота. Многоплодная.

Распознаваніе разрыва матки. Ошибки, допущенныя въ случаѣ 38. Разрывъ матки въ области кольца Van d'g'я. Самопроизвольный разрывъ матки. Разрывъ въ области дна матки, какъ послѣдствіе интерстиціальной трубной беременности (случай 39). Значеніе точнаго анамнеза. Значительный разрывъ матки въ случаѣ 40. Перфорация влагалищнаго свода и матки щипцами. Попытка произвести поворотъ черезъ перфорационное отверстіе. Клиническое описаніе атипическаго разрыва матки. Терапія полнаго разрыва матки въ клиникѣ и въ частной практикѣ. Жгутъ Momburg'a. Тампонада матки. Перфорация маточнымъ пинцетомъ во время тампонады и средство для избѣжанія этой перфорации.

Случай 41. Начавшееся чрезмѣрное растягиваніе нижняго сегмента матки при гидроcephalus. Первородящая. Пункция гидроцефалическаго черепа ножницами.

Случай 42. Ясное кольцо сокращенія. Многоплодная. Уродство, какъ препятствіе къ родоразрѣшенію.

Диагнозъ „уродства“ ставится per exclusionem. Окончаніе родовъ щипцами. Meningocele

Случай 43. Vagina septa, какъ препятствіе къ родоразрѣшенію. Первородящая. Окончаніе родовъ щипцами.

Случай 44. Haematocoele retrouterina, какъ препятствіе къ родоразрѣшенію. Многоплодная.

Образованіе haematocoele во время родовъ. Дифференціальный диагнозъ. Терапевтическія размышленія. Окончаніе родовъ щипцами. Дальнѣйшее въ терапіи haematocoele. Припоминаніе случая: міома, какъ препятствіе къ родоразрѣшенію. Стр. 164, рис. 116.

Лекція XVI.

Случай 45. Diabetes mellitus, Nephritis gravidarum. Hydramnios.

280—289

Многородящая

Дифференциальный диагноз между двойнями и hydramnios (таб.). Въ виду сильной одышки при выраженномъ многоводіи пузырь прокалывается зондомъ. Вскорѣ послѣ этого сильное кровотечение. Поворотъ по Вraxton-Hicks'у. Сердечныя средства. Извлечение. Ручное отдѣленіе. Тампонада матки. Послѣродовое течение. Происхождение многоводія въ данномъ случаѣ. Способъ для достиженія медленнаго отхожденія околоплодныхъ водъ при hydramnion. Преимущество примѣненія метрейриза. Жгутъ M o t b u r g ' a . Diabetes и sepsis.

Случай 46. Роды двойнями и placenta praevia lateralis у много-родящей.

Произвольные роды первого ребенка; поворотъ и извлечение по Mülle r ' u второго. Комбинированный способъ автора. Описание случая лихорадки во время родовъ, при которыхъ примѣнялся этотъ способъ. Второй плодъ можно не замѣтить.

Лекція XVII.

Случай 47. Лихорадка во время родовъ. Первородящая.

290—299

Диагнозъ лихорадки во время родовъ. Общія замѣчанія. Лихорадка при цѣломъ пузырьѣ и послѣ разрыва его. Пониженіе температуры послѣ вскрытія пузыря. Половая инфекция. Терапія лихорадки во время родовъ. Избѣжаніе всякой травмы матери.

Случай 48. Порокъ сердца. Nephritis (Esbach 8^o/₁₀) и роды (преждевременные). Многогородящая. Сильная одышка. Кровотечение изъ влагалища. Пузырь вскрытъ. Шейка пропускаетъ два пальца.

Случай 49. Порокъ сердца и роды. Многогородящая. Пузырь цѣлъ. Полное открытіе зѣва.

Разсмотрѣніе случая 48. Откуда происходятъ кровотечения? Диагнозъ кровотечения въ время беременности. Кровотечение изъ варикозныхъ венъ. Лечение беременныхъ съ болѣзнями сердца. Медико-дietetическое лечение. Искусственный выкидышъ или преждевременные роды. Присоединеніе къ этому стерилизации. Производство преждевременныхъ родовъ не рекомендуется. Во время родовъ нужно стремиться по возможности сократить періодъ изгнанія. Осторожность послѣ рожденія ребенка. Терапія въ этомъ случаѣ.

Разсмотрѣніе случая 49. Терапія: наружный поворотъ. Проколь пузыря. Низведеніе ножки. Примѣненіе въ одномъ случаѣ комбинированнаго способа автора. Сфигмограмма. Мѣропріятія у туберкулезныхъ женщинъ.

Осложненія въ послѣродовомъ періодѣ въ случаѣ 49. Оставшійся кусочекъ послѣда. Поставленъ ли диагнозъ вѣрно послѣ родовъ? Проникновеніе въ матку; при невѣрномъ или сомнительномъ диагнозѣ лучше выжидать.

Лекція XVIII

Лечение выкидыша весьма важно для врача-практика. 300—323

Случай 50. Abortus mensium III. Шейка пропускаетъ два пальца.

Случай 51. Abortus mensium III. Сильное кровотечение. Каналь шейки закрыть.

Случай 52. Кровотечение, опухоль около матки.

Выскабливаніе при выкидышѣ безъ предварительнаго изслѣдованія пальцемъ. Техника простаго выскабливанія (случай 50). Преимущество большой кюретки В и t t ' a , опасности маленькой кюретки. Перфорация при примѣненіи послѣдней. Промываніе и тампонада въ простыхъ случаяхъ излишни.

Терапія въ случаѣ 51. Точное изслѣдованіе придатковъ. Всегда думать о преступномъ выкидышѣ. Изслѣдованіе зондомъ. Перфорация при нераспознанной retroflexio. Послѣ выскабливанія безъ расширенія все яйцо можетъ остаться въ маткѣ. Всякая внутриматочная манипуляція требуетъ расширенія, всякое расширеніе—

предварительного зондирования. Медленное, комбинированное и форсированное расширение. Медленное расширение. Тампонада марлей или laminae. Ошибка при введении палочек. Приготовленіе палочек ламинарии. Форсированное расширение. Преимущество быстроты. Недостатки. Разрывы шейки. Трудности при извлечении плода, отрывание головки. Опасности при употреблении корнцанга. Комбинированный способ. 1 акт—2 акт. Лечение выкидышей послѣ 4-го мѣсяца. Выскабливаніе въ болѣе поздніе мѣсяцы. Промываніе матки. Мѣропріятія послѣ прободенія матки. Рѣдкій случай перфорации влагалищнаго свода пальцемъ при извлеченіи плода. Лечение пузырнаго заноса. Искусственный выкидышъ. Стерилизація при немъ.

Терапія въ случаѣ 52. Диагнозъ: трубная беременность. Опасности неправильнаго діагноза. Таблица различныхъ видовъ вѣматочной беременности. Ошибочные діагнозы при вѣматочной беременности.

Прибавленіе.

I. Новѣйшія учебныя пособия для занятія на фантомѣ	324—330
II. Образцовое рѣшеніе семинарскихъ задачъ	330—331
Алфавитный указатель	332—338

Общій обзоръ таблицъ.

1. Механизмъ родовъ при плоско-рахитическомъ тазѣ	11
2. Разные виды стоянія головки въ полости таза и возможныя при нихъ операціи	54—55
3. Наиболеѣ употребительныя ручныя пріемы и ихъ примѣненіе	106
4. Механизмъ родовъ при положеніяхъ въ разгибаніи	176—177
5. Послѣдующее леченіе экламптическихъ	213
6. Дифференціальныи діагнозъ: двойни или многоводіе	281
7. Общій обзоръ различныхъ видовъ вѣматочной беременности	322
8. Общій обзоръ кровотеченій во время беременности, родовъ и послѣ-родового періода см. алфавитный указатель.	

Общій обзоръ случаевъ узкаго таза.

Случаи расположены по длинѣ конъюгаты.

Conjugata vera.	Особенности.	Страница.
10,0	Многородящая. Лицевое предлежаніе	166
9,5	Многородящая. Выпаденіе пуповины при черепномъ предлежаніи.	240
9,5	Первородящая. Задне-теменное вставленіе	101
9,0	Многородящая. Обще- и равномѣрно-сѣуженный тазъ (остальныя плоскіе тазы).	50
8,5—9,0	Многородящая. Отклонившееся черепное предлежаніе	14
8,5	Многородящая. Передне-теменное вставленіе	40
8,5	Многородящая. Задне-теменное вставленіе	89
8,5	Многородящая. Поперечное положеніе	120
8,0	Многородящая. Самопроизвольный разрывъ матки	259
7,5—8,0	Первородящая. Эклампсія	190
5 ³ / ₄ —6,0	Многородящая	70
Conj. externa 17 см.	Первородящая	2

Объяснение рисунковъ.

Рис.	Стр.
1. Маточный зѣвъ почти совсѣмъ раскрытъ, пузырь готовъ къ разрыву . . .	5
2. Дѣйствіе пузыря при раскрытіи шейки.	6
3. Затрудненное раскрытіе зѣва вслѣдствіе преждевременнаго разрыва пузыря	7
4. Нормальный плоско-рахитическій тазъ	9
5. Конфигурація головки при надвиганіи теменныхъ костей другъ на друга.	10
6. Конфигурація головки при произвольныхъ родахъ	11
7. Неблагопріятная конфигурація вслѣдствіе наложенія высокихъ щипцовъ	11
8. Произошла конфигурація головки и она опустилась глубже	12
9. Отклоненное черепное положеніе при цѣлости пузыря	16
10. Тотъ же случай съ введеннымъ «предохранительнымъ баллономъ».	17
11. Приѣмъ Martin-Wiegand-Winkel'я, произведенный неправильно	20
12. Правильно произведенный приѣмъ Martin-Wiegand-Winkel'я	21
13 а. и 13 б. Ручная лампа, готовая къ употребленію, и видъ сбоку	23
14. Футляръ съ инструментами открытой	25
15. Аппаратъ Schimmelbusch'a и чашка для охлажденія	25
16. Ящикъ съ лекарствами	25
17. Маточный пинцетъ съ утолщенными концами	27
18. Примѣненіе ногодержателя	27
19. Перевязка пуповины при помощи Косег'овскихъ зажимныхъ пинцетовъ	29
20. Ведро съ положеннымъ сверху него полотенцемъ для контроля послѣродового кровоточенія. («Контроль посредствомъ полотенца»)	31
21. Отклоненное черепное положеніе при вскрывшемся пузырьѣ.	34
22. Введенный и наполненный метрейринтеръ	35
23. Пражскій способъ	38
24. Передне-теменное вставленіе	42
25. набросокъ жилища	43
26. Гебостеотомія, первый актъ	44
27. Гебостеотомія, второй актъ	45
28. Задержаніе послѣда въ мѣстѣ отхожденія трубы	47
29. Частичная отслойка и задержка въ мѣстѣ отхожденія трубы	47
30. Захватываніе задержавшагося послѣда	47
31. Катетеръ à demeure Skene	48
32. Небольшой ребенокъ при обще-суженномъ тазѣ, сагиттальный разрѣзъ.	51
33. Несоотвѣтствіе нормальнаго таза (красный)	52
» обще-суженнаго таза	52
» дѣтской головки (случай 5)	52
34. Плоскости таза по Hodge	53
35. Общеупотребительныя плоскости таза	53
36/43. Таблица механизма родовъ	54/55
44. Глубокое поперечное стояніе. Спинка влѣво	56
45. Наложеніе щипцовъ при немъ	56
46. Глубокое поперечное стояніе. Спинка вправо	57
47. Наложеніе щипцовъ при немъ	57
48. Высокое прямое стояніе. Малый родничокъ кпереди. Головка во входѣ въ тазъ. Positio occipitalis rubica	61
49. Высокое прямое стояніе. Малый родничокъ кзади. Головка во входѣ въ тазъ. Positio occipitalis sacralis	62
50. Дѣйствіе щипцовъ Tarnier	63
51. Наложеніе щипцовъ Naegele на высоко стоящую головку	65
52. Верхушки ложекъ приобрѣли осевое дѣйствіе	66
53. Naegele'вскіе щипцы на высоко стоящей головкѣ	67

Рис.	Стр.
54. Промежность и область клитора сильно растянуты прорѣзывающеюся гол- ловкой	68
55. Напряженіе промежности уменьшено благодаря осторожному сдвиганію передней спайки въ подзатылочную область	68
56/59. Сравненіе между рахитической и нормальной женщинами	74/75
60. Кесарское сѣченіе по Roggo. Первый актъ	78
61. Кесарское сѣченіе по Roggo. Послѣдній актъ	79
62. Ходъ брюшины въ началѣ періода изгнанія	81
63. Въбрюшинное кесарское сѣченіе по Sellheim'у	82
64. Въбрюшинное кесарское сѣченіе по Latzko. Первый актъ	82
65. Въбрюшинное кесарское сѣченіе по Latzko. Второй актъ	82
66. Рубецъ послѣ поперечнаго разрѣза Pfannenstiela	83
67. Внутрибрюшинное кесарское сѣченіе по Veit'у	84
68. Внутрибрюшинное кесарское сѣченіе по Frank'у	84
69. Влагалищное кесарское сѣченіе. Установка влагалищной части матки	85
70. Влагалищное кесарское сѣченіе. Portio оттянута книзу зубчатыми щипцами	86
71. Влагалищное кесарское сѣченіе (Hysterotomia anterior). Шейка оттянута кпереди. Мочевой пузырь отодвинуть тупымъ путемъ кверху и его не видно. Шейка обнажена и разрѣзана въ нижнемъ отдѣлѣ	87
72. Задне-теменное вставленіе. Видъ спереди	92
73. Задне-теменное вставленіе. Сагиттальный разрѣзъ	93
74. Тупой и острый крючокъ	95
75. Краниокласть Braun'a	95
76. Ножницы Siebold'a	95
77. Неправильно наложенный перфораторъ	96
78. Правильно наложенный перфораторъ	97
79. Краниоклазія	99
80. Замыканіе замка, когда ложки краниокласта недостаточно обхватываютъ черепъ	99
81. Замыканіе замка при правильномъ наложеніи инструмента	99
82/84. Происхожденіе косо-сѣуженнаго таза	109
85. Нормальный тазъ	113
86. Плоско-рахитическій тазъ	113
87. Воронкообразный тазъ	113
88/89. Нормальный позвоночный столбъ	114
90/91. Воронкообразный тазъ изъ коллекціи Патологическаго Института боль- ницы Charité въ Берлинѣ	115
92. Нормальный выходъ таза и выходъ таза въ случаѣ 10-мъ	116
93. Измѣреніе поперечнаго размѣра выхода таза тазомѣромъ Oslander'a	118
94. Головка отклонена къ лѣвой подвздошной кости. Предлежаніе лѣвой ручки. Пузырь цѣль	124
95. Послѣ вскрытія пузыря изъ неправильнаго черепнаго положенія полу- чилось поперечное положеніе съ выпаденіемъ ручки	125
96. Правильно наложенный жгутъ Mottbig'a	127
97. Атоническая матка post partum послѣ изгнанія послѣда	128
98. Прижатіе сильно къ лонному соединенію и фиксированіе полотномъ по Fritsch'у	129
99. Запущенное поперечное положеніе безъ выпаденія ручки	135
100. Лѣвая ручка низведена при декапитаціи	136
101. Декапитація острымъ крючкомъ	137
102. Неполное ягодичное предлежаніе	141
103. Неполное ягодичное предлежаніе. Данныя изслѣдованія	143
104. Полное ягодичное предлежаніе	144
105. Низведеніе ножки при черепномъ предлежаніи	145
106. Низведеніе ножки при неполномъ ягодичномъ предлежаніи	146
107. Введеніе тупого крючка при неполномъ ягодичномъ предлежаніи	147
108. Извлеченіе по Mueller'у. I актъ	149
109. Извлеченіе по Mueller'у. II актъ	150
110. Извлеченіе по Mueller'у. II актъ. Извлеченіе задней ручки	151
111. Тѣло ребенка появилось, головка (hydrocephalus) осталась въ тазу	154
112. Благодаря примѣненію большой силы при отрываніи головки полу- чился разрывъ шейки съ правой стороны и образовалась большая подбрюшинная гематома выше правой подвздошной кости	155

Рис.	Стр.
113. Перфорация послѣдующей головки (hydrocephalus) ножницами	157
114. Ножное положеніе съ выпаденіемъ пуповины	160
115. Швы на разрывѣ шейки	162
116. Подслизистая міома, какъ препятствіе для родовъ	163
117. Лицевое предлежаніе	168
118. Приемъ Thorgp'a	170
119. Внезапное выпаденіе пуповины послѣ неудачнаго примѣненія приема Thorgp'a	171
120. Выхожденіе головки при переднемъ затылочномъ предлежаніи	176
121. " " " заднемъ затылочномъ предлежаніи	176
122. " " " передне-теменномъ предлежаніи	176
123. " " " лицевомъ предлежаніи	176
124. " " " лобномъ предлежаніи	177
125. Лицевое предлежаніе, затылокъ кзади	178
126. Поворотъ при лицевомъ предлежаніи	180
127. Поворотъ при лицевомъ предлежаніи при потягиваніи ножки постепенно выводитъ головку изъ состоянія разгибанія	181
128. Лобное предлежаніе. Заячья губа. Наибольшая плоскость еще надъ входомъ таза. Головная опухоль на самомъ тазовомъ днѣ	185
129. Эклампсія. I положеніе. Головка стоитъ плотно во входѣ въ тазъ. Portio цѣла. Наружный зѣвъ совершенно закрытъ. Въ концѣ беременности	191
130. Эклампсія. Зѣвъ открытъ на величину монеты въ 2 марки	192
131. Эклампсія. Шейка длиною въ фалангу пальца, пропускаетъ 3 пальца. I черепное предлежаніе. Переднее теменное вставленіе	193
132. Эклампсія. Шейка цѣла, пропускаетъ 2 пальца, длиной съ палецъ. Воды отошли $\frac{1}{2}$ часа назадъ. Головка во входѣ	194
133. Эклампсія. Лицевое предлежаніе. Лицо на тазовомъ днѣ. Лицевая линія въ прямомъ размѣрѣ. Подбородокъ обращенъ кпереди	195
134. Эклампсія. Неполное ягодичное положеніе. Ягодицы неподвижно подъ спинальной плоскостью	196
135. Эклампсія. Задне-теменное вставленіе, видъ спереди	197
136. Каучуковый клинъ для экламптичекъ	199
137. Извлеченіе метрейринтера. Ригидность шейки. Разрѣзы маточнаго зѣва	204
138. Расширеніе двумя пальцами	206
139/140. Демонстрированіе грубой силы въ расширитель Bossi и легкое потягиваніе, примѣняемое при метрейринтерѣ	207
141. Расширитель Bossi въ случаѣ 22. Правильное положеніе	208
142. Расширитель Bossi. Неправильное положеніе	210
143. Приемъ г-жи Siegemund	212
144. Какъ нужно дѣлать петлю для поворота	212
145. Placenta praevia partialis. Вскрытіе пузыря пулевыми щипцами	221
146. Дѣйствіе при этомъ вскрытія пузыря	221
147. Placenta praevia partialis. Шейка закрыта	223
148. Дѣйствіе кольейринтера	223
149. Верхушкой щипцовъ, которыми проводится метрейринтеръ, вскрывается околоплодный пузырь	226
150. Щипцы для проведенія метрейринтера	226
151. Правильно введенный метрейринтеръ	227
152. Placenta praevia centralis. Поперечное положеніе	228
153. Тотъ же случай. Поворотъ по Braxton-Hicks'y	229
154. Тотъ же случай. Плодъ повернуть	230
155. Placenta praevia partialis. Выпаденіе ножки при черепномъ предлежаніи	231
156. Ракъ и беременность	235
157. Данныя изслѣдованія при placenta praevia totalis	237
158. Данныя изслѣдованія при carcinoma cervicis	237
159. Данныя изслѣдованія при anencephalus	237
160. Предлежаніе пуповины при цѣлости пузыря	244
161. Выпаденіе пуповины послѣ вскрытія пузыря	245
162. Дѣйствіе коленно-локтевого положенія при выпаденіи пуповины	247
163. Правильное введеніе трахеальнаго катетера	250
164. Неправильное введеніе трахеальнаго катетера	251
165. Выпаденіе ручки и пуповины при отклоненномъ черепномъ предлежаніи	253
166. Placenta accreta	254
167. Затрудненія при ручномъ отдѣленіи послѣда	254

Рис.	Стр.	
168.	Нормальное отдѣленіе послѣда. Способъ Duncan'a	255
169.	Способъ Schultze	255
170.	Типичный Bandl'евскій разрывъ	262
171.	Разрывъ дна матки	263
172.	Разрывъ матки, произведенный щипцами	265
173.	Hydrocephalus, явленія растяженія, черепное предлежаніе	269
174.	Meningocele, какъ препятствіе для родовъ	271
175.	Наложеніе щипцовъ при немъ	274
176.	Vagina septa, какъ препятствіе для родовъ	277
177.	Наложеніе щипцовъ при ней	278
178.	Haematoma vulvae intra partum. (Видъ спереди)	278
179.	То же въ сагиттальной плоскости	278
180.	Роды двойнями. I при черепномъ предлежаніи. II при поперечномъ положеніи. Placenta praevia partialis	286
181.	То же послѣ рожденія перваго плода	286
182.	Комбинированный приемъ для извлеченія маленькихъ плодовъ	288
183.	Паденіе температуры послѣ вскрытія пузыря	292
184/188.	Сфигмограмма случаевъ 48 и 49 при порокѣ сердца и родахъ	298/299
189.	Матка послѣ выкидыша. Плодь вышелъ. Placenta adhaerens. Шейка пропускаетъ 2 пальца	301
190.	Матка на 3-мъ мѣсяцѣ беременности. Кровотеченіе при закрытой шейкѣ	302
191.	Трубная беременность. срисовано съ гинекологическаго фантома автора	303
192.	Portio обнажена зеркалами. Передняя губа захвачена щипцами	305
193.	Работа ложечкой Витт'a	306
194.	Перфорация маленькой ложечкой при нераспознанной retroflexio uteri gravidi	307
195.	Правильное положеніе руки при зондированіи	308
196.	Оставленіе всего яйца послѣ выскабливанія безъ дилатаци	310
197.	Палочка ламинаріи, далеко введенная	311
198.	Плохо вставленная палочка ламинаріи	311
199.	Тонкая палочка ламинаріи, правильно захваченная Collin'овскими щипцами	313
200.	Разрывъ шейки при форсированномъ расширеніи	314
201.	Корнцангъ, введенный для извлеченія оторванной головки, захватываетъ мускулатуру матки, вмѣсто головки	316
202.	Расширеніе посредствомъ расширителей Hegar'a	318
203.	Вставленіе толстой ламинаріи и тампонада влагалища	319
204.	Грубочка для собиранія выдѣленій	319
205.	Перфорация задняго свода влагалища при удаленіи выкидыша пальцемъ. Виденъ выпавшій лѣвый яичникъ	320
206.	Зашиваніе этого поврежденія	320
207.	Фантомъ приспособленъ для поворота по Braxton-Hicks'y	325
208.	Фантомъ приспособленъ для расширенія по Bossi	326
209.	Вставная часть in situ. Упражненіе на фантомѣ	327
210, 212.	Фантомъ Kappa	328

Лекція I.

Мм. Гг. Вы достаточно уже обременены различными теоретическими и практическими лекціями по акушерству, курсами и упражненіями на фантомѣ. Я читаю вопросъ въ Вашихъ глазахъ,—вотъ еще эти лекціи подъ новымъ названіемъ: «акушерскій семинарій?»

Какъ въ каждой отрасли практической медицины, такъ и въ акушерствѣ необходима наличность двухъ условій для того, чтобы врачъ оказался способнымъ къ самостоятельной дѣятельности: необходимо знаніе и умѣніе. Почти въ каждомъ семестрѣ мой уважаемый учитель Витт классически излагаетъ передъ Вами эту тему. Какъ Вамъ извѣстно, нельзя научиться пзъ лекцій «умѣнію», т. е. нельзя приобрести техническую сноровку для того, чтобы произвести необходимую акушерскую операцію.

Техника требуетъ навыка, а навыкъ можно приобрести только собственнымъ опытомъ, упражняясь на фантомѣ и въ поликлиникѣ, подъ руководствомъ преподавателя.

Знаніе акушерства также не легкое дѣло. Тогда какъ въ другихъ отрасляхъ медицины Вы можете выиграть время выжиданіемъ или назначеніемъ какого-либо индифферентнаго средства, пока не выяснится діагнозъ, въ акушерской практикѣ нельзя терять времени, не причиняя вреда матери или ребенку. Здѣсь Ваши ошибки яснѣе для профановъ, чѣмъ въ какой-либо другой отрасли медицины, а критика опытной акушерки можетъ совсѣмъ погубить молодого врача, испортить ему репутацію и лишить его начинающейся практики.

Если къ кровати роженницы подходитъ опытный акушеръ и ставить діагнозъ на основаніи тщательнаго пслѣдованія, произведеннаго съ полнымъ знаніемъ дѣла, онъ тотчасъ сообразитъ, что нужно дѣлать въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Въ его памяти пройдутъ тогда другіе подобные же случаи,—успѣшное окончаніе однихъ докажетъ ему правильность его образа дѣйствія, несчастливо окончившіеся случаи добросовѣстному врачу послужатъ хорошей наукой и тѣмъ больше запечатлѣются въ памяти, что соединяются съ печальными и тяжелыми воспоминаніями. Иное дѣло—начинающій. Онъ также ставитъ прежде всего діагнозъ. Предположимъ, что имѣется placenta praevia; онъ начинаетъ припоминать свой учебникъ или перелистывать cademesum, находитъ тамъ пе-

речисленіе ряда различныхъ мѣропріятій, — проколъ пузыря, метрейризь, поворотъ по Braxton Hicks'у, влагалищное и даже классическое кесарское сѣченіе. Знаніе всего этого только собьетъ его съ толку, не принесетъ пользы.

Здѣсь-то и долженъ помочь «акушерскій семинарій». Онъ напомнитъ молодому акушеру отдѣльные случаи, обработанные индивидуально различно, и дастъ то, чѣмъ обладаетъ старый практикъ: знаніе отдѣльныхъ случаевъ.

Но «семинарій» — не лекція. Преподаватель одинъ не достигнетъ цѣли; онъ долженъ побудить и Васъ къ совмѣстной работѣ, и Вы увидите, что результатомъ этого будетъ значительный выигрышь и лучшее усвоеніе пройденнаго.

Въ послѣдующихъ лекціяхъ я буду приводить Вамъ отдѣльные случаи, которые я наблюдалъ въ клиникѣ, поликлиникѣ и своей частной практикѣ, а Вы, получивъ отъ меня свѣдѣнія о ходѣ родовъ, узнавъ діагнозъ, а часто также о социальномъ положеніи роженицы и окружающей ее обстановкѣ, должны будете высказать свое мнѣніе о томъ, что нужно дѣлать и какой образъ дѣйствія Вы считаете наилучшимъ. Такъ какъ отвѣты будутъ даваться письменно, то это избавитъ Васъ отъ всякаго стѣсненія и неприятнаго чувства. Вы увидите, что все мы, и преподаватель, и слушатели, извлечемъ извѣстныя выгоды изъ такого способа преподаванія, онъ будетъ поощрять насъ къ работѣ: *Longum iter est per praecepta, breve et efficax per exempla.*»

Случай 1.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: г-жа Н., 21 года, первородящая

Сообщеніе акушерки: Узкій тазъ, роды не подвигаются.

Анамнезъ: Рахитъ. выучилась ходить 3 лѣтъ.

Предшествующіе роды:

Послѣднія регулы: 20-го октября.

Беременность: Въ первые мѣсяцы легкая рвота, въ остальномъ — благополучно.

Начало схватокъ: 2-го августа,

Отхожденіе водъ: одновременно, за 14 часовъ до прибытія врача.

Status: Брахицефалический черепъ, дефекты эмали на рѣзцахъ

Скелетъ: Укороченіе верхнихъ, искривленіе нижнихъ конечностей.

Температура: 36,5.

Пульсъ: 80-114 часовъ спустя послѣ начала схватокъ.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp 21, Cr. 27, Tr. 32, Conj. ext. 17. Conj. diag. не можетъ быть измѣрена. Дно матки на 3 пальца ниже мечевиднаго отростка спинки вправо, мелкія части слѣва, головка плотно во входѣ въ тазъ.

Особенности: Никакихъ явленій сжатія и сдавленія.

Сердцебиеніе: 120, справа ниже пупка

Внутреннее изслѣдованіе: Влагалище мягко и растяжимо.

Маточный звѣвъ: Почти полное открытіе.

Предлежащая часть: Головка. Стрѣловидный шовъ поперечно, малый родничокъ справа, большой — слѣва, нѣсколько опущенъ

Стояніе предлежащей части въ тазу: Плотно во входѣ, большая головная опухоль, вследствие чего не измѣряется conj. diag.

Родовыя схватки: Съ правильными промежутками, сильныя.

Рѣшено выжидать.

16½ часовъ послѣ начала схватокъ: Вторичное изслѣдованіе: наружное, какъ и раньше.

Внутреннее изслѣдованіе: Маточный зѣвъ совершенно раскрытъ, начинается конфигурація головки во входѣ. Стрѣловидный шовъ поперечно; склоненія нѣтъ. Очень большая головная опухоль, доходящая до дна таза ¹⁾.

Отвѣты слушателей.

5 высказались за щипцы, безъ обозначенія показаній.

2—за щипцы, показанія: узкій тазъ, продолжительность родовъ, особенно периода изгнанія.

1—за попытку наложенія щипцовъ, а если понадобится—перфорацию.

1—за поворотъ.

2—за симфизеотомию.

2—за пуботомію.

1—за влагалищное кесарское сѣченіе.

1—за классическое кесарское сѣченіе.

1—за выжиданіе, такъ какъ нѣтъ показаній ни со стороны матери, ни со стороны ребенка.

Мм. Гг. Уже по даннымъ нашего перваго занятія Вы видите, насколько я былъ правъ въ своемъ введеніи.

Понятіе «узкій тазъ» вызвало въ умѣ молодыхъ акушеровъ многочисленныя ассоціаціи со всевозможными оперативными способами, и я увѣренъ, что этотъ случай родовъ Вы и окончили бы по одному изъ нихъ, если бы эти роды случайно оказались первыми въ Вашей практикѣ.

Только одинъ изъ Васъ задаль себѣ самый важный вопросъ, который вообще нужно ставить передъ каждой операцией и на который при слѣдующихъ задачахъ я попрошу у Васъ самаго точнаго отвѣта: имѣется ли вообще показаніе къ вмѣшательству? На этотъ вопросъ въ этомъ случаѣ нужно отвѣтить отрицательно. Ни матери, ни ребенку не угрожаетъ опасность. Пульсъ матери спокойный, полный, 80 въ минуту, температура 36,5. Сердцебиеніе ребенка правильно, 120 въ минуту, и отчетливо слышно справа ниже пупка. Совершенно отсутствуютъ какіе-либо симптомы, съ которыми приходится иногда считаться при продолжительныхъ родахъ и узкомъ тазѣ и о которыхъ намъ придется говорить при разборѣ другихъ случаевъ. Нѣтъ никакихъ явленій чрезмѣрнаго растяженія, которыя, какъ мы знаемъ, предшествуютъ разрыву матки и выражаются, кромѣ высокаго стоянія кольца сокращенія, замѣтнаго уже при простомъ осмотрѣ живота роженицы, еще быстрымъ поднятіемъ температуры, ускореніемъ пульса, безпокойствомъ роженицы, сильной чувствительностью живота при давленіи и напряженіемъ круглыхъ маточныхъ связокъ. Нѣтъ также никакихъ симптомовъ сдавленія, которые происходятъ вслѣдствіе прижатія головки къ маточному зѣву и мочевому пузырю, и выражаются ущемленіемъ передней губы зѣва, появленіемъ крови въ мочѣ, отеками и сильными болями. Я думаю, что изъ этихъ немногихъ данныхъ Вамъ будетъ ясно, что ни мать, ни ребенокъ

¹⁾ По мнѣнію практиканта, головка стояла уже на тазовомъ днѣ (головная опухоль была принята за головку).

не находятся въ опасности; единственная опасность, которая имъ угрожаетъ это нетерпѣніе молодого врача, чрезмѣрно спѣшащаго съ операціей.

Но для акушера не существуетъ другихъ показаній въ операціи, какъ только опасность для матери или для ребенка. Ни «узкій тазъ», какъ таковой, ни «продолжительные роды», какъ думаетъ одинъ изъ Васъ, не могутъ считаться достаточнымъ показаніемъ. Кромѣ того роды въ этомъ случаѣ совсѣмъ нельзя назвать продолжительными. По статистикѣ G. Veit'a они продолжаются у первородящихъ около 20 часовъ (у многородящихъ около 12 часовъ), по Ahlfeld'у даже 20—24 часа. И даже если Витт, какъ Вы знаете, высчитываетъ по своей статистикѣ меньшую продолжительность родовъ, а именно 15 часовъ (10 часовъ для многородящихъ), то у нашей роженицы Вы должны принять во вниманіе, что здѣсь имѣется патологическій случай.

Во-первыхъ, здѣсь имѣется преждевременное отхожденіе водъ и, во-вторыхъ, узкій тазъ—чрезвычайно часто встрѣчающееся осложненіе. Вы знаете,—и я это говорю только для начинающихъ изъ Васъ,—что пузырь разрывается обыкновенно тогда, когда онъ выполнилъ свою функцію. Функція же его—медленное и бережное расширеніе маточнаго зѣва—можетъ считаться выполненной только тогда, когда наружный зѣвъ вполне раскрытъ (рис. 1). Съ полнымъ же открытіемъ маточнаго зѣва оканчивается періодъ раскрытія и начинается періодъ изгнанія, который одинъ изъ Васъ ошибочно считаетъ съ момента разрыва пузыря. Лучше всякихъ словъ приложенные рисунки пояснятъ Вамъ дѣйствіе цѣлаго пузыря, а также и вредъ, приносимый преждевременнымъ разрывомъ пузыря. Вы видите на рис. 2, что пузырь растягиваетъ каналъ шейки въ видѣ воронки и притомъ, какъ указываетъ Вамъ направленіе стрѣлокъ, со всѣхъ сторонъ; Вы видите далѣе, что растяженіе, вызванное пузыремъ, происходитъ въ томъ же направленіи, какъ и сокращеніе мышцъ, вызванное схватками. Мышечныя стѣнки матки до извѣстной степени оттягиваются назадъ по выступающему впередъ пузырю, какъ оттягивается палецъ резиновой перчатки, верхушка котораго разорвалась при изслѣдованіи. А теперь сравните съ этимъ механизмомъ то, что происходитъ при преждевременномъ разрывѣ пузыря (рис. 3). Здѣсь, вмѣсто мягкаго пузыря, къ щелевидному внутреннему зѣву прижата головка, которая скорѣе сдавливаетъ, чѣмъ расширяетъ его. Тяга мышечныхъ волоконъ, которая въ данномъ случаѣ дѣйствуетъ, конечно, такъ же, какъ при цѣлости пузыря, не находитъ себѣ поддержки; напротивъ, головка дѣйствуетъ здѣсь какъ сильный и твердый тормазъ и только продолжительная, сильная родовая дѣятельность можетъ преодолѣть это препятствіе.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ понадобиться даже искусственное вмѣшательство, и въ свое время я скажу, какой изъ способовъ, по моему мнѣнію, наилучшій и болѣе соответствуетъ естественному дѣй-

ствію пузыря. Если Вы хотите представить себѣ совершенно ясно механизмъ при преждевременномъ разрывѣ пузыря, то сдѣлайте это лучше всего слѣдующимъ образомъ: я открываю дверь такъ, чтобы осталась маленькая щелка, черезъ эту щель я просовываю свои большой и указательный пальцы; какъ только я раздвину пальцы, дверь легко отворится. Если я вмѣсто этого легкаго, двусторонняго и вѣрно направлен-



Рис. 1. Маточный зѣвъ почти совсѣмъ раскрытъ, пузырь готовъ къ разрыву.

наго давленія возьму какой-нибудь шарообразный предметъ, хотя бы этотъ дѣтскій черепъ, положу его у щели, и попробую, производя на него давленіе, открыть дверь, то Вы видите, это мнѣ не удастся, и если бы края двери были бы не изъ дерева, а изъ мягкой эластичной ткани, то, благодаря давленію на нихъ этого твердаго шарообразнаго предмета, щель въ двери скорѣе закрылась бы, а не открылась.

Если Вы сравните съ этимъ простымъ опытомъ рисунки 2 и 3, то

Вы увидите, что разведение обоих пальцевъ соответствуетъ направленію давленія, оказываемаго пузырьемъ; дѣйствіе это всесторонне и раскрытіе происходитъ поэтому легко и правильно. Но на рис. 3 давленіе, оказываемое головкой, происходитъ въ перпендикулярномъ направленіи къ дѣйствію мышцъ.

Я нарочно остановился такъ подробно на этомъ процессѣ, потому что я знаю, что механически простыя отношенія часто бываютъ поняты неправильно.

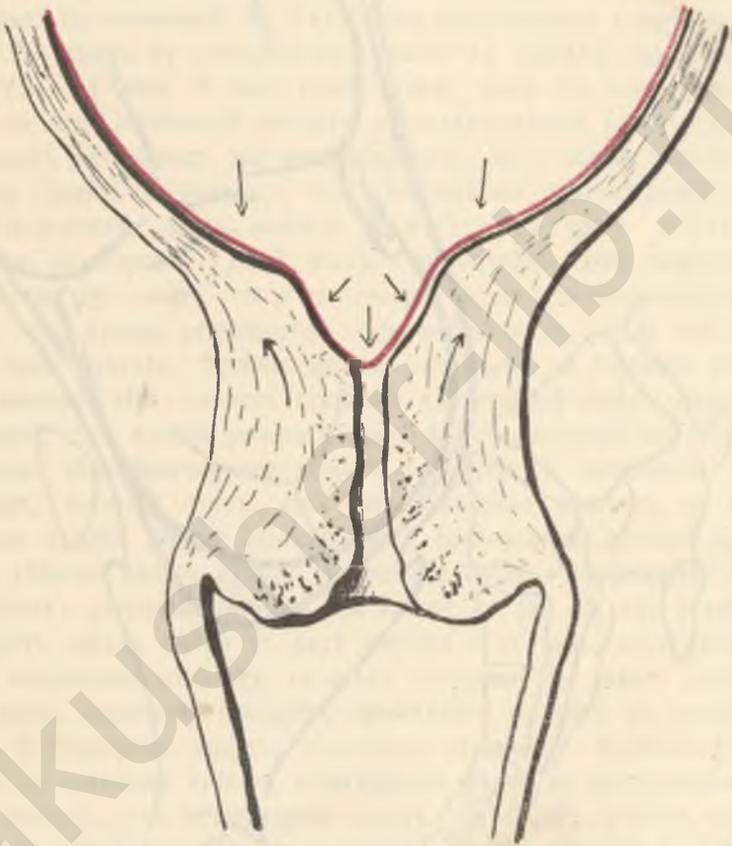


Рис. 2. Дѣйствіе пузыря при раскрытіи шейки. См. текстъ стр. 4.

Но въ нашемъ случаѣ сильныя и правильныя схватки оказались достаточными, чтобы, несмотря на преждевременное отхожденіе водъ, произошло полное раскрытіе зѣва въ теченіе 16¹/₂-часовой родовой дѣятельности. И въ тотъ моментъ, когда мягкія части уже не представляютъ препятствій для головки ребенка, возникаетъ вопросъ, пройдетъ ли она черезъ костныя стѣнки таза? Этотъ вопросъ заставитъ Васъ пережить много тяжелыхъ часовъ, ибо въ тотъ моментъ, когда мы рѣшимся выждать, для насъ должно быть совершенно ясно, насколько дѣйствительно умѣтно здѣсь выжиданіе, другими словами, не представ-

ляется ли несоответствие между головкой ребенка и тазом настолько резкимъ, что силы природы не могутъ преодолѣть его. Въ данномъ

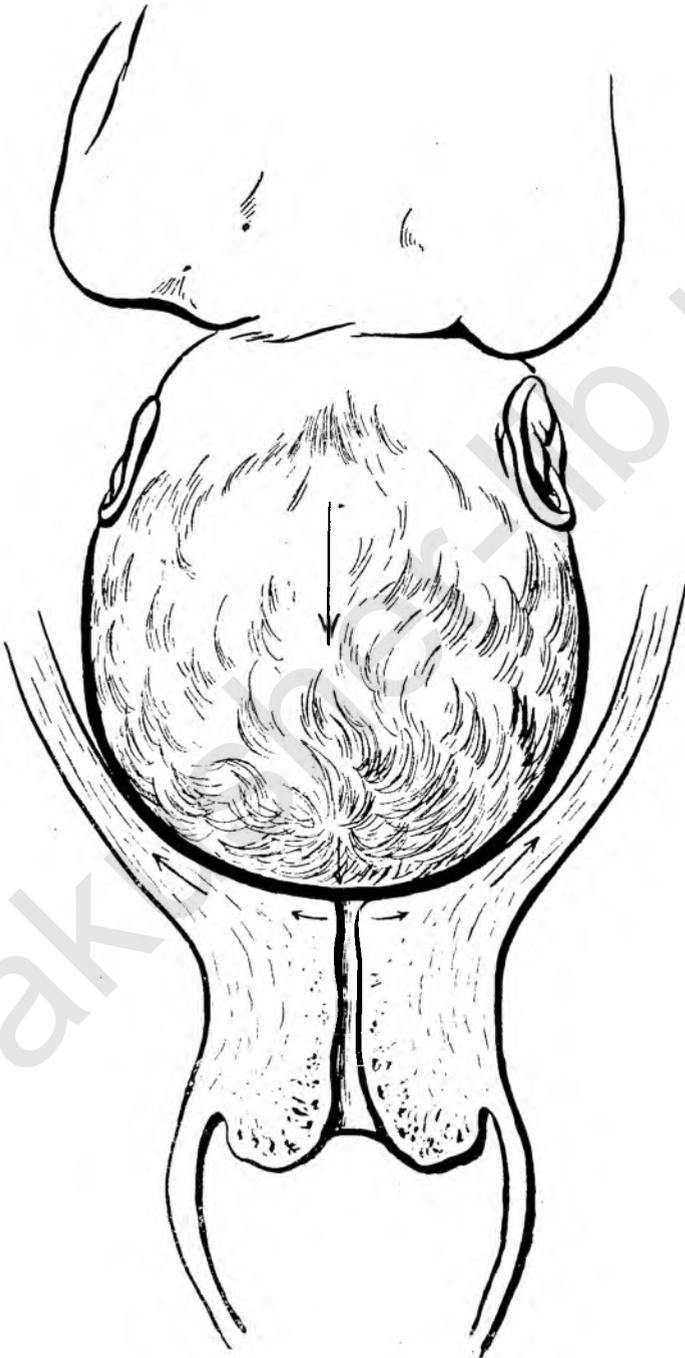


Рис. 3. Затрудненное раскрытiе зѣва вслѣдствiе преждевременнаго разрыва пузыря, см. текстъ стр. 4 и стр. 6. (Схематическiй рисунокъ).

случаѣ мы выждали, и потому я обязанъ объяснить Вамъ, на какомъ основаніи мы считали несоотвѣтствіе не настолько большимъ, чтобы рѣшиться на оперативное вмѣшательство.

Едва я вошелъ въ комнату нашей роженицы, какъ тотчасъ же увидѣлъ, что, повидимому, здѣсь дѣло идетъ о рахитичкѣ. Не продолжительность родовъ, а взглядъ на ея брахицефалической черепъ, присутствіе характерныхъ дефектовъ эмали на зубахъ, наличность типическихъ рахитическихъ четокъ на грудной клѣткѣ и укороченіе верхнихъ конечностей заставили меня поставить такой діагнозъ. В и т и говоритъ въ одномъ мѣстѣ: «когда я вижу руки какой-либо женщины, я уже знаю величину и форму ея ногъ». Такъ и здѣсь. Нижнія конечности также чрезмѣрно коротки; если Вы заставите эту женщину плотно сдвинуть ноги, то между ея колѣнами Вы легко можете положить свой кулакъ, что Вамъ никогда не удастся сдѣлать у женщины съ нормальными прямыми конечностями (см. рис. 56—59). Анамнезъ тоже говоритъ за рахитъ, потому что хлопочущая въ этой комнатѣ мать роженицы рассказываетъ намъ, что ея дочь стала ходить только въ возрастѣ 3 лѣтъ, и что у нея были такія кривыя ноги, что въ школѣ часто ее дразнили вопросомъ, ужъ не колесный ли мастеръ ея отецъ.

У всякой первородящей, а также многородящей, если только возникло малѣйшее подозрѣніе относительно аномаліи таза, Вы обязаны выяснитъ характеръ измѣненія таза, ибо Вы знаете, какъ различны прогнозъ и теранія при различныхъ формахъ таза. Поэтому простое выраженіе «узкій тазъ» ровно ничего еще не говоритъ и можетъ употребляться только плохими акушерками. Мыслящій врачъ долженъ говорить только о плоско-рахитическомъ, просто плоскомъ, обще-сѣуженномъ или вообще такъ или иначе патологически измѣненномъ тазѣ.

Подробно говорить Вамъ объ аномаліяхъ костнаго таза—не входитъ въ рамки нашей лекціи. Я кратко напомню Вамъ все самое важное въ практическомъ отношеніи, что Вы ни въ одномъ изъ случаевъ не должны упустить изъ виду. Наиболѣе важнымъ подспорьемъ для діагноза и прогноза узкаго таза является внутреннее измѣненіе таза. Кромѣ того для дальнѣйшаго выясненія нашихъ данныхъ нужно прибавитъ наружное измѣненіе, которое,—надѣюсь, я не буду ложно понять,—уже по внѣшнимъ причинамъ Вы должны всегда производить сперва. Вообще практику приходится имѣть дѣло только съ двумя аномаліями таза: съ плоско-рахитическимъ и обще-сѣуженнымъ тазомъ. При случаѣ мы скажемъ о болѣе рѣдкихъ другихъ формахъ таза. Каковы же отношенія въ нашемъ случаѣ?

Уже простое сравненіе разстоянія между *spinae* и *cristae* показываетъ намъ, что здѣсь мы имѣемъ плоско-рахитической тазъ. Приложенный рисунокъ 4 показываетъ намъ, какимъ образомъ происходитъ эта аномалія вслѣдствіе болѣе глубокаго опусканія мыса и сильнаго расхожденія подвздошныхъ костей. Нормальный тазъ обозначенъ на рис. чер-

ными линиями, плоско-рахитическій—красными линиями. Разстояніе большихъ вертеловъ или нормально, или больше нормальнаго, какъ въ нашемъ случаѣ. *Conjugata externa* въ 17 случ. указываетъ тоже на плоскій тазъ. Но я совѣтую не слишкомъ полагаться именно на это измѣреніе, а лучше измѣрить тотчасъ же въ подобныхъ случаяхъ *conjugata diagonalis*. Мы попробовали это и въ данномъ случаѣ, однако безъ успѣха. Головка стояла уже плотно въ тазовомъ входѣ и сильная головная опухоль помѣшала намъ дойти до мыса вытянутыми пальцами, какъ, это необходимо для измѣренія. Но въ то же время при этомъ изслѣдованіи мы могли установить, что несоотвѣтствіе между головкой ребенка и тазомъ не слишкомъ велико, а именно на основаніи слѣдующихъ данныхъ (см. рис. 5):

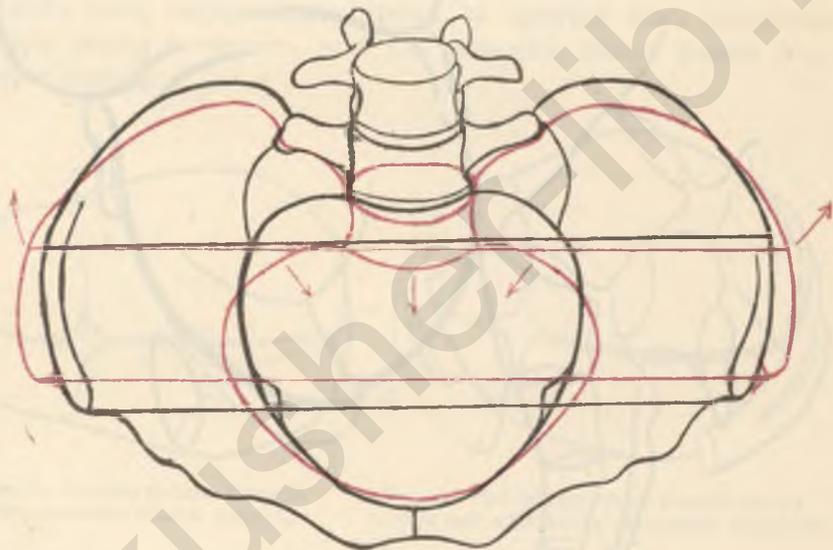


Рис. 4. Нормальный тазъ: черныя линіи. Плоско-рахитическій тазъ: красныя линіи.

1. Головка стоитъ плотно во входѣ таза; если бы она была слишкомъ велика или мало способна къ конфигураціи, т. е. слишкомъ тверда, то въ этомъ періодѣ родовъ она была бы навѣрное еще подвижна надъ входомъ и позволила бы намъ достигнуть мыса и произвести внутреннее измѣреніе таза.

2. Стрѣловидный шовъ идетъ поперечно справа (малый родничокъ) налѣво (большой родничокъ). Разстояніе его отъ симфиза и мыса приблизительно одинаково. Малый родничокъ стоитъ приблизительно на той же высотѣ, какъ и большой родничокъ.

Вы знаете, что механизмъ родовъ при плоско-рахитическомъ тазѣ отклоняется отъ механизма при нормальномъ тазѣ въ тройномъ отношеніи:

Во-первыхъ, стрѣловидный шовъ долго стоитъ рѣзко поперечно.

Во-вторыхъ, стрѣловидный шовъ сильно приближенъ къ задней стѣнкѣ таза (передне-теменное положеніе).

Во-третьихъ, большой родничокъ обыкновенно рано начинаетъ опускаться и стоитъ глубже, чѣмъ малый родничокъ.

Во приложенной таблицѣ я представилъ Вамъ тѣ основанія, по которымъ при плоско-рахитическомъ тазѣ встрѣчается такъ необыкновенно часто именно этотъ механизмъ; для обсужденія нашего случая эти основанія также очень важны.



Рис. 5 (случай 1).

Во нашемъ случаѣ, кромѣ продолжительнаго поперечнаго стоянія головки ребенка, мы не находимъ никакихъ отклоненій отъ нормальнаго теченія родовъ, и уже на этомъ основаніи мы можемъ съ увѣренностью вывести такое заключеніе: такъ какъ не произошло ни передне-теменного вставленія, ни опусканія передней части головки, далѣе, такъ какъ головка вступила плотно во входъ таза, то несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ невелико. Опасности для матери или ребенка нѣтъ, слѣдовательно, мы можемъ ждать.

Механизмъ родовъ при плоско-рахитическомъ тазѣ.

	Механизмъ.	Причины.
1.	Поперечное стояніе стрѣловиднаго шва.	Плоская форма тазового входа только въ поперечномъ направленіи представляетъ достаточно пространства.
2.	Передне теменное положеніе.	Благодаря отвислому животу задняя теменная кость прижимается къ мысу и задерживается тамъ вслѣдствіе повышеннаго препятствія.
3.	Опусканіе большого родничка.	Diam. biparietalis можетъ легче пройти черезъ суженное мѣсто, чѣмъ diam. bitemporalis.

Но, какъ ни кажется логичной по нашимъ предварительнымъ объясненіямъ такая консервативная терапия, на практикѣ Вамъ понадобится большая энергія и твердость воли для проведения Вашего хорошо обдуманнаго рѣшенія.

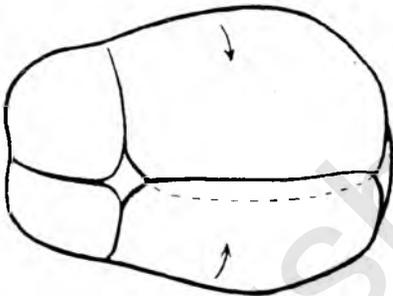


Рис. 6. Конфигурація головки при произвольныхъ родахъ.

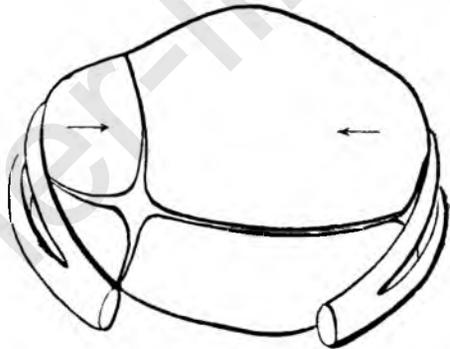


Рис. 7. Неблагоприятная конфигурація вслѣдствіе наложенія высокихъ щипцовъ.

Акушерка, которая большею частью интересуется только однимъ, какъ бы скорѣе уйти, будетъ приставать къ Вамъ со всевозможными совѣтами, особенно если Вы еще только начинающій: «Докторъ такой-то накладываетъ въ такихъ случаяхъ щипцы, а головка стоитъ уже достаточно низко». Здѣсь слѣдуетъ дѣйствовать энергично; докажите акушеркѣ, что головка стоитъ еще высоко, т. е. во входѣ, а только головная опухоль спустилась внизъ, въ среднюю часть таза, что можно узнать по ясно прощупываемымъ съ обѣихъ сторонъ костямъ сѣдалищной кости. Вы должны выяснять ей, что щипцы такъ же подходятъ при узкомъ тазѣ, какъ коровѣ сѣдло, потому что при высоко стоящей головкѣ можно наложить щипцы только въ самомъ неблагоприятномъ размѣрѣ, а именно черезъ лобъ и затылокъ, причѣмъ только увеличивается несоответствіе между головкой и тазомъ, благодаря тому, что ложки щипцовъ сжимаютъ головку спереди назадъ, увеличивая ее поперечный размѣръ.

Рис. 6 показывает Вам действие нормальной родовой деятельности на головку ребенка и плесообразную конфигурацию ее благодаря захождению теменных костей друг на друга.

На рис. 7 изображено неплесообразное сжатие головки вследствие наложения высоких щипцов, увеличение поперечного размера и обусловленное им возрастание несоответствия. Такими щипцами извлекаются только мертвые дети с раздробленным черепом, или разрывается тазовое кольцо матери (разрывъ симфиза).

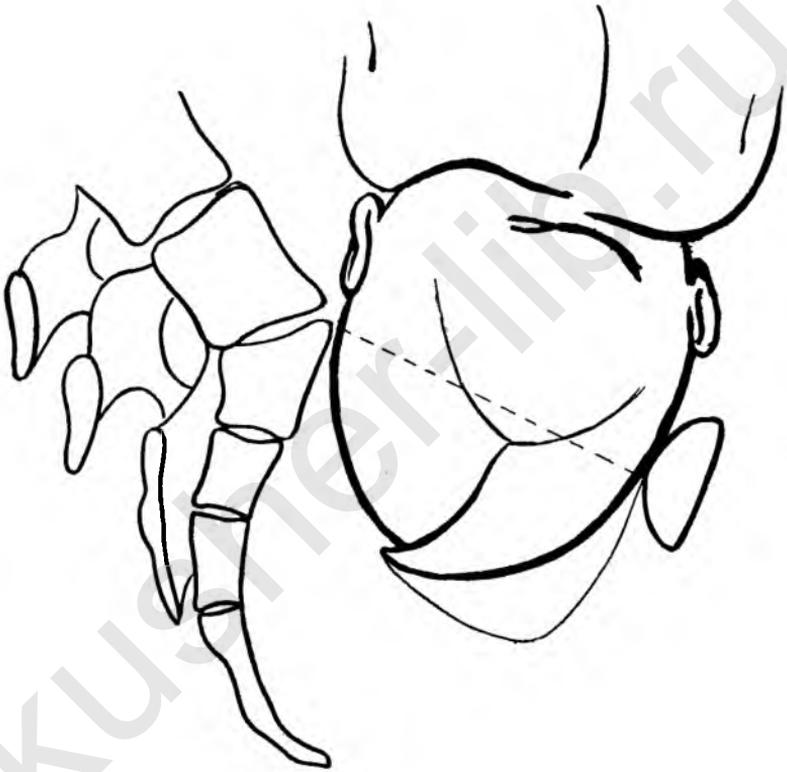


Рис. 8. Произошла конфигурация головки и она опустилась глубже.

Итакъ, съ полнымъ спокойствіемъ и рѣшительно Вы докажете окружающимъ бесполезность и опасность операціи, постаравшись выяснитъ имъ въ общепонятной формѣ, что при операціи благополучное окончаніе родовъ невозможно безъ опасности для жизни матери и ребенка. Не позволяйте уговорить себя наложить щипцы, такъ какъ этимъ Вы и себя, и своихъ пациентокъ избавите отъ различныхъ непріятностей.

Итакъ, мы рѣшили выжидать, и скоро, уже черезъ 2¹/₂ часа, убѣдились, что наступили хорошія схватки, произошла конфигурація головки, и она опустилась глубже (рис. 8). При узкомъ тазѣ между періодомъ раскрытія и изгнанія бываетъ всегда еще періодъ конфигураціи. Это тотъ періодъ, когда головка приспособляется къ формѣ таза, форми-

руется до известной степени. Приведенные рисунки показывают Вамъ, что при этомъ происходитъ захожденіе теменныхъ костей другъ на друга, а именно чаще задняя теменная кость заходитъ подъ переднюю.

$\frac{3}{4}$ часа спустя родился, безъ разрыва промежности, здоровый крѣпкій мальчикъ 50 см. длины, 3120 грм. вѣсомъ.

Короткій періодъ изгнанія чрезвычайно типиченъ для плоско-рахитическаго таза, выходъ котораго часто шире нормальнаго, благодаря тому, что крестецъ отодвинутъ болше къзади.

акusher-lib.ru

Лекція II.

Мм. Гг. Случай, который я хочу обсудить съ Вами сегодня, во многихъ отношеніяхъ можетъ напомнить Вамъ наши послѣдніе роды.

Случай 2.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа А. Г., 37 лѣтъ, 4-е роды.
Причина приглашенія врача: «Узкій» тазъ.
Анамнезъ: Рахитъ? Не знаетъ, когда научилась ходить.
Прежніе роды: Всегда трудные и продолжительные. При трехъ родахъ щипцы, наложенные всѣ однимъ и тѣмъ же врачомъ, мертвыя дѣти. Одни роды (вторые) произвольные, маленькій слабый ребенокъ, умершій въ первый годъ жизни.
Послѣднія регулы: Середина сентября.
Беременность нормальная.
Начало схватокъ: 28 іюля.
Воды отошли: Еще стоять.
Прибытіе врача: 28 іюля, 3 часа спустя послѣ начала схватокъ.
Status: Брахицефалической черепъ, маленькая приземистая женщина.
Температура: 36,7.
Пульсъ: 84.
Наружное изслѣдованіе: Sp. 28, Cr. 29, Tr. 32, С. ext. 18 С. diag. 10.5. С. vera 8,5—9. Ромбъ Michaelis'a почти треугольный. Дно матки на ладонь ниже мечевиднаго отростка. Спинка слѣва, мелкія части справа. Головка отклонена къ правой подвздошной кости.
Сердцебіеніе плода: 130, слѣва ниже пупка.
Внутреннее изслѣдованіе: Сильныя расширенія венъ на наружныхъ половыхъ частяхъ.
Влагалище: Очень обширное, растяжимое, слегка опущено.
Влагалищная часть матки: Существуетъ. Шейка: длиною въ 2 фаланги пальца, пропускаетъ палець. Пузырь сильно напряжень.
Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

- 1—классическое кесарское сѣченіе.
- 2—гебостеотомія.
- 3—поворотъ по Вraxton-Nicks, безъ особыхъ поясненій.
- 2—метрейризь, затѣмъ поворотъ.
- 2—ждать, при полномъ открытіи поворотъ
- 3—ждать, щипцы.

Изъ поступившихъ отвѣтовъ я хочу сначала обсудить тѣ, которые стоятъ за немедленное активное вмѣшательство. Одинъ изъ Васъ хочетъ даже сдѣлать нашей больной классическое кесарское сѣченіе. Я согласенъ, что время для производства классическаго кесарскаго сѣченія выбрано въ этомъ случаѣ правильно, потому что воды еще не отошли, родовая дѣятельность только что началась и, судя по пульсу и температурѣ, мать не инфицирована. Но прежде, чѣмъ подумать о такой сорезной операціи, которую, кромѣ того, только въ случаѣ крайней нужды можно сдѣлать въ частномъ домѣ, если нельзя перевезти больную въ клинику, требуются абсолютныя показанія, согласіе роженицы и, вмѣстѣ

съ тѣмъ, нужно обладать еще техникой, отвѣчающей всѣмъ требованіямъ тщательной асептики при чревосѣченіи. Намъ кажется, что въ этомъ случаѣ всѣ эти три момента отсутствуютъ.

Съуженіе таза опредѣляется въ 9—8,5 см., слѣдовательно, имѣется суженіе первой, можетъ быть, второй степени; поэтому эта женщина и могла родить 4 раза *per vias naturales* нормальныхъ доношенныхъ дѣтей. Слѣдовательно, при столь незначительномъ суженіи таза не можетъ быть и вопроса о кесарскомъ сѣченіи, ни при абсолютныхъ, ни при относительныхъ показаніяхъ.

Но прежде, чѣмъ рѣшать, что дѣлать, мы должны еще разъ попытаться тщательно ориентироваться, насколько велика головка ребенка въ данномъ случаѣ.

Въ противоположность случаю, разобранныму въ предшествующей лекціи, головка ребенка здѣсь отклонена, она стоитъ на правой подвздошной кости,—осложненіе, весьма нерѣдко встрѣчающееся при узкомъ тазѣ. То, что было найдено при нашемъ первомъ изслѣдованіи, изображено на рис. 9. Первое, что нужно дѣлать всегда при отклоненіи головки въ черепномъ положеніи, большинство изъ Васъ упустило изъ виду—это правильно положить роженицу. Благодаря отклоненію головки, часть тазового входа остается пустой и до извѣстной степени представляетъ собою *locus minoris resistentiae*.

Переднія воды здѣсь непосредственно соприкасаются съ остальной частью околоплодныхъ водъ, а Вы знаете, что въ такомъ случаѣ при разрывѣ пузыря легко можетъ произойти явленіе, представляющее серьезную опасность для ребенка, именно выпаденіе пуповины.

Для того, чтобы по возможности предотвратить это, а вмѣстѣ съ тѣмъ чтобы подвинуть головку ко входу въ тазъ, и служить правильное положеніе роженицы. При нашемъ прибытіи, какъ это очень часто бываетъ, мы нашли роженицу лежащей не на томъ боку, на какомъ слѣдуетъ. Старая акушерка, забывшая уже свои учебники, рассуждала такъ: головка отклонилась направо, поэтому я должна уложить роженицу на лѣвый бокъ. Но это, конечно, совершенно неправильно; одинъ взглядъ на нашъ рисунокъ покажетъ Вамъ, что тогда ягодицы ребенка еще больше отклонятся влѣво, а головка еще больше вправо. На этомъ основаніи при отклоненіи головки въ черепномъ положеніи (а также при отклоненіи ягодицъ при ягодичномъ положеніи) нужно положить роженицу на тотъ бокъ, въ какую сторону отклонена предлежащая часть.

Теперь мы положили роженицу на правый бокъ, тѣмъ не менѣе головка не обнаруживаетъ никакой наклонности опуститься во входъ таза. Отсутствие успѣха уже само по себѣ доказываетъ, что здѣсь дѣло идетъ о дѣйствительномъ несоотвѣтствіи между головкой и тазомъ, совершенно иномъ несоотвѣтствіи, чѣмъ въ только что разобраннымъ случаѣ. Но женщина рождаетъ въ 5-й разъ: и на основаніи прежнихъ родовъ можно судить, въ какомъ направленіи нужно вести настоящіе. При всѣхъ

предшествующихъ родахъ было черепное предлежаніе, всѣ роды были весьма продолжительны и при трехъ изъ нихъ извлеченъ щипцами мертвый ребенокъ.



Рис. 9 (случай 2).

Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ легкаго суженія таза со стороны анамнеза существуютъ прямыя указанія попробовать, не пойдутъ ли роды лучше при тазовомъ предлежаніи. Вы знаете, что этотъ способъ извѣстенъ подъ названіемъ «профилактическаго поворота». Только

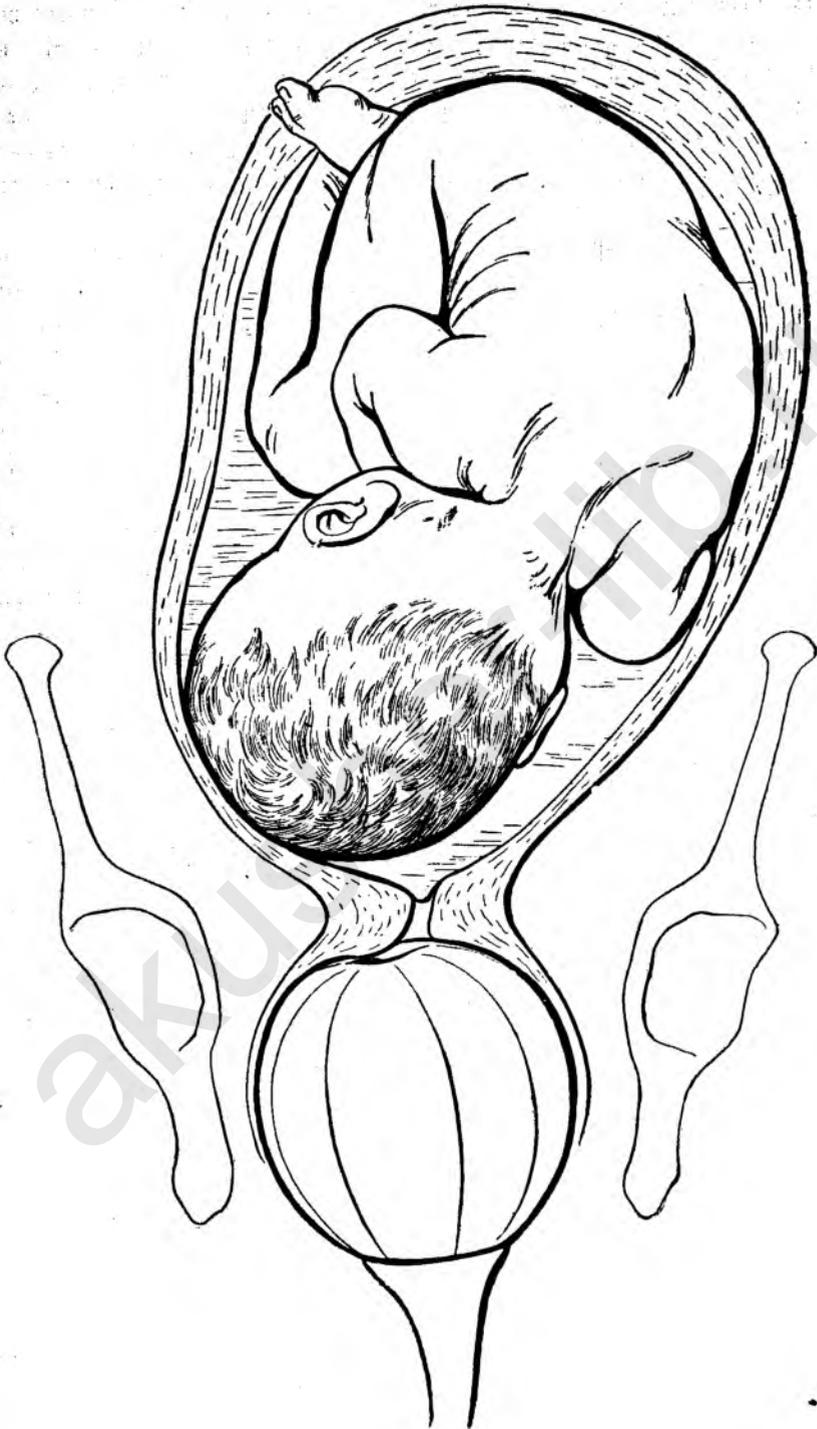


Рис. 10 (случай 2). Съ введеннымъ «предохранительнымъ баллономъ». Ср. рис. 9.

здѣсь нельзя говорить о профилактическомъ поворотѣ въ строгомъ смыслѣ слова, такъ какъ здѣсь дѣло идетъ объ отклоненіи отъ черепного положенія, что уже само по себѣ наводитъ на мысль о поворотѣ. Но коль скоро въ подобномъ случаѣ намъ пришла мысль о поворотѣ, мы должны задать себѣ два вопроса: во-первыхъ, какой моментъ наилучшій для производства операціи, и, во-вторыхъ, существуетъ ли, вообще, возможность быстро провести черезъ тазовой каналъ послѣдующую головку, не уменьшая ее?

Наилучшее время для поворота, безъ сомнѣнія, тотъ моментъ, когда воды еще не отошли, а зѣвъ вполне раскрытъ. Если бы въ этомъ случаѣ при моемъ прибытіи пузырь оказался вскрытымъ, что легко случается съ начинающими при неосторожномъ изслѣдованіи, то, конечно, я держался бы того же взгляда, который высказали нѣкоторые изъ Васъ, т. е. что необходимо немедленное вмѣшательство. Тогда нужно было бы, конечно, предварительно расширить каналъ шейки метрейринтеромъ Champetier de Ribes'a. Для меня непонятно, какъ Вы хотите дѣлать поворотъ при открытіи канала шейки на 2 пальца. Даже въ томъ случаѣ, если бы можно было сдѣлать комбинированный поворотъ по Braxton Hicks'y, я не могу присоединиться къ Вашему мнѣнію. Если въ подобномъ случаѣ Вамъ и удастся дѣйствительно поворотъ, для чего, конечно, требуется значительно большая техника, чѣмъ при поворотѣ цѣлой рукой, то спрашивается, какъ поступить дальше? Хотите ли Вы сейчасъ сдѣлать извлеченіе ребенка, причинивъ глубокіе разрывы шейки у матери, или Вы рѣшитесь въ концѣ-концовъ отказаться отъ бесплодной попытки къ извлеченію, такъ какъ шейка ребенка перетянута нераскрытымъ маточнымъ зѣвомъ? Часто благодаря такимъ несвоевременно произведеннымъ поворотамъ и извлеченіямъ и мать и ребенокъ погибали, мать отъ кровотечения, а ребенокъ отъ асфиксіи при продолжительномъ и трудномъ извлеченіи, или отъ перелома позвоночника, благодаря сильному потягиванію.

Итакъ, въ данномъ случаѣ приходится выжидать до полного открытія зѣва, обративъ все наше вниманіе на то, чтобы избѣжать выпаденія пуповины или мелкихъ частей. И то, и другое достигается при помощи баллона, названнаго Ahlfeld'омъ «Schutzballon» (предохранительный баллонъ). Для этого я употребляю обыкновенно кольпейринтеръ C. Braun'a, который я передаю Вамъ для осмотра вмѣстѣ съ метрейринтеромъ Champetier de Ribes'a. какъ два превосходныхъ, часто употребляемыхъ инструмента (см. рис. 10 и 22).

Введеніе Braun'овскаго баллона чрезвычайно просто. Пока Вы не начинали еще дезинфицироваться, положите баллонъ въ кипящую воду, но такъ, чтобы онъ не плавалъ въ водѣ, а погрузился бы въ нее, чего лучше всего можно достигнуть, если наложить нѣсколько Kocher'овскихъ зажимныхъ пинцетовъ. Когда Вы достаточно продезинфицировались и надѣли прокипяченныя резиновыя перчатки, тогда заставьте акушерку

положить на поперечную кровать роженицу и вымойте ее сами обычнымъ способомъ. Въ поликлиникѣ меня часто спрашивали съ удивленіемъ слушатели, зачѣмъ нужно передъ дезинфекціей роженицы дезинфицироваться сначала самому, поэтому я считаю нужнымъ вкратцѣ остановиться на этомъ. Дѣйствительно опасные микробы гнѣзятся не на наружныхъ половыхъ частяхъ роженицы, а на нашихъ рукахъ. Поэтому лучше **вовсе** не дезинфицировать роженицу, чѣмъ дезинфицировать ее невымытыми руками, ибо такая дезинфекція скорѣе внесетъ опасные микробы, чѣмъ удалить неопасные. Затѣмъ переложите сами баллонъ изъ кипящей воды въ тазикъ, наполненный холоднымъ растворомъ лизола, промойте лизоломъ влагалище и проведите правой рукой баллонъ, сложенный въ видѣ сигары, во влагалище до самой шейки, раздвигая половыя губы лѣвой рукой. Наконецъ наполняютъ баллонъ слабымъ растворомъ лизола или борной кислоты посредствомъ шприца отъ кольцециринтера, или въ крайнемъ случаѣ изъ irrigатора, и завязываютъ конецъ трубки, какъ только баллонъ будетъ совершенно наполненъ (рис. 10).

Мы видѣли, что вскорѣ послѣ этого схватки сдѣлались лучше и правильнѣе, и на слѣдующій день около 7 часовъ утра баллонъ выпалъ. Теперь маточный зѣвъ почти вполне раскрылся, воды стоятъ, выпаденія пуповины и мелкихъ частей не произошло. Мы достигли, слѣдовательно, своей цѣли и можемъ спокойно приступить къ повороту, хотя головка все еще отклонена. Но прежде чѣмъ производить поворотъ, мы должны до извѣстной степени выяснитъ себѣ, въ чемъ заключается главное затрудненіе при нашемъ оперативномъ пособіи. Не въ поворотѣ, который при цѣльныхъ водахъ не представляетъ трудностей даже для начинающаго, если онъ достаточно упражнялся на фантомѣ. Въ общемъ я по опыту знаю, что особенно быстро и элегантно поворотъ производится дамами, благодаря ихъ маленькимъ рукамъ. Начинающій долженъ пройти какъ можно выше къ дну матки, чтобы не захватить по ошибкѣ ручку. Только однажды одинъ изъ моихъ слушателей низвелъ, вмѣсто ножки, пуповину, и я потомъ лишь съ большимъ трудомъ извлекъ ребенка еще живымъ. Итакъ въ общемъ поворотъ въ подобномъ случаѣ не представляетъ трудностей; первая половина извлечения также обыкновенно идетъ быстро. Затрудненія появляются только при освобожденіи ручекъ и извлеченіи головки. И въ этомъ случаѣ освобожденіе ручекъ не было такъ просто, потому что обѣ онѣ были высоко запрокинуты за головку ребенка. Чѣмъ скорѣе дѣлаетъ свое дѣло акушеръ и чѣмъ больше у него техники, тѣмъ больше шансовъ у ребенка остаться въ живыхъ. Но самое главное затрудненіе представляетъ извлечение головки. Дѣло въ томъ, что, когда имѣется несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ, какъ въ нашемъ случаѣ, то послѣ успѣшнаго освобожденія ручекъ, она остается надъ входомъ въ тазъ. Первая ошибка, которую я чрезвычайно часто видѣлъ у начинающихъ, состоитъ въ томъ, что они, пово-

рачивая спинку ребенка кпереди и перекидывая туловище веркомъ на свою руку, вводить лѣвый указательный палецъ въ ротикъ, слѣдовательно примѣняютъ способъ Veit-Smellie при высокостоящей головкѣ. Неправильность этого приема лучше всего поясняетъ рис. 11. Вы

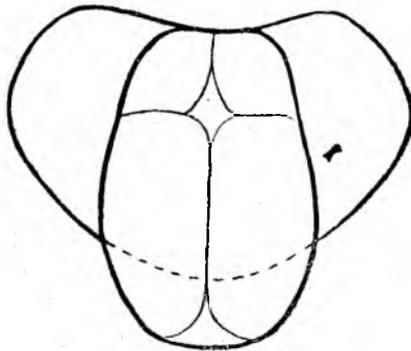


Рис. 11. Приемъ Martin-Wiegand-Wincke'l'я, произведенный неправильно.

Затѣмъ надо постараться создать себѣ возможно лучшее поле для операціи. Чтобы показать, какъ часто грѣшатъ въ этомъ отношеніи въ практикѣ, я приведу нѣсколько примѣровъ. Однажды я былъ приглашенъ коллегой для наложенія высокихъ щипцовъ, съ которыми онъ не могъ справиться, такъ какъ на низкой поперечной кровати въ углу комнаты онъ не могъ опустить ложки щипцовъ настолько, насколько это требовалось въ данномъ случаѣ. Въ другой разъ я нашелъ роженницу въ правильномъ положеніи на столѣ, но столъ стоялъ въ кухнѣ, за нимъ находилась горячая раскаленная печь, тогда какъ черезъ разбитое окно врывался холодный зимній воздухъ (тогда было около 12° хо-



Рис. 13 а.

а—Ручная лампа, готовая къ употребленію; б—видъ сбоку.



Рис. 13 б.

лода); между тѣмъ, въ квартирѣ была большая, просторная, хорошая комната, которая, правда, была не вытоплена. Въ такихъ случаяхъ легко помочь, если налить $\frac{1}{4}$ литра спирта для горѣнія въ эмалевую чашку или ведро и зажечь его, поставивъ сосудъ на деревянную доску, ящикъ отъ сигаръ и т. п., чтобы сберечь полъ или коверъ. Этимъ способомъ удастся очень быстро нагрѣть холодную комнату. Въ большую эмалевую чашку, когда она сыграла уже свою роль быстро согрѣвающей печки, можно положить потомъ стерилизованные инструменты. Ничего нѣтъ неудобнѣе, какъ класть инструменты въ чашку, наполненную лизоломъ. Благодаря непрозрачному раствору нѣтъ никакой возможности отыскать въ надлежащій моментъ инструментъ, который какъ-разъ нуженъ. Для

того, чтобы быстро охладить инструменты, обливают их 3% карболовым раствором.

Приспособив как можно лучше операционное поле, надо заняться инструментами. Начинаящему можно только посоветовать скорѣе подготовить излишнее, чѣмъ недостаточное число вываренныхъ инструментовъ. Ничего нѣтъ хуже и опаснѣе, какъ заставлять акушерку въ рѣшительный моментъ доставать инструментъ изъ сумки и кипятить его. Захлороформированную женщину приходится въ такомъ случаѣ оставить одну, а Вы сами не можете взять инструментъ, такъ какъ должны остаться стерильнымъ. Словомъ, возникаетъ цѣлая масса разныхъ неудобствъ, которыя только отнимаютъ время и волнуютъ, между тѣмъ какъ ихъ можно обойти, если устроить все заранее болѣе цѣлесообразно. Я примѣняю уже въ теченіе 5 лѣтъ устроенную мною акушерскую сумку, которую я остался очень доволенъ и которую я могу Вамъ рекомендовать (см. рис. 14).

«Большая часть употребительныхъ акушерскихъ сумокъ неасептичны и неудобны. Такъ какъ не всегда оказывается возможнымъ основательно очистить и дезинфицировать инструменты немедленно послѣ ихъ употребленія, то тѣ мѣста сумки, которыя соприкасаются съ инструментами, бывшими въ употребленіи, легко загрязняются септическими веществами. Кромѣ того въ сумку проникаетъ пыль и поэтому, если инструменты употребляются съ довольно большими промежутками, чистота ихъ становится весьма сомнительной. Неудобство сумокъ заключается въ томъ, что каждый инструментъ нужно класть на специально отведенное ему мѣсто, такъ какъ иначе сумку не удается закрыть. Неприятна также, напр., при переѣздахъ на трамваяхъ и желѣзныхъ дорогахъ своеобразная форма сумки и брѣшаніе металлическихъ инструментовъ» (Витт, Grundriss zum Studium der Geburtshilfe, III Aufl.).

Эти неудобства устраняются, если, по совѣту Витта, пользоваться достаточно вмѣстительной кожаной дорожной сумкой и положить инструменты въ стирающіеся холщевые мѣшки. Но насколько такой распорядокъ отвѣчаетъ принципу чистоты, настолько же онъ оставляетъ желать многого въ отношеніи удобствъ при выниманіи инструментовъ изъ мѣшковъ. Кромѣ того я убѣдился, что инструменты въ мѣшкахъ трутся другъ о друга и поэтому никелировка ихъ скоро стирается. Оба эти неудобства устраняются примѣненіемъ предложенной мною сумки (Rahmentasche), въ которой не теряются также и упомянутыя преимущества мѣшковъ.

Моя сумка по своему устройству крайне проста (рис. 14). Она состоитъ изъ металлической рамы въ формѣ прямоугольника, которая для акушерскаго набора должна быть настолько велика, чтобы можно было положить, по крайней мѣрѣ по диагонали, наиболѣе длинный изъ употребляемыхъ инструментовъ—краниокласть. На рамѣ натянута парусина съ 4 створками, которыя складываются надъ рамой послѣ того, какъ будутъ уложены всѣ инструменты рядомъ прямо на парусину, натянутую на раму; инструменты укладываются въ какомъ угодно порядкѣ; нѣтъ ни особыхъ гнѣздъ для инструментовъ, ни особаго «сложнаго распорядка» ихъ. На сумкѣ дѣлаются соотвѣтственныя надписи: «Выкидышь», «Шпывъ», «Щипцы», «Перфорация», «Гебостеотомія» или т. п.

Отдѣльныя сумки кладутся просто одна на другую и при пользованіи ими врачу предоставляется рѣшить, долженъ ли онъ взять съ собой въ дорожную сумку одинъ футляръ (напр. съ надписью «Выкидышь») или сразу нѣсколько.

Эти сумки такъ же, какъ и мѣшки, легко можно чистить и кипятить. При употребленіи ихъ оказывается чрезвычайно удобнымъ, что инструменты лежатъ на плоскости, какъ на подносѣ, и потому акушерка можетъ легко ихъ подавать.

Для акушерской практики оказался, по моимъ наблюденіямъ, чрезвычайно удобнымъ и асептичнымъ, при примѣненіи описанной сумки, наборъ, устроенный по моимъ указаніямъ торговымъ домомъ «Medizinisches Warenhaus A. G.» (Berlin, Karlstrasse). Преимущества этого набора заключаются, по моему мнѣнію, въ слѣдующемъ:

1. Инструменты помѣщаются въ кожаной дорожной сумкѣ, которая по своей элегантности ничѣмъ не отличается отъ дамскихъ сумочекъ.

2. Неприятное «бренчаніе металлических частей»¹⁾ устранено, благодаря расположенію инструментовъ въ парусиновыхъ футлярахъ на рамѣ. Врачъ можетъ брать съ собою только тѣ инструменты, въ которыхъ, смотря по обстоятельствамъ, можетъ представиться надобность.

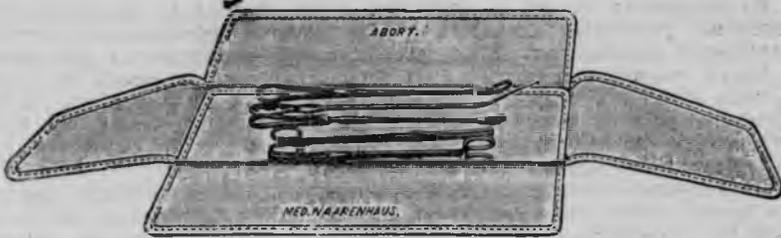


Рис. 14.

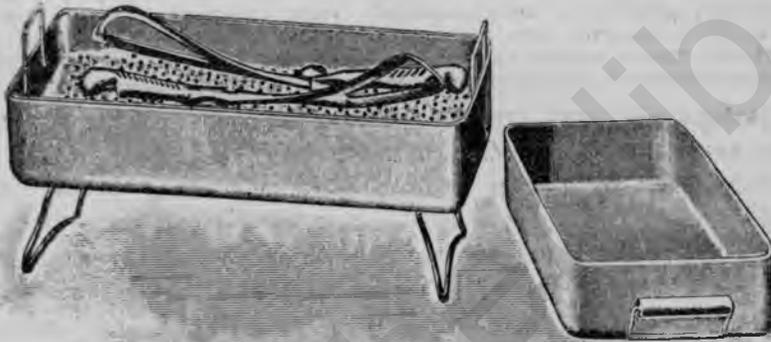


Рис. 15.



Рис. 16.

3. Футляры съ инструментами хранятся въ стерилизаціонномъ аппаратѣ, сдѣланномъ изъ одного куска и поэтому весьма прочномъ (см. рис. 15), причѣмъ закрывающая его крышка, снабженная по бокамъ обхватывающими краями, можетъ служить въ то же время для охлажденія инструментовъ и кромѣ того предупреждаетъ прониканіе пыли. Поэтому инструменты, даже когда они не употребляются, находятся въ безупречно чистомъ состояніи¹⁾.

¹⁾ Можно, конечно, оставить стерилизаторъ дома. Но кипяченіе инструментовъ, напр., въ рыбномъ котлѣ для меня лично настолько несимпатично, что я предпочитаю брать съ собою болѣе тяжелую сумку. Въ поликлинической практикѣ часто случается, что совсѣмъ нельзя достать какой-либо особый сосудъ для кипяченія инструментовъ.

4. Ящикъ съ лекарствами, наконечники, трахеальный катетеръ, каниולי для подкожныхъ вливаний и проч. помѣщаются въ ирригаторъ, вмѣстимостью въ нѣсколько литровъ (рис. 16 В а и б); въ него же кладутъ въ особомъ отдѣленіи принадлежности для мытья.

5. Въ жестяномъ ящикѣ съ двойнымъ дномъ (рис. 16 А) находятся съ одной стороны резиновыя перчатки, вата, различный перевязочный матеріалъ, Dührssen'овскія коробки и т. д., на другой сторонѣ—инструменты для наркоза.

6. Части, упомянутыя подъ рубрикой 4 и 5, лежатъ въ сумкѣ на самомъ верху, такъ какъ онѣ содержатъ все необходимое, что требуется для перваго изслѣдованія. Если не понадобилось оперативнаго вмѣшательства, то просто кладутъ назадъ все то, чѣмъ приходилось пользоваться, оставляя нетронутымъ остальную инструментарій.

7. Въ выпуклой крышкѣ кожаной сумки есть кромѣ того мѣсто для тазомѣра и халата («такъ какъ оказывать акушерскую помощь нельзя ни въ сюртукѣ, ни въ сорочкѣ съ рукавами» [Витт]). Въ этотъ халатъ, по окончаніи операциі, заворачиваются инструменты, бывшіе въ употребленіи, такъ что они нигдѣ не приходятъ въ соприкосновеніе съ остальнымъ наборомъ.

8. Уложить и вынуть инструменты можно въ самое короткое время, такъ какъ, благодаря примѣненію вышеописанной сумки, совершенно безразлично, на какомъ мѣстѣ придется тотъ или другой инструментъ.

Примѣненіе такого набора въ теченіе 5 лѣтъ, какъ въ частной практикѣ, такъ и въ поликлиникѣ, доказало его полную практичность.

Въ разбираемомъ нами случаѣ, т. е. для поворота при неполномъ раскрытіи маточнаго зѣва, необходимо имѣть наготовѣ:

1. Полотняную тесьму для захватыванія извлеченной ручки (см. рис. 144).

2. Два Douen'овскихъ зеркала для обнаженія шейки при наложеніи на нее швовъ. Я пользуюсь для этого двумя пластинками, длиною въ 9 см. (для верхней створки) и въ 11 см. (для нижней створки) и шириною въ $4\frac{1}{2}$ см. каждая. Такихъ зеркалъ не бываетъ въ большинствѣ готовыхъ акушерскихъ наборовъ, а между тѣмъ они являются единственными зеркалами, при помощи которыхъ, въ случаяхъ настоятельной нужды, можно быстро и хорошо расширить влагалище и обнажить кровоточащую шейку (см. рис. 115).

3. 4 Collin'овскихъ щипцовъ для низведенія шейки при наложеніи на нее швовъ (см. рис. 115).

4. 2 Hegar'овскихъ иглодержателя (см. рис. 115).

5. 3 или 4 иглы, которыя должны быть достаточной величины и не очень плоски. Ихъ вкалываютъ въ комокъ ваты.

6. Длинный маточный пинцетъ съ возможно тупыми концами (на рис. 17 изображенъ предложенный мною пинцетъ) для могущей потребоваться тампонады матки.

Всѣ эти инструменты заворачиваются въ полотенце, которое закрывается при помощи двухъ Kocher'овскихъ зажимныхъ пинцетовъ (см. рис. 19) и стерилизуется затѣмъ въ кипятокѣ. Всегда надо самому убѣдиться, дѣйствительно ли кипитъ вода, такъ какъ въ этомъ отношеніи не всегда можно положиться на акушерку или на помогающій персоналъ.

Во второе полотенце заворачиваютъ тѣ инструменты, которые необходимы при каждомъ оперативномъ родоразрѣшеніи.

Надо приготовить также 2 Kocher'овскихъ зажимныхъ пинцета

до своихъ половыхъ частей или начинаетъ сильно отбиваться. На поперечной кровати можно еще легче фиксировать руки роженицы, заставивъ ее положить свои руки тыльной стороной кверху на матрацъ, послѣ чего обѣ помощницы, держащія ноги роженицы, садятся на руки роженицы, что, вслѣдствіе мягкости матраца не можетъ причинить ей вреда.

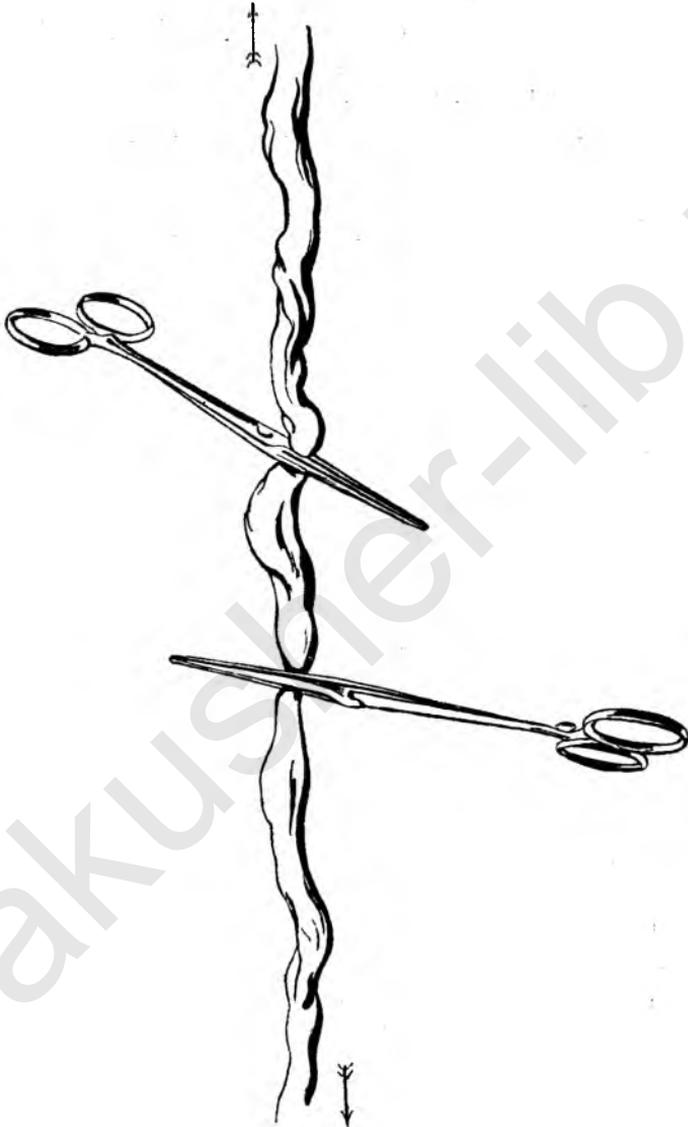


Рис. 19. Перевязка пуповины при помощи Кошеговскихъ зажимныхъ пинцетовъ.

Затѣмъ вы приступаете сами къ наркозу, или если присутствуетъ другой врачъ, поручаете наркозъ ему. Нѣтъ ничего проще наркоза роженицы, и поэтому не слѣдуетъ отъ него отказываться, напрасно под-

вергая пациентку психическому инсульту. Я ни разу не видалъ плохого исхода при многихъ тысячахъ случаевъ наркоза при родахъ. Заставляютъ роженицу спокойно считать и, какъ только она начинаетъ засыпать, передаютъ акушеркѣ стеклянку съ хлороформомъ, которую она беретъ правой рукой, такъ какъ ей не нужно больше держать руку роженицы. Затѣмъ приступаютъ къ дезинфекціи своихъ рукъ, дѣлая это такъ, чтобы можно было видѣть лицо наркотизированной роженицы и наблюдать за ея дыханіемъ; при этомъ время отъ времени заставляютъ акушерку капать понемногу хлороформъ на маску. Послѣ того, какъ основательная дезинфекція рукъ окончена, надѣваютъ прокипяченныя резиновые перчатки, что очень легко удается, если предварительно совершенно наполнить ихъ растворомъ лизола; при этомъ можно также легче всего увидеть тѣ небольшіе дефекты въ перчаткахъ, которые умаляютъ асептическое значеніе ихъ и поэтому дѣлаютъ ихъ непригодными къ употребленію. Своими пальцами вытѣсняютъ лизоль изъ перчатокъ и затѣмъ разглаживаютъ ихъ щеткой, смоченной лизоломъ, въ чашкѣ, наполненной лизоловымъ растворомъ.

Затѣмъ вынимаютъ завернутые въ полотенца прокипяченныя инструменты, которые успѣли остынуть, кладутъ ихъ въ прокаленную чашку и прикрываютъ тѣми же полотенцами бедра оперируемой такъ, чтобы былъ закрытъ и животъ и чтобы ваша рука, манипулирующая снаружи, оставалась чистой. Подъ ягодицы подкладывается третье полотенце, смоченное растворомъ лизола, причѣмъ конецъ его спускаютъ въ ведро, которое стоитъ подъ столомъ. Обмывъ еще разъ роженицу и вытеревъ наружныя половыя части ватой, смоченной въ лизоловомъ растворѣ, можно уже приступить къ операціи. Въ нашемъ случаѣ все идетъ гладко. Черезъ нѣсколько секундъ послѣ поворота показывается въ половой щели колѣно ребенка; поворотъ оконченъ. Послѣ нѣсколькихъ минутъ спокойнаго выжиданія слѣдуетъ медленное извлеченіе до пупка, быстрое освобожденіе ручекъ и надлежащій приемъ Martin-Wiegand'a а затѣмъ Veit-Smellie,— и ребенокъ родился. Такъ какъ онъ находится въ асфиксіи, то пуповина перевязывается немедленно, хотя мы знаемъ, что при этомъ отнимаемъ у ребенка 50—120 куб. см. крови. Но здѣсь необходимо спѣшить, потому что наша врачебная репутація поставлена на карту.

Накладываютъ на пуповину зажимные пинцеты, какъ показано на (рис. 19) и перерѣзываютъ ее ножницами. Теперь вы находитесь въ затруднительномъ положеніи, изъ котораго нужно скорѣе выйти: съ одной стороны—мать, у которой можетъ появиться кровотеченіе, съ другой — ребенокъ, котораго нужно оживить, чего никоимъ образомъ нельзя поручить акушеркѣ.

При этомъ лучше всего поступать слѣдующимъ образомъ: поручая акушеркѣ одинъ моментъ держать ребенка въ области лодыжекъ такъ, чтобы голова висѣла прямо внизъ и изо рта вытекла слюна, кладутъ

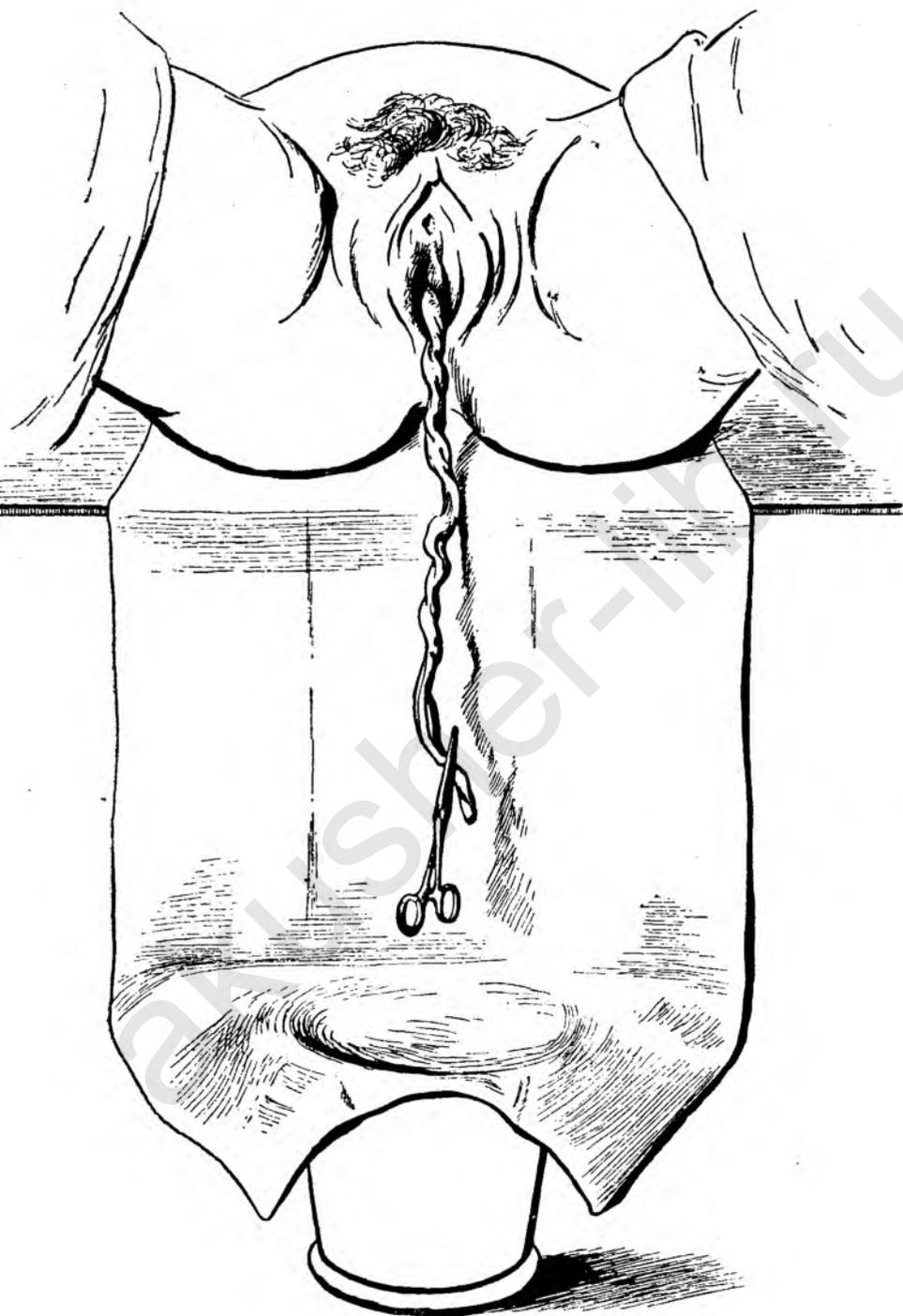


Рис. 20. Ведро съ положеннымъ сверхъ него полотенцемъ для контроля послѣ-родового кровотеченія. «Контроль посредствомъ полотенца».

быстро ноги роженицы рядомъ на спинку стула, на которомъ сидѣли во время операціи, а полотенце, подложенное въ началѣ операціи подъ ягодицы роженицы и спускавшееся въ ведро, перекидываютъ теперь надъ ведромъ такъ, чтобы каждую вытекающую каплю крови можно было видѣть на чистомъ концѣ бѣлаго полотенца (рис. 20). Немедленное сближеніе ногъ роженицы я считаю существенно важнымъ, такъ какъ я часто наблюдалъ прекращеніе атоническихъ кровотеченій, какъ только разведенныя ноги были крѣпко прижаты другъ къ другу.

Контроль надъ кровотеченіемъ при помощи полотенца также очень важенъ, ибо иначе, пока Вы оживляете ребенка, Вамъ придется все время спрашивать акушерку, а въ большинствѣ случаевъ ея отвѣты будутъ или черезчуръ тревожными, или черезчуръ успокаивающими. Теперь же Вамъ довольно одного взгляда на полотенце, чтобы убѣдиться, что кровотечения нѣтъ. Какъ хорошо, что мы выждали полного раскрытія зѣва; разрывъ шейки въ клиникѣ, гдѣ къ Вашимъ услугамъ столько обученныхъ помощниковъ,—бездѣлица, напротивъ, въ частной практикѣ это можетъ стоить жизни ребенку, если Вы прекратите его оживленіе для остановки кровотечения, или матери, если Вы забудете ее ради оживленія ребенка. Поэтому берегитесь разрывовъ шейки.

Такъ какъ въ нашемъ случаѣ у матери нѣтъ никакого кровотеченія, то надо теперь скорѣе заняться ребенкомъ. И здѣсь Вы должны оказывать пособіе быстро, обдуманно и цѣлесообразно. Прежде всего нужно очистить ротъ отъ слизи и крови мягкой тряпочкой или ватой. Затѣмъ очищаются дыхательные пути посредствомъ трахеального катетера (рис. 163). Только послѣ этого Вы дѣлаете 6 или 7 Schultze'вскихъ качаній, технику которыхъ Вы хорошо знаете изъ учебниковъ. Послѣ качаній по Schultze переносятъ ребенка въ теплую ванну; всегда надо заботиться, особенно при долго продолжающихся попыткахъ къ оживленію, о томъ, чтобы ребенокъ не слишкомъ остылъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ всѣ Ваши труды не увѣнчаются успѣхомъ. (Подробности объ оживленіи новорожденныхъ см. въ лекціи XIV).

Въ нашемъ случаѣ мальчикъ (длина его въ 55 см., вѣсъ 3900 грм.) скоро началъ хорошо кричать, и мы можемъ быть тѣмъ болѣе довольны нашимъ успѣхомъ, что успѣлъ уже отдѣлиться послѣдъ—прошло уже болѣе $\frac{1}{2}$ часа по окончаніи родовъ, и его легко можно выжать по Credé. Какъ можно убѣдиться при осмотрѣ полотенца, прогнувшаяся отъ наркоза мать потеряла не болѣе 150 куб. см. крови. Послѣдъ вышелъ весь. Въ заключеніе переносятъ родильницу въ хорошо приготовленную постель, послѣ того какъ операторъ обмылъ ее (я этого никогда не поручаю акушеркѣ).

Лекція III.

Случай 3.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Г., 21 года, 3-и роды.
Причина приглашенія: Родители желаютъ имѣть живого ребенка, потому что у нихъ ни одного еще нѣтъ.

Анамнезъ: Не знаетъ, когда научилась ходить. Ничего особеннаго.

Прежніе роды: Первые роды 2 года тому назадъ, щипцы, мертвый ребенокъ въ 10 фунтовъ. Годъ назадъ выкидышъ missed labour.

Послѣднія регулы: Середина января.

Начало родовыхъ болей: 31 окт., въ 5 ч. утра.

Отхожденіе водъ: 31 окт., въ 12 час. пополудни.

Прибытіе врача: 31 окт., въ 1 ч. попол.

Status: Средняго роста, хорошо сложенная женщина. Мужъ очень высокаго роста и крѣпкаго тѣлосложенія.

Измѣреніе таза: Sp. 27, Сг. 29¹/₂, Тг. 31, Conj. ext. 21.

Сердцебиеніе: 120, слѣва ниже пупка.

Наружное изслѣдованіе: Первое черепное положеніе, головка подвижна надъ входомъ, отклонена вправо.

Внутреннее изслѣдованіе: Влагалище очень широкое, растяжимое.

Маточный зѣвъ: Раскрытіе около серебрянаго рубля, шейка сглажена; воды отошли. Головка отклонена вправо.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

6—за выжиданіе, въ случаѣ надобности щипцы.

1—за гебостеотомію.

4—за метрейризмъ, поворотъ.

3—за введеніе предохранительнаго баллона, выжиданіе до полного открытія зѣва, затѣмъ поворотъ.

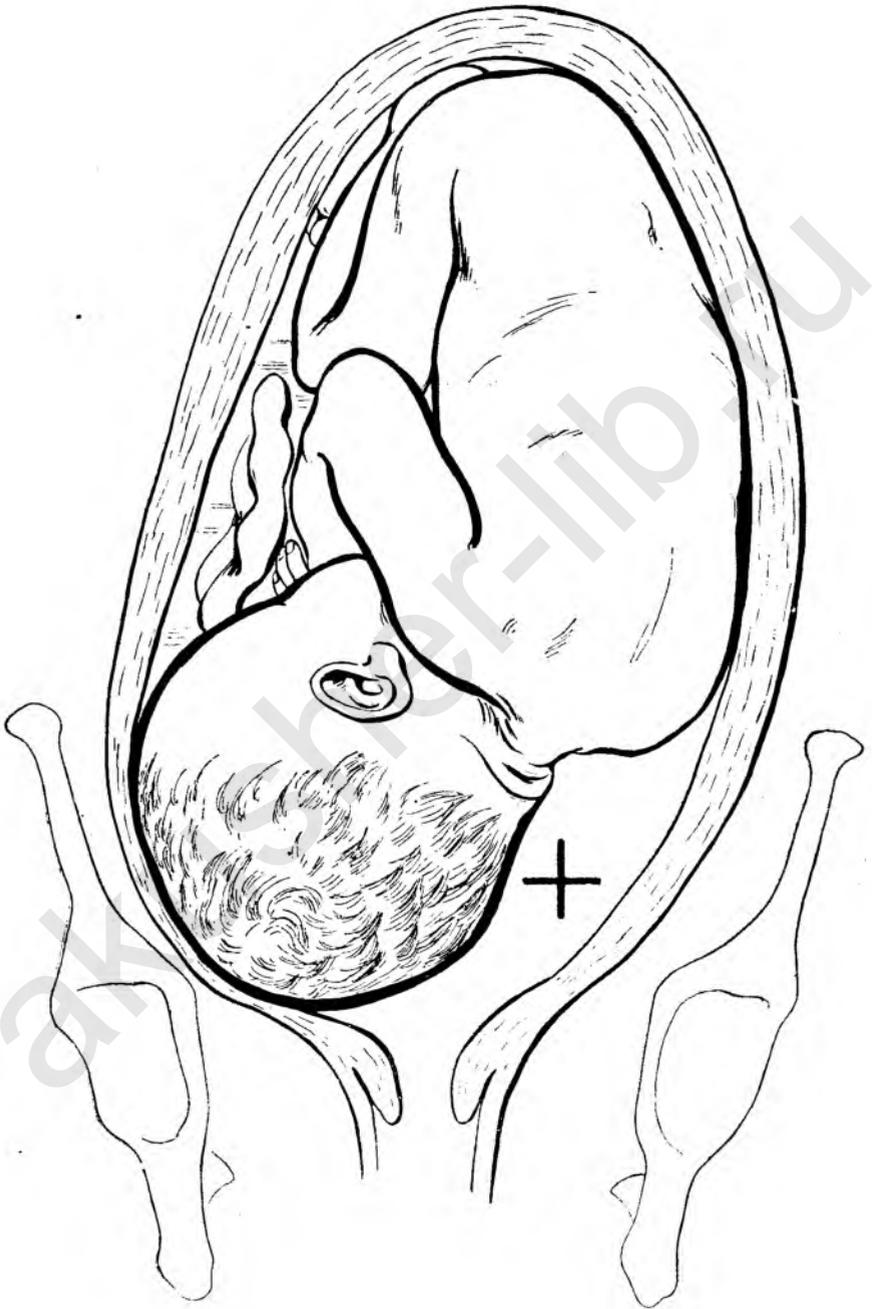


Рис. 21 (случай 3).

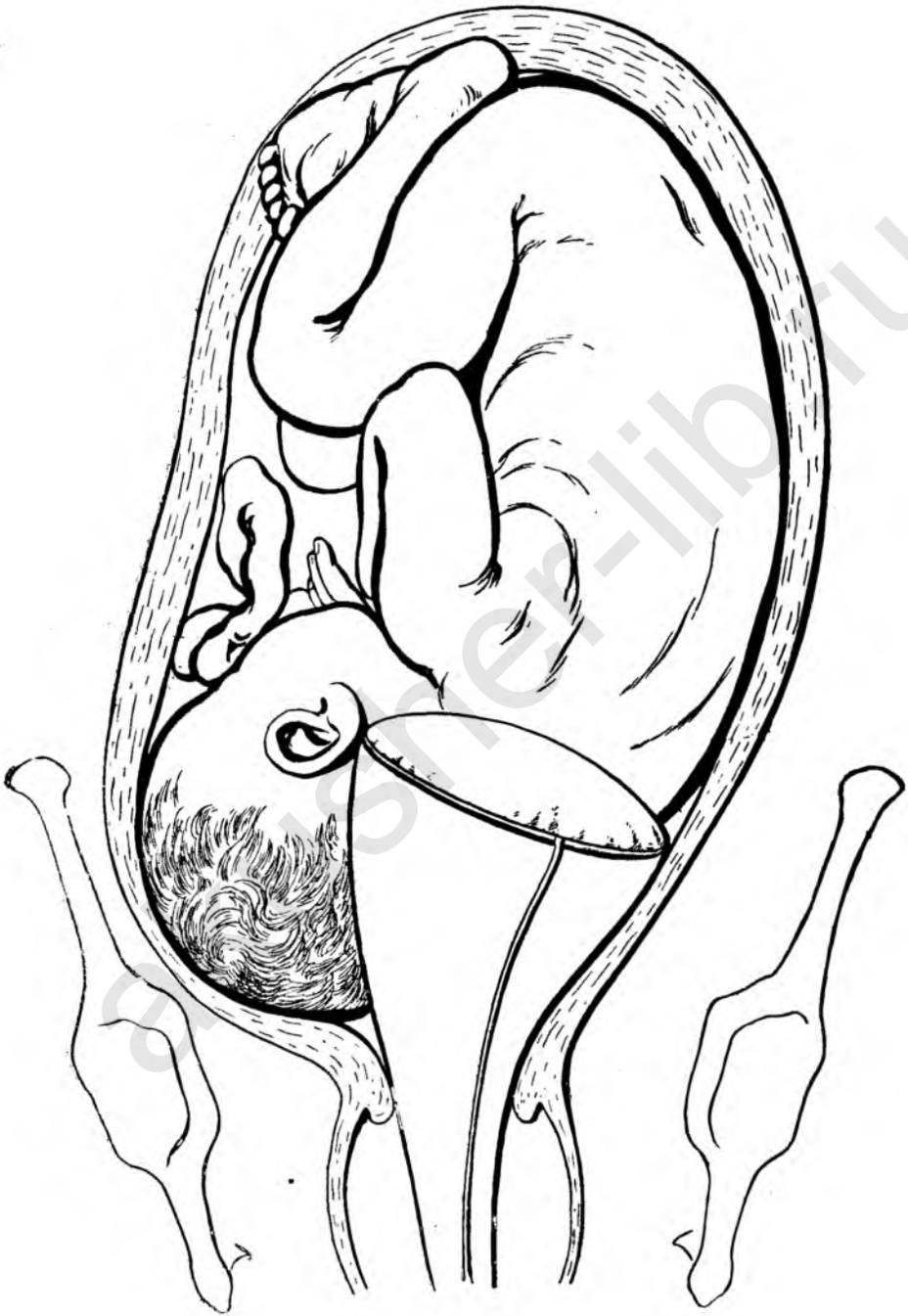


Рис. 22 (случай 3).

Введенный и наполненный мейрингеръ. (Баллонъ лежитъ около головки ребенка, такъ какъ она отклонилась къ правой подвздошной кости)

Мм. Гг. Въ Вашнхъ отвѣтахъ отчасти отражается то, что Вы практически усвоили себѣ изъ нашихъ первыхъ двухъ лекцій.

Совершенно правильную терапію въ данномъ случаѣ рекомендовали тѣ изъ Васъ, которые совѣтуютъ ввести «предохранительный баллонъ», выждать полного раскрытія наружнаго зѣва и затѣмъ сдѣлать поворотъ. Я самъ примѣнилъ нѣсколько болѣе активное вмѣшательство, а именно я прибѣгнулъ къ метрейризу съ цѣлю расширенія шейки, а затѣмъ немедленно сдѣлалъ поворотъ и извлеченіе. Разумѣется, я долженъ объяснить Вамъ, почему я такъ поступилъ.—Одинъ изъ Васъ рекомендовалъ гебостеотомію, но я думаю, что онъ не сталъ бы такъ легко совѣтовать въ частной практикѣ эту операцію, которая умѣстна въ клиникѣ, если бы ему хоть разъ пришлось быть свидѣтелемъ гебостеотоміи въ частномъ домѣ.

Нашъ сегодняшній случай совершенно отличенъ отъ двухъ прежнихъ. У этой женщины тазъ нормальной величины, *promontorium* не достигается. Признаковъ рахита нѣтъ. Если бы это были первые роды у нашей пациентки, то мы могли бы совершенно спокойно выждать. Но послѣдніе роды, которые, какъ я знаю, велъ отличный акушеръ, окончились весьма печально, былъ извлеченъ щипцами мертвый чрезвычайно большой ребенокъ, вѣсомъ въ 10 фунтовъ. Въ такихъ случаяхъ необычнаго роста ребенка всегда полезно убѣдиться, какого роста мужъ. Въ данномъ случаѣ мужъ статный, очень высокаго роста мужчина. Поэтому нужно думать, что ребенокъ и на этотъ разъ окажется очень большимъ, что черепныя кости его очень плотны, и чрезвычайно мало способны къ конфигураціи. Это предположеніе вполне подтверждается объективными данными. Окружность живота у этой женщины равняется 115 см. (99—100 нормально); такъ какъ брюшныя стѣнки у нея не слишкомъ жирны, а *hydramnion* можно исключить на основаніи отсутствія флюктуаціи и ясно опредѣляемаго положенія ребенка, а также на основаніи отошедшихъ водъ, то, конечно, это весьма почтенная окружность. Головка ребенка подвижна надъ входомъ и отклонена къ правой подвздошной кости (рис. 21); далѣе то обстоятельство, что роды продолжаются уже 8 часовъ, а воды отошли часъ тому назадъ, тоже указываетъ на несоответствіе между головкой ребенка и тазомъ матери, т. е. хотя тазъ и нормаленъ, но здѣсь имѣется, какъ и при послѣднихъ родахъ, также чрезмѣрный ростъ плода. Какъ уже сказано, головка стоитъ подвижно надъ входомъ въ тазъ, такъ что можно удобно ощупать нижній полюсъ ея; поэтому мы можемъ измѣрить длину оси плода, приставивъ одну вѣтвь нашего тазомѣра къ прощупываемому снаружн нижнему полюсу головки, а другую на ягодицы плода. Измѣреніе это можно сдѣлать еще точнѣе, если послѣ стерилизаціи тазомѣра ввести одинъ конецъ его подъ руководствомъ пальца во влагалище и непосредственно приставить его къ головкѣ. Полученный размѣръ оси плода нужно помножить на два, чтобы получить приблизительную длину плода. Въ данномъ случаѣ длина оси плода 30 см., слѣдовательно, длина

плода равна 60 см.; изъ этой цифры мы должны, однако, вычесть нѣсколько сантиметровъ, такъ какъ одинъ конецъ тазомѣра былъ приставленъ не во влагалищѣ, а снаружи. Другой отличный способъ для того, чтобы судить о размѣрахъ головки, предложенъ Р. Müller'омъ и состоитъ въ томъ, что пытаются вдавить головку въ тазъ. И этотъ способъ подтверждаетъ результатъ предыдущихъ изслѣдованій.

Чрезмѣрная величина ребенка и нормальный тазъ представляютъ для теченія родовъ такія же препятствія, какъ узкій тазъ при нормальной величинѣ ребенка.

Намъ извѣстно искреннее желаніе родителей имѣть живого ребенка. Намъ представляются двѣ возможности: или выждать, или же, если мы не хотимъ ждать, приступить къ искусственному расширенію раскрытаго маточнаго зѣва, и затѣмъ немедленно сдѣлать поворотъ. Дѣло въ томъ, что въ этомъ случаѣ воды отошли уже за часъ до нашего прихода, и поэтому если мы будемъ ждать еще больше, матка при хорошихъ схваткахъ будетъ все крѣпче и крѣпче обхватывать тѣло плода, такъ что поворотъ окажется все болѣе и болѣе труднымъ и вмѣстѣ съ тѣмъ все меньше будутъ шансы получить этимъ путемъ живого ребенка.

Противъ выжиданія говоритъ то, что головка плохо вдавливается въ тазъ, что кости ея плотны и воды отошли. Если при выжиданіи въ теченіе нѣсколькихъ часовъ не произойдетъ конфигурація головки, то мы будемъ безсильны, — щипцы, какъ Вы знаете теперь, нельзя накладывать въ такомъ случаѣ, поворотъ же черезъ нѣсколько часовъ отхожденія водъ опасенъ для матери въ виду возможности разрыва матки, а для ребенка тоже не обѣщаетъ многого. Остается тогда только гебостеотомія, которую Вы не можете сдѣлать въ частной практикѣ, а согласается ли въ данномъ случаѣ окружающіе на перевозку больной въ клинику и на распилъ таза, въ этомъ я сильно сомнѣваюсь.

Такимъ образомъ при выжиданіи, особенно если установится еще передне- или заднетеменное предлежаніе головки, ребенокъ можетъ умереть, и придется окончить роды перфорацией. О такихъ случаяхъ намъ придется еще говорить въ дальнѣйшемъ.

Итакъ мы рѣшаемся на поворотъ. Приготовивъ весь необходимый инструментарій и подготовивъ операционное поле, какъ мы сдѣлали это въ предыдущемъ случаѣ, мы начинаемъ нашу операцию съ метрейриза и беремъ для этого самый большой номеръ Champetier de Ribes. Прокниптивъ баллонъ, мы складываемъ его въ видѣ сигары, захватываемъ верхушку щипцами для кольпейринтера или простымъ корнцангомъ и затѣмъ вводимъ его въ полость матки подъ руководствомъ двухъ пальцевъ лѣвой руки (см. рис. 149, лекція XIII). Насколько легко удастся эта манипуляція опытному врачу, настолько она требуетъ большой осторожности со стороны новичка. Мнѣ пришлось видѣть одинъ случай, когда врачъ перфорировалъ щипцами при введеніи метрейринтера зад-

ній сводъ влагалища. Къ счастью, оплошность была скоро замѣчена и больная осталась въ живыхъ. Поэтому во всѣхъ случаяхъ метрейриза, даже простыхъ, начинающій долженъ прибѣгнуть къ наркозу роженицы, обнажить влагалищную часть матки Douen'овскими зеркалами, захва-



Рис. 23. Пражскій способъ.

тить переднюю губу и затѣмъ подъ руководствомъ глаза ввести метрейринтеръ (см. рис. 193, лекція XVIII). Если онъ многократно собственнымъ опытомъ убѣдился въ простотѣ техники, то ему удастся, безъ вреда для пациентки, правильно ввести баллонъ подъ руководствомъ пальца, какъ мы это сдѣлали въ данномъ случаѣ. Когда баллонъ со-

вершено наполнился слабымъ (1⁰/о) растворомъ лизола (рис. 22), то его начинаютъ осторожно и медленно извлекать; въ нашемъ случаѣ удалось извлечь метрейринтеръ уже черезъ 8 минутъ (цѣлесообразно провѣрять себя съ часами въ рукахъ, такъ какъ иначе извлеченіе идетъ всегда слишкомъ быстро). При этомъ совсѣмъ не должно быть кровотеченія, которое указывало бы, что извлеченіе сдѣлано слишкомъ быстро и что случилось именно то, чего мы хотѣли избѣжать, т. е. разрывъ шейки. При спокойномъ примѣненіи нѣтъ лучшаго, болѣе вѣрнаго и болѣе безопаснаго инструмента для расширенія, какъ метрейринтеръ, поэтому онъ долженъ входить въ инструментарій акушера, но никакъ не инструмента Brossi, о которомъ будетъ еще рѣчь въ лекціи XII.

Поворотъ, нѣсколько болѣе трудный, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ, совершился благополучно. По большой величинѣ ножки ребенка можно сразу убѣдиться въ правильности нашего діагноза относительно размѣровъ плода; освобожденіе ручекъ идетъ быстро и легко. Послѣ простаго Martin-Wiegand'овскаго приема головка находится уже въ тазу, и легко извлекается по Пражскому способу (см. рис. 23). Ребенокъ, дѣвочка, вѣситъ 10¹/₂ ф., слѣдовательно тяжелѣе перваго ребенка, длина ея 59 см., окружность головки 37 см. У матери никакихъ поврежденій нѣтъ. Послѣдовой періодъ закончился гладко.

Лекція IV.

Случай 4.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа М., 32 лѣтъ, 6-е роды.

Причина приглашения: «Роды не подвигаются».

Анамнезъ: Въ дѣтскомъ возрастѣ «английская болѣзнь».

Прежніе роды: 1-е—двойни 6 мѣсяцевъ, родились мертвыми; 2-е—мальчикъ, умеръ на 8-й день, родился безъ искусственной помощи, приращеніе послѣда. Въ послѣродовомъ періодѣ лихорадка. 3-и—щипцы, ребенокъ умеръ черезъ 2 дня. 4-е—дѣвочка, родилась безъ искусственной помощи, жива. Приращеніе послѣда. 5-е—мальчикъ, родился безъ искусственной помощи, умеръ черезъ 9 мѣсяцевъ.

Послѣднія регулы: 24 марта.

Начало родовой дѣятельности: 4 янв., въ 4 часа пополудни.

Отхожденіе водъ: 8 янв., въ 7 часовъ вечера.

Прибытіе врача: 9 янв., въ 10 ч. утра,

Схватки: Слабыя, медленныя и вялыя.

Statu s: Брахицефалическій черепъ, легкое искривленіе нижнихъ конечностей, маленькаго роста.

Температура: 36,1.

Пульсъ: 80.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp. 25, Cr. 26 $\frac{1}{2}$, Tr. 29. Conj. ext. 18. Conj. diag. 10 стм. Conj. vera 8,5.

Рѣзко выраженная отвислость живота. Дно матки у самаго мечевиднаго отростка. Спинка вправо, мелкія части влѣво. Головка плотно во входѣ въ тазъ, выдается надъ симфизомъ и при ощупываніи снаружи представляется очень большой.

Сердцебиеніе: 160, справа ниже пупка.

Внутреннее изслѣдованіе: варикозныхъ расширеній нѣтъ. Влажлище широкое и вялое. Шейка сглажена. Зѣвъ открытъ почти на ладонь, отечный. Головка плотно во входѣ въ тазъ. Стрѣловидный шовъ поперечно, у самаго мыса. Малый родничокъ справа, большой — слѣва. Тѣ же результаты наблюдались при изслѣдованіи черезъ 4 часа.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

1—за пробные высокіе щипцы, затѣмъ надлобковое кесарское сѣченіе.

4—за поворотъ на ножку.

1—за колыно-локтевое положеніе, а если оно останется безъ успѣха — *largo-colpo-hysterotomia* по *Dührssen-Solms'y*.

2—за пробные щипцы, перфорацию, въ случаѣ возможности отправления въ клинику: гебостеотомія.

?—за перфорацию, въ случаѣ согласія родителей—гебостеотомія.

Мм. Гг. Здѣсь нужно исключить поворотъ и щипцы, которые собирались примѣнить нѣкоторые изъ Васъ, и вотъ на какомъ основаніи:

Поворотъ,—потому что прошло 15 часовъ послѣ отхожденія водъ и мы рискуемъ вызвать разрывъ плотно сократившейся матки.

Щипцы, какъ я уже неоднократно говорилъ, безусловно противопоказаны при узкомъ тазѣ и отсутствіи конфигураціи головки. Въ подобныхъ случаяхъ щипцы могутъ только принести вредъ, а отнюдь не пользу. На рис. 24 ясно видно, какъ велико въ данномъ случаѣ несоотвѣтствіе между головкой ребенка и тазомъ матери, насколько головка больше тазового кольца и какъ она мало или, лучше сказать, совершенно не проявляетъ наклонности къ конфигураціи. Если же, какъ предлагаетъ одинъ изъ Васъ, Вы захотите отправить больную въ клинику, съ цѣлью спасти ребенка при помощи надлобкового кесарскаго сѣченія, то я прямо не совѣтую Вамъ пробовать предварительно наложить щипцы. Относительно техники и преимуществъ надлобкового кесарскаго сѣченія сравнительно съ классическимъ кесарскимъ я буду говорить съ Вами въ VI лекціи.

Тамъ же я скажу и о несомнѣнно интересномъ предложеніи одного изъ Васъ, рекомендующаго способъ Dührssen'a (Solms), опубликованный только недѣлю тому назадъ.

Въ нашемъ случаѣ дѣло обстоитъ въ сущности очень просто: или мы должны пожертвовать жизнью ребенка, или нужно немедленно окончить роды, какъ только сердцебиеніе ухудшится. Я предложилъ въ этомъ случаѣ окружающимъ гебостеотомию, потому что дѣло идетъ о многородящей, у которой мягкія части легко растяжимы, что даетъ возможность тотчасъ по разсѣченіи таза окончить роды безъ какихъ-либо поврежденій. Если бы имѣлось дѣло съ первородящей, то я, вѣроятно, скорѣе посовѣтовалъ бы надлобковое кесарское сѣченіе—почему, объ этомъ я вскорѣ скажу. Теперь же я прошу Васъ сопровождать меня къ пациенткѣ, чтобы присутствовать при производствѣ гебостеотоміи въ частномъ домѣ и убѣдиться лично, можно ли рекомендовать эту операцію въ частномъ домѣ. Предварительно я хочу описать Вамъ безъ всякихъ прикрасъ мѣсто операціи, помощниковъ, самую операцію и, въ заключеніе, послѣоперационный уходъ.

Черезъ дистиллировочную, пропитанную весьма неприятнымъ запахомъ алкоголя и табака, мы поднимаемся по нѣсколькимъ ступенямъ (см. рис. 25) въ родильную комнату, которая настолько заполнена мебелью и двумя большими кроватями, что между всѣми этими предметами съ трудомъ можно пробраться. Освѣщеніе, хотя теперь какъ-разъ около полудня, настолько плохое (окна выходятъ на темный дворъ), что кое-что можно видѣть только при искусственномъ освѣщеніи, состоящемъ изъ комнатной и простой кухонной лампы. Въ эту комнату вошли, отчасти въ качествѣ помощниковъ, отчасти въ качествѣ зрителей: 1 практикантъ, 4 постороннихъ врача, главный врачъ и я, да, кромѣ того, тамъ на-

ходятся акушерка, ея помощница и мужъ роженицы. Послѣ наркоза, продолжавшагося около часа, воздухъ въ комнатѣ сдѣлался почти не-



Рис. 24 (случай 4). М. Р. Передне-теменное вставление. Надъ симфизомъ ясно замѣтна борозда, соответствующая бороздѣ между головкой и туловищемъ плода. Заслуживаетъ вниманія большое несоответствіе между поперечнымъ размѣромъ головки ребенка и conjugata vera.

выносимымъ, тѣмъ болѣе, что она отдѣлялась отъ дистиллировочной плохо затворяющейся дверью, оклеенной обоями, да еще отъ печки несло страшнымъ жаромъ (см. рис. 25).

Наши мѣропріятія начались съ того, что мы попросили мужа и помощницу оставить и безъ того слишкомъ тѣсную комнату. Роженица была положена на столъ, приготовленный такъ, какъ это было описано раньше, и въ то время, какъ помощникъ приступилъ къ наркозу, а другой держалъ лампу, третій, уже асептичный, сталъ дезинфицировать и брить роженицу. Въ это время я приготовилъ для кипяченія слѣдующіе инструменты: иглу Виршиа для пуботоміи, двѣ рукоятки для пилы, нѣсколько новыхъ проволочныхъ пилъ Gigli (см. рис. 27).

Дворъ.

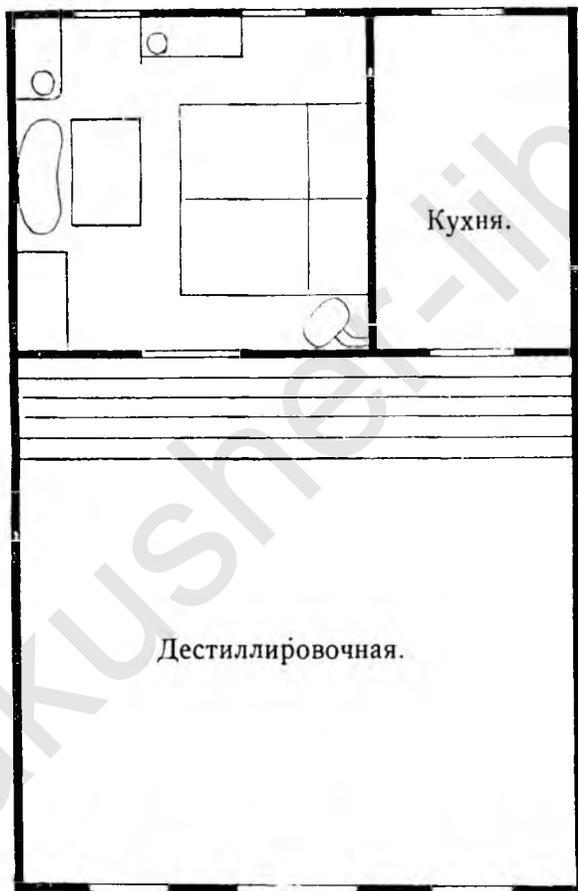


Рис. 25. М. Р. Набросокъ жилища. Ср. стр. 41.

Кромѣ того приготовлены всѣ инструменты для высокихъ щипцовъ и на случай наложенія швовъ: щипцы Гарниер (рис. 150), ножницы, иглодержатели, иглы, зеркала (см. рис. 115).

Затѣмъ я готовлю коробочки съ катгутомъ (я употребляю исключительно сухой Крѳниг'овскій кумоловый катгутъ Dronke въ Кельнѣ) и никогда не забываю еще захватить два чрезвычайно важныхъ ящика

для тапоннады. Кроме того мы привезли съ собою барабанъ со стерилизованными шариками, много ваты, перевязочную марлю и газаротоми-



Рис. 26 (случай 4). М. Р. Гебостеотомія, первый актъ. Лѣвой рукой обхватываютъ лонное соединеніе, причѣмъ большимъ пальцемъ отводится въ сторону лѣвая ножка клитора, правой рукой вкалывается Витт'овская игла между большой и малой лѣвыми губами. Рукоятка иглы направлена сильно вверху.

ческую Т-образную повязку. Положены также трахеальные катетеры для ребенка.

Когда операторъ тщательно продезинфицировалъ свои руки и надѣлъ резиновые перчатки, можно уже приступить къ операціи, которая, замѣчу теперь же, въ рукахъ опытнаго оператора, покажется Вамъ чрезвычайно простой. Лѣвой рукой операторъ нащупываетъ возможно точнѣ лонную кость. Крѣпко прижимая указательный и средній пальцы лѣвой руки къ

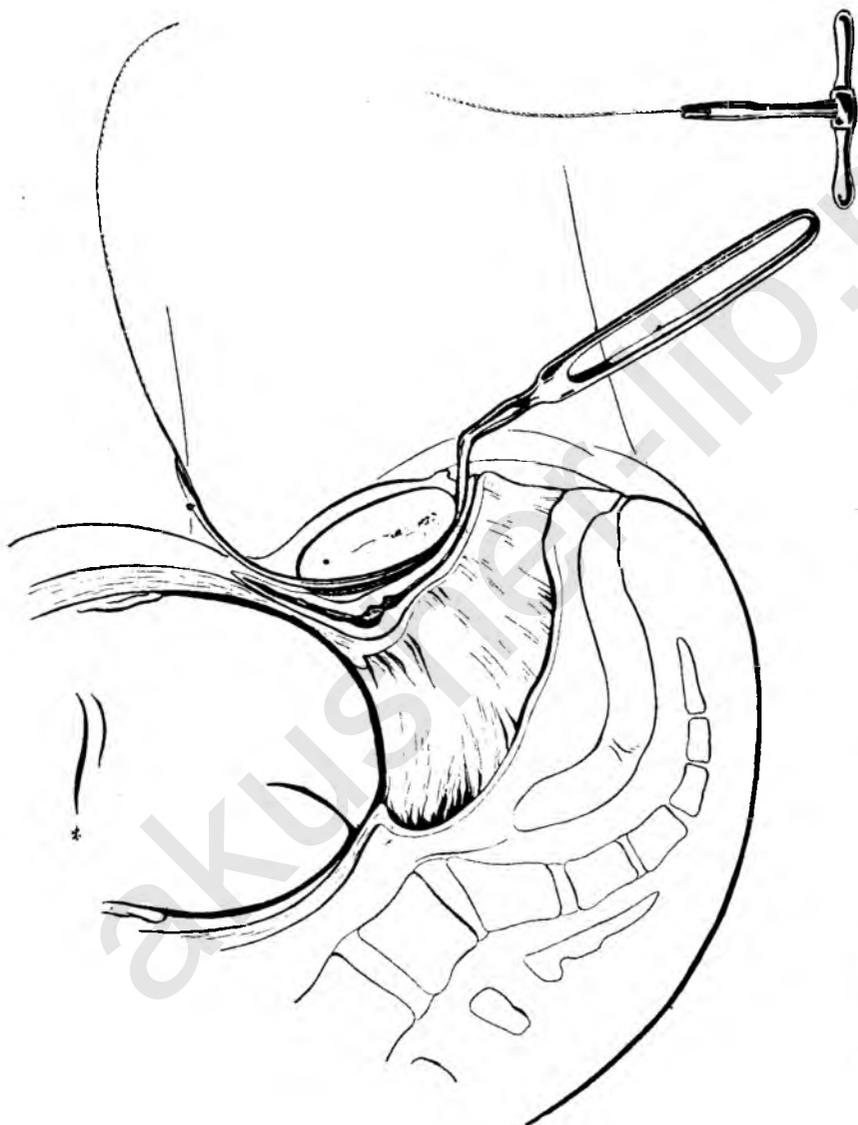


Рис. 27 (случай 4). Гебостеотомія, второй актъ. Благодаря опусканію рукоятки игла подводится подъ кость, не повреждая пузыря. Продѣла пила Fig 1, видна, кромѣ того, одна изъ рукоятокъ пилы.

верхнему краю лоннаго соединенія, большимъ пальцемъ отмѣчаютъ нижній край его и въ то же время отводятъ въ правую сторону лѣвую малую губу вмѣстѣ съ соответственной ножкой клитора (см. рис. 26). Правой рукой берутъ Виш'овскую иглу такимъ образомъ, чтобы рукоятка ея была направлена почти вертикально къверху, а кончикъ—вертикально къ

нижнему краю лонной кости. Какъ только кончикъ иглы ясно дошелъ до нижняго края кости, операторъ вводитъ лѣвую руку, т. е. указательный и средний пальцы, во влагалище, чтобы тщательно ощупать и обследовать заднюю поверхность лонной кости. Затѣмъ медленно и осторожно опускаютъ рукоятку такимъ образомъ, чтобы у оператора все время оставалось ощущение, что кончикъ иглы скользитъ по задней поверхности кости. Только дѣйствуя такъ осторожно, можно избѣжать опасности проколоть пузырь, такъ какъ онъ отойдетъ въ сторону благодаря кривизнѣ иглы (рис. 27); игла идетъ снаружи и снизу вверхъ по направленію къ срединной линіи. При сильномъ опусканіи рукоятки иглы къ промежности, кончикъ ея показывается у верхняго края лоннаго соединенія, слѣдовательно—соотвѣтственно направленію иглы, на срединной линіи. Затѣмъ вдѣваютъ пилу Gigli и съ помощью иглы, которая продѣлываетъ теперь, разумѣется, обратный путь, проводятъ ее внизъ, приподнимая рукоятку (см. рис. 27). Ведра роженицы сильно пригибаются къ животу и фиксируются въ этомъ положеніи помощникомъ. Соединивъ пилу съ рукоятками, начинаютъ медленно и спокойно пилить, по возможности не сгибая слишкомъ сильно пилу, такъ какъ иначе она легко можетъ разорваться.

Расхождение костей происходитъ внезапно и, чтобы предупредить возможные при этомъ тяжелыя поврежденія мочевого пузыря и *plexus vesposus praevvesicalis* вслѣдствіе сильнаго расхождения таза, помощники должны своевременно крѣпко прижать бедра роженицы другъ къ другу. Изъ верхняго и нижняго укола течетъ струйка темной венозной крови. Немедленно крѣпко прижимаютъ къ обоемъ отверстіямъ комки марли и накладываютъ 2—3 приготовленныхъ катгутовыхъ шва. Затѣмъ накладываютъ высокіе щипцы Tarnier (см. дальше рис. 50) въ поперечномъ размѣрѣ. Легкая пробная тракція показываетъ намъ, что головка при этомъ подвигается впередъ и поворачивается, а стрѣловидный шовъ переходитъ изъ поперечнаго въ прямой размѣрѣ; головка выводится безъ особаго затрудненія, не снимая щипцовъ. Введенный катетеръ показываетъ намъ, что мочевой пузырь не поврежденъ, нѣтъ также никакихъ разрывовъ шейки, промежности или влагалища. Но, къ сожалѣнію, ребенокъ находится въ состояніи тяжелой асфиксіи и нужно приложить всѣ усилія, чтобы вернуть его къ жизни. Въ то же время помощникъ прижимаетъ крѣпко марлей мѣста вкола и выкола иглы, чтобы предупредить образованіе гематомы. Благодаря примѣненнымъ мѣрамъ оживленія, ребенокъ—крѣпкій мальчикъ вѣсомъ въ 10 фунт. и длиною въ 56 см.—ожилъ и началъ громко кричать.

Взглянувъ на упомянутое уже полотенце (рис. 20, стр. 32), мы убѣдились, что мать потеряла умѣренное количество крови, около 200—300 куб. см. и такъ какъ наркозъ еще продолжался, то мы попытались выжать послѣдъ. Но это не удалось, несмотря на всѣ усилія, вслѣдствіе задержанія послѣда въ мѣстѣ отхожденія трубы (см. рис. 28, 29 и 30).



Рис. 28. Задержание послѣда въ мѣстѣ отхожденія трубы.



Рис. 29. Частичная отслойка и задержка въ мѣстѣ отхожденія трубы.



Рис. 30. Захватываніе задержавшагося послѣда.

Въ другомъ случаѣ я охотно сталъ бы ждать, но здѣсь, въ виду пуботоміи я съ тяжелымъ сердцемъ рѣшился на ручное отдѣленіе послѣда. Вы понимаете, что значитъ подвергать родильницу послѣ гебостеотоміи такому серьезному вмѣшательству, которое даетъ большій процентъ смертности и заболѣваемости, чѣмъ классическое кесарское сѣченіе. Къ счастью, въ этомъ случаѣ имѣется задержка послѣда въ углу трубы (см. рис. 28—30), а не гораздо болѣе опасное приращеніе плаценты (см. рис. 166 и 167, лекція XIV). Послѣ ручного отдѣленія я сдѣлалъ промываніе матки смѣсью изъ одного литра спирта для горѣнія (денатурированный спиртъ гораздо дешевле чистаго и совершенно безопасенъ) на литръ холодной воды. Все время помощникъ продолжаетъ прижимать мѣсто гебостеотоміи.

Послѣ промыванія было плотно тампонировано влагалище, наложена плотная повязка на наружныя половыя части и, чтобы избѣжать возможныхъ осложнений, былъ введенъ въ мочевой пузырь стеклянный катетеръ à demeure (см. рис. 31). Затѣмъ родильница была перенесена въ кровать, былъ наложенъ туго лапаротомическій бинтъ и длинная трубка отъ катетера была опущена въ ночной горшокъ, стоящій подъ кроватью, причѣмъ еще разъ было провѣрено, хорошо ли выдѣляется моча.



Рис. 31. Катетеръ à demeure Skene.

Какъ я ни былъ доволенъ результатомъ операціи—рожденіе живого ребенка, отсутствіе поврежденій у матери, все-таки меня угнетало ручное отдѣленіе послѣда и передо мной стоялъ грозный призракъ всякаго акушера—угрожающій сепсисъ. Родильница счастливо преодолѣла эту опасность и только слегка лихорадила въ теченіе нѣсколькихъ дней.

Послѣ операціи на насъ лежали также самыя разнообразныя обязанности. Въ одно и то же время мы были и врачемъ, и акушеркой, и сидѣлкой и намъ пришлось перекладывать больную, мѣнять простыни, словомъ—оказывать различныя мелкія услуги, о которыхъ врачъ имѣетъ обыкновенно такъ мало понятія и которыя лежатъ на обязанности ухаживающаго персонала.

Если сдѣлать заключеніе изъ только что видѣннаго, то, по моему мнѣнію, для врача-практика легче сдѣлать лапаротомію въ хорошо оборудованной операціонной, чѣмъ специалисту гебостеотомію въ частномъ домѣ. Что касается меня лично, то не думаю, чтобы я сталъ оперировать второй разъ внѣ клиники.

Достаточно вспомнить уже одни приготовленія даже въ этомъ, столь гладко протекшемъ случаѣ. А что было бы, если бы произошли тяжелыя поврежденія и разрывы, для которыхъ, понятно, требуется хорошее

освѣщеніе и присутствіе опытныхъ помощниковъ. Былъ случай даже съ однимъ изъ нашихъ первыхъ гинекологовъ, что больная умерла у него на глазахъ присутствовавшихъ въ аудиторіи отъ кровотечения.

Хотя я надѣюсь, Вы никогда не будете дѣлать гебостеотомию въ частномъ домѣ, но Вамъ нужно умѣть выбрать надлежащій моментъ для операціи и создать надлежащія условія для ея производства. Это Вы должны умѣть для того, чтобы выяснитъ положеніе дѣла роженицѣ и ея близкимъ и чтобы во-время обратиться къ помощи клинки или спеціалиста.

Показаніе къ гебостеотоміи возникаетъ въ томъ случаѣ, когда нельзя рассчитывать на рожденіе живого ребенка при помощи какой-либо другой операціи, поворота или щипцовъ, такъ что при отказѣ отъ разсѣченія таза останется только перфорациа живого ребенка.

Со стороны таза и мягкихъ частей матери требуется слѣдующее:

1. Несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ не должно быть слишкомъ велико (какой-либо опредѣленный размѣръ Conj.-vega, въ $7\frac{1}{2}$ или 7 см., не можетъ имѣть рѣшающаго значенія).

2. У матери не должно быть лихорадки; въ этомъ случаѣ опасность для роженицы настолько усиливается, что я лично охотнѣе рѣшился бы на перфорацию живого ребенка.

3. Схватки должны быть настолько хороши, что можно надѣяться на быстрое произвольное окончаніе родовъ послѣ разсѣченія таза, и по той же причинѣ маточный зѣвъ долженъ быть раскрытъ почти вполне.

4. Отъ пункта 3-го можно отказаться только въ томъ случаѣ, когда, какъ, напр., въ нашемъ случаѣ, имѣется многородящая съ настолько растяжимыми мягкими частями, что даже при необходимости наложенія щипцовъ можно избѣжать всякаго поврежденія.

5. Ребенокъ долженъ быть несомнѣнно живымъ; дѣлать гебостеотомию при мертвомъ плодѣ значитъ подвергать мать большому риску.

Изъ сказаннаго вполне понятно, что у первородящихъ гораздо труднѣе рѣшиться на разсѣченіе таза, чѣмъ на виѣбрюшинное кесарское сѣченіе, потому что при первой операціи опасность значительно больше. Если произведенъ распилъ таза, а произвольные роды не произошли, то для спасенія ребенка нужно наложить щипцы. При извлеченіи щипцами могутъ однако случиться очень тяжелыя поврежденія мягкихъ частей, напр. разрывъ мочеиспускательнаго канала, поврежденія влагалища, сообщающіяся съ костной раной, которыя могутъ дать столь сильное кровотеченіе, что его только съ трудомъ удастся остановить, не говоря уже о томъ, что иридется накладывать швы.

Лекція V.

Случай 5-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Т. W. 25 лѣтъ, 3-и роды. Причина приглашенія: «узкій тазъ». Желаетъ имѣть живого ребенка.

Анамнезъ. Говоритъ, что никогда не была больна и не знаетъ, когда научилась ходить. Прежніе роды: 1—произвольные, ребенокъ умеръ черезъ $\frac{1}{2}$ года. 2—поворотъ, ребенокъ мертвый.

Послѣднія регулы: 30-го марта.

Начало схватокъ: 11-го янв., въ 3 часа утра.

Воды отошли: 11-го янв., въ 11 часовъ утра.

Прибытіе врача: 11-го янв., въ 5 часовъ пополудни.

Родовая дѣятельность: хорошая, ничего особеннаго нѣтъ.

Status: Брахицефалической черепъ, очень маленькая тщедушная женщина, чрезвычайно маленькія руки, перчатки № 5. Искривленіе нижнихъ конечностей.

Температура: 36,7°. Пульсъ—84.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp. 23 $\frac{1}{2}$, Cr. 25, Tr. 28. Conj. ext. 17 $\frac{1}{2}$, Conj. diag. 11, Conj. vera 9. Дно матки: на 3 пальца ниже мечевиднаго отростка. Второе черепное положеніе. Головка вступила въ тазъ. Сердцебіеніе 160, справа ниже пупка.

Внутреннее изслѣдованіе: Влагалище широкое. Зѣвъ почти вполне раскрытъ, прощупывается только край его; стрѣловидный шовъ поперечно, склоненія нѣтъ. Малый родничокъ вправо, большой—влѣво. Головка въ средней части таза, хорошо конфигурируется.

Терапія:

Отвѣты слушателей.

1. Здѣсь показаніемъ къ вмѣшательству служить сердцебіеніе ребенка. Тазъ обще-суженный. Головка ребенка мала и хорошо конфигурируется. Пробныя щипцы, а въ случаѣ неуспѣха, надлобковое кесарское сѣченіе.

2. Нужно доставить роженцу въ клинику, гдѣ слѣдуетъ сначала выждать, не произойдутъ ли произвольные роды. Благоприятнымъ обстоятельствомъ нужно считать конфигурацію головки и положеніе стрѣловиднаго шва. Если при дальѣйшемъ выжиданіи появится опасность для жизни ребенка, нужно предложить искусственное родоразрѣшеніе, причемъ можетъ оказаться достаточной гебостеотомія.

3. Плоскій тазъ. Неблагоприятное вставленіе головки. Поворотъ, можетъ быть, привелъ бы къ пѣли, а можетъ быть, закончился бы перфорацией послѣдующей головки. Здѣсь непременно нужно ожидать живого ребенка. Если можно перевезти въ клинику, то слѣдуетъ произвести классическое кесарское сѣченіе, а на дому можно сдѣлать гебостеотомію.

4. Такъ какъ мать малаго роста (обще-равномѣрно суженный тазъ), то возможно, а по объективнымъ даннымъ и вѣроятно (принявъ во вни-

маніє ростъ отца), что ребенокъ также маленькій. Далѣе, стрѣловидный шовъ стоитъ посрединѣ таза (склоненія нѣтъ), что также говоритъ за то, что головка не слишкомъ велика по отношенію къ тазу. Можно поэтому ожидать, при дальнѣйшемъ ухудшеніи сердцѣбіенія — извлеченіе щипцами вѣрнѣе всего достигнеть цѣли.

Мм. Гг. Меня пригласили къ роженицѣ для того, чтобы сдѣлать гебостеотомию при плоскомъ тазѣ; родители такъ страстно желали имѣть живого ребенка, — они потеряли двухъ дѣтей, одного вскорѣ послѣ родовъ, другого — во время родовъ, — что, конечно, они охотно согласились бы на доставленіе роженицы въ клинику. Но уже по наружному осмотру живота (ср. стр. 11, I лекція), по наружному изслѣдованію и измѣренію таза, я убѣдился, что въ этомъ случаѣ можно съ увѣренностью обѣщать родителямъ живого ребенка. Наружный осмотръ живота показалъ мнѣ, что здѣсь нѣтъ особеннаго несоотвѣтствія между головкой ребенка и тазомъ матери. Если сравнить на рис. 32 форму живота съ формой его въ предыдущемъ случаѣ (рис. 24), то сразу бросается въ глаза рѣзкая разница, состоящая въ томъ, что въ предыдущемъ случаѣ головка выдается надъ границей таза, образуя явственное возвышеніе, тогда какъ въ нашемъ сегодняшнемъ случаѣ такого возвышенія нѣтъ; здѣсь не можетъ быть и рѣчи объ отвисломъ животѣ. Наружнымъ изслѣдованіемъ подтверждаются результаты нашего осмотра. Головка плотно во входѣ, а размѣры таза указываютъ, что здѣсь ни въ коемъ случаѣ не плоско-рахитическій тазъ, но обще-равномѣрно суженный.

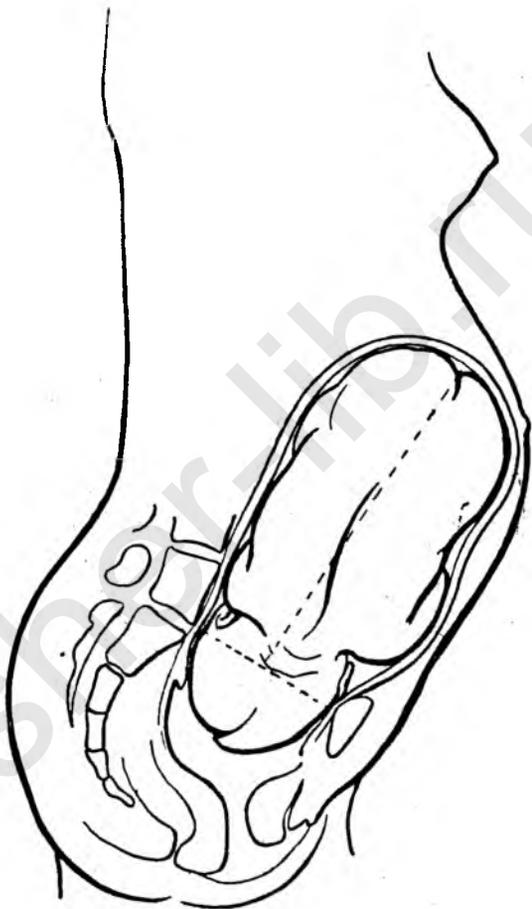


Рис. 32 (случай 5-й). Ср. съ этимъ рис. 24 (случай 3-й).

Возстановите въ своей памяти размѣры таза этого случая: $23\frac{1}{2}$,

25, 28, $17\frac{1}{2}$, 11 и Вы увидите, что, прибавляя 2 ко всѣмъ этимъ цифрамъ, получаете размѣръ нормальнаго таза: $25\frac{1}{2}$, 27, 30, $19\frac{1}{2}$, 13.

Одинъ изъ Васъ такъ прекрасно поставилъ діагнозъ суженія таза и такъ вѣрно назначилъ соответственную терапію, что мнѣ не нужно терять времени на разборъ этого случая (отвѣтъ № 4). Мы именно такъ и поступили. Такъ какъ сердцебіеніе плода было учащенное, то мы приготовили все для щипцовъ; во время этихъ приготовленій мы убѣдились, что сердцебіеніе съ каждой схваткой становилось все хуже. Поэтому мы рѣшились наложить щипцы и, благодаря вѣрной оцѣнкѣ величины ребенка, быстро и легко извлекли живого мальчика, не причинивъ ни малѣйшаго поврежденія матери. Ребенокъ вовсе не былъ чересчуръ маленькимъ, длина его равнялась 51 см., а окружность головки 34 см. Насколько болѣе точные размѣры головки соответствуютъ существующимъ пространственнымъ отношеніямъ таза, видно на рис. 33.

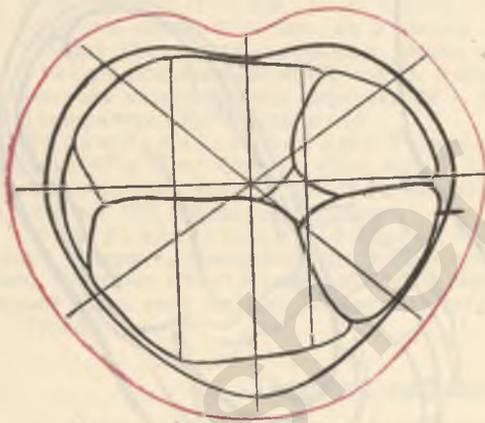


Рис. 33. Размѣры нормальнаго таза (красная линія): 11:12:13. Размѣры общесуженнаго таза (5-й случай): 9:10:11. Размѣры дѣтской головки (5-й случай): 7,5:8,0:1,05. Нормальный тазъ—красная линія. На рис. видно, что, несмотря на обще-равномѣрно суженный тазъ, нѣтъ пространственнаго несоответствія вслѣдствіе малыхъ размѣровъ дѣтской головки. Ср. рис. 32.

Еще нѣсколько словъ по поводу другихъ отвѣтовъ: пробные щипцы, а потомъ, если нужно, надлобковое кесарское сѣченіе. Съ этимъ я никакъ не могу согласиться. Пробные щипцы придется наложить въ этомъ случаѣ когда уже ребенку грозитъ опасность, и они несомнѣнно только еще больше повредятъ ему. Затѣмъ присоединяется еще перевозка въ клинику, приготовленіе тамъ къ операціи, словомъ, снова пройдетъ 2—3 часа до начала новой операціи; соответственно этому понизятся и шансы на сохраненіе жизни ребенка. Съ другой стороны, мать чрезвычайно пострадаетъ отъ такой терапіи и опасность инфекціи сильно возрастетъ. Если Вы не вполне ясно представляете себѣ подобный случай, лучше направить немедленно Вашу паціентку въ клинику или къ специалисту.

Поворотъ въ этомъ случаѣ нельзя сдѣлать, ибо, какъ видно изъ рис. 24, головка стоитъ уже слишкомъ глубоко и слишкомъ плотно въ тазу. Отъ гебостеотоміи нужно здѣсь отказаться, она не принесетъ пользы, какъ понятно изъ сказаннаго раньше.

Этотъ случай даетъ мнѣ прекрасный поводъ сообщить Вамъ нѣкоторыя практическія указанія о способѣ наложенія щипцовъ, когда головка стоитъ еще относительно высоко, т. е. выше средней части таза.

Во-первыхъ, прежде чѣмъ рѣшиться наложить щипцы, важно точно знать положеніе головки въ тазовомъ каналѣ. Это именно и оказывается чрезвычайно труднымъ для начинающаго, и даже для болѣе опытнаго; въ теченіе моей клинической дѣятельности и въ частной практикѣ мнѣ пришлось часто наблюдать ошибки въ этомъ отношеніи, которыя вели иногда къ тяжелымъ послѣдствіямъ.

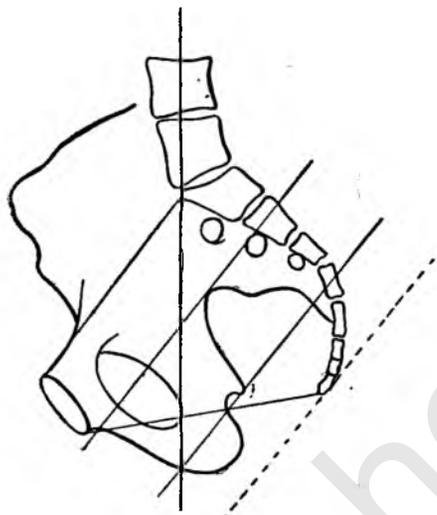


Рис. 34. Плоскости таза по Hodge.



Рис. 35. Общеупотребительныя плоскости таза.

Всегда необходимо выяснить 2 пункта:

1. Въ какомъ мѣстѣ костнаго тазового канала стоитъ наиболѣе глубоко опустившаяся часть?
2. Гдѣ находится наибольшая окружность головки?

Изъ плоскостей костнаго таза, проходящихъ черезъ опредѣленные точки и служащихъ для опредѣленія высоты стоянія головки, нужно назвать слѣдующія:

1. Плоскость тазового входа, короче — входъ въ тазъ; это та плоскость, которая мысленно проходитъ черезъ мысь и верхній край лоннаго соединенія.

2. Плоскость, проходящая черезъ нижній край лоннаго соединенія, параллельная плоскости тазового входа.

3. Плоскость черезъ *spinae*. Ее мысленно проводятъ опять параллельно объѣмамъ названнымъ плоскостямъ черезъ *spinae ossis ischii*, которыя ясно прощупываются въ каждомъ тазу.

4. Тазовое дно, четвертая параллельная плоскость, которая такъ проходитъ черезъ кончикъ, что онъ занимаетъ часть этой плоскости.

Данныя изслѣдованія.

1. Изслѣдующій палецъ доходитъ до *promontorium*, въ плоскости верхняго края лоннаго сочлененія. Передне-теменное вставленіе. Наиболѣе глубокая точка (передній бугоръ теменной кости) стоитъ выше нижняго края лоннаго соединенія. Наибольшая окружность надъ входомъ. Ось плода отклонена кпереди: отвислый животъ.



Рис. 36.

2. Самая глубокая точка стрѣловиднаго шва въ плоскости, проходящей черезъ нижній край лоннаго соединенія. *Spinae* еще вполнѣ достигаются изслѣдующимъ пальцемъ *promontorium* уже не достигается. Наибольшая окружность во входѣ.

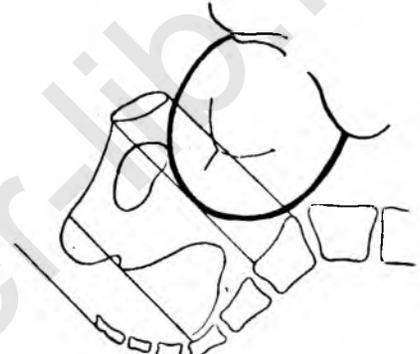


Рис. 38.

3. Самая глубокая точка стрѣловиднаго шва въ плоскости *spinae*, уже въ косомъ размѣрѣ. Наибольшая окружность почти въ плоскости, проходящей черезъ нижній край лоннаго соединенія. *Spinae* въ наиболѣе глубокой своей точкѣ еще достигаются въ прямомъ направленіи.

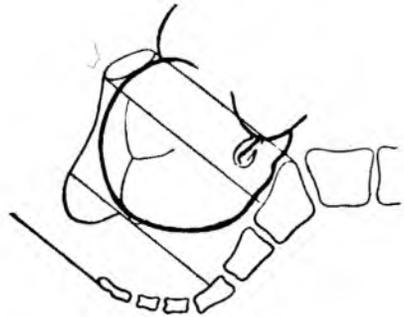


Рис. 40.

4. Самая глубокая точка видна уже во время схватки на тазовомъ днѣ. *Spinae* уже не достигаются. Стрѣловидный шовъ близко къ прямому размѣру.

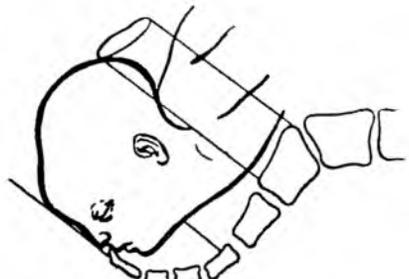


Рис. 42.

При разсмотрѣніи рисунковъ слѣдуетъ всегда сравнить сагиттальный

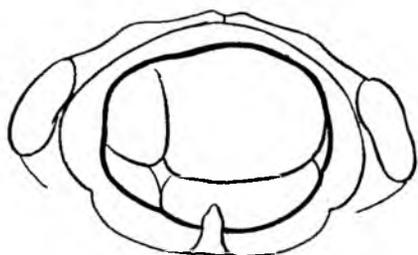


Рис. 37.

При показаніи къ окончанію родовъ.

Щипцы нельзя! Поворотъ при подвижной головкѣ и если воды отошли недавно — у многородящихъ; въ противномъ случаѣ только геобстеотомія или кесарское сѣченіе, геср. перфорация.

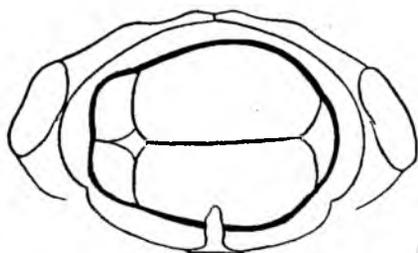


Рис. 39.

Можно наложить щипцы при конфигурировавшейся головкѣ и отсутствіи несоотвѣтствія между головкой и тазомъ. (Осторожно! Лучше выждать). При несоотвѣтствіи, если можно, выждать, пока произойдетъ конфигурація головки, въ противномъ случаѣ поступать, какъ сказано выше въ п. 1.

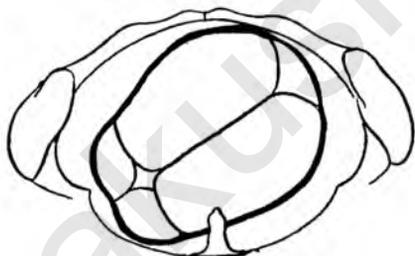


Рис. 41.

Щипцы.

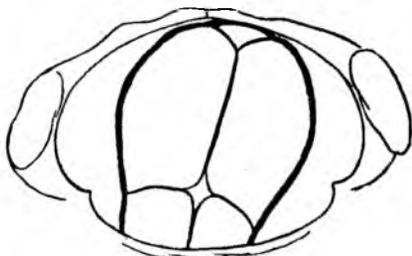


Рис. 43.

Выходные щипцы.

Это дѣленіе таза, введенное американцемъ Hodge, казалось мнѣ всегда наилучшимъ. Еще со времени моего студенчества во Freiburg'ѣ,



Рис. 44. Глубокое поперечное стояніе. Спинка влѣво.

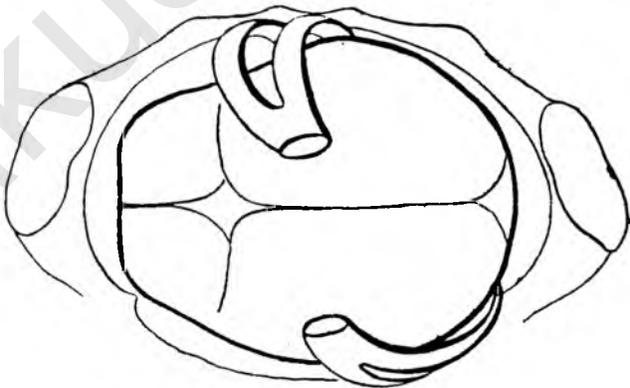


Рис. 45. Глубокое поперечное стояніе. Спинка влѣво, малый родничокъ влѣво
щипцы въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ (данныя изслѣдованія).

подъ впечатльніемъ лекцій Hegar'a и Sellheim'a я всегда опредѣлялъ положеніе головки по этимъ плоскостямъ и нахожу, что ориенти-

роваться съ помощью ихъ гораздо легче, чѣмъ съ помощью общеупотребительнаго въ настоящее время дѣленія таза. Для большей ясности я представилъ Вамъ здѣсь оба способа дѣленія таза (рис. 34 и 35).

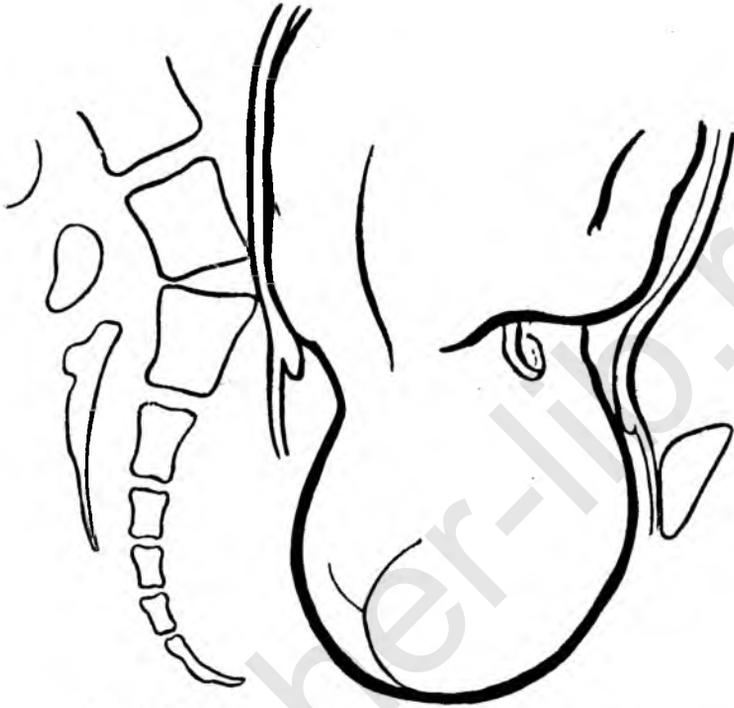


Рис. 46. Глубокое поперечное стояніе. Спинка вправо.

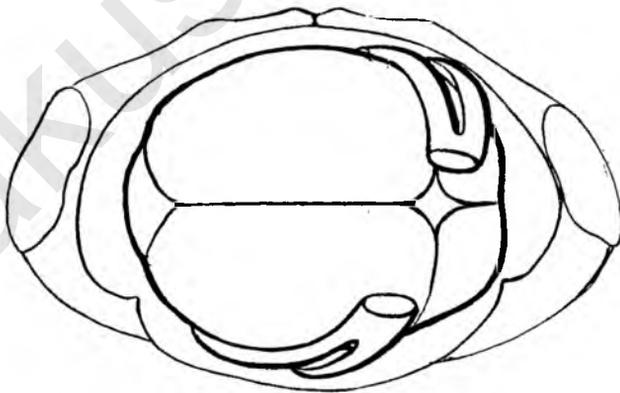


Рис. 47. Глубокое поперечное стояніе. Спинка вправо, малый родничокъ вправо, щипцы въ правомъ косомъ размѣрѣ (данныя изслѣдованія).

Чтобы воспользоваться на практикѣ съ пользою этими плоскостями, нужно путемъ упражненія на фантомѣ и на живыхъ научиться въ каждомъ случаѣ точно прощупывать наиболѣе важныя костныя точки, именно

promontorium, верхній и нижній край лоннаго соединенія, *spinae ossis ischii* и кончикъ. Скорѣе, чѣмъ можно рассказать это, Вы опредѣлите различное положеніе головки по слѣдующимъ рисункамъ (см. рис. 36—43), гдѣ я всюду нарисовалъ тазъ въ положеніи на спинѣ, т. е. такъ, какъ Вамъ всегда приходится изслѣдовать.

Но обыкновенно мы опредѣляемъ не однѣ только костныя точки костнаго тазового канала. Вы знаете, что головка при своемъ движеніи впередъ (поступательное движеніе) совершаетъ еще поворотъ (турбинальное движеніе), и мы имѣемъ въ положеніи стрѣловиднаго шва второй важный признакъ для опредѣленія стоянія головки. Поэтому на таблицѣ (см. стр. 54 и 55) обозначено всякій разъ, кромѣ саггитальнаго разрѣза, еще положеніе стрѣловиднаго шва, соотвѣтственно даннымъ изслѣдованія. Обыкновенно при высокомъ стояніи головки стрѣловидный шовъ идетъ поперечно; напротивъ, головка стоитъ уже глубоко въ тазу, если стрѣловидный шовъ расположенъ въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ, наконецъ, она стоитъ на днѣ таза, въ выходѣ, когда стрѣловидный шовъ проходитъ въ прямомъ размѣрѣ. Отсюда есть только 2 рѣдкихъ исключенія—высокое прямое стояніе головки и глубокое поперечное. При высокомъ прямомъ стояніи (рис. 48 и 49) стрѣловидный шовъ расположенъ въ прямомъ размѣрѣ входа, и кто привыкъ ошупывать всѣ костныя точки таза, не сдѣлаетъ здѣсь ошибки. При глубокомъ поперечномъ стояніи головки кажется, что головка стоитъ совсѣмъ *ante portas* на тазовомъ днѣ, почти видна (рис. 44—47). Но, какъ сказано, оба положенія относительно рѣдки.

Больше всего мѣшаетъ точному опредѣленію положенія головки въ тазовомъ каналѣ—это Вамъ нужно знать—головная опухоль. При продолжительныхъ трудныхъ родахъ она бываетъ выражена какъ-разъ всего сильнѣе и часто вводитъ въ заблужденіе начинающаго. Опухоль можетъ достигать уже тазового дна, тогда какъ наибольшая окружность головки находится еще во входѣ. Но если Вы всегда будете руководиться точками костнаго таза и головки, то Вы научитесь избѣгать этой ошибки. Къ гораздо болѣе сложнымъ отношеніямъ при положеніяхъ въ разгибаніи я перейду только при обсужденіи подобнаго случая (см. лекція XI).

Передъ каждымъ наложеніемъ щипцовъ Вы должны еще разъ произвести точное изслѣдованіе, передъ каждымъ трудными щипцами, лучше всего всей рукой, подъ наркозомъ. Только такимъ образомъ Вы съ самаго начала научитесь избѣгать безполезнаго и безцѣльнаго наложенія щипцовъ, приносящихъ только вредъ матери и ребенку.

Каждая операція щипцовъ, даже самая простая, требуетъ показаній. Кто, подобно мнѣ, видѣлъ часто тяжелые разрывы промежности, сдѣланные начинающими врачами при наложеніи такъ назыв. «*Luxuszange*» (простые выходныя щипцы при стояніи стрѣловиднаго шва въ прямомъ

размѣрѣ), тотъ будетъ серьезно относиться къ установкѣ показаній для наложенія щипцовъ. Итакъ, въ началѣ практики, настоятельно совѣтую Вамъ слѣдующее:

Никогда не накладывайте «Luxuszange», и прежде всего никогда не накладывайте высокихъ щипцовъ. Тогда и у Васъ не будетъ повода тревожиться и Ваши паціентки избѣгутъ травмъ. Лучше иной разъ дать погибнуть ребенку, чѣмъ нанести тяжелый вредъ матери. При разборѣ случаевъ, наблюдавшихся въ практикѣ, мнѣ придется еще указать Вамъ на большія опасности такихъ операцій для начинающихъ.

Думаю, что Вамъ извѣстны всѣ мелкія подробности наложенія щипцовъ; Вы достаточно знаете ихъ изъ учебниковъ и изъ лекцій оперативнаго акушерства. Здѣсь я хочу дать Вамъ только нѣкоторые практическія указанія, которыя, какъ я хорошо знаю, отчасти отступаютъ отъ школьныхъ требованій.

При всякихъ щипцахъ слѣдуетъ избѣгать поврежденія матери.

Разрывовъ маточнаго зѣва Вы избѣгнете, если будете накладывать щипцы только при полномъ открытіи зѣва.

Разрывовъ влагалища можно избѣжать, накладывая щипцы *lege artis*, осторожно заставляя ихъ скользить по головкѣ и вводя, какъ зондъ, при полномъ использованіи ихъ головной кривизны; ихъ нужно держать, какъ пишечное перо, и проводить во влагалище подъ защитой пальцевъ другой руки. Причиняютъ поврежденія всѣ рѣзкія движенія щипцовъ, но научиться избѣгать ихъ можно только при упражненіяхъ. Довольно часто у начинающихъ я видѣлъ разрывы оттого, что ложки оставались подвижными, были введены неловко.

Никогда не слѣдуетъ накладывать щипцовъ безъ наркоза. Это не гуманно, бесполезно затрудняетъ Ваши манипуляціи и наноситъ психическій, а часто также и физическій вредъ матери вслѣдствіе ея внезапныхъ движеній. Нѣтъ ничего проще и безопаснѣе легкаго наркоза при наложеніи щипцовъ. Вы начинаете наркозъ и большею частью женщина успѣетъ родить раньше, чѣмъ Вы поручите акушеркѣ налить на маску нѣсколько капель.

Заставляя даже начинающихъ накладывать щипцы въ поперечномъ размѣрѣ таза, когда стрѣловидный шовъ въ косомъ, я не видѣлъ отъ этого вреда ни для матери, ни для ребенка.

Такой способъ наложенія щипцовъ является для малоопытныхъ гораздо болѣе легкимъ; кромѣ того, здѣсь исключается начальное врапательное движеніе щипцами, опасное для цѣлости влагалища; вмѣсто того, здѣсь часто сама головка повертывается въ щипцахъ; отношенія такія же, какъ при наложеніи щипцовъ въ косомъ размѣрѣ при глубокомъ поперечномъ стояніи головки.

На рис. 44—47 ясно и отчетливо представлено глубокое поперечное стояніе головки въ сагитальномъ разрѣзѣ и данныя изслѣдо-

ванія. Въ общемъ здѣсь имѣется или маленькая головка и нормальный тазъ, или нормальной величины головка и чрезвычайно обширный тазъ. Такъ какъ въ обоихъ случаяхъ уменьшается препятствіе отъ тренія, то фізіологическій поворотъ головки въ прямой размѣръ не совершается у тазового дна. Хотя въ отдѣльныхъ случаяхъ я и наблюдалъ самопроизвольное окончаніе родовъ, даже при глубокомъ поперечномъ стояніи, но въ большинствѣ случаевъ здѣсь имѣется показаніе къ вмѣшательству. Здѣсь щипцы наложены, какъ показано на рис. 44—47, въ косомъ размѣрѣ, именно при лѣвомъ (I) положеніи—въ лѣвомъ косомъ, лѣвая ложка кзади; при правомъ (II) положеніи—въ правомъ косомъ, правая ложка кзади (Вы видите, какъ легко запоминается правильное наложеніе щипцовъ). Цѣль наложенія щипцовъ въ косомъ размѣрѣ понятна Вамъ безъ дальнѣйшихъ разсужденій: она направлена къ тому, чтобы повернуть малый родничокъ кпереди, что происходитъ часто при одномъ замыканіи щипцовъ и безъ всякаго поворачиванія ихъ.

Высокое прямое стояніе, т. е. вступленіе головки во входъ, вмѣсто поперечнаго, въ прямомъ размѣрѣ представляется рѣдкой аномаліей; я лично наблюдалъ восемь подобныхъ случаевъ, что нужно приписать простой случайности. Различаютъ два вида высокаго прямого стоянія, какъ показано на рис. 48 и 49, смотря по тому, стоитъ ли малый родничокъ спереди у лоннаго сращенія или кзади у мыса: *positio occipitalis rubica* и *positio occipitalis sacralis*. Лучше всего объясняетъ происхожденіе такого положенія Olshausen-Henkel: повороты тѣла плода изъ I положенія во II-е бываютъ чрезвычайно часто, какъ я много разъ показывалъ Вамъ это при изслѣдованіяхъ; если при такомъ поворотѣ, какъ-разъ въ тотъ моментъ, когда спинка стоитъ кпереди или кзади, застрянетъ головка въ обширномъ тазовомъ входѣ, а въ то же время произойдетъ разрывъ пузыря и наступитъ схватка, фиксирующая головку, то стрѣловидный шовъ можетъ надолго сохранить свое положеніе во входѣ. Если Вамъ попадется такой случай, Вы должны какъ совѣтуетъ Henkel, постараться исправить положеніе наружными и внутренними приемами. Но часто обходятся и безъ этого. Изъ четырехъ моихъ случаевъ *positio occipitalis rubica* три раза роды произошли самопроизвольно, безъ всякаго вмѣшательства съ моей стороны; въ одномъ случаѣ я долженъ былъ наложить высокіе щипцы въ виду показаній со стороны ребенка. Въ этихъ случаяхъ, какъ Вы легко можете представить себѣ по рисункамъ, мы имѣемъ въ высокихъ щипцахъ инструментъ, который захватываетъ головку какъ-разъ въ поперечномъ размѣрѣ черезъ оба уха. Гораздо опаснѣе *positio occipitalis sacralis*. Изъ моихъ четырехъ случаевъ роды въ одномъ произошли самопроизвольно, безъ исправленія положенія; въ двухъ другихъ пришлось окончить роды щипцами, причемъ въ одномъ изъ нихъ произошелъ разрывъ промежности 3-й степени. Въ четвертомъ случаѣ я долженъ былъ сдѣлать перфорацию, въ виду угрожающаго разрыва матки, послѣ тщетной

попытки наложить щипцы. Относительно наложенія щипцовъ прибавлю слѣдующее;

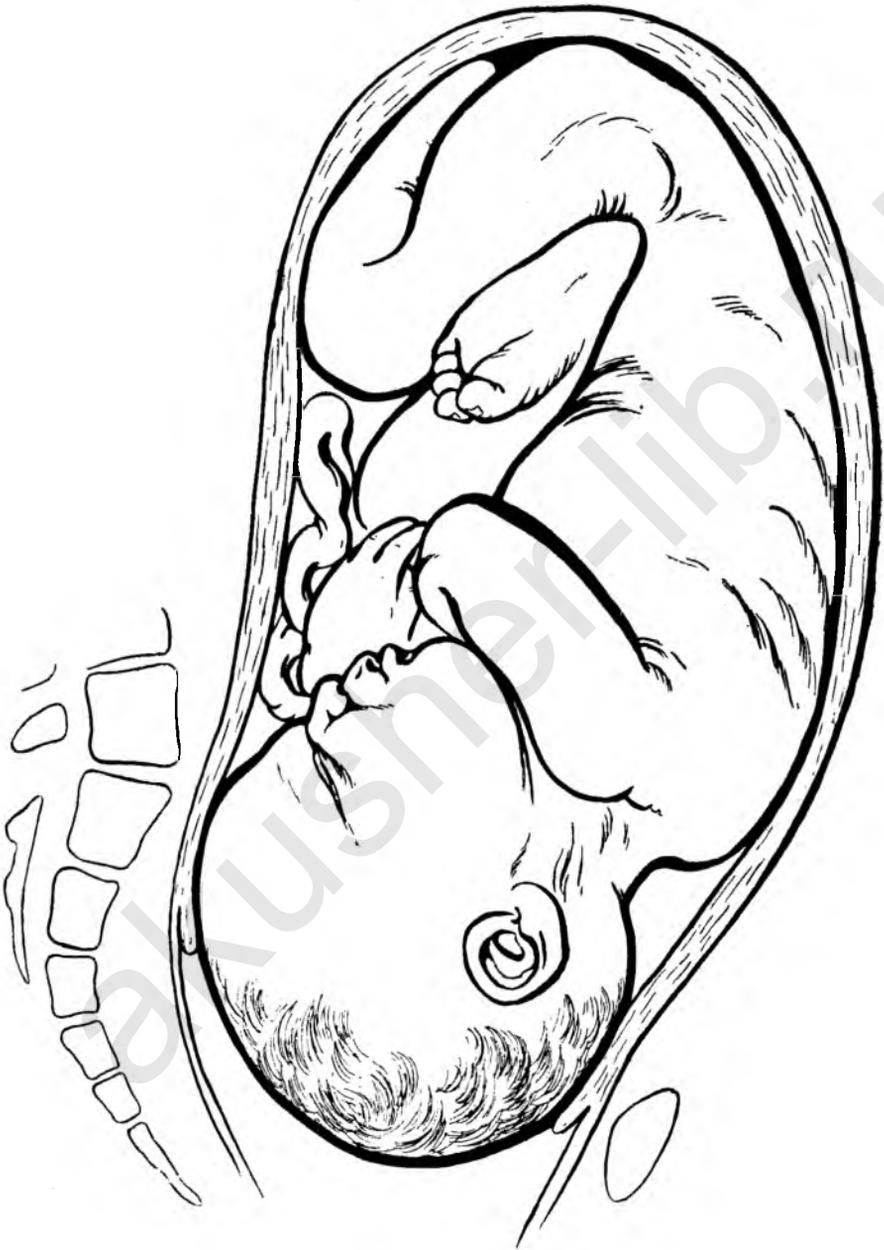


Рис. 48. Высокое прямое стояніе. Малый родничокъ впереди. Головка во входѣ въ тазъ. *Positio occipitalis pubica*.

Если при обыкновенномъ стояніи головки стрѣловидный шовъ проходитъ поперечно, и наибольшая окружность головки находится еще во

входъ въ тазъ, то уже самая форма коестнаго таза противопоказуетъ иное наложеніе щипцовъ, чѣмъ въ поперечномъ размѣрѣ головки, т. е. черезъ лобъ и затылокъ. Когда, въ видѣ исключенія, мнѣ приходится накладывать такіе высокіе щипцы у первородящихъ, то я стараюсь



Рис. 49. Высокое прямое стояніе. Малый родничокъ кзади, Головка во входѣ въ тазъ. *Positio occipitalis sacralis.*

обыкновенно при извлеченіи направить головку къ спине, слегка поворачивая ее, малымъ родничкомъ впередъ; затѣмъ я снимаю щипцы и снова накладываю ихъ въ косомъ размѣрѣ, чтобы окончательно вывести головку. У многородящихъ, а также у первородящихъ съ обширными

мягкими частями совѣмъ не нужно снимать щипцовъ, если только врачу удастся, подражая природѣ, наряду съ тракціями поступательнаго движенія, сдѣлать еще легкой поворотъ—турбинальное движеніе. Въ этихъ случаяхъ въ концѣ извлеченія щипцы проходятъ черезъ выходъ таза, почти въ прямомъ размѣрѣ.

Относительно направленія тракціи я хотѣлъ бы Вамъ дать нѣсколько практическихъ указаній. Тотъ, кто при каждой тракціи точно ориентуется относительно стоянія головки, кто знаетъ физиологію механизма родовъ, у того извлеченіе пойдетъ правильно и само собою, такой врачъ будетъ дѣлать извлеченіе въ каждый моментъ родовъ почти инстинктивно.

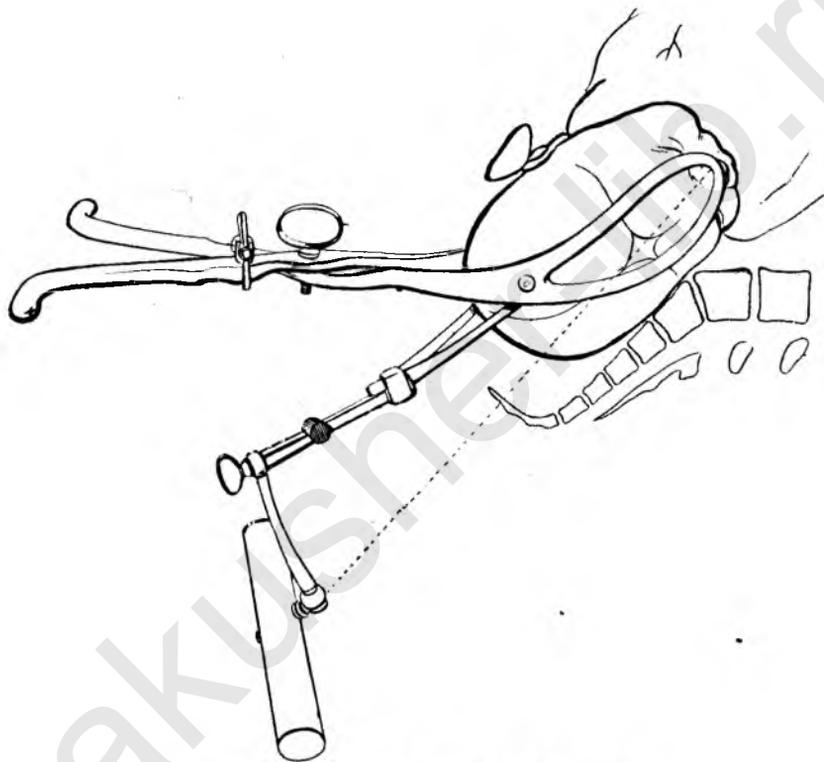


Рис. 50. Дѣйствіе щипцовъ Тарниера.

Проще всего отношенія, когда головка стоитъ на тазовомъ днѣ, геср. въ выходѣ таза (см. таблицу рис. 42). Здѣсь послѣ наложенія ложекъ щипцовъ акушеръ долженъ отойти въ сторону и, поднимая ручки щипцовъ кверху, помочь разгибанію головки, ея вращенію вокругъ симфиза.

Если головка стоитъ выше тазового дна (рис. 40), то тракціи должны быть направлены книзу, къ верхушкѣ копчика, и только послѣ того, какъ головка достигнетъ тазового дна, можно поднять ложки щипцовъ.

Перейти от влечения книзу къ поднятію ложекъ нужно мягко и по дугообразному направленію. Лучшій инструментъ для тракцій внизъ—щипцы Tarnier, которые сниманіемъ рукоятокъ превращаютъ въ простые щипцы, какъ только головка опустилась на тазовое дно. У кого въ акушерскомъ наборѣ есть щипцы Tarnier, тотъ долженъ быть хорошо знакомъ съ механизмомъ ихъ дѣйствія. Ложки ихъ накладываются такъ же, какъ и обыкновенныхъ Naegele'вскихъ щипцовъ; какъ только правильно наложены ложки, прилаживаютъ аппаратъ для извлечения. Дѣйствіе его Вы видите на рис. 50. Но если Вы имѣете только щипцы Naegele, то можно обойтись и ими, если захватить лѣвой рукой замокъ, а правой рукой производить давленіе на рукоятки снизу вверхъ и такимъ образомъ до нѣкоторой степени поворачивать щипцы по горизонтальной оси, проведенной мысленно черезъ замокъ (рис. 51 и 52). Если извлекать какъ-нибудь иначе, то часть силы теряется вслѣдствіе давленія на симфизъ (рис. 53). Сравненіе этихъ 3 рисунковъ лучше всего объяснить Вамъ все сказанное.

Извлечение щипцами всегда должно производиться медленно и спокойно; никому не придетъ въ голову провести Champetier de Ribes черезъ узкій каналъ шейки въ 1—2 минуты, а какъ часто приходится наблюдать аналогичные форсированные приемы, когда накладываютъ щипцы при совершенно узкихъ неподготовленныхъ мягкихъ частяхъ. Конечно, непремѣннымъ слѣдствіемъ явятся обширные разрывы промежности, какъ при быстромъ расширеніи баллономъ произойдутъ разрывы шейки. Въ значительномъ большинствѣ случаевъ можно все-таки избѣгать разрывовъ промежности, если придерживаться нѣкоторыхъ указаній, которыя я сообщу Вамъ вкратцѣ.

Какъ только Вы вывели малый родничокъ изъ-подъ лоннаго сращенія, введите 2 пальца, въ перчаткѣ, въ задній проходъ (приемъ Ols-hausen'a) и фиксируйте ими головку, придерживая подбородокъ. Большимъ пальцемъ той же руки нужно сильно надавить на головку, находящуюся во влагалищѣ, чтобы она не выскочила вдругъ и не разорвала бы промежность; въ то же время очень осторожно снимайте ложки щипцовъ, всецѣло пользуясь ихъ кривизной. Когда щипцы сняты, подождите одинъ моментъ, затѣмъ правой рукой, удерживая все еще лѣвой головку, сведите мягкія части въ области клитора за затылокъ, какъ показано на рис. 54 и 55. Этотъ приемъ, какъ и всякій другой, примѣняемый въ акушерствѣ, нужно производить медленно и осторожно. Иначе легко можно причинить разрывы въ области клитора,—что и я видѣлъ,—разрывы, которые такъ сильно кровоточатъ, что приходится ихъ обкалывать. Какъ только части въ области клитора сведены по головкѣ, выводите осторожно головку, надавливая совсѣмъ нѣжно и медленно на подбородокъ (пальцемъ, введеннымъ въ rectum). Этотъ методъ собственно не служитъ для защиты промежности. Но, благодаря сведенію частей въ области клитора за затылокъ, достигается въ значительной степени

уменьшение напряженія промежности. Во всякомъ случаѣ способъ этотъ даетъ прекрасные результаты. Какъ только вышла головка, снимаютъ перчатку съ лѣвой руки и выводятъ lege artis туловище.

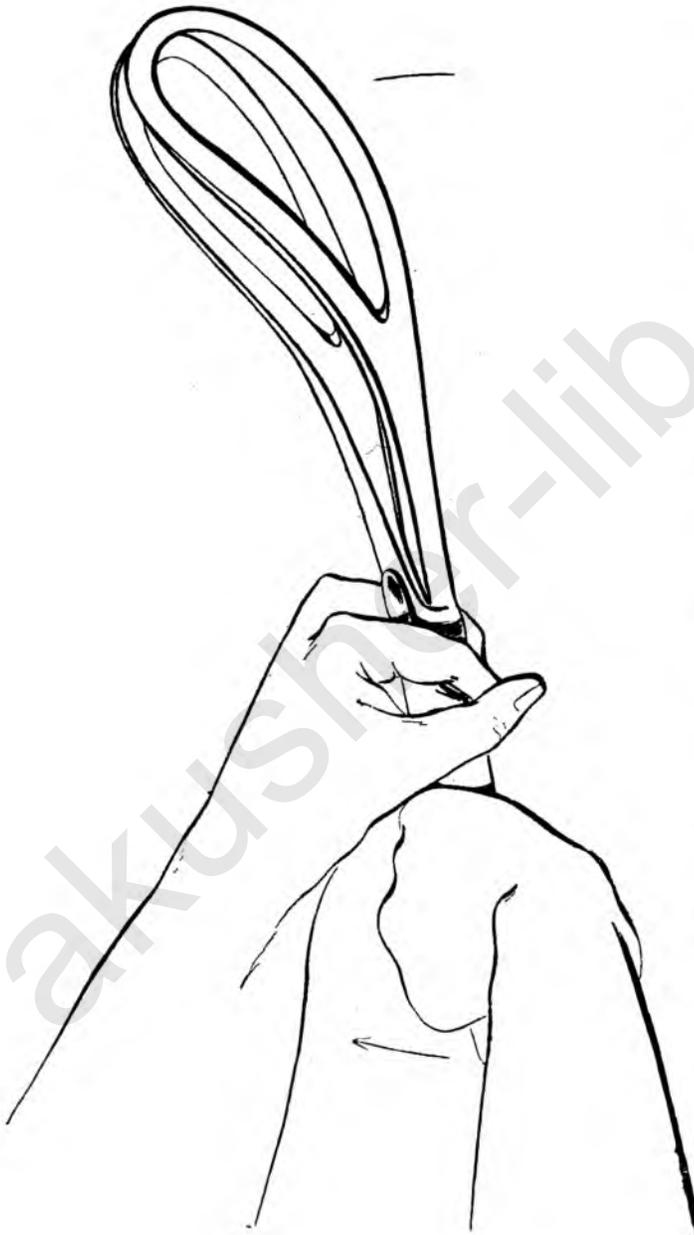


Рис. 51. Наложение щипцовъ Naegеле на высоко стоящую головку. Лѣвая рука остается неподвижной. Правой рукой поднимаютъ ручки щипцовъ по направлению, указанному стрѣлкой, вслѣдствіе чего эти щипцы по своему дѣйствію похожи на осевые.

Часто Olshausen'овскій приемъ является лишнимъ и его можно замѣнить поддерживаніемъ промежности по Ritgen'у. Большимъ и указательнымъ пальцемъ производится давленіе на мягкія части между вер-

хушкой копчика и заднимъ проходомъ; черезъ нихъ отчетливо прощупывается лобный бугоръ. Но, какъ мнѣ приходилось наблюдать, при при-

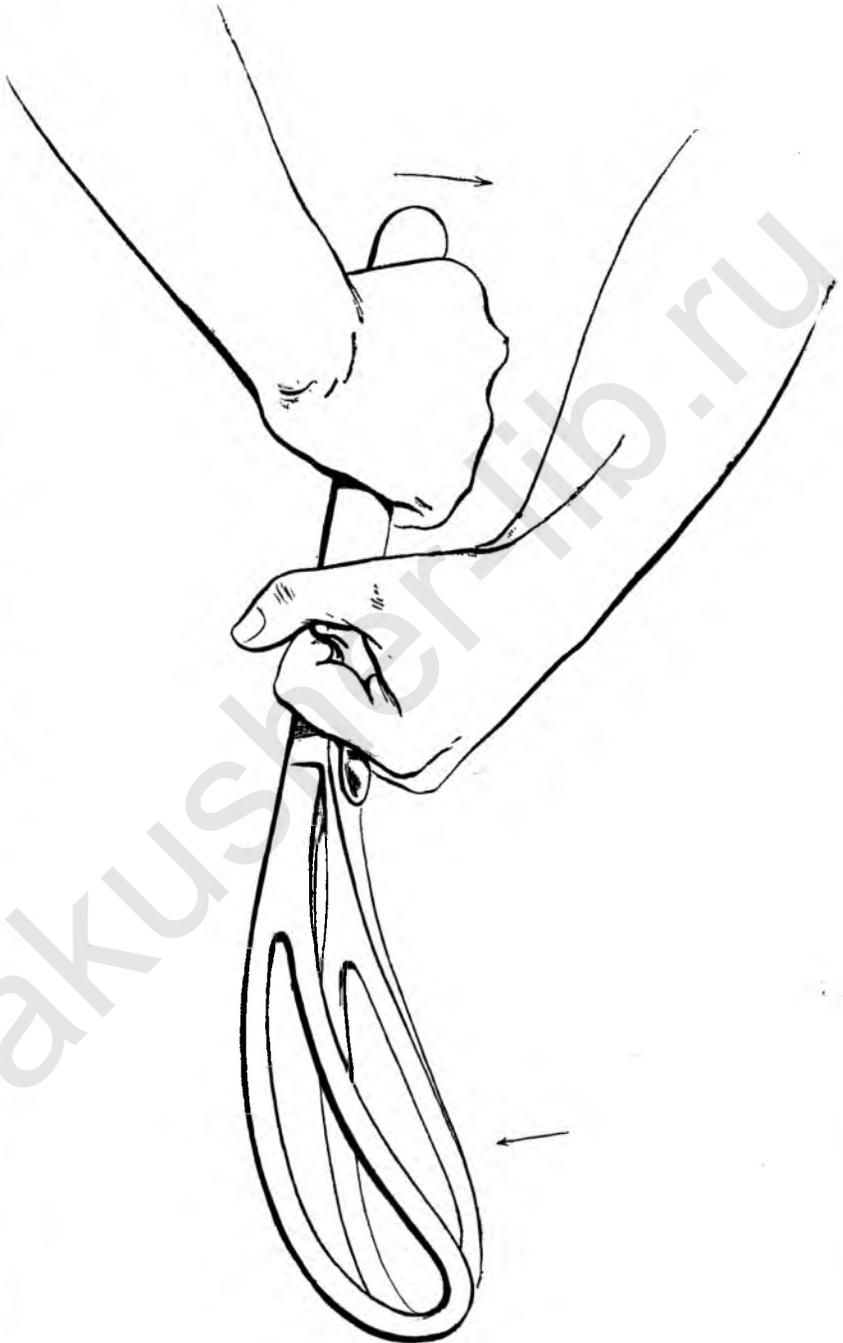


Рис. 52. Ср. рис. 51. Верхушки ложекъ приобрѣли осевое дѣйствіе. Рука, лежащая на рукояткахъ щипцовъ, поднимаетъ ихъ къверху, а рука, лежащая на замкѣ, осталась неподвижной.

мѣненіи этого способа начинающимъ врачамъ послѣ снятія щипцовъ иногда отходить назадъ головка; при способѣ Olshausen'a этого не наблюдается.

Если Вы будете дѣйствовать такимъ образомъ, то у Васъ всегда найдется время при очень высокой и ригидной промежности сдѣлать ма-

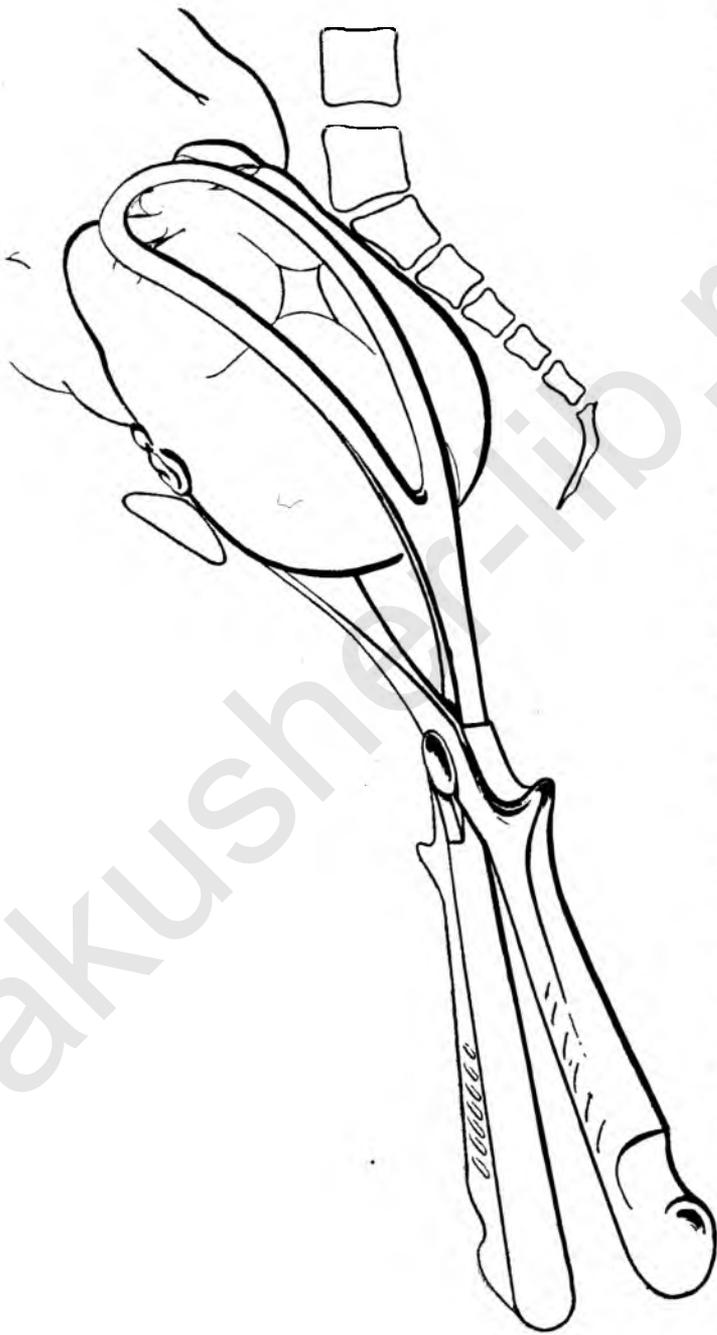


Рис. 53. На египетскіе щипцы на высоко стоящей головкѣ. При простомъ влеченіи внизъ часть силы теряется вслѣдствіе тренія у лоннаго сращения. Ср. съ рис. 50, 51 и 52.

ленькую эпизиотомию, которую я дѣлаю обыкновенно съ одной стороны, большею частью правой. Но, чѣмъ больше Вы приобрѣли навыкъ, тѣмъ

рѣже Вамъ придется примѣнять вспомогательный разрѣзъ. Точно такъ же я поступаю и при самопроизвольныхъ родахъ, только здѣсь поддерживается промежность или лучше сказать лобный бугоръ задерживается

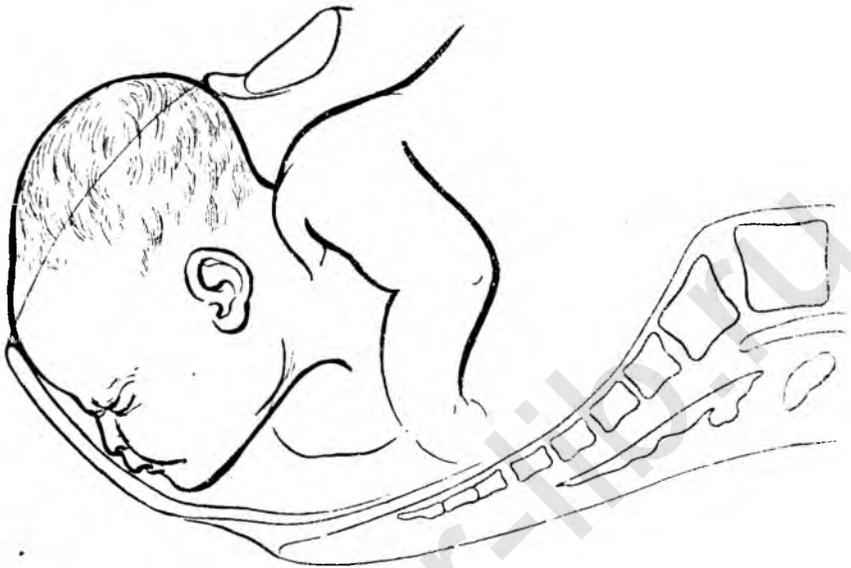


Рис. 54. Промежность и область клитора сильно растянуты прорѣзывающею головкой.

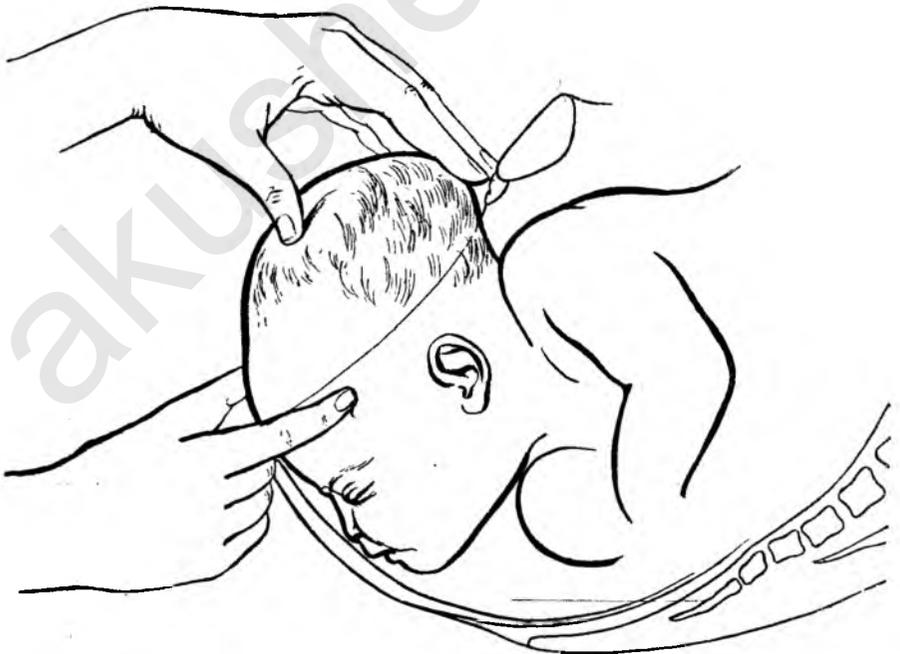


Рис. 55. Напряжение промежности уменьшено благодаря осторожному сдвиганію передней спайки въ подзатылочную область.

большимъ и указательнымъ пальцами, тогда какъ части въ области клитора отводятся правой рукой. Оба рисунка 54 и 55 ясно указываютъ, какъ сильно растягивается промежность, если не сводить по головкѣ переднюю спайку; поддерживаніе промежности здѣсь не поможетъ; значительно меньше растягивается промежность, если сдвинуть назадъ спайку. Но это отодвиганіе спайки должно производиться спокойно и осторожно, иначе, какъ я сказалъ, могутъ произойти разрывы клитора, которые сильно кровоточатъ и которые нужно обкалывать. Незажившіе или плохо зажившіе разрывы промежности представляются поврежденіями неблагоприятными въ смыслѣ прогноза, особенно для рабочихъ женщинъ. Частыми послѣдствіями ихъ являются выпаденіе влагалища, а затѣмъ и матки.

Приготовленія къ операціи щипцовъ въ общемъ такія же, какъ и для поворота (ср. лекцію II). И здѣсь лучше всего оперировать на столѣ по причинамъ, указаннымъ раньше, въ особенности же потому, что только на столѣ можно дѣлать тракціи дѣйствительно по направленію книзу.

Щипцы приносятъ завернутые въ полотенце, и если Вы хотите примѣнить щипцы Tarnier, то Вы не должны забывать, какъ это случилось съ однимъ изъ моихъ вольнослушателей, аппарата для извлеченія. Прибавьте еще къ нимъ 2 Kocher'овскихъ зажима для перевязки пуповины, прямая ножницы и мужской катетеръ. Во второмъ полотенцѣ находится все нужное для зашиванія.

Въ тяжелыхъ случаяхъ, когда есть показанія къ немедленному родоразрѣшенію со стороны матери (угрожающій разрывъ матки, сильное лихорадочное состояніе), Вы, накладывая щипцы, должны предупредить окружающихъ, что дѣлаете только попытку спасти вмѣстѣ съ матерью и ребенка. А поэтому захватите еще третье полотенце съ инструментами для перфораци. О способѣ примѣненія послѣднихъ я скажу еще въ другомъ мѣстѣ (см. лекція VII).

Лекція VI.

Случай 6-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Z., 28 лѣтъ, 3-и роды.

Извѣщеніе: «узкій тазъ».

Анамнезъ: Выучилась ходить 4¹/₂ лѣтъ.

Прежніе роды: 1 — классическое кесарское сѣченіе. 2—преждевременные роды 7 мѣс., поворотъ, извлеченіе, кромѣ того 2 лапаротоміи по поводу грыжи живота.

Послѣднія регулы: 15-го іюня.

Первое движеніе плода въ ноябрѣ.

Начало схватокъ: 20-го марта, въ 11 час. утра.

Пузырь вскрылся: 21-го марта, въ 6³/₄ час. утра.

Прибытіе врача: 21-го марта, въ 6³/₄ ч. утра.

Родовая дѣятельность: хорошая и правильная.

Status: Маленькая, истощенная женщина (128 стм.), сильное искривленіе нижнихъ конечностей. Ромбъ Michaelis'a треугольный.

Температура 36,8°.

Пульсъ 80.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp. 25, Сг. 24, Тг. 31, Conj. ext. 16, Conj. diag. 7³/₄—8, С. vera. 5³/₄—6. I черепное предлежаніе. Головка ясно выдается надъ тазомъ, подвижна.

Сердцебиеніе: 120.

Внутреннее изслѣдованіе: Воды только что отошли, полное открытіе зѣва. Головка подвижна надъ входомъ, очень плотна и кажется очень большой по отношенію къ тазу.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

1. Кесарское сѣченіе по поводу плоскорихитического таза.
2. Надлобковое кесарское сѣченіе.
3. Dührssen'овская colpo-laparo-hysterotomia.
4. Heboosteotomia.
5. Перфорация живого ребенка.

Мм. Гг. Относительно терапіи у насъ, къ счастью, полное единодушіе. Вы все одинаковаго мнѣнія, что большой ребенокъ въ этомъ случаѣ не можетъ родиться per vias naturales. Но одинъ изъ Васъ собирается сдѣлать перфорацию на живомъ плодѣ. Не говоря о томъ, что для производства этой операціи необходимо, чтобы мать рѣшительно отказалась отъ примѣненія на ней самой какой-либо операціи, я не стала бы дѣлать здѣсь эту операцію по чисто техническимъ основаніямъ. При стоящихъ или только что отошедшихъ водахъ я считаю гораздо менѣ опаснымъ кесарское сѣченіе, чѣмъ перфорацию большого ребенка при суженіи таза ниже 6 стм. Хотя въ учебникахъ Вы часто найдете указаніе, что при плоскомъ тазѣ выше 5 стм. еще возможно извлеченіе



Рис. 58 (случай 6-й).



Рис. 59 (нормальная фигура по Stratzky).

Пока Вы трете кожу щеткой съ мыломъ, заставьте сестру милосердія постоянно лить теплую воду на животъ роженицы изъ сосуда вмѣстимостью въ литръ, который она держитъ въ рукѣ. Само собой понятно, что Вы начинаете дезинфекцію съ области пупка. Послѣ того, какъ Вы въ теченіе приблизительно 5—10 минутъ систематически мыли весь животъ мыломъ, надо смыть остатки мыла теплой водой и тщательно осушить кожу живота стерилизованнымъ полотенцемъ. Приготовлена еще чашка съ 70⁰/₀ спиртомъ. Въ нее Вы кладете рядъ большихъ кусковъ стерилизованной ваты, и пока Вы однимъ кускомъ ваты трете кожу живота, изъ другого куска ваты Вы выжимаете спиртъ, такъ что животъ всегда орошается новымъ свѣжимъ алкоголемъ. Послѣ 5-минутнаго мытья Вы продѣлываете ту же процедуру съ растворомъ сулемы 1:1000. Когда Вы положите на животъ намоченное въ сулемовомъ растворѣ и выжатое полотенце, которое закрываетъ все операционное поле и въ которомъ сдѣлано отверстіе, оставляющее пространство для разрѣза, тогда можно считать, что роженица приготовлена правильно.

Пока шли приготовленія роженицы, успѣлъ приготовиться операторъ. Условія для операціи въ данномъ случаѣ не такъ просты, такъ какъ эта женщина перенесла уже три лапаротоміи; поэтому и животъ вскрываютъ здѣсь не влѣво отъ пупка, какъ обыкновенно, а вправо отъ пупка, разрѣзомъ длиною около 20 см., причемъ одна половина его приходится выше пупка, другая половина—ниже. На лѣвой сторонѣ ясно виденъ бурый пигментированный рубецъ отъ послѣдней лапаротоміи. Брюшные покровы чрезвычайно тонки и вялы, нѣтъ и слѣда ясно выраженныхъ фасцій и мышечнаго слоя. Осторожно, чтобы не повредить кишки, поднимаютъ брюшину въ складку двумя Кошер'овскими щипцами и затѣмъ перерѣзаютъ ее. Оказывается, что сальникъ приращенъ на большомъ пространствѣ къ старому рубцу послѣ лапаротоміи, такъ что часть его приходится резецировать, захвативъ щипцами и сдѣлавъ тщательную перевязку хорошо знакомымъ намъ катгуттомъ Dropske. Только теперь видна большая беременная матка и надъ нею кишечныя петли.

Въ то время, какъ помощникъ удерживаетъ кишечныя петли брюшнымъ компрессомъ, къ которому прикрѣплена тесемка, операторъ выкалываетъ наружу беременную матку, осторожно поворачивая ее на бокъ. Надъ брюшнымъ компрессомъ, который удерживаетъ кишки, провизорно закрываютъ разрѣзъ живота поверхъ матки Кошер'овскими щипцами, скорѣе чтобы избѣжать охлажденія кишекъ, чѣмъ въ цѣляхъ асептики. Всѣ дальнѣйшіе моменты операціи проходятъ теперь уже внѣ брюшной полости.

Вскрытіе беременной матки можно произвести или по передней сагитальной линіи, или, еще лучше посредствомъ поперечнаго разрѣза дна по Fritsch'y. Въ этомъ случаѣ снова пришлось поступить атипично, потому что на передней поверхности маточной стѣнки виденъ рубецъ отъ

старого кесарскаго сѣченія, идущій въ сагиттальномъ направленіи; лучше обойти этотъ рубецъ при разрѣзѣ. Рубцовая ткань хуже сростается, чѣмъ свѣжая рана.

Итакъ, поперечный разрѣзъ по дну проходитъ больше по задней поверхности матки. А такъ какъ послѣдъ сидитъ на этотъ разъ на передней стѣнкѣ, то при этомъ разрѣзѣ онъ не затрогивается. Кровотеченіе незначительное. Извлеченъ ребенокъ, $52\frac{1}{2}$ см. длины, вѣсомъ въ $7\frac{1}{2}$ фунтовъ, въ легкой степени асфиксіи. Матка начинаетъ сокращаться, послѣ нѣкотораго раздраженія ея марлевыми компрессами, которое производятъ по удаленіи ручнымъ способомъ оболочекъ и послѣда; теперь мы можемъ перейти къ закрытію раны матки. Хотя всѣ эти манипуляціи производились внѣбрюшинно, все-таки неизбѣжно въ свободную брюшную полость затекаетъ незначительное количество околоплодныхъ водъ, и это, какъ мы увидимъ дальше, есть Ахиллессова пята стараго классическаго кесарскаго сѣченія. Однимъ длиннымъ катгутовымъ швомъ зашиваютъ теперь рану матки; первый этажъ непрерывнаго шва захватываетъ подслизистый слой маточныхъ мышцъ, второй—средній, третій—подбрюшинный и притомъ такъ, что третій этажъ швовъ вмѣстѣ съ мускулатурой захватываетъ и серозную оболочку. Поверхъ этихъ 3 этажей швовъ накладывается еще четвертый непрерывный шовъ изъ шелка, совершенно такъ же, какъ при кишечномъ швѣ Lembert'a, который Вамъ извѣстенъ изъ оперативнаго курса. Именно этотъ шовъ, соединяющій серозную поверхность съ серозной, даетъ увѣренность въ быстромъ склеиваніи и мѣшаетъ выходу въ свободную брюшную полость содержимаго матки — лохий. Затѣмъ приступаемъ къ стерилизаціи, которую мы производимъ слѣдующимъ образомъ.

Разсѣкаемъ съ обѣихъ сторонъ серозный покровъ трубъ, удлиняя нашъ поперечный разрѣзъ по дну матки; тупымъ путемъ при помощи Куперовскихъ ножницъ отдѣляемъ трубы отъ ихъ серознаго покрова, резидируемъ изолированныя части и снова накладываемъ шелковый серосерозный шовъ на серозную оболочку трубъ. Такимъ образомъ становится невозможнымъ срастаніе конца трубы съ маткой, благодаря лежащей между ними быстро склеивающейся серозной оболочкѣ.

Въ заключеніе матка протирается теплыми компрессами, смоченными въ растворѣ поваренной соли, и снова погружается въ брюшную полость. Оказалось, что полость брюшины и Дугласово пространство совершенно свободны отъ крови. Удаляемъ брюшные компрессы, удерживающіе кишки въ началѣ операци, считаемъ ихъ и закрываемъ брюшную полость *lege artis* тремя этажами швовъ, причемъ на брюшину и мышцы накладываемъ непрерывный катгутовый шовъ, на фасцію—узловатый шелковый, на кожу—изъ бронзо-алюминевой проволоки. На брюшной разрѣзъ кладется стерилизованная марля, затѣмъ вата и наконецъ бинтъ, который туго стягивается и закалывается булавками; на наружныя половыя части кладется вата.

Роженица хорошо перенесла операцию и оставила клинику со своим маленьким сыномъ совершенно счастливой, зная, что ей уже не грозитъ новое кесарское сѣченіе.

Какъ сказано, каждый изъ Васъ можетъ очутиться въ такомъ положеніи, что придется окончить роды у какой-нибудь женщины классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ. Что касается остальныхъ методовъ, то всѣ они требуютъ такой технической сноровки, что произвести ихъ Вы не будете въ состояніи, руководясь только описаніемъ ея, какъ бы точно и живо оно ни было.



Рис. 60. Кесарское сѣченіе по Рогго. Первый актъ.

Существуютъ 3 обстоятельства, которыя заставили операторовъ отказаться отъ стараго простаго способа классическаго кесарскаго сѣченія и перейти къ другимъ способамъ, внутрибрюшиннымъ и внѣбрюшиннымъ.

1. Возможность кровотеченія.

2. Возможность инфекціи брюшины, обусловленная возможнымъ присутствіемъ микробовъ въ околоплодной жидкости или благодаря ручному отдѣленію послѣда.

3. Возможность позднѣйшаго развитія брюшной грыжи.

Опасность кровотеченія при классическомъ кесарскомъ сѣченіи ничтожна; если операція произведена въ началѣ родовой дѣятельности и матка не сокращается послѣ опорожненія ея, то часто можно вызвать сокращенія ея простымъ растираніемъ марлевымъ шарикомъ серознаго покрова матки.

Возможность инфекціи, конечно, нельзя оставить безъ самаго серьезнаго вниманія. Въ тѣхъ случаяхъ, когда воды отошли давно или когда предварительно пытались окончить роды другими операціями (по-

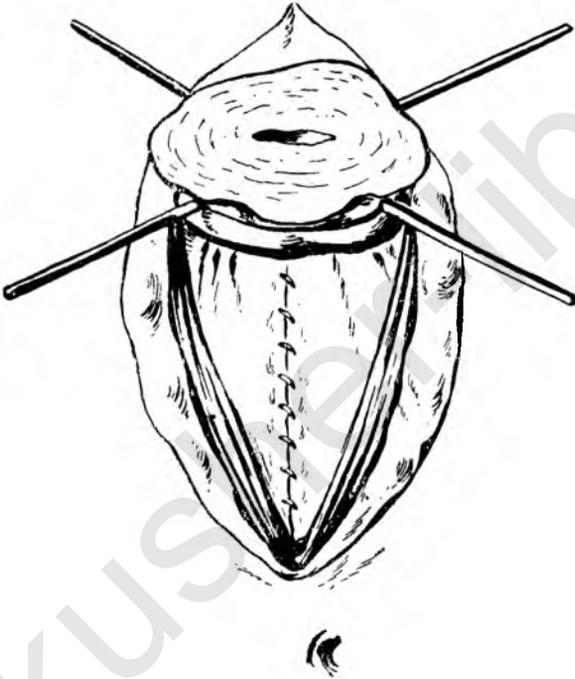


Рис. 61. Кесарское сѣченіе по Рогго. Послѣдній актъ.

воротомъ, щипцами и т. п.), я настоятельно предостерегаю васъ отъ классическаго кесарскаго сѣченія, равно, какъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда изслѣдовали лица не вполне безупречныя въ смыслѣ чистоты.

Точно такъ же основательно опасеніе послѣдовательнаго образованія грыжи, какъ Вы сами видѣли на данномъ случаѣ. Большой разрѣзь, проходящій выше и ниже пупка, мягкіе тонкіе и вялые брюшные покровы роженицы какъ-разъ представляютъ всѣ условія для образованія брюшныхъ грыжъ (см. рубецъ у пациентки на рис. 56 съ рубцомъ у пациентки на рис. 66 послѣ поперечнаго разрѣза по Latzko и Pfannenstiel'ю).

Опасность кровотеченій и инфекцій уменьшается при примѣненіи старой операціи Рогго. Здѣсь разрѣзь идетъ, какъ при старомъ кесар-

скомъ сѣченіи, и матка также выкатывается наружу изъ брюшной раны, но больше отгибается къ симфизу. Затѣмъ, какъ изображено на рис. 60, защемляютъ и перевязываютъ слѣва и справа *ligamentum infundibulo-pelvicum*, въ которыхъ, какъ извѣстно, проходятъ *vasa spermatica* къ трубамъ и яичникамъ, благодаря чему получается большая подвижность органа кнаружи и большее удобство при выкатываніи матки. Затѣмъ, прежде чѣмъ вскрыть матку, обшиваютъ пристѣночную брюшину (см. рис. 60) въ видѣ манжетки у самой шейки матки, вслѣдствіе чего въ брюшную полость не можетъ попасть подозрительное содержимое матки. Вскрытіе и опорожненіе матки производятся по способу, описанному раньше. Послѣ этого черезъ обшитую шейку проводятся крестъ-на-крестъ двѣ вязальныхъ иглы и, какъ показано на рис. 61, подъ ними туго накладываютъ резиновый жгутъ на нижній отдѣлъ матки; затѣмъ отжигаютъ термокаутеромъ часть ея, лежащую выше жгута и вязальныхъ иглъ. Благодаря этому радикальному, но калѣчающему методу, благодаря предварительному закрытію брюшины, удаленію содержащей микробы матки и внѣбрюшному погруженію ножки, устраняется опасность инфекціи и кровотеченія.

Гораздо сложнѣе анатомическія отношенія при другихъ способахъ. Необходимо, для пониманія ихъ, сперва болѣе точно ориентироваться при помощи рисунка (рис. 62) относительно хода брюшины у беременной на сносяхъ женщины. На нашемъ рисункѣ изображена матка роженицы, въ концѣ періода раскрытія. Брюшина обозначена красной краской, причемъ ясно видно, какъ брюшина съ задней поверхности стѣнки живота (пристѣночная брюшина) переходитъ на верхушку мочевого пузыря, къ которой она прирощена, а затѣмъ на матку; эта складка брюшины называется *plica vesico-uterina* или, короче, просто *plica*. Теперь прошу Васъ обратить вниманіе, — это Вамъ извѣстно уже изъ курса анатоміи, — что брюшина здѣсь соединяется съ паренхимой матки только въ области внутренняго зѣва, тогда какъ на задней поверхности матки, она спускается далеко внизъ и образуетъ Дугласово пространство. Но въ томъ періодѣ родовъ, который показанъ на нашемъ рисункѣ, маточный зѣвъ отходитъ далеко вверхъ благодаря тому, что шейка все больше и больше сглаживается и превращается въ выходной каналъ. Вслѣдствіе отхожденія вверхъ внутренняго маточнаго зѣва отходитъ вмѣстѣ съ нимъ вверхъ также и мѣсто прикрѣпленія брюшины, и поэтому между передней губой зѣва и этимъ мѣстомъ прикрѣпленія образуется пространство наполовину только прикрытое брюшиной, причемъ ее легко можно сдвинуть тупымъ путемъ вплоть до мѣста прикрѣпленія ея къ внутреннему зѣву матки. На этихъ анатомическихъ отношеніяхъ и основано внѣбрюшное кесарское сѣченіе.

Поперечнымъ разрѣзомъ разсѣкаютъ кожу, подкожную клѣтчатку и фасцію (Pfannenstiel'евскій поперечный разрѣзъ) приблизительно на 2—3 поперечныхъ пальца выше верхняго края симфиза; при этомъ

обнажаются мышечныя брюшки обѣихъ прямыхъ мышцъ, которыя отодвигаются другъ отъ друга тупымъ путемъ; теперь показывается, какъ видно на рисункѣ (рис. 62), пристѣночная брюшина. Ее отодвигаютъ марлевымъ шарикомъ сильно вверхъ и отдѣляютъ отъ верхушки пузыря (способъ Sellheim'a, рис. 63), или по Lutzko, какъ я сдѣлалъ въ цитированномъ мною случаѣ изъ частной практики, сдвигаютъ мочевой

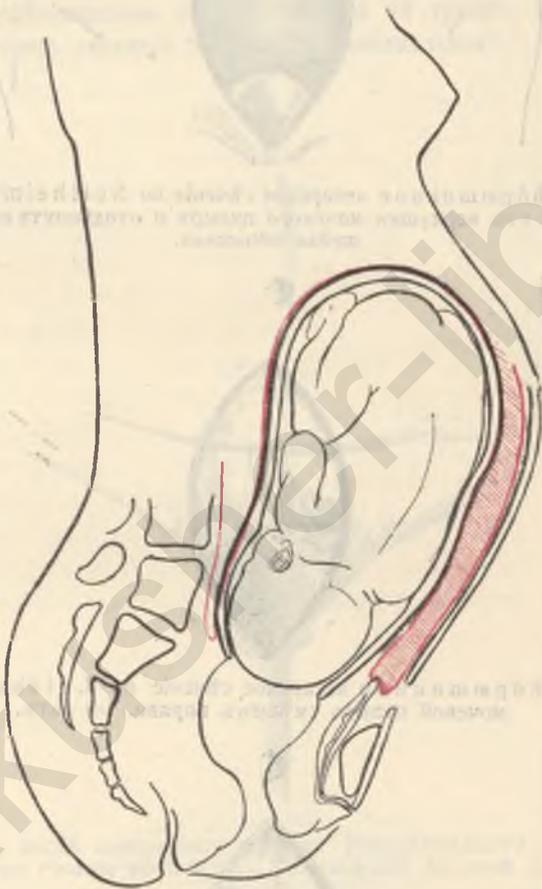


Рис. 62. Ходъ брюшины въ началѣ періода изгнанія. Брюшина обозначена красной краской.

пузырь въ сторону слѣва направо (рис. 64 и 65), что большей частью удается легко, не разрывая брюшины. Какой красивый видъ имѣеть рубецъ при поперечномъ сѣченіи по Pffannenstiel'ю, Вы можете убѣдиться изъ сравненія рис. 56 и 66. Теперь удается легко отгѣснить брюшинный покровъ матки до мѣста прикрѣпленія брюшины у внутренняго зѣва, сдѣлать внѣбрюшинно разрѣзъ шейки (рис. 65) и извлечь ребенка черезъ этотъ разрѣзъ щипцами надъ симфіозомъ.

Какія же преимущества имѣеть этотъ способъ по сравненію со ста-
Liermann.—Семинарій по акушерству.



Рис. 63 *). Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе по Sellheim'у. Складка брюшины отдѣлена отъ верхушки мочевого пузыря и отодвинута вверхъ, такъ что шейка обнажена.



Рис. 64 *). Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе по Latzko. Наполненный мочевой пузырь смѣщенъ вправо. 1-й актъ.



Рис. 65 *). Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе по Latzko. Мочевой пузырь отдѣленъ тупымъ путемъ съ боку, отодвинуть вправо и такимъ образомъ обнажена шейка (ср. рис. 63). 2-й актъ.

*) Рис. 63, 64, 65 представлены по рисункамъ Latzko.

рымъ классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ? Опасность кровотече-
нія здѣсь меньше, ибо матка вскрывается въ области шейки, т. е. въ
отдѣлѣ, менѣе снабженномъ кровью (цервикальное кесарское сѣченіе).
По той же причинѣ наложеніе швовъ на разрѣзъ здѣсь проще. Вы мо-
жете закрыть неглубокую рану шейки только одноэтажнымъ швовъ.
Кишки, которыя при классическомъ кесарскомъ сѣченіи вы должны тща-
тельно отодвигать компрессами, здѣсь совсѣмъ не попадаютъ въ опера-
ціонное поле, слѣдовательно не подвергаются ни травмѣ, ни охлажденію.
Операционный шокъ сводится поэтому къ минимальному.



Рис. 66. Рубецъ послѣ поперечнаго разрѣза Pfannenstiel'я. Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе по Laitzko. (Случай изъ частной практики).

Опасность инфекціи также значительно меньше. Околоплодные
воды не соприкасаются съ свободной брюшной полостью, но вытекаютъ—
и это составляетъ слабую сторону этого способа—надъ поперечнымъ раз-
рѣзомъ брюшной стѣнки. При этомъ способѣ кесарскаго сѣченіа уже
вскорѣ послѣ его введенія наблюдались случаи зараженія со смертель-
нымъ исходомъ, такъ что большинство операторовъ считаютъ возмож-
нымъ примѣнять и внѣбрюшинное кесарское сѣченіе только въ чистыхъ
случаяхъ.

Но бесспорное преимущество этого способа сравнительно со старымъ
кесарскимъ сѣченіемъ заключается въ томъ, что здѣсь можно предоста-

вить отдѣленіе послѣда силамъ природы и затѣмъ выжать его по Ctedé уже послѣ того, какъ онъ самъ собою отдѣлился.

Дальнѣйшее преимущество представляетъ меньшее расположеніе къ образованію грыжи живота. Разрѣзъ здѣсь значительно меньше,

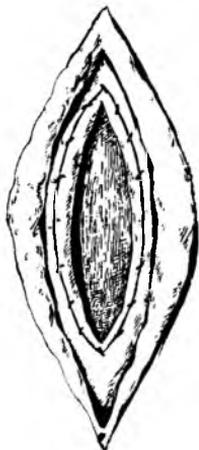


Рис. 67. Внутрибрюшинное кесарское сѣченіе по Veit'у. Брюшина матки отдѣлена и сшита наглухо съ пристѣнной брюшиной. Шейка лежитъ теперь свободно.

незначительное поле зрѣнія благодаря малому разрѣзу, возможность поврежденія мочевого пузыря, необходимость извлеченія ребенка щипцами черезъ малый разрѣзъ — создаютъ такіе моменты, благодаря которымъ

а возможность примѣненія Pfannenstiel'евскаго поперечнаго разрѣза представляетъ дальнѣйшій моментъ для сохраненія прочности брюшной стѣнки. При продольномъ разрѣзѣ каждое сокращеніе обѣихъ прямыхъ мышцъ живота вызываетъ расхожденіе фасціи въ области швовъ; при разрѣзѣ фасціи по Pfannenstiel'ю сокращеніе прямыхъ мышцъ вызываетъ, напротивъ, сближеніе краевъ раны фасціи.

Но для практика, не особенно опытнаго въ хирургіи брюшной полости, этотъ способъ является слишкомъ сложнымъ. Поперечный разрѣзъ съ остановкой кровотока и отслойкой фасціи требуютъ уже самъ по себѣ хирургической сноровки. Затѣмъ сложныя отношенія брюшины,



Рис. 68. Внутрибрюшинное кесарское сѣченіе по Frank'у. Ср. рис. 67. Разница состоитъ только въ поперечномъ направленіи разрѣза (Изображено по рисунку Latzko).

внутрибрюшинное кесарское сѣченіе является для практическаго врача недоступной операцией.

Гораздо проще, но зато въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ менѣе хорошъ внутрибрюшинный способъ Veit'a. Способъ Veit'a отличается отъ болѣе

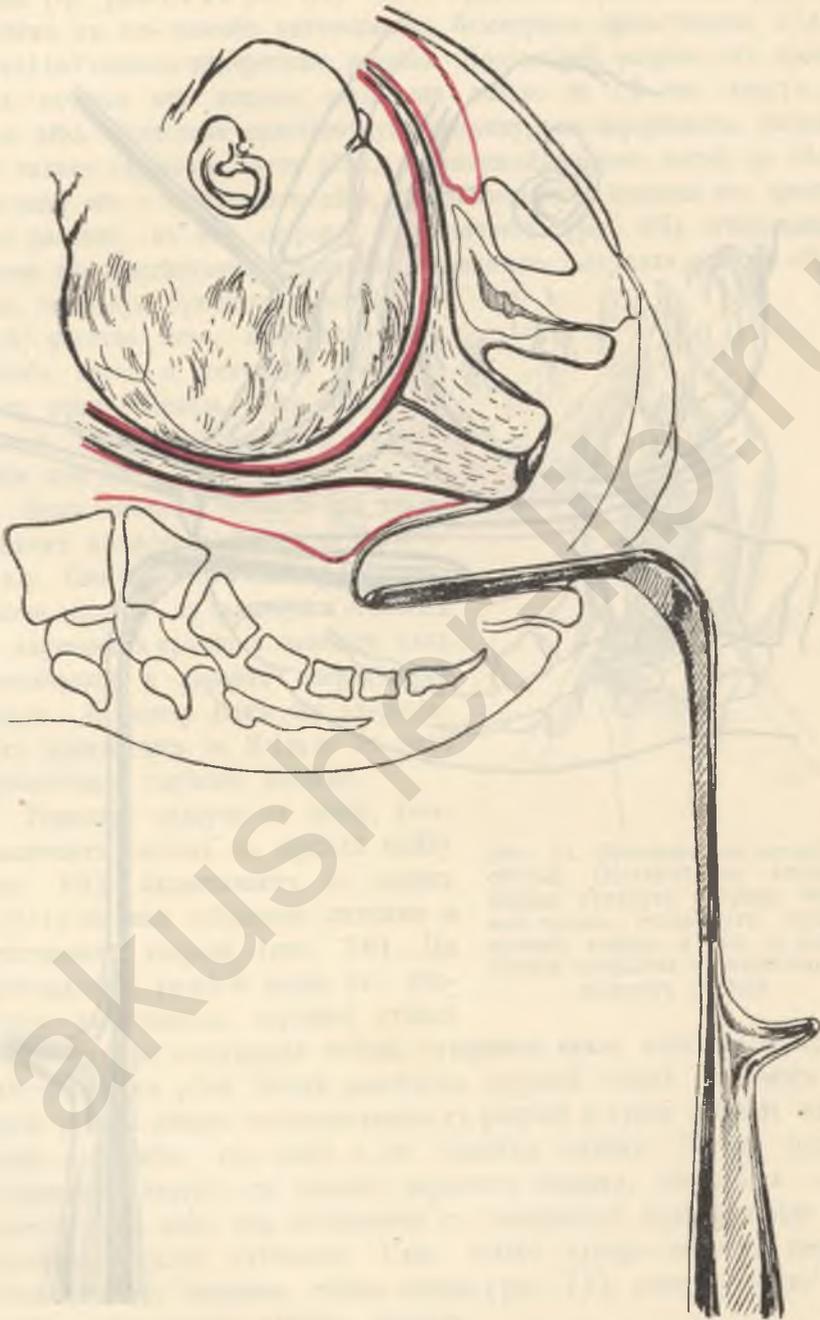


Рис. 69. Влагалищное кесарское сѣченіе. Установка влагалищной части матки (обращать вниманіе на отношеніе мочевого пузыря къ передней стѣнкѣ влагалища!).

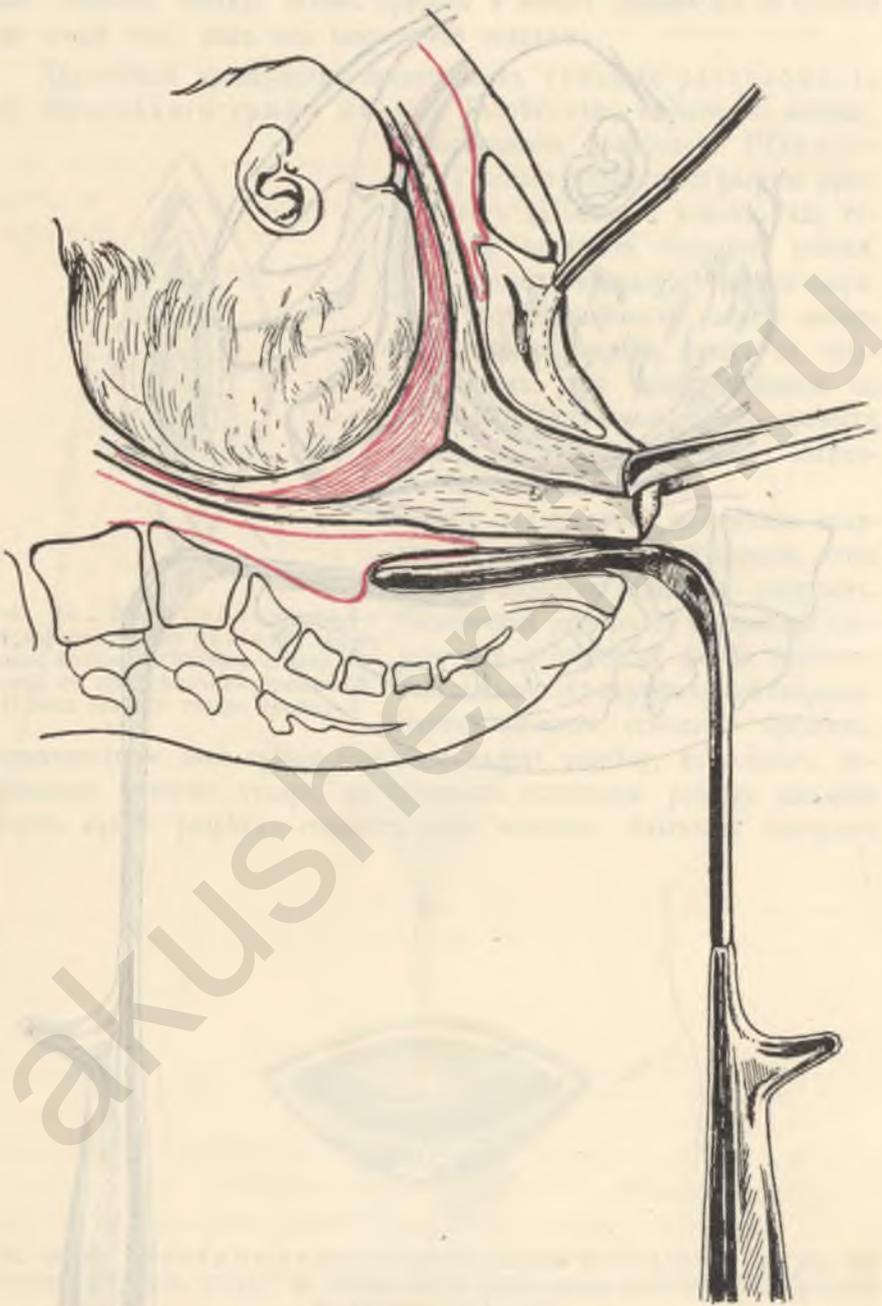


Рис. 70. Влагалищное кесарское сѣченіе. Portio оттянута книзу зубчатыми щипцами. Мочевой пузырь смѣщается соотвѣтственно оттягиванію, какъ показываетъ введенный катетеръ.

старого способа Frank'a только направлением разрывов живота и матки (ср. рис. 67 съ рис. 68). Veit применяет продольный разрыв, и этимъ въ его способѣ уничтожаются безспорныя преимущества Pfannenstiel'евского поперечнаго разрыва. Продольный разрывъ онъ проводитъ начиная отъ лоннаго соединенія только на 12 см. вверхъ по linea alba. Вскрывши пристѣночную брюшину, онъ перерѣзаетъ, начиная отъ самаго глубокаго мѣста рѣза, брюшинный покровъ матки до мѣста фиксаціи его у внутренняго зѣва, отслаиваетъ его, начиная отъ срединнаго разрыва, въ обѣ стороны и соединяетъ (рис. 66) нѣсколькими швами съ пристѣночной брюшиной, провизорно закрывая такимъ образомъ свободную брюшную полость. Для Васъ, конечно, ясно, насколько этотъ способъ проще и доступнѣе практическому врачу. Правда, пока нельзя еще сказать, заслуживаетъ ли онъ рекомендаціи или нѣтъ.

Иныя отношенія имѣются при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи по Dührssen'у. Способъ этотъ былъ уже неоднократно испытанъ на практикѣ и останется въ акушерствѣ прочно и навсегда, какъ классическій и хорошій операціонный методъ. Я опишу Вамъ эту операцію, какъ производить ее Витт въ видѣ Hysterotomia vaginalis anterior.

Роженицу кладутъ на спину, устанавливаютъ сначала въ зеркалѣ шейку (рис. 69), захватываютъ ее потомъ Collin'овскими зубчатыми щипцами и оттягиваютъ кпереди (рис. 70). На сагиттальномъ разрывѣ видно, что, благодаря выпячиванію передней стѣнки влагалища при оттягиваніи шейки, смѣщается внизъ мочевой пузырь и вмѣстѣ съ нимъ рѣза. Послѣ разсѣченія передней стѣнки влагалища мочевой пузырь лежитъ непосредственно въ разрывѣ и нужно принять мѣры, чтобы не разсѣчь его, какъ я это однажды видѣлъ. Затѣмъ пузырь отодвигается кверху при помощи марлеваго шарика, что весьма легко удается, такъ какъ онъ соединяется съ подлежащей шейкой только посредствомъ рыхлой клетчатки. Какъ только пузырь отошелъ кверху, обнажается вся передняя стѣнка шейки (рис. 71), которую можно уже разсѣчь очень просто ударомъ ножницъ.

До сего времени я сдѣлалъ около 30 влагалищныхъ кесарскихъ сѣченій и постоянно воехщаюсь простотой этого превосходнаго метода. При узкомъ тазѣ о немъ, конечно, не можетъ быть и рѣчи,



Рис. 71. Влагалищное кесарское сѣченіе (Hysterotomia anterior). Шейка оттянута кпереди. Мочевой пузырь отодвинутъ тупымъ путемъ кверху и его не видно. Шейка обнажена и разрѣзана въ нижнемъ отдѣлѣ.

такъ какъ при этомъ способѣ матка становится доступной только черезъ тазовой каналъ.

Въ самое послѣднее время Dührssen-Solms пробовали примѣнить свой способъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія, дополненный еще боковымъ разрѣзомъ, и при узкомъ тазѣ. Посредствомъ бокового разрѣза, при которомъ боковая стѣнка мочевого пузыря отсекается въбрюшинно отъ нижняго сегмента матки, этотъ способъ комбинируется съ *Hystero-rotomia anterior*, благодаря чему околоплодные воды и плацента отходятъ *per vias naturales*, между тѣмъ какъ ребенокъ извлекается въ ше тазового кольца. Какъ ни ясны для меня преимущества этого способа и его простота для опытнаго оператора, все же пока я не могу высказаться о немъ окончательно; это возможно только въ будущемъ.

Лекція VII.

Случай 7-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Н. W., 38 лѣтъ, 7-е роды.

Причина приглашенія: плохое сердцебіеніе ребенка.

Анамнезъ: Выучилась ходить 3 лѣтъ.

Прежніе роды: 1—поворотъ, дѣвочка, живеть и теперь. 2—самопроизвольные роды, очень маленькій ребенокъ. чрезвычайно продолжительные роды. 3—выкидышъ на 5 мѣсяцѣ. 4—мальчикъ, маленький, живъ, нормальные роды. 5—щипцы, ребенокъ умеръ черезъ 3 недѣли. 6 выкидышъ на 3 мѣсяцѣ.

Послѣднія регулы: 1-го іюня.

Начало схватокъ: 11-го марта, въ 1 ч. пополудни.

Пузырь вскрылся: 11-го марта, въ 3 час. пополудни.

Прибытіе врача: 13-го марта, въ 12 час. пополудни, т. е. черезъ 47 часовъ послѣ начала схватокъ.

Родовая дѣятельность: схватки сильныя и продолжительныя.

Status: Рахитической habitus, неоднократно уже описанный нами.

Температура: 36,8.

Пульсъ: 140.

Наружное изслѣдованіе: Матка такъ сильно сокращается при всякомъ прикосновеніи, что съ увѣренностью ничего нельзя прощупать.

Размѣры таза: Sp. 27, Cr. 27¹/₂, Tr. 31, Conj. ext. 16, Conj. diag. 10¹/₄, Conj. vera 8¹/₂.

Сердцебіеніе: не слышно, вмѣсто него слышенъ шумъ, синхроничный съ пульсомъ матери (140).

Внутреннее изслѣдованіе: Пузырь вскрылся. Маточный зѣвъ совершенно раскрытъ. Стрѣловидный шовъ у самаго лоннаго соединенія и едва прощупывается, малый родничокъ справа, большой—слѣва. Головка плотно во входѣ. Особенности: лѣвая lig. rotundum сильно напряжена; ясно видна поперекъ живота борозда, идущая справа налѣво и вверхъ, весьма болѣзненная.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

1. Вслѣдствіе угрожающаго разрыва матки необходимо немедленное родо-разрѣшеніе. Поворотъ и извлеченіе.

2. 2 стгрм. Morphium подъ кожу, пробные щипцы, затѣмъ перфорация.

3. Перфорация.

4. Такъ какъ жизнь матери находится въ опасности, то нужно сдѣлать перфорацию ребенка; о какой-либо другой операциіи не можетъ быть и вопроса.

5. Вслѣдствіе очень частаго пульса и угрожающаго разрыва матки роды должны быть окончены; прежде всего, чтобы уничтожить кольцо сокращенія, нужно впрыснуть подъ кожу 2 стгрм. морфія; затѣмъ пробные щипцы и перфорация. При благоприятныхъ внѣшнихъ условіяхъ надлобковое кесарское сѣченіе.

6. Такъ какъ сердечные тоны у ребенка синхроничны съ пульсомъ матери, то весьма вѣроятно, что это проведенные тоны аорты, а не сердцебіеніе плода; ясно выраженное кольцо сокращенія, вколочиваніе головки во входѣ даютъ основанія для немедленной перфорациі; наложеніе щипцовъ противопоказано въ интересахъ матери.

7. Чтобы устранить кольцо сокращенія, нужно подвергнуть мать наркозу, это повліяетъ и на сердечную дѣятельность роженицы, такъ что можно будетъ установить, живъ ли ребенокъ.

Если плодъ мертвый—перфорация, если онъ живъ—надо попытаться извлечь его щипцами.

Поворотъ неумѣстенъ, такъ какъ со времени отхожденія водъ прошло 47 часовъ.

Мм. Гг. Вы всё распознали опасное состояние, въ которомъ находится наша роженица,—состояніе, требующее быстрой цѣлесообразной помощи съ нашей стороны, такъ какъ иначе эта женщина можетъ погибнуть отъ подготовляющагося уже разрыва матки. Угрожающій разрывъ матки относится къ тѣмъ немногимъ аномаліямъ родовъ, при которыхъ спасти жизнь можетъ только быстрое вмѣшательство, тогда какъ въ другихъ случаяхъ, какъ намъ извѣстно, наибольшимъ успѣхомъ сопровождается неторопливое обдуманное вмѣшательство и разумное выжиданіе.

Уже при входѣ въ родильную комнату видно, что эта женщина находится въ особенно опасномъ состояніи; на это указываютъ выраженіе страха на лицѣ нашей пациентки, ея общее безпокойное состояніе даже въ промежуткахъ между схватками, болѣзненные крики во время схватокъ, причѣмъ она хватается за животъ руками и говоритъ, что онъ, кажется, хочетъ лопнуть. Совершенно инстинктивно мы беремъ ее за пульсъ и опредѣляемъ, что число ударовъ его 140; это весьма характерный признакъ, которому тѣмъ болѣе нужно придавать значеніе, что у роженицы нѣтъ повышенія температуры (36,8). Затѣмъ поднимаемъ отдѣяло и ясно видимъ на животѣ неглубокую борозду, идущую въ косомъ направленіи справа и снизу влѣво и вверхъ. Даже малѣйшее давленіе на нее болѣзненно для роженицы. Положеніе ребенка не опредѣляется при ощупываніи, одна схватка смѣняется другой, матка плотно сокращена и при каждомъ прикосновеніи снова сокращается, причѣмъ стѣнки ея представляются твердыми, какъ доска, и осязать части плода совершенно невозможно. Только въ вѣломъ, растянutomъ отдѣлѣ матки ниже борозды можно прощупать предлежащую часть—большую головку, стоящую надъ входомъ въ тазъ. Прежде чѣмъ выяснитъ причину, почему послѣ схватокъ, продолжающихся 47 часовъ, головка не опустилась глубже, мы должны ориентироваться въ происхожденіи своеобразной конфигураціи матки. Лучшее и болѣе ясное представленіе объ интересующихъ насъ отношеніяхъ Вы получите, если сравните рожаящую матку съ огнестрѣльнымъ орудіемъ. Плодъ является здѣсь снарядомъ, который долженъ быть извергнутъ; сила, развиваемая порохомъ, замѣняется здѣсь родовыми схватками, казенной части соотвѣтствуетъ полный мускулъ матки, а стволу—каналъ шейки, служащій исключительно проводной трубкой. Какъ орудіе должно разорваться, если закрыть плотно его дуло и создать непреодолимые препятствія для выхода снаряда, такъ же неминуемо долженъ произойти разрывъ матки, если, несмотря на увеличивающіяся схватки, она не можетъ вытолкнуть тѣло плода благодаря препятствію со стороны тазового входа.

Въ такихъ случаяхъ полный мускулъ матки сокращается все сильнѣе, все энергичнѣе, онъ вытягивается высоко вверхъ по тѣлу плода (см. рис. 72 и 73), причѣмъ фиксирующія матку круглыя связки, *lig. rotunda*, сильно напрягаются и истончаются. Почти всегда въ этомъ періодѣ ихъ можно прощупать подъ брюшными покровами, какъ и въ на-

шемъ случаѣ, въ видѣ твердыхъ шнуровъ толщиною въ карандашъ. Благодаря такому вытягиванію вверхъ полога мускула по тѣлу плода, конечно, получается максимальное растяженіе выходной трубки, а на томъ мѣстѣ, гдѣ сильно истонченная выходная трубка прилегаетъ къ чрезмѣрно сокращенному и оплотненному полому мускулу, появляется та зловѣщная борозда, которая, какъ Вы всё знаете, представляется характерной для образовавшагося кольца сокращенія. Уже въ одну изъ ближайшихъ схватокъ чрезмѣрное растяженіе выходной трубки можетъ оказаться настолько сильнымъ, что мускулатура не будетъ въ состояніи оказать сопротивленіе этому растяженію, произойдетъ разрывъ мускулатуры, а при дальнѣйшей работѣ полога мускула ребенокъ будетъ изгнанъ черезъ мѣсто разрыва въ свободную брюшную полость. Это — произвольный полный разрывъ матки. Но непосредственной причиною разрыва можетъ быть поворотъ, произведенный въ такомъ случаѣ чрезмѣрнаго растяженія матки неопытнымъ акушеромъ, какъ хотѣлъ это сдѣлать одинъ изъ Васъ. Дѣлать поворотъ спустя 45 часовъ послѣ отхожденія водъ при столь сильномъ сокращеніи матки и живомъ плодѣ — есть погрѣшность противъ акушерскаго искусства, а дѣлать его при мертвомъ плодѣ и угрожающемъ разрывѣ матки — прямо преступленіе. И я не думаю, чтобы Вы могли найти какого-либо спеціалиста, который оправдалъ бы Васъ передъ судомъ, если бы Васъ привлекли къ отвѣтственности по поводу смерти матери.

Нѣкоторые изъ Васъ, по моему мнѣнію, и въ этомъ случаѣ придаютъ слишкомъ много значенія жизни ребенка; прекрасный совѣтъ даль одинъ изъ Васъ, — наркотизировать мать и по колебаніямъ пульса, наступающимъ всегда при наркозѣ, убѣдиться, остаются ли слышны у ребенка шумы попрежнему синхроничными съ пульсомъ матери, — совѣтъ который нужно принять во вниманіе въ сомнительныхъ случаяхъ. Но въ данномъ случаѣ Вамъ нечего беспокоиться, потому что ребенокъ, какъ это очень часто бываетъ въ подобныхъ обстоятельствахъ (45 часовъ непрерывныхъ родовыхъ схватокъ при давно отошедшихъ водахъ) уже погибъ отъ асфиксіи, доказательствомъ чего служитъ начавшаяся мацерация кожи, констатированная нами послѣ его рожденія. Но если бы ребенокъ даже былъ живъ, все-таки въ подобномъ случаѣ оставалось бы сдѣлать только перфорацию живого ребенка. Внутреннее изслѣдованіе обнаружило причину остановки родовъ — плоско-рахитическій тазъ въ 8⁰/₁₀ и, кромѣ того, одно изъ самыхъ неблагоприятныхъ вставленій, какое только можно себѣ представить, именно задне-теменное вставленіе (рис. 72 и 73). Пробные щипцы вообще при узкомъ тазѣ и головкѣ, стоящей еще надъ входомъ, безусловно неумѣстны, и кто попробуетъ ихъ наложить, тотъ, — я часто говорилъ Вамъ это, — въ лучшемъ случаѣ получитъ только мертвого ребенка а часто нанесетъ еще тяжелыя поврежденія матери. Но пробные щипцы при плоскомъ тазѣ и задне-теменномъ вставленіи — просто nonsens. Представьте себѣ только, что Вы

наложили щипцы на такую головку, какъ въ нашемъ случаѣ (рис. 72 или 73); дѣлая извлеченіе простыми Naegele'вскими щипцами или



Рис. 72 (случай 7-й).
Задне-теменное вставленіе. Видъ спереди. Стрѣловидный шовъ у самаго мыса.

щипцами Tarnier, Вы своими тракціями скорѣе приблизите стрѣловидный шовъ къ лонному соединенію, чѣмъ удалите отъ него, т. е. нанесете только вредъ, а совсѣмъ не поможете.

Въ подобныхъ случаяхъ, какъ нашъ, Вы принесете больше пользы семьѣ, если пожертвуете жизнью ребенка и спасете мать.

Хотя Вы и прочтете въ Парижской аудиторіи Pinard'a надпись крупными буквами: «La perforation d'un enfant vivant a vécu», и



Рис. 73. (случай 7-й).
Задне-теменное вставление. Сагиттальный разръзь.

хотя къ этому положенію присоединяются и нѣкоторые нѣмецкіе акушеры, но проводя этотъ принципъ на практикѣ Вы скорѣе пожертвуете жизнью матери, чѣмъ сохраните жизнь ребенка.

Можно бы доставить нашу роженицу въ клинику или разрѣшить ее дома путемъ гебостеотоміи. Но, что касается перевозки этой женщины, находящейся въ такомъ тяжеломъ состояніи, то я долженъ энергично предостеречь Васъ отъ этого, ибо можетъ очень легко произойти разрывъ матки какъ-разъ въ каретѣ. Кромѣ того, я не думаю, чтобы въ клиникѣ стали дѣлать такую серьезную операцію, какъ гебостеотомію или надобковое кесарское сѣченіе, когда имѣются такія вредныя для жизни ребенка обстоятельства, какъ преждевременное отхожденіе водъ и продолжительные роды, тѣмъ болѣе, что (и это тоже очень важное обстоятельство) у этой женщины есть уже 3 живыхъ дѣтей. Въ подобныхъ случаяхъ Вы едва ли получите согласіе матери на такія операціи. Помимо всего этого, на акушера всегда оказываетъ особенно гнетущее впечатлѣніе, когда послѣ большой операціи, предпринятой единственно для спасенія ребенка, родится мертвый плодъ; я уже обращалъ Ваше вниманіе на эту тяжелую отвѣтственность по поводу нашего случая пуботоміи въ частномъ домѣ. Итакъ, мы прибѣгнемъ къ перфорации.

Приготовленія къ ней совершаются такъ же, какъ это описано во II лекціи. При перфорации въ особенности рекомендую Вамъ пользоваться столомъ. Такъ какъ часто приходится, какъ въ нашемъ случаѣ, производить перфорацию высокостоящей головки, то извлеченіе нужно дѣлать по направленію сильно внизъ. Но извлекать сильно по направленію книзу на современной кровати можно было бы только лежа на полу, какъ уже говорилось.

Изъ инструментовъ мы употребляемъ перфораторъ Naegele (рис. 77 и 78), краниокласть Braun'a, ножницы Siebold'a и, если понадобится, острый крючокъ (рис. 74—76) Вы видите, что всѣ эти инструменты приготовлены, прокипачены и лежатъ передъ Вами на полотенцѣ. Въ нашемъ случаѣ открытіе зѣва полное, такъ что Вамъ не приходится думать о возможности зашиванія шейки; опасность атоніи здѣсь также невелика, такъ какъ у женщины, находящейся подъ нашимъ наблюденіемъ, очень сильныя схватки.

Наша роженица—многородящая, такъ что не предвидится и поврежденій мягкихъ частей. Я снова рекомендую Вамъ поступать указаннымъ образомъ въ каждомъ оперативномъ случаѣ, т. е. при выборѣ инструментовъ рассчитывать на возможность разныхъ случайностей и встрѣтить ихъ спокойно.

Первое, что нужно сдѣлать при перфорации это поручить акушеркѣ или лучше наркотизатору крѣпко и надежно фиксировать головку снаружи. Лучше всего сами покажите акушеркѣ, какъ это дѣлать. Съ лѣвой стороны стола, на которомъ лежатъ роженица, ставится скамеечка для ногъ, на нее становится акушерка, ошупываніемъ опре-

Рис. 74.



Рис. 75.

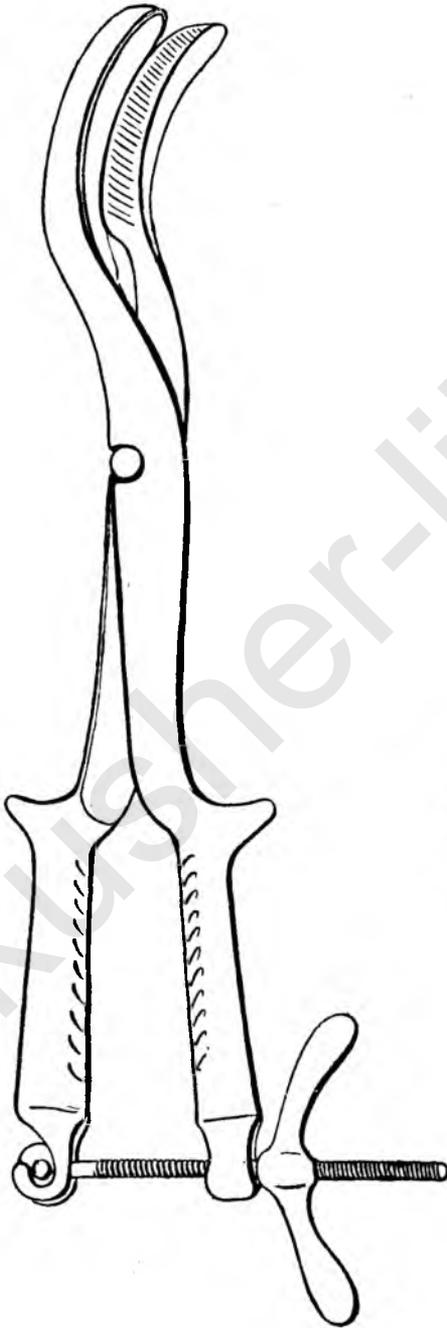


Рис. 76.

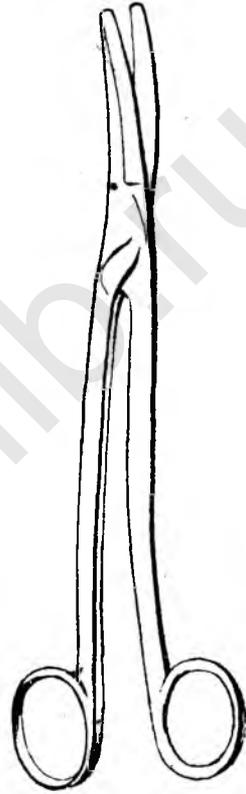
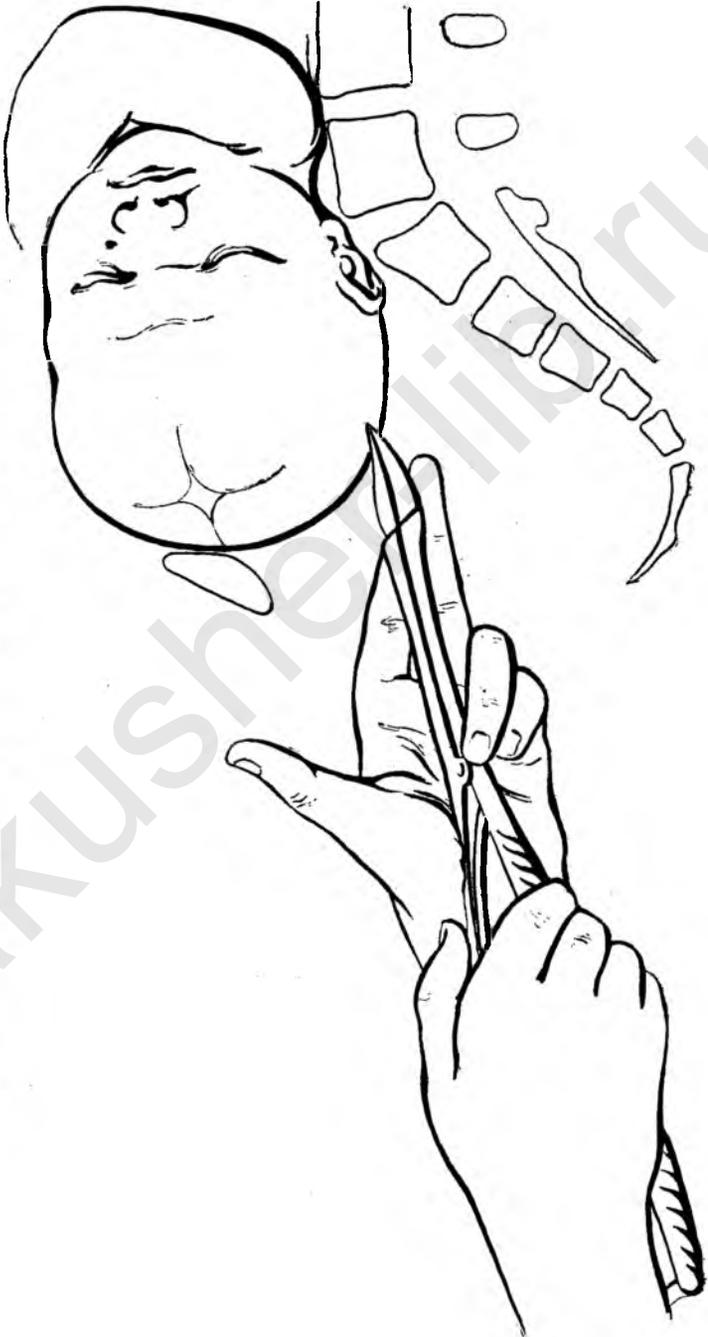


Рис. 74. Тупой и острый крючок.—Рис. 75. Краниокласть Вгаи'а.—
Рис. 76 Ножницы Siebold'a.

дѣляетъ головку и надавливаетъ на нее обѣими руками по направленію ко входу въ тазъ. Если это производится правильно, то помощникъ, фиксирующій головку, отчетливо ощущаетъ толчки перфоратора въ че-

Рис. 77. Неправильно наложенный перфораторъ. Инструментъ соскальзываетъ.



репъ; Вы всегда можете удостовѣриться, правильно ли фиксируется головка, задавая вопросъ: «Чувствуете ли Вы, что я теперь дотрогиваюсь до черепа?» Если не показать предварительно акушеркѣ этотъ приемъ, большею частью неизвѣстный ей, то часто, вмѣсто головки, она будетъ надавливать на дно матки по направленію книзу, и это нисколько не принесетъ пользы.

Головка фиксирована теперь правильно, мы просимъ практиканта начинать перфорацию. Два пальца лѣвой руки вводятся во влагалище,



Рис. 78 (случай 7-й). Правильно наложенный перфораторъ. Рукоятка сильно опущена по направленію къ колѣнку. (Руки, фиксирующія головку снаружи, не изображены на рисункѣ).

правой захватывается перфораторъ, какъ кинжалъ, и проводится подъ руководствомъ внутренней руки къ головкѣ. Такъ какъ здѣсь имѣется рѣзко выраженное задне-теменное вставленіе, то Вы съ трудомъ можете дойти до стрѣловиднаго шва или до родничковъ. Но если головка хорошо фиксирована, то въ этомъ нѣтъ никакой надобности; напротивъ, я всегда предпочитаю перфорировать одну изъ теменныхъ костей, потому что у краниокласта тогда больше будетъ опоры и его наружную ложку легче провести до основанія черепа.

Но если практикантъ будетъ перфорировать такъ, какъ онъ соби-

рается, то (рис. 77) можетъ случиться большое несчастье. Сейчасъ же соскользнетъ перфораторъ, даже при хорошей фиксаціи головки, и воткнется въ крестецъ. Въ одномъ случаѣ, когда у начинающаго соскользнулъ перфораторъ, онъ запутался, къ счастью, въ кожѣ головы, которая совершенно оторвалась и окружила острый конецъ инструмента въ видѣ футляра; мнѣ пришлось продолжать перфорацию *lege artis* какъ видно на рис. 78. Нужно какъ можно больше опустить рукоятку инструмента (конечно, только при высокостоящей головкѣ), такъ чтобы верхушка его была направлена перпендикулярно къ головкѣ. При такомъ положеніи инструмента его можно крѣпко прижать къ головкѣ, не рискуя, что онъ соскользнетъ. Какъ только инструментъ проникъ черезъ покровы черепа, его продвигаютъ до того мѣста, гдѣ его рѣзущая часть соприкасается съ тупой шейкой, отходящей подъ угломъ, и представляющей препятствіе для дальнѣйшаго проникновенія верхушки перфоратора. Затѣмъ, нажимая на замокъ у рукоятки перфоратора, открываютъ рѣзущую верхушку его. Послѣ нѣсколькихъ вращательныхъ движеній отверстіе увеличивается настолько, что становится возможнымъ проведеніе внутренней ложки краниокласта. Теперь можно удалить мозгъ промываніемъ при помощи металлическаго катетера (не употребляя стеклянныхъ наконечниковъ), хотя это большею частью излишне, такъ какъ онъ выдавливается уже послѣ наложенія краниокласта.

Я наблюдалъ, что начинающіе при введеніи внутренней ложки краниокласта стараются провести верхушку вглубь какъ можно меньше, между тѣмъ какъ надо вводить ее какъ можно глубже. При введеніи внутренней ложки нужно имѣть всегда ясное ощущеніе, что верхушка касается основанія черепа. Только въ такомъ случаѣ можно провести наружную ложку настолько глубоко въ черепъ, какъ это нужно для крѣпкаго захватыванія. Введеніе внутренней ложки не представляетъ никакихъ затрудненій, тогда какъ проведеніе наружной ложки должно производиться съ такой же осторожностью, какъ наложеніе высокихъ щипцовъ. Въ данномъ случаѣ мы накладываемъ—и это обыкновенно самое лучшее—наружную ложку, такъ наз. женскую, черезъ лицо, причемъ мы вводимъ всю правую руку, тщательно защищая ея края маточнаго зѣва, а затѣмъ уже проводимъ инструментъ лѣвой рукой черезъ лицо. При этомъ, конечно, наружная ложка подходитъ подъ внутреннюю, а замокъ, находящійся на внутренней ложкѣ, направляется книзу. Вы видите правильное положеніе инструмента въ данномъ случаѣ на рис. 79. Такъ какъ, смотря по положенію черепа, измѣняется положеніе инструмента, то важнѣйшій хорошо сдѣлать (но это одинаково хорошо и для опытныхъ), если замкнуть инструментъ въ такомъ положеніи, въ которомъ это нужно для даннаго случая, т. е. такъ, чтобы внутренняя ложка пришлась или надъ, или подъ наружной ложкой.

Если обѣ ложки краниокласта наложены правильно, то берутъ третью часть инструмента, зажимъ, и навинчиваютъ его. Чѣмъ сильнѣе сопро-

тивленіе при завинчиваніи, тѣмъ крѣпче захваченъ черепъ и тѣмъ труднѣе соскальзываніе инструмента (см. рис. 80 и 81).

Рис. 79 (случай 7-й).

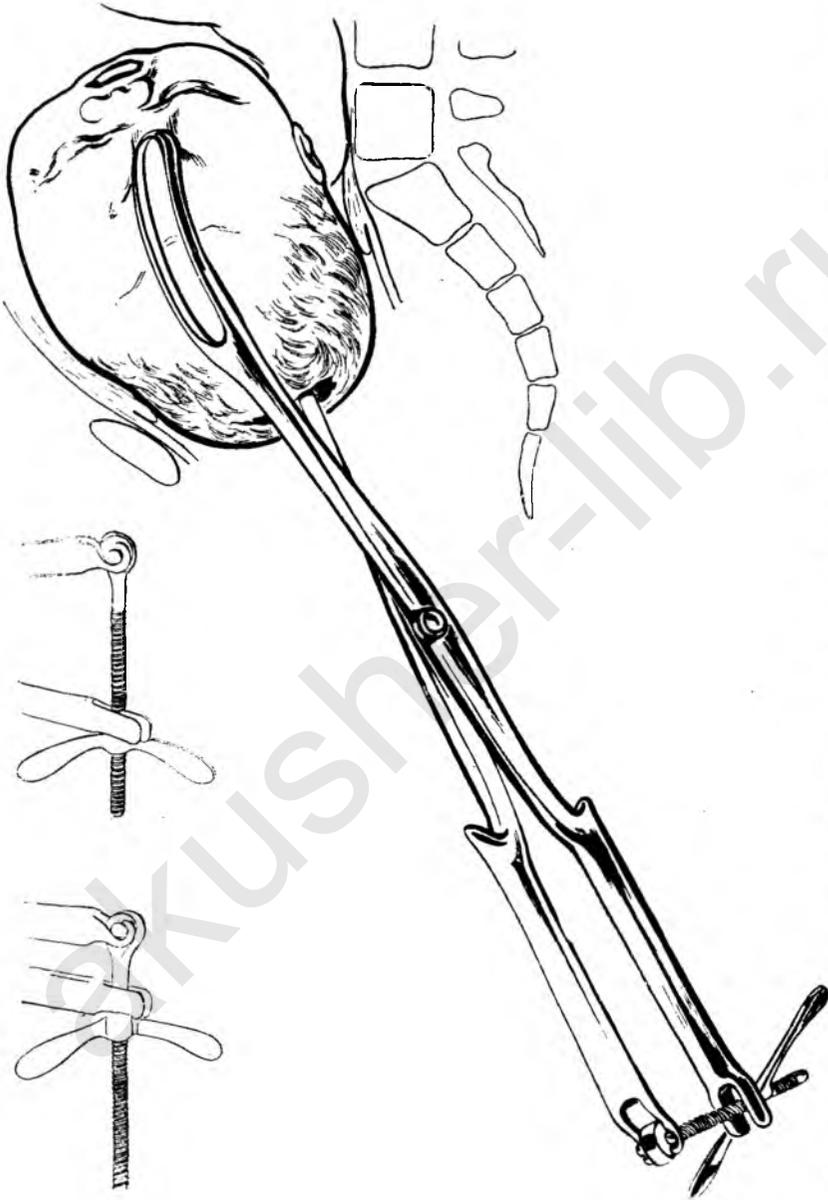


Рис. 81

Рис. 80.

Рис. 79. Краниоклазія. — Рис. 80 показывасть замыканіе замка, когда ложки краниокласта недостаточно обхватываютъ черепъ. — Рис. 81—то же при правильномъ наложеніи инструмента.

Въ общемъ, извлеченіе совершается такъ же, какъ это описано при высокихъ щипцахъ. Но все-таки рекомендуется почаще изслѣдовать лѣвой рукой, чтобы во-время замѣтить соскальзываніе инструмента, а также защитить внутренней рукой влагалище отъ пораненія осколками при раздробленіи теменныхъ костей.

По извлеченіи ребенка перерѣзываютъ пуповину между двумя зажимами и бросаютъ ребенка вмѣстѣ съ краниокластомъ въ ведро съ водой. Въ данномъ случаѣ эту предосторожность можно считать лишней, такъ какъ по окраскѣ и мацерациіи кожи видно, что ребенокъ умеръ въ маткѣ.

Какъ ни легка покажется въ данномъ случаѣ краниоклазія, но иногда она представляетъ большія трудности; поэтому я позволю себѣ сообщить Вамъ нѣсколько подобныхъ случаевъ изъ моей частной практики. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ, о которомъ я расскажу вкратцѣ, меня пригласилъ къ первородящей знакомый коллега, который не могъ окончить перфорацию и извлеченіе, начатыя имъ у этой больной. Случай этотъ чрезвычайно поучителенъ для Васъ въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ. Коллегу пригласили къ старой первородящей 29 лѣтъ. Роды продолжались двое сутокъ. Сердцебіеніе плода было очень хорошее, мать не находилась въ опасности. Несмотря на это, онъ позволилъ уговорить себя наложить безъ показанія щипцы. Но здѣсь имѣлось передне-теменное предлежаніе, зѣвъ былъ не вполне открытъ, около 4 пальцевъ. (О предлежаніяхъ въ положеніи разгибанія мы будемъ еще говорить впослѣдствіи, см. лекція I). Какъ уже яено изъ разобранныхъ нами случаевъ, щипцы здѣсь являются неподходящими. Высокіе щипцы у старой первородящей при нормальномъ положеніи и совершенномъ открытіи зѣва, являются очень трудной операціей, которую нужно всячески отсовѣтовать начинающимъ; нѣкоторымъ основаніемъ къ производству ея могутъ быть при показаніи со стороны матери, напр. эклампсія или угрожающій разрывъ матки. Здѣсь же, какъ видите, условія гораздо болѣе неблагоприятны. Головка наибольшую окружность стоитъ выше *linea terminalis*, а маточный зѣвъ еще не вполне раскрытъ. Когда коллега съ большимъ трудомъ наложилъ щипцы Tarnier, ему, конечно, не удалось низвести головку, ребенокъ умеръ во время тракцій, а передне-теменное предлежаніе превратилось въ лицевое. Такъ какъ ребенокъ—замѣтьте, только недавно бывший живымъ—уже умеръ, то коллега произвелъ перфорацию головки, причемъ онъ сдѣлалъ операцію такъ, какъ лучше всего дѣлать при лицевомъ положеніи, перфораторомъ Naegle вѣ области лба. Затѣмъ онъ наложилъ наружную ложку Braun'овскаго краниокласта черезъ подбородокъ, причемъ инструментъ почему-то сорвался и были извлечены только нижняя челюсть и часть верхней челюсти плода. Тогда коллега позвалъ меня и я съ большимъ трудомъ извлекъ плодъ, наложивъ наружную ложку краниокласта черезъ затылокъ. Конечно, я принялъ всѣ мѣры предосторожности и ввелъ лѣвую руку во влагалище, чтобы защитить его отъ неизбѣжныхъ поврежденій острыми осколками черепа, получившимися при отрывѣ нижней челюсти. При этихъ родахъ я опять собственнымъ опытомъ убѣдился, какъ трудно дѣлать операцію на поперечной постели. Для Васъ этотъ случай поучителенъ во многихъ отношеніяхъ, показывая прежде всего, что никогда не слѣдуетъ оперировать безъ показаній; это можетъ только причинить вредъ матери и ребенку, а также Вашей собственной репутациі.

Случай 8-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Незамужняя, ничего особеннаго, 22 года, первородящая.

Сообщеніе: «Ненормальное положеніе».

Анамнезъ: Научилась ходить въ возрастѣ одного года.

Послѣднія регулы: Конецъ сентября.

Начало схватокъ: 8-го іюля, въ 9 час. вечера.

Пузырь вскрылся: 10-го іюля, въ 1 час. пополудни.

Прибытіе врача: 10-го іюля, въ 1 час. пополудни.

Родовая дѣятельность: Очень сильная и продолжительная.

Status: Средняго роста, тонкія кости, искривленій нѣтъ.

Долихоцефалической черепъ.

Температура 37.2°.

Пульсъ 76.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp. 25,5, Cr. 27,5, Tr. 32, Conj. ext. 20, Conj. diag. 11. 2-е черепное предлежаніе.

Сердцебиеніе: 100, справа ниже пупка.

Внутреннее изслѣдованіе: Почти полное раскрытіе зѣва. Воды только что отошли. Воды съ большимъ количествомъ меконія. Стрѣловидный шовъ у самаго симфиза. Роднички не прощупываются.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

Поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ. Такъ какъ роды продолжаются около 40 часовъ, то ихъ нужно поскорѣе закончить. Прежде всего нужно попробовать способъ *Cristeller's* (выжиманіе плода). Если попытка не удастся надо тотчасъ сдѣлать поворотъ.

Ждать, такъ какъ нѣтъ никакихъ показаній къ вмѣшательству. Если же такое появится впоследствии, въ видѣ напр. кольца сокращенія, попытаться наложить щипцы и, если нужно, сдѣлать перфорацию.

Ждать, а когда произойдетъ конфигурація головки, наложить щипцы при показаніи къ нимъ.

Здѣсь мы имѣемъ опять случай задне-теменнаго вставленія, но разница между нимъ и предыдущимъ случаемъ (случай 7-й) сразу бросается въ глаза.

Тамъ многородящая, здѣсь первородящая. Что касается формы таза, то въ предыдущемъ случаѣ былъ рѣзко выраженный плоско-рахитическій тазъ въ 8,5; у этой женщины просто плоскій тазъ, незначительной степени суженія въ 9,5. Тамъ было абсолютное показаніе со стороны матери, угрожающій разрывъ матки, что можно было узнать по высокому стоянію кольца сокращенія и частому пульсу (140); здѣсь нѣтъ абсолютно ни одного симптома, указывающаго на какую-либо опасность для матери.

Наконецъ, что касается ребенка, то въ предыдущемъ случаѣ мы имѣли дѣло съ ребенкомъ, умершимъ во время родовъ, здѣсь же ребе-

нокъ живъ и сердцебиеніе у него хорошее (100). Сопоставляя эти два случая съ одной и той же аномаліей, Вы можете легко представить себѣ, насколько разнообразны и измѣнчивы картины, которыя могутъ встрѣтяться въ вашей практической дѣятельности. Схемы дѣйствій для акушера не существуетъ. Каждый случай въ отдѣльности нужно глубоко обдумать и соотвѣтственно провести.

Большинство изъ Васъ хочетъ сдѣлать поворотъ и извлеченіе, одни совершенно не упоминая о показаніяхъ, другіе приводя неправильныя показанія.

Роды продолжаются уже 40 часовъ, говоритъ одинъ изъ Васъ. Не понимаю, какъ можно считать показаніемъ къ вмѣшательству продолжительность родовъ при цѣломъ пузырьѣ. Другое дѣло, если бы имѣлось преждевременное отхожденіе водъ. Тогда можно было бы сказать, что чѣмъ дольше тянутся роды, тѣмъ больше возрастаетъ опасность инфекции для матери; но при цѣломъ пузырьѣ и отсутствіи всякаго повышенія температуры и учащенія пульса я при всемъ желаніи не могу найти повода къ такой серьезной операціи, какъ поворотъ у первородящей. Слѣдуйте моему совѣту и будьте какъ можно строже въ установкѣ показаній именно у первородящихъ. Прежде всего избѣгайте поворота у первородящихъ. Напряжение мускулатуры матки, ригидность влагалища и промежности чрезвычайно затрудняютъ поворотъ, особенно же послѣдующее извлеченіе. Въ этомъ случаѣ можно съ увѣренностью сказать, что 99 шансовъ за то, что Вы извлечете мертваго ребенка, если сдѣлаете поворотъ и извлеченіе.

Самъ я строго придерживаюсь правила: дѣлать поворотъ у первородящихъ только при показаніяхъ со стороны матери, а не ребенка; въ случаяхъ эклампсіи, въ рѣдкихъ случаяхъ поперечнаго положенія у первородящихъ, намъ остается, какъ это дальше увидимъ—только эта операція. И если поворотъ сдѣланъ по строгимъ показаніямъ, а при попыткахъ къ извлеченію погибнетъ ребенокъ или произойдутъ тяжелые разрывы влагалища и промежности у матери, то при такихъ тяжелыхъ условіяхъ съ этимъ приходится примириться.

Если поворотъ былъ сдѣланъ по показанію со стороны ребенка, а послѣдствіемъ явилась смерть его, то добросовѣтный акушеръ долженъ считать это позоромъ для себя. Для того, чтобы лучше всего иллюстрировать это положеніе, я сообщу вамъ одинъ случай, въ которомъ одинъ изъ вольнослушателей уговорилъ меня отступить отъ своего принципа: не дѣлать поворота у первородящей.

Дѣло шло о первородящей съ приблизительно нормальнымъ тазомъ, ребенокъ казался очень большимъ. При открытіи зѣва на величину серебрянаго рубля воды отошли и выпалъ цѣлый пучокъ петель ясно пульсирующей пуповины. Было сдѣлано немедленное вправленіе пуповины въ коленно-локтевомъ положеніи; но, несмотря на это, снова наступило выпаденіе ея. Тогда былъ введенъ метрейринтеръ (Champetier de Ribes)

и при помощи его удалось удержать петли пуповины. Сердцебиение ребенка хорошее. Спустя 4 часа метрейринтеръ выскочилъ и опять произошло выпадение петель пуповины. Сдѣланъ поворотъ, который удался, несмотря на то, что оказался очень труднымъ. Но при извлеченіи узкія ригидныя мягкія части 25-лѣтней первородящей оказали настолько сильное противодѣйствіе, что ребенокъ умеръ. Чтобы избѣжать поврежденія влагалища и промежности, была сдѣлана перфорация послѣдующей головки.

Здѣсь было дѣйствительно безусловное и настоятельное показаніе со стороны ребенка, который все равно долженъ былъ погибнуть, сдѣлать ли поворотъ или нѣтъ; но Вы видите, какъ труденъ поворотъ у первородящихъ даже для опытныхъ. Я могъ бы привести Вамъ еще цѣлый рядъ подобныхъ случаевъ, гдѣ меня приглашали коллеги, которые дѣлали поворотъ у первородящихъ, иногда показанный, иногда безъ всякаго показанія, «чтобы ускорить роды», и которые встрѣчали при извлеченіи неожиданное серьезное препятствіе, такъ что конечнымъ результатомъ ихъ неправильнаго образа дѣйствія являлась смерть ребенка и тяжелыя поврежденія матери; большею частью вмѣстѣ съ большими разрывами шейки происходилъ полный разрывъ промежности. То же самое относится, какъ я уже сказалъ Вамъ въ предыдущей главѣ, и къ выскокимъ шипцамъ.

Начинающему слѣдуетъ воздерживаться у первородящей отъ всѣхъ другихъ родоразрѣшающихъ операцій, кромѣ выходныхъ щипцовъ и перфорации, исключая, конечно, тѣхъ случаевъ, когда есть опасность для жизни матери. Я думаю, что всѣмъ троимъ будетъ отъ этого лучше: матери, ребенку и акушеру.

Существовало ли дѣйствительно въ приведенномъ случаѣ вообще какое-либо показаніе со стороны ребенка? Вы имѣете право сказать мнѣ: «Конечно, вѣдь отходилъ меконій при черепномъ предлежаніи!» Вы найдете во всѣхъ учебникахъ указаніе, что это явленіе есть признакъ угрожающей асфиксіи. Но въ практической дѣятельности я прошу Васъ не придавать слишкомъ много значенія этому признаку, если только головка стоитъ еще высоко и воды только что отошли. Мнѣ извѣстенъ цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ, несмотря на отхожденіе меконія (въ одномъ случаѣ изъ частной практики оно продолжалось около 48 часовъ), ребенокъ родился безъ всякихъ признаковъ асфиксіи, который тотчасъ громко кричалъ. То же относится и къ сердцебиенію въ періодѣ раскрытія. Замедленіе его ниже 100 и учащеніе выше 160 является опаснымъ признакомъ.

Но если Вы сравните опасность Вашихъ мѣропріятій въ періодѣ раскрытія съ опасностью, угрожающей ребенку, Вы чаще будете остерегаться смѣлыхъ операцій, оказывающихся во многихъ случаяхъ уже бесполезными для ребенка, который родится на свѣтъ мертвымъ, несмотря на

тяжелую операцію, или даже благодаря ей; матери же такая операція принесетъ вредъ почти всегда. Примите еще во вниманіе, какъ охотно прибѣгаютъ акушерки и врачи къ «плохому» сердцебіенію, чтобы скорѣе покончить съ роженицей, и Вы поймете мой совѣтъ: въ періодѣ раскрытія ребенокъ есть второстепенная вещь, а мать— главная; Ваше вмѣшательство умѣстно только въ періодѣ изгнанія, когда опасность становится меньше, а шансы получить живого ребенка больше.

Я удивился, что никто изъ Васъ, кто совѣтовалъ поворотъ, не привелъ, какъ показаніе къ нему, патологическое вставленіе головки. Конечно, нельзя не придавать значенія опасности, которая грозитъ матери при задне-теменномъ вставленіи, но главнымъ образомъ благодаря извѣстной Вамъ продолжительности родовъ при такомъ предлежаніи наносится большой вредъ ребенку. Матери угрожаетъ, какъ Вы видѣли изъ предыдущаго случая, разрывъ матки или, если роды ведутся невнимательно, некрозы вѣлѣдствіе прижатія и влагалищно-пузырные свищи; ребенокъ же можетъ легко погибнуть въ теченіе продолжительныхъ родовъ, или его придется перфорировать вѣлѣдствіе опаснаго состоянія матери. По вычисленіямъ Franqué на 165 случаевъ задне-теменного вставленія смертность дѣтей составляла 41,2⁰/₆.

По этой причинѣ я посоветовалъ бы Вамъ въ случаяхъ задне-теменного вставленія у многородящей сдѣлать поворотъ, если только Вы прибыли вскорѣ послѣ отхожденія водъ и если нѣтъ кольца сокращенія, другими словами, въ тѣхъ случаяхъ, когда поворотъ еще возможенъ и не причинитъ вреда (не вызоветъ искусственнаго разрыва матки), такъ какъ съ помощью поворота Вы устраняете всѣ осложненія. Но у первородящихъ, какъ уже сказано, совѣтую Вамъ дѣйствовать какъ можно болѣе консервативно.

Для того, чтобы Вамъ было понятно теченіе родовъ при этой тяжелой аномаліи, я долженъ сообщить вкратцѣ этиологію задне-теменного вставленія. Относительно объясненія его я стою приблизительно на той же точкѣ зрѣнія, какъ Franqué. А именно, по изслѣдованіямъ de Seigneux, стрѣловидный шовъ во время беременности и въ началѣ родовъ одинаково часто стоитъ какъ вблизи симфиза, такъ и по средней линіи глаза. Послѣ разрыва пузыря обыкновенно стрѣловидный шовъ устанавливается по средней линіи или близко къ ней. При взглядѣ на рис. 72 и 73 очень легко убѣдиться, что правильная установка стрѣловиднаго шва при существующемъ уже отклоненіи его кпереди затруднительна, особенно когда имѣется дѣло съ плоскимъ тазомъ, какъ въ обоихъ нашихъ случаяхъ. Въ моментъ разрыва пузыря стрѣловидный шовъ прилегаетъ къ лонному соединенію, а при слѣдующей схваткѣ во входъ опускается задняя теменная кость, такъ что еще болѣе увеличивается патологическое вставленіе. Но особенно часто при плоскомъ тазѣ первичное или фізіологическое задне-теменное вставленіе (de Seigneux) переходитъ послѣ излитія водъ въ патологическое задне-теменное вставленіе, какое мы

имѣемъ въ нашемъ случаѣ. Изъ этого объясненія ясно, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ задне-теменного вставленія имѣется узкій тазъ. Если сравнить съ этими случаями задне-теменного вставленія рис. 24 и рис. 36, то ясно видна рѣзкая разница между передне-теменнымъ вставленіемъ и нашей аномаліей. Здѣсь ось плода оттѣняется къ позвоночнику: напряженные брюшные покровы; тамъ ось плода наклонена далеко впередъ: отвислый животъ.

Въ нашемъ случаѣ мы прибыли къ роженію въ тотъ моментъ, когда изъ физиологическаго задне-теменного вставленія образовалось патологическое, и такъ какъ никакихъ показаній ни со стороны матеря, ни со стороны ребенка нѣтъ, то наша обязанность сначала прослѣдить, не произойдетъ ли постепенно подъ вліяніемъ схватокъ, въ виду очень незначительнаго суженія таза (9,5), болѣе глубокое опусканіе передней теменной кости и не приблизится ли благодаря этому стрѣловидный шовъ къ средней линіи таза. Дѣйствительно, въ данномъ случаѣ положеніе исправилось послѣ 2½ часовъ ожиданія. Но такъ какъ въ то же время ухудшилось сердцебіеніе плода, то мы должны были наложить щипцы, которыми и извлекли живого ребенка.

Вслѣдствіе узкихъ мягкихъ частей мы сдѣлали эпизиотомію и легко зашили потомъ рану. Ребенокъ, — мальчикъ 6 ф. вѣсомъ и 51 см. длины, — появился на свѣтъ съ громкимъ крикомъ; головная опухоль находилась, конечно, на задней теменной кости, а не на передней, какъ обыкновенно. — Прежде чѣмъ обсудить съ Вами другія возможности родоразрѣшенія при задне-теменномъ вставленіи, я хочу упомянуть еще объ отвѣтѣ одного изъ Васъ, который рекомендовалъ примѣнить въ нашемъ случаѣ способъ Cristeller'a.

Способъ Cristeller'a, какъ извѣстно, состоитъ въ томъ, что укуоряютъ роженіе ребенка выжиманіемъ, причемъ обхватываютъ обѣими руками при черепныхъ положеніяхъ ягодицы, при ягодичныхъ — головку, совершенно такъ же, какъ по Сredé при выжиманіи послѣда, и производятъ сильное давленіе на тѣло плода по направленію оси таза. Мнѣніе большинства акушеровъ, какъ и мое собственное относительно этого способа, согласно съ мнѣніемъ Veit'a, изложеннымъ въ учебникѣ Veit-Olshausen'a. Именно, способъ Cristeller'a слѣдуетъ примѣнять только въ періодѣ изгнанія при глубокостоящей головкѣ и лучше подъ легкимъ наркозомъ. Только сильное давленіе можетъ привести къ цѣли. Когда акушеръ изо всей силы давить на дно матки, безъ наркоза, то этотъ приѣмъ производитъ впечатлѣніе очень грубаго, тѣмъ болѣе, что роженка и безъ того ослаблена продолжительными родами и поэтому особенно чувствительна къ боли. Но при указанномъ выше ограниченіи я считаю способъ Cristeller'a для многихъ случаевъ превосходнымъ и при правильномъ примѣненіи его никогда не видалъ ни поврежденія ребенка, ни отслойки послѣда. Въ нашемъ же случаѣ, какъ видно по

рис. 72, сильное давленіе на ягодицы вызвало бы только болѣе сильное сгибаніе головки и болѣе глубокое опусканіе задней теменной кости.

Если Вы вообще хотите примѣнить здѣсь какой-нибудь приемъ, то я рекомендую Вамъ способ Hofmeister'a. Онъ состоитъ въ томъ, что въ глубокомъ наркозѣ стараются обхватить снаружи обѣими руками головку и вдавить ее въ тазъ. Въ одномъ случаѣ передне-теменного вставленія я видѣлъ при этомъ поразительный успѣхъ.

Для того, чтобы Вы могли быстро ориентироваться въ главнѣйшихъ акушерскихъ «приемахъ» и знать въ то же время, когда ихъ примѣнять, я даю вамъ слѣдующую краткую таблицу:

Наиболѣе употребительные «приемы» и ихъ примѣненіе.

Название.	Что захватываютъ.	Періодъ родовъ.	Цѣль.
Надавливаніе по P. Mueller'y.	Надавливаютъ на головку, стоящую надъ входомъ въ тазъ.	Конецъ пер- ваго періода.	Для опредѣленія отно- шенія головки къ тазу (лучше подъ нарко- зомъ).
Приемъ Hof- meier'a.	Какъ выше указано.	Конецъ пер- ваго или на- чало второго періода.	Чтобы вдавить въ тазъ головку, стоящую по- движно надъ входомъ (глубокой наркозъ).
Приемъ Martin- Wiegand-Win- skeй'a.	Наружной рукой: го- ловку, внутренней рукой: легкое сги- баніе, войдя въ ротъ.	Первый или второй пе- ріодъ.	При послѣдующей головкѣ, если она при извлеченіи остается долго надъ входомъ въ тазъ.
Приемъ Veit-Smel- lie или Mauri- ceau-Levret.	Лѣвую руку вводятъ въ ротъ, дѣлаютъ сгибаніе, правой за- хватываютъ заты- локъ.	Второй пе- ріодъ.	При послѣдующей го- ловкѣ, когда она всту- пила въ тазъ. Cave! если она стоитъ еще надъ входомъ.
Пражскій способъ.	Лѣвой рукой захваты- вается затылокъ, правой поднимаютъ туловище ребенка къ животу роже- ницы.	Второй пе- ріодъ.	Такъ же, какъ при спосо- бѣ Veit-Smelie.
Способъ Cristel- ler'a.	Обѣими руками об- хватываютъ дно матки и произво- дятъ давленіе по на- правленію оси таза.	Второй пе- ріодъ.	Въ періодъ изгнанія, что- бы помочь схваткамъ и ускорить выжиманіе плода (умѣстенъ нар- козъ).
Способъ Credé.	Одной или обѣими руками обхваты- ваютъ дно матки.	Третій пе- ріодъ.	Примѣняется обыкно- венно для выжиманія послѣда спустя 1/2 часа послѣ родовъ. При не- успѣхѣ подъ нарко- зомъ.

Если ни спокойное выжиданіе, ни способ Hofmeister'a не привели къ цѣли при задне-теменномъ вставленіи у первородящихъ, то остается собственно только одинъ исходъ, если Вы хотите получить живого ребенка, а именно, надо отправить роженицу въ клинику, гдѣ можно извлечь ребенка однимъ изъ современныхъ способовъ родоразрѣшенія помощью разрѣза надъ симфизомъ, какъ мы говорили въ VI лекціи. Выше мною указаны также причины, заставляющія меня отказываться въ общемъ отъ гебостеотоміи у первородящихъ.

У многородящихъ, коль скоро опредѣлено задне-теменное вставленіе, приходится, какъ уже сказано, сдѣлать поворотъ, которымъ по большей части Вы достигнете цѣли, если только тазъ не слишкомъ узокъ, головка не слишкомъ велика. Если прошло уже много времени послѣ вскрытія пузыря или нельзя сдѣлать поворотъ вслѣдствіе суженія таза, то Вамъ остается прибѣгнуть только къ современнымъ способамъ родоразрѣшенія.

Лекція VIII.

Случай 9-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Л., 39 лѣтъ, десятыя роды.

Сообщеніе: «Узкій тазъ».

Анамнезъ: 7 лѣтъ упала со стола, съ тѣхъ поръ хромаетъ на правую ногу.

Прежніе роды: 1 и 2 роды безъ особенностей, оба ребенка живы; 3—перфорация (авторитетъ); 4 и 5—щипцы; 6—самопроизвольно; 7—самопроизвольно, мертвый ребенокъ; 8—щипцы; 9—самопроизвольно, безъ особенностей.

Послѣднія регулы: Начало января.

Начало схватокъ: 19-го октября, въ 1 ч. ночи.

Вскрытіе пузыря: Еще не послѣдовало.

Прибытіе врача: 19-го окт. въ 12 ч. пополудни.

Родовая дѣятельность: Медленная и вялая.

Status: Женщина средняго роста, признаковъ рахита нѣтъ.

Ясно хромаетъ на правую ногу, которая на 2 стм. короче лѣвой.

Температура: 36,5.

Пульсъ: 80.

Наружное изслѣдованіе: I. Черепное положеніе.

Сердцебіеніе 120, справа ниже пупка.

Размѣры таза: Sp. 26, Сг. 27¹/₂, Тг. 30, С. ext. 19¹/₂, С. diag. 10¹/₂, С. vera 9.

Внутреннее изслѣдованіе: Пузырь цѣль, зѣвъ совершенно раскрытъ, головка подвижна надъ входомъ въ тазъ.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

Большинство: поворотъ и извлеченіе при умѣренномъ несоотвѣтствіи между головкой и тазомъ.

Двое—за вскрытіе пузыря. Высокіе щипцы, а въ случаѣ необходимости перфорация.

Мн. Гг. Оба случая, которыми намъ предстоитъ сегодня заняться, представляютъ настолько рѣдкую аномалію, что даже акушерамъ, имѣющимъ дѣло съ большимъ матеріаломъ, попадаются только отдѣльные такіе случаи. Все-таки я считаю нужнымъ познакомить Васъ съ этими случаями, уже ради того, чтобы показать Вамъ, что тотъ, кто въ области акушерства научился правильно размышлять, всегда выберетъ и въ подобныхъ случаяхъ правильный путь.

Прежде всего спрашивается, какая форма таза имѣется въ нашемъ случаѣ? Никто изъ Васъ не далъ мнѣ на это отвѣта. У нашей роженницы, испытавшей уже на себѣ большую часть акушерскихъ операций, діагнозъ поставитъ легко. Она только что разказала намъ, что семилѣтнимъ ребенкомъ упала со стола и съ тѣхъ поръ всегда хромаетъ.

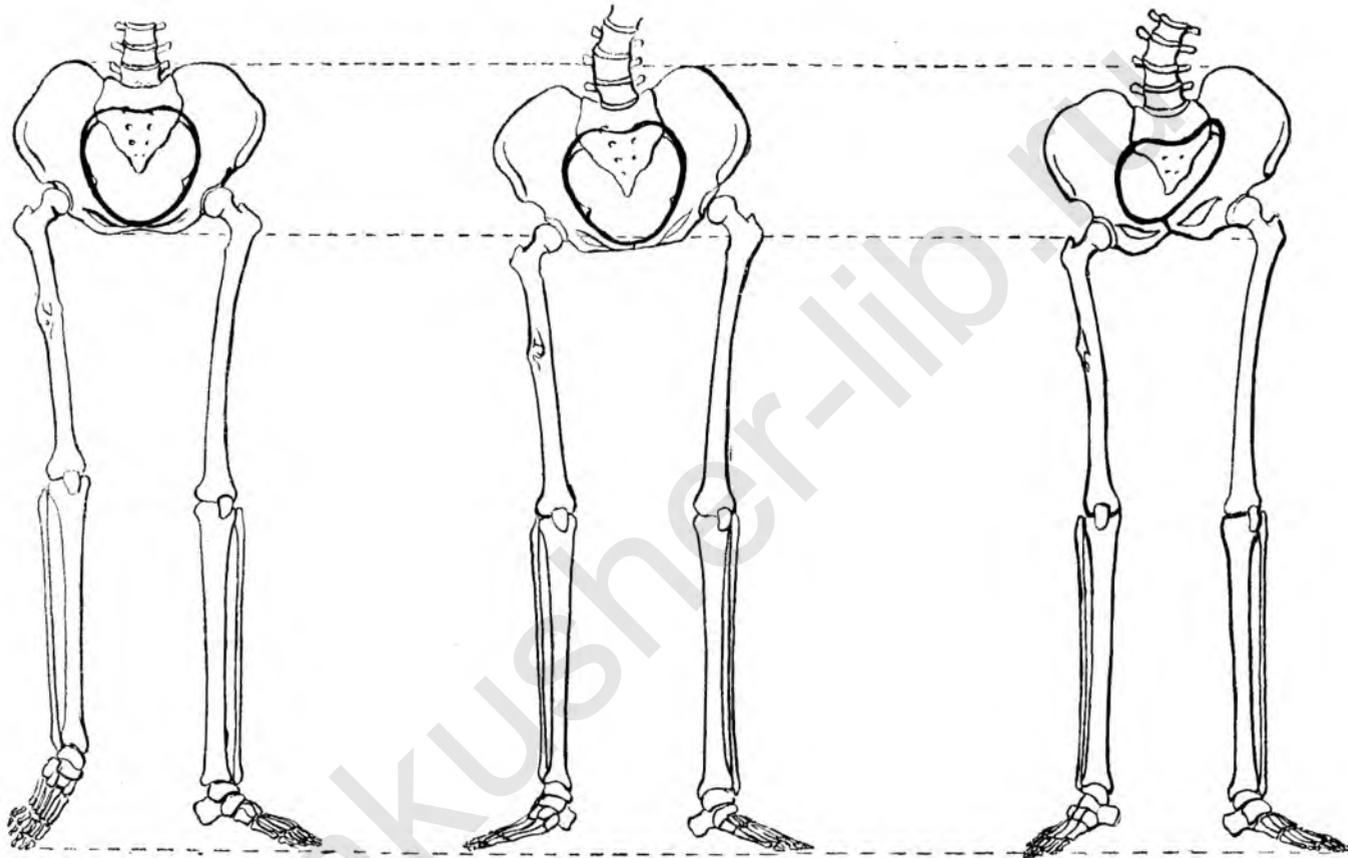


Рис. 82.

Рис. 83.

Рис. 84.

Происхождение косо-суженного таза (случай 9-й).

Невольно наше вниманіе обращается на ея правую ногу и при измѣреніи ея сантиметромъ мы находимъ укороченіе на 2 см. Укороченіе получилось въ данномъ случаѣ оттого, что плохо сросся переломъ, какъ Вы видите на нашихъ рисункахъ (рис. 82—84).

Теперь нужно выяснитъ вліяніе этого укороченія на тазъ и вмѣстѣ съ тѣмъ на родовой процессъ. Изъ приложенныхъ 3 рисунковъ (рис. 82—84) видно постепенное вліяніе укороченія конечности на не вполне еще окостѣвшій тазовой поясъ и позвоночникъ. На первомъ рисункѣ изображены нормальные позвоночникъ и тазовое кольцо, только правая нога значительно короче лѣвой (рис. 82). Такой видъ имѣлъ, вѣроятно, скелетъ этой женщины въ дѣтствѣ, послѣ того, какъ она встала съ постели послѣ своего паденія, причемъ получилось укороченіе ноги. Но, какъ Вамъ извѣстно изъ безчисленныхъ примѣровъ, нашъ организмъ обладаетъ постоянной склонностью къ компенсаціи, къ выравниванію причиненнаго ему вреда. На рис. 83 Вы видите, какъ позвоночникъ своимъ искривленіемъ влѣво стремится выровнять укороченіе.— Вслѣдствіе этого происходитъ компенсаторный сколіозъ позвоночника, обращенный выпуклостью въ здоровую сторону. Но и теперь еще тазъ, наклоненный вправо, почти сохранилъ свою нормальную форму, и для окончательнаго измѣненія формы таза нуженъ еще второй моментъ— неравномѣрное распредѣленіе тяжести. Очевидно, что такой ребенокъ при ходьбѣ и особенно при стояніи будетъ пользоваться главнымъ образомъ своей здоровой ногой. Понятно, тяжесть туловища при этомъ будетъ дѣйствовать главнымъ образомъ на здоровую лѣвую половину таза; произойдетъ, какъ показываетъ рис. 84, нѣкоторое выдреніе головки бедренной кости въ полость таза; такъ происходитъ суженіе здоровой половины таза.

Такимъ образомъ мы видимъ, что въ нашемъ случаѣ образованію косо-суженнаго таза способствовали 2 момента:

1. Компенсаторное наклоненіе таза въ больную сторону, съ цѣлью выровнять укороченіе конечности, и обусловленный этимъ сколіозъ позвоночника, обращенный выпуклостью въ здоровую сторону.

2. Давленіе тяжести тѣла, которое, конечно, дѣйствуетъ сильнѣе на здоровую сторону, чѣмъ на больную, и поэтому ведетъ къ суженію и уплощенію здоровой половины таза.

Эту форму косо-суженнаго таза, соотвѣтственно ея происхожденію, называютъ коксальгической, причемъ различаютъ, кромѣ того, сколіотическій косо-суженный тазъ и анкилотическій косо-суженный тазъ. Названія эти уже сами по себѣ указываютъ на способъ ихъ происхожденія. При всемъ интересѣ, который представляетъ именно эта глава ученія о тазахъ, я все-таки долженъ отказать отъ дальнѣйшихъ подробностей по этому поводу, чтобы не выйти изъ рамокъ нашей лекціи, посоветовавъ Вамъ обратиться за разъясненіями къ ходячимъ учебникамъ.

Какъ ни велики затрудненія, которыя могутъ представиться для

родового акта при косо-сѣуженномъ тазѣ вообще, въ нашемъ случаѣ отношенія въ сущности довольно просты.

Прежде всего изъ анамнеза нашей многородащей мы узнаемъ, что она родила 5 разъ самостоятельно, причемъ одинъ ребенокъ, правда, умеръ во время родовъ. Во всякомъ случаѣ на основаніи этого анамнеза можно уже сказать слѣдующее: не можетъ быть высокой степени сѣуженія таза, коль скоро, какъ въ этомъ случаѣ, нѣсколько родовъ прошли произвольно и безъ помощи искусства. Въ такихъ случаяхъ нужно прежде всего рѣшить, въ какой сторонѣ находится затылокъ, въ сѣуженной или расширенной половинѣ таза. Поэтому здѣсь говорить также о вставленіи головки въ широкой части таза и въ узкой части таза. Здѣсь отношенія, какъ Вы видѣли, слѣдующія: малый родничокъ стоитъ въ лѣвой, т. е. сѣуженной половинѣ таза, такъ что наибольшій поперечный размѣръ головки между теменными костями долженъ пройти черезъ сѣуженную часть таза, а наименьшій размѣръ между височными костями черезъ болѣе широкую половину таза. Это обстоятельство заставило меня подумать объ операціи, которая могла бы исправить неблагоприятное для нашей формы таза вставленіе головки, а именно, какъ сказало большинство изъ Васъ, о поворотѣ. При этомъ нужно предложить себѣ два вопроса, которые всегда нужно задать себѣ, приступая къ профилактическому повороту, необходимому въ данномъ случаѣ:

1) Не представляется ли несоотвѣтствіе между дѣтской головкой и материнскимъ тазомъ настолько большимъ, что извлеченіе окажется труднымъ и ребенокъ умретъ или даже придется перфорировать головку?

2) Имѣются ли необходимыя условія со стороны мягкихъ частей?

3) Первородящая или многородащая роженица?

Всѣ эти три условія для поворота и извлеченія кажутся мнѣ здѣсь выполненными, а вмѣстѣ съ тѣмъ имѣются всѣ шансы получить живого ребенка: роженица X-рага съ обширными растяжимыми мягкими частями, зѣвъ совершенно раскрытъ, пузырь готовъ къ разрыву, несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ не слишкомъ велико. Поворотъ совершается шутя. Если мы сравнимъ теперь положеніе головки передъ поворотомъ и незадолго до выполненія приѣма Martin-Wiegand'a, то мы ясно увидимъ, какъ было сказано, что этимъ путемъ головка изъ вставленія въ узкой части переходитъ въ положеніе вставленія въ широкой части таза, т. е. болѣе благоприятное. Приѣмъ Martin-Wiegand'a мы производимъ совершенно такъ, какъ я описалъ Вамъ при случаѣ 2, и я попрошу Васъ еще разъ перечитать всѣ детали его и просмотрѣть рисунки, относящіяся къ правильному и неправильному выполненію этого приѣма, столь важнаго для жизни ребенка. Ребенокъ-мальчикъ, длиною въ 54 см., окружность головки въ 37 см. Онъ появился на свѣтъ совершенно жизнеспособнымъ, начиная свое земное существованіе веселымъ крикомъ.

Послѣдовой періодъ не представлялъ никакихъ особенностей.

Случай 10-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: L. B., 19 лѣтъ, первые роды.

Сообщеніе: Роды остановились.

Анамнезъ: Мать умерла отъ чахотки.

Съ 7 лѣтъ постепенно все больше выросталъ горбъ позвоночника. Научилась ходить 4 $\frac{1}{2}$ лѣтъ.

Послѣднія регулы: 5-го іюля.

Начало схватокъ: 25-го марта, въ 9 $\frac{1}{2}$ ч. пополудни.

Пузырь вскрылся: 26-го марта, въ 4 $\frac{1}{2}$ ч у. при полномъ открытіи зѣва.

Прибытіе врача: 26-го марта, въ 8 ч. утра.

Родовая дѣятельность: Очень хорошая, равномерная и сильная.

Status: Женщина средняго роста съ яснымъ *kyphosis lumbo-dorsalis*. Дугообразный горбъ на уровнѣ отъ 2-го до 4-го поясничнаго позвонка.

Температура: 37,1.

Пульсъ: 96.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp. 29, Ст. 29, Тг. 30 $\frac{1}{2}$, Conj. diagon. не достигається. II черепное положеніе. Головка вступила въ тазъ.

Сердцебиеніе: Справа ниже пупка, мѣняется, до 170.

Внутреннее изслѣдованіе: Головка маленькая, малый родничокъ справа спереди, большой слѣва сзади. Она крѣпко прижата къ дну таза и ясно чувствуется, что ея дальнѣйшему поступательному движенію препятствуетъ суженіе въ выходѣ таза.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

2—Пробные щипцы, чтобы спасти ребенка.

4—Здѣсь воронкообразный тазъ. Въ виду показанія со стороны ребенка—пробные щипцы, если не удастся наложить ихъ—перфорацию.

2- Пубіотомія при воронкообразномъ тазѣ.

2- Кесарское сѣченіе при рахитическомъ тазѣ.

Мг. Гг. Случаи настоящаго воронкообразнаго таза, какой мы имѣемъ передъ собой, встрѣчаются чрезвычайно рѣдко. Но не слѣдуетъ думать, что рѣдкости этой формы соотвѣтствуетъ трудность нашего акушерскаго пособія. Прогнозъ родовъ при плоскомъ и обще-суженномъ тазѣ, какъ Вы убѣдились изъ цѣлаго ряда случаевъ, является затруднительнымъ, такъ какъ препятствіе находится во входѣ; при воронкообразномъ тазѣ, какъ-разъ наоборотъ, входъ расширенъ, а выходъ суженъ. Сравнивая обѣ эти формы въ клиническомъ отношеніи, мы увидимъ, что при плоскомъ тазѣ бываетъ продолжительный и очень трудный періодъ конфигураціи и быстрое окончаніе родовъ тотчасъ по минованіи мыса; напротивъ, при воронкообразномъ тазѣ обыкновенно наблюдается быстрое опусканіе головки до тазового дна, а затѣмъ внезапная пріостановка родовъ. Указанная разница лучше всего видна на са-

гиттальныхъ разрѣзахъ черезъ нормальный, плоско-рахитическій и воронкообразный тазъ (рис. 85—87).

Еще понятнѣе будетъ для Васъ механизмъ происхожденія нашей аномаліи, если мы также представимъ себѣ генезъ его, какъ это было

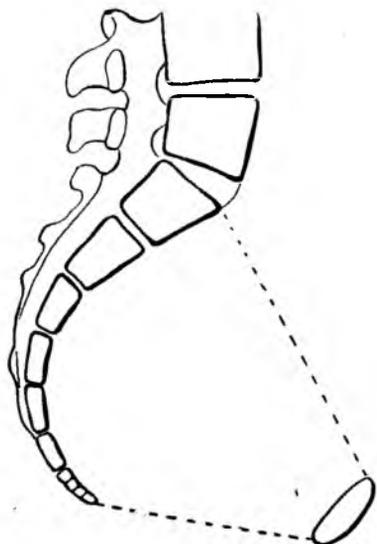


Рис. 85. Нормальный тазъ.

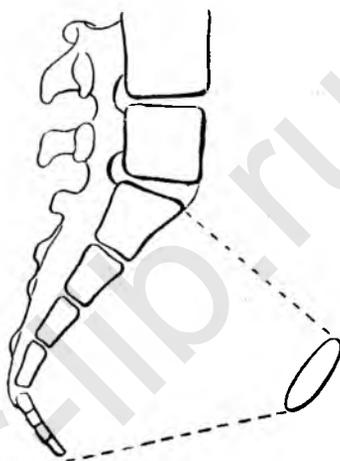


Рис. 86. Плоско-рахитическій тазъ.
Входъ суженъ.
Выходъ расширенъ.

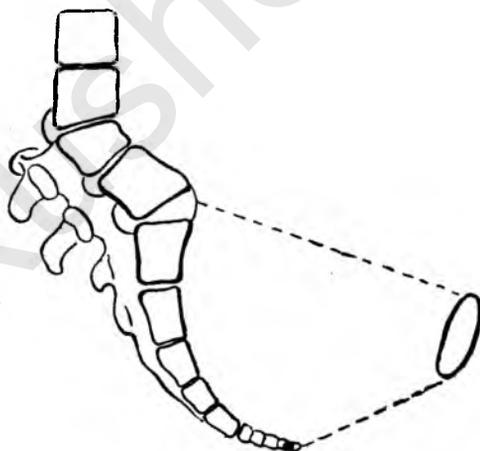


Рис. 87. Воронкообразный тазъ. Входъ расширенъ. Выходъ суженъ.

сдѣлано при косо-суженномъ тазѣ. Въ нашемъ предыдущемъ случаѣ причиной суженія таза было заболѣваніе правой ноги, здѣсь—заболѣваніе позвоночника. У нашей роженицы наследственный туберкулезъ. Мать ея умерла отъ туберкулеза легкихъ. У нея самой, по ея разсказу, безъ всякой травмы постепенно началъ расти горбъ съ 7 лѣтъ. Слѣдо-

вательно, по всей вѣроятности, здѣсь дѣло идетъ объ образованіи туберкулезнаго горба. Если бы она въ то время спокойно лежала продолжительное время, то вслѣдствіе каріознаго процесса во 2-мъ пояс-

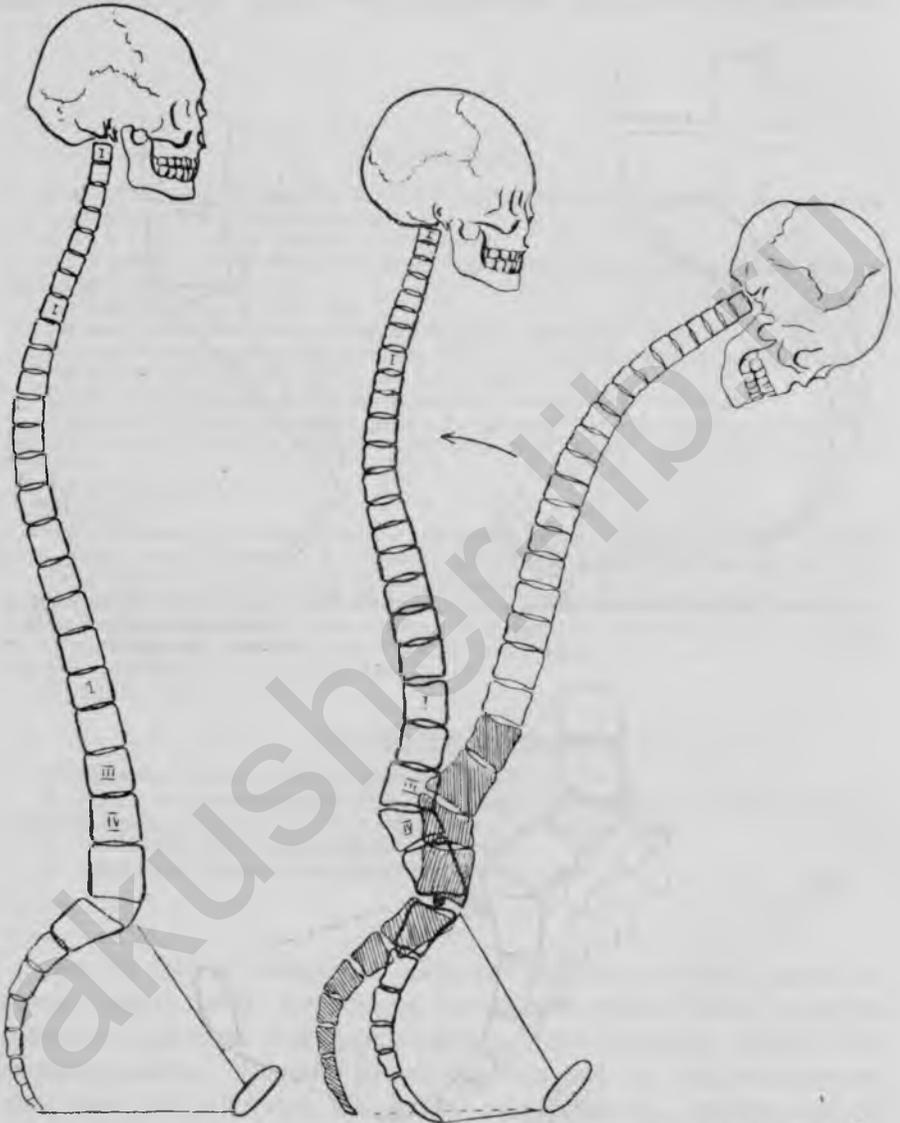


Рис. 88. Нормальный позвоночный столбъ.

Рис. 89. Заштриховано: caries между 3-мъ и 4-мъ поясничнымъ позвонкомъ. Вслѣдствіе компенсаторнаго выпрямленія позвоночника мышъ отошелъ отъ симфиза, а верхушка коччика приблизилась къ нему.

ничномъ позвонкѣ получился бы перегибъ позвоночника впередъ, какъ это показано на нашемъ схематическомъ рисункѣ (рис. 88 и 89). Но при такомъ положеніи позвоночника больная не можетъ ходить прямо,

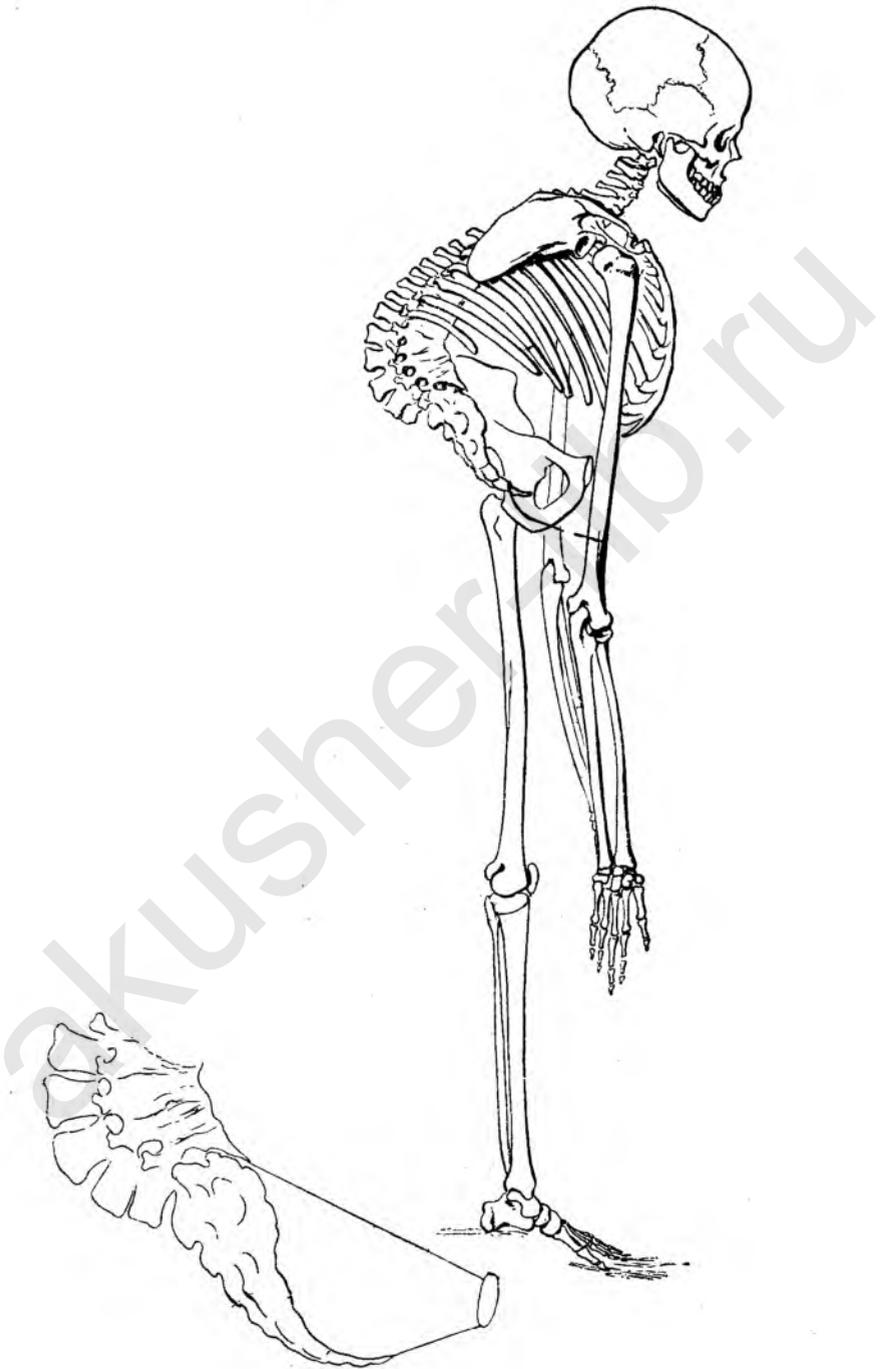


Рис. 90 и 91. Воронкообразный тазъ изъ коллекціи Патологическаго Института больницы Charité въ Берлинѣ.

какъ это сразу ясно, и организмъ старается соответственнымъ образомъ компенсировать это искривленіе. Эта компенсація достигается тѣмъ, что крестецъ поворачивается кпереди вокругъ своей горизонтальной и фронтальной оси въ крестцово-подвздошномъ сочлененіи, влѣдствіе чего мѣсь отходитъ отъ лоннаго соединенія, а верхушка копчика сильно приближается къ нему; другими словами, входъ въ тазъ увеличивается въ прямомъ размѣрѣ, а выходъ уменьшается. Прекрасный примѣръ рѣзко выраженного воронкообразнаго таза изъ музея Патологическаго института Charité Вы видите на рис. 90.

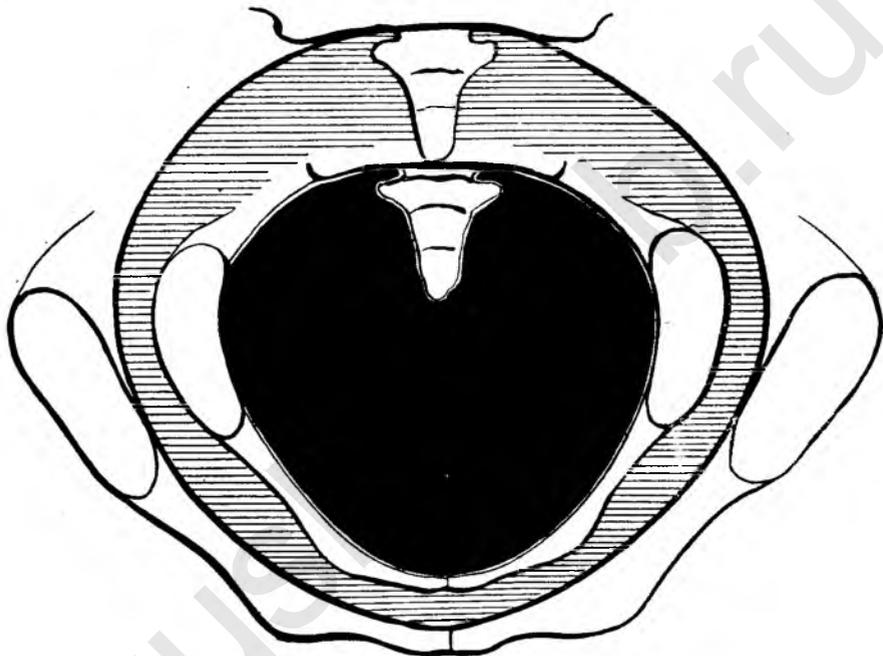


Рис. 92. Выходъ таза въ случаѣ 10-мъ (зачерненъ). Нормальный видъ таза (заштрихованъ).

На рис. 91 изображенъ тазъ этого препарата соответственно увеличенный. Гораздо труднѣе объяснить происхожденіе суженія въ поперечномъ размѣрѣ, т. е. приближеніе сѣдалищныхъ бугровъ другъ къ другу. Здѣсь играютъ еще роль статическіе моменты и измѣненіе давленія на головки бедренныхъ костей, о чемъ мы не будемъ здѣсь распространяться.

Итакъ, чтобы поставить діагнозъ «воронкообразный тазъ», намъ нужно имѣть двойное основаніе: во-первыхъ, указаніе на предшествовавшую неправильность позвоночника, во-вторыхъ, точное измѣреніе тазового выхода. Объ этомъ измѣреніи тазового выхода мы должны поговорить болѣе подробно.

На рис. 92 изображенъ выходъ на скелетѣ таза, заштрихованная

часть показывает нормальныя условія, зачерненная — условія въ нашемъ случаѣ. Въ то время какъ во входѣ можно непосредственно опредѣлять только прямой размѣръ, въ выходѣ таза мы можемъ измѣрить также поперечный размѣръ.

Прямой размѣръ выхода простирается, какъ Вы видите изъ нашего рисунка (рис. 92), отъ нижняго края лоннаго соединенія до верхушки копчика; нормально онъ равняется 9 см., но во время родовъ онъ можетъ увеличиться на $2\frac{1}{2}$ см., благодаря отклоненію копчика кзади, т. е. *intra partum* онъ можетъ равняться $11\frac{1}{2}$ см.

На этомъ основаніи у живой женщины мы измѣряемъ прямой размѣръ выхода таза, который необходимо знать во время родовъ, т. е. разстояніе верхушки крестца, соответствующей *articulatio sacro-coccygea* до нижняго края лоннаго соединенія. Это сочлененіе между крестцовой и копчиковой костью можно легко прощупать на живой, если ввести во влагалище указательный палецъ правой руки, обращенной ладонью внизъ, а большимъ пальцемъ той же руки стараться прощупать копчиковую кость снаружи. При этомъ можно легко захватить копчиковую кость между указательнымъ и большимъ пальцемъ, передвигать ее изъ стороны въ сторону и опредѣлить такимъ образомъ мѣсто соединенія ея съ крестцомъ. Затѣмъ къ этому мѣсту снаружи приставляютъ одну ножку циркуля, между тѣмъ какъ другая ножка должна касаться легко прощупываемаго нижняго края лоннаго соединенія. Изъ полученнаго такимъ способомъ размѣра нужно вычесть около $1\frac{1}{2}$ см. соответственно толщинѣ верхушки крестца и покрывающей ее кожи.

Поперечный размѣръ выхода таза простирается (см. рис. 92) отъ внутренняго края одного сѣдалищнаго бугра до внутренняго края другого. Нормально онъ равняется 11 см. Эти костныя точки легко прощупать у живой при положеніи на спинѣ съ сильно согнутыми ногами; измѣреніе производится при помощи тазомѣра *Osiander'a*, вѣтви котораго, какъ показываетъ нашъ рисунокъ (рис. 93), направлены кнаружи. При этомъ измѣреніи сильно придавливаютъ направленныя кнаружи вѣтви къ внутренней сторонѣ сѣдалищныхъ бугровъ. Къ этому размѣру, который меньше дѣйствительнаго на толщину мягкихъ частей, нужно прибавить $1-1\frac{1}{2}$ см., чтобы получить правильный размѣръ.

Оба измѣренія должны производиться стерильными руками и стерильными инструментами; такъ какъ при измѣреніи прямого размѣра нужно ввести палецъ во влагалище для ощупыванія верхушки крестца, то надо начинать съ измѣренія прямого размѣра.

Обыкновенно измѣреніе выхода таза не производится; оно необходимо только въ томъ случаѣ, если роды останавливаются въ концѣ періода изгнанія или же если есть показанія со стороны какихъ-либо ненормальностей скелета. Болѣе молодые акушеры часто спѣшатъ съ диагнозомъ «воронкообразный тазъ», и много разъ меня приглашали по

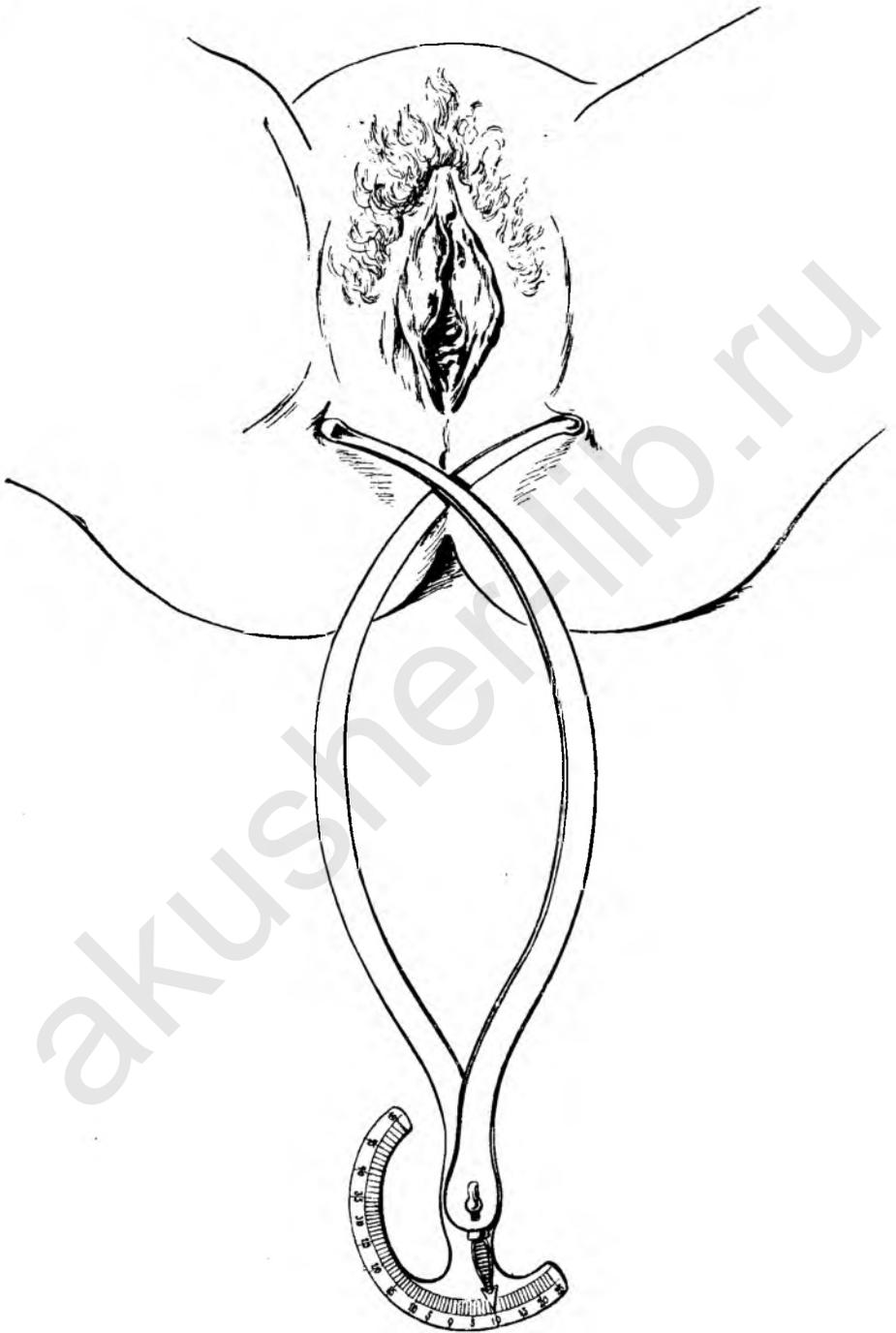


Рис. 93. Измѣреніе поперечнаго размѣра выхода таза тазомѣромъ Oslander'a.

поводу такъ назыв. «воронкообразнаго таза», когда измѣреніе не давало ни малѣйшаго повода къ этому.

Каковы же отношенія въ нашемъ случаѣ? Измѣреніе прямого размѣра дало 9 стм., т. е. послѣ вычета $1\frac{1}{2}$ — $7\frac{1}{2}$ стм. (нормально 11— $11\frac{1}{2}$ стм.). Измѣреніе поперечнаго размѣра дало $6\frac{1}{2}$ + $1\frac{1}{2}$ стм. = 8 стм. (нормально 11 стм.). Такимъ образомъ здѣсь имѣется воронкообразный тазъ, размѣры котораго, какъ прямой, такъ и поперечный, уменьшены на 3— $3\frac{1}{2}$ стм. О признакахъ рахита, которые здѣсь несомнѣнно существуютъ, не будемъ говорить, такъ какъ въ акушерскомъ смыслѣ они здѣсь не имѣютъ практическаго значенія.

Хотя и трудно иногда установить въ опредѣленныхъ случаяхъ воронкообразнаго таза соотвѣтственное правильное леченіе и пока нѣтъ какихъ-либо установленныхъ нормъ леченія, благодаря рѣдкости этой формы таза, я полагаю все-таки, что въ нашемъ случаѣ достаточно ясны тѣ терапевтическія мѣропріятія, которыя мы должны примѣнить. Дѣло въ томъ, что всѣ Вы, Мм. Гг., упустили изъ виду одно обстоятельство изъ анамнеза, которому нельзя не придать значенія въ отношеніи нашего образа дѣйствій въ данномъ случаѣ—именно то, что здѣсь имѣются преждевременные роды. Послѣдняя менструація была у нашей роженицы 5-го іюля, слѣдовательно, наша пациентка должна была родить,—3 мѣсяца отсчитать, 7 дней прибавить,—только 12-го апрѣля. Но уже 25-го марта она почувствовала первыя родовыя боли, т. е. на мѣсяцъ раньше, слѣдовательно природа поступила здѣсь такъ же, какъ рекомендуется цѣлымъ рядомъ акушеровъ при узкомъ тазѣ: ускорила роды. Это обстоятельство, упущенное Вами изъ виду, даетъ надежду, что удастся вывести щипцами мягкую и маленькую головку недоношеннаго ребенка и получить его живымъ, несмотря на суженіе въ выходѣ таза. О гебостеотоміи и кесарскомъ сѣченіи здѣсь не можетъ быть никакой рѣчи; но даже и при нормальной величинѣ ребенка я Вамъ совѣтую въ частной практикѣ сдѣлать осторожную, конечно, попытку наложить щипцы, а въ случаѣ необходимости, произвести перфорацию. Наблюденія относительно примѣненія большихъ операцій при воронкообразномъ тазѣ еще слишкомъ скудны, чтобы можно было рекомендовать ихъ, какъ особенно цѣлесообразныя въ подходящихъ случаяхъ.

Такъ какъ стрѣловидный шовъ, какъ показываетъ наше изслѣдованіе, стоитъ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ, а малый родничокъ справа спереди, большой слѣва сзади, то мы накладываемъ щипцы въ правомъ косомъ размѣрѣ. Несмотря на малую величину ребенка (дѣвочка въ 2270 грм. вѣсомъ и 45 стм. длины съ окружностью головки въ 30 стм.), необходимо было сдѣлать рядъ сильныхъ тракцій, чтобы провести головку черезъ рѣзко суженный выходъ таза.

Лекція IX.

Случай 11-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Schr., 34 лѣтъ 5-е роды.

Сообщеніе: Поперечное положеніе.

Анамнезъ: Научилась ходить 3 лѣтъ, въ дѣтствѣ англійская болѣзнь. Прежніе роды: 3 родовъ, всѣ дѣти умерли болѣе или менѣе скоро послѣ родовъ, 1—послѣ извлеченія щипцами, 2—произвольно, очень маленькія дѣти. 1—выкидышъ 3 мѣсяцевъ. Настоятельно желаетъ имѣть живого ребенка.

Послѣднія регулы: 29-го юня.

Начало схватокъ: 4-го апрѣля, въ 8 час. утра.

Пузырь вскрылся: Пузырь былъ вскрытъ приглашеннымъ врачомъ 4-го апрѣля, въ 7 час. пополудни, при открытіи зѣва на 3 пальца и якобы предложеніи ручки при черепномъ положеніи. Затѣмъ онъ оставилъ роженицу.

Прибытіе врача: 5-го апрѣля, въ 7 ч. 35 м. утра.

Родовая дѣятельность: Очень сильная.

Status: Маленькая истощенная женщина, habitus рѣзко рахитическій.

Температура: 37,2°.

Пульсъ: 100.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp. 26, Сг. 26, Тг 30, Conj. ext. 18. Conj. diag. 10, Conj. vera 8—8.5. Головка влѣво, ягодицы вправо отходить меконій.

Сердцебиеніе: Не слышно.

Внутреннее изслѣдованіе: Влагалище широкое, зѣвъ спавшійся, но растяжимый, на 4 пальца. Лѣвая ручка во влагалищѣ.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

Если плодъ нельзя извлечь, потягивая за ручку, нужно сдѣлать декапитацію.

Подъ глубокимъ наркозомъ попробовать поворотъ и извлеченіе, если не дается—декапитацію.

Возможность поворота почти исключена, такъ какъ воды отошли болѣе 13 часовъ назадъ и вколотилось плечико. Кромѣ того, ребенокъ, повидимому, умеръ, такъ какъ сердцебиенія не слышно. Слѣдовательно: эмбриотомія.

Классическое кесарское сѣченіе. Если не удастся внутренній поворотъ, нужно сильно тянуть за выпавшую ручку, чтобы вызвать такимъ путемъ самоизворотъ; если же и это не удастся—эмбриотомія.

Мм. Гг. Нашъ сегодняшній случай въ нѣкоторомъ отношеніи похожъ на случай 2-й (см. выше), въ которомъ было склоненіе головки при черепномъ предлежаніи и плоско-рахитическомъ тазѣ, я прошу Васъ поэтому припомнить его, какъ можно точнѣе. Но въ этомъ случаѣ сохранилась шейка длиною около 2 пальцевъ и пузырь не былъ вскрытъ, здѣсь—пузырь вскрытъ врачъ за 13 часовъ до нашего прибытія, причемъ зѣвъ теперь раскрытъ уже на 4 пальца, и имѣется выпаденіе ручки. Какъ и въ случаѣ 2-мъ, родители страстно желаютъ имѣть живого ребенка и это желаніе заставляетъ насъ дѣйствовать самымъ внимательнымъ, обдуманымъ и добросовѣтнымъ образомъ.

Передъ нами одинъ изъ такихъ случаевъ, которые часто встрѣчаются въ практикѣ специалиста: нашей задачей здѣсь должно быть стремленіе получить благоприятный исходъ родовъ, несмотря на то, что веденіе ихъ было начато неправильно. Что же слѣдовало бы сдѣлать, если бы мы прибыли къ роженицѣ въ началѣ родовъ? Произведи изслѣдованіе пульса и измѣреніе температуры, мы уже на основаніи разсказа о предшествующихъ родахъ пришли бы къ заключенію, что въ данномъ случаѣ нужно предполагать неправильность таза. Произведенное затѣмъ наружное и внутреннее измѣреніе таза показало бы намъ, что здѣсь имѣется плоско-рахитическій тазъ съ *conj. vera* въ 8 см. Я думаю, что мы рѣшились бы отправить роженицу въ клинику для кесарскаго сѣченія, такъ какъ при плоскомъ тазѣ для ребенка это является самымъ надежнымъ способомъ родоразрѣшенія, а мать, повидимому, даже неинфицирована. Я воздержался отъ гебостеотоміи, о которой могла придти мысль у беременной въ 5-й разъ, на томъ основаніи, что здѣсь имѣется косо-положеніе, а возможное выпаденіе мелкихъ частей или даже пуповины значительно увеличило бы опасность для жизни ребенка (см. сказанное выше). Но врачъ, который сначала велъ роды, не обратилъ вниманія на всѣ эти возможные опасности; не установивъ аномаліи таза, онъ прорвалъ пузырь въ томъ періодѣ родовъ (см. рис. 94), когда зѣвъ былъ открытъ на 3 пальца и, кромѣ того, предлежала ручка. Затѣмъ онъ оставилъ роженицу; дальнѣйшее теченіе родовъ Вы видите на рис. 95; благодаря дѣйствію схватокъ и чисто механическому дѣйствію силы тяжести выпала сперва лѣвая ручка, а дальше изъ косо-положенія образовалось поперечное, какое мы и застали. Спрашивается, что теперь дѣлать? О производствѣ кесарскаго сѣченія, какъ предлагаетъ одинъ изъ Васъ, нечего теперь и думать. 13 часовъ спустя послѣ излитія водъ, да еще при отхожденіи меконія, шансы для ребенка сдѣлались значительно хуже, тѣмъ болѣе, что у насъ нѣтъ даже увѣренности, слышно ли сердцебіеніе; съ другой стороны, опасность для матери со времени разрыва пузыря съ каждымъ часомъ настолько возросла, что эту операцію нельзя уже рекомендовать; къ тому же ручка, лежащая во влагалищѣ, благоприятствуетъ дальнѣйшему заносу бактерій.

Я не могу указать Вамъ, на основаніи моихъ замѣтокъ, причины,

почему въ этомъ случаѣ мы не слышали сердцебіенія, хотя ребенокъ, какъ увидите, родился живымъ. Вѣроятно, причиной былъ переполненный мочевой пузырь и постоянные стоны роженицы. Я нарочно сообщаю Вамъ это, чтобы показать, что продолжительное отсутствіе сердцебіенія плода при выслушиваніи не представляетъ еще вѣрнаго признака его смерти. Совершенно иначе обстоитъ дѣло, если вдругъ перестаетъ выслушиваться сердцебіеніе въ какомъ-либо опредѣленномъ мѣстѣ, бывшее до того времени совершенно яснымъ; въ такомъ случаѣ съ увѣренностью можно предположить, что ребенокъ умеръ. Будь мы вполне убѣждены въ смерти ребенка, то было бы ясно, что слѣдуетъ дѣлать: мы должны были бы приступить къ декапитаціи. Но мы не убѣждены въ этомъ, и поэтому, въ качествѣ послѣдней попытки, должны рѣшиться на поворотъ. Спрашивается, какія же опасности угрожаютъ намъ при поворотѣ? Нужно ихъ точно знать, чтобы умѣть достойно встрѣтить ихъ. Неполное еще раскрытіе зѣва не представляетъ опасности; у многородящихъ *orificium*, открытый на 4 пальца, не можетъ оказать значительнаго препятствія при извлеченіи.

Опасность для матери заключается въ томъ, что воды отошли уже 13 часовъ назадъ. Наилучшій моментъ для поворота представляетъ для начинающаго врача, какъ Вы видѣли въ случаѣ 2-мъ, то время, когда пузырь еще цѣлъ, а зѣвъ уже вполне открылся; поэтому во всехъ случаяхъ, гдѣ предполагается поворотъ, слѣдовательно, въ особенности при поперечныхъ положеніяхъ, нашей главнѣйшей задачей должно быть какъ можно дольше сохранить пузырь. Этого мы достигаемъ при помощи защитнаго баллона, о чемъ было уже сказано по поводу одного изъ другихъ нашихъ случаевъ (см. стр. 17). Послѣ отхожденія водъ, мышцы матки плотно обхватываютъ тѣло ребенка и поворотъ на ножку, который раньше можно было сдѣлать шутя, становится часъ отъ часу труднѣе. При каждой новой схваткѣ стѣнки матки все крѣпче обхватываютъ тѣло ребенка, и наконецъ появляется кольцо сокращенія, какъ Вы видѣли это въ случаѣ 7-мъ на рис. 72 и 73. Если при поперечномъ положеніи дойдетъ до этого грознаго явленія, то мы говоримъ о запущенномъ поперечномъ положеніи (ср. съ рис. 95 рис. 99), о чемъ будетъ еще рѣчь въ ближайшемъ случаѣ. И здѣсь мы несомнѣнно должны считаться съ возможностью разрыва матки. Посмотримъ, какимъ образомъ это можно предупредить.

Положимъ, что мы благополучно окончили поворотъ, въ такомъ случаѣ намъ приходится считаться еще съ новой опасностью въ видѣ суженія таза—опасностью, которая угрожаетъ уже не матери, но жизни плода. И здѣсь мы должны оказать наше пособіе во-время и обдуманно.

Прежде чѣмъ приступить къ попыткѣ поворота, мы должны точно узнать, какой видъ поперечнаго положенія имѣется въ данномъ случаѣ. Выпавшая ручка значительно облегчаетъ намъ діагнозъ. Головка ребенка находится влѣво. Мы можемъ прощупать ее въ лѣвой *regio iliaca*; кромѣ

того, при внутреннемъ изслѣдованіи мы находимъ, что подмышечная впадина закрыта слѣва.

Выпала лѣвая ручка. Что это дѣйствительно лѣвая ручка, доказываетъ то, что если извлечь ее черезъ половую щель, чтобы наложить на нее петлю ¹⁾, то Вы видите, что при обращенной кверху ладони большой палецъ ребенка обращенъ къ лѣвому бедру матери. Если предлежитъ лѣвая ручка и головка лежитъ въ лѣвой сторонѣ, то мы имѣемъ поперечное положеніе съ обращенной къзади спинкой (точно также при предлежаніи правой ручки и головкѣ вправо); при предлежаніи лѣвой ручки и положеніи головки въ правой сторонѣ мы имѣемъ поперечное положеніе съ обращенной впередъ спинкой (то же при предлежаніи правой ручки и головкѣ влѣво). (Вы лучше всего выясните себѣ это, если представите себя лежащимъ въ фантомѣ и вытянувшимъ соотвѣтственную руку). Въ нашемъ случаѣ имѣется I поперечное положеніе спинкой къзади. Мелкія части лежатъ, стало быть, влѣво, поэтому нужно ввести для поворота руку, соотвѣтственную мелкимъ частямъ, т. е. правую.

Теперь относительно приготовленій, которыя Вамъ уже извѣстны (стр. 22 п 28). Ничего не забудьте изъ своего инструментарія, что Вамъ можетъ понадобиться. Всегда приготовьте также перфораторъ, равно какъ и все необходимое для оживленія ребенка. Въ особенности не забудьте положить трахеальный катетеръ. Во всякомъ случаѣ въ трудныхъ случаяхъ не приступайте къ повороту, пока не будетъ достигнутъ хорошій, глубокій наркозъ. При такихъ трудныхъ поворотахъ глубокій наркозъ, расслабляющій не только брюшныя покровы, но и маточныя мышцы, Вашъ лучшій союзникъ, отъ котораго Вы никогда не должны отказываться. Какъ только поворотъ Вамъ удался, попросите акушерку или наркотизатора снять маску; дѣйствія хлороформа хватитъ до окончанія родовъ.

Поворотъ, который я дѣлалъ, оказался очень труднымъ. Производство его можно облегчить себѣ, если положить роженицу на ту сторону, гдѣ находятся мелкія части, слѣдовательно, если повернуть ее набокъ. Но боковое положеніе имѣетъ много невыгодныхъ сторонъ, если нѣтъ хорошаго наркотизатора и хорошихъ помощниковъ. По легко понятнымъ причинамъ тогда труднѣе соблюсти асептику при введеніи руки; съ другой стороны труднѣе слѣдить за наркозомъ, потому что хуже видно лицо роженицы и труднѣе контролировать ея дыханіе. Мы въ этомъ случаѣ обошлись безъ бокового положенія. Труднымъ оказалось и освобожденіе правой ручки, запрокинувшейся назадъ; благодаря узкому тазу, ее можно было освободить только съ трудомъ. Относительно выполненія пріема Martin-Wigand'a мнѣ пришлось бы повторить Вамъ то, что было

¹⁾ Какъ сдѣлать лучше всего петлю изъ простой прокипяченной широкой полотняной тесьмы, это показано на рис. 144, лекція XII.



Рис. 94 (случай 11-й). Головка отклонена къ лѣвой подвздошной кости. Предлежаніе лѣвой ручки. Пузырь цѣль.

уже сказано въ лекціи II (см. стр. 19), поэтому я прошу Васъ припомнить всѣ детали этого приема, важнаго для спасенія жизни ребенка. Наложивъ щипцы на пуповину, мы быстро перевязали и перерѣзали ее.



Рис. 95 (случай 11-й). Послѣ вскрытія пузыря изъ неправильнаго черепнаго положенія (рис. 94) получилось поперечное положеніе съ выпаденіемъ ручки.

Затѣмъ удалили у ребенка слизь при помощи трахеальнаго катетера, въ теплой ваннѣ облили его холодной водой, сдѣлали нѣсколько качаній по Schultze, и къ нашей большой радости услышали, наконецъ, громкій крикъ ребенка,—мальчика 55 см. длины и въ 6¹/₂ ф. вѣсомъ,—

который такъ счастливо избѣжалъ всѣхъ опасностей въ теченіе этихъ родовъ. Доказательствомъ значительной степени сѣуженія таза и той силы, которую пришлось примѣнить, чтобы вдавить въ тазъ головку, хотя она и вставилась благопріятнымъ размѣромъ, служить то рѣзкое вдавленіе, которое обнаружилось у ребенка на лѣвой теменной кости. Часто благодаря такимъ вдавленіямъ дѣти погибаютъ при явленіяхъ прижатія мозга или отъ кровоизліянія въ твердую мозговую оболочку. Въ нашемъ случаѣ мальчикъ остался живъ, я видѣлъ его черезъ годъ, онъ былъ здоровъ, веселъ и бѣгалъ. Эти вдавленія не требуютъ, конечно, никакого леченія. Занимаясь ребенкомъ, мы взглянули на полотенце, которое по обыкновенію тщательно раскинули надъ ведромъ (ср. рис. 20), и убѣдились, что родильница кровоточитъ. Но чтобы надежно и надлежаше остановить кровотеченіе, нужно быстро и точно установить источникъ кровотеченія. Въ нашемъ случаѣ кровотеченіе произошло въ послѣдовомъ періодѣ, послѣдъ находится еще въ полости матки. Тутъ нужно дѣйствовать спокойно и дѣльно. Кто при всякомъ значительномъ кровотеченіи начинаетъ волноваться и теряться, тотъ не долженъ быть акушеромъ, ибо если торопливо и необдуманно приняться за остановку кровотеченія, не установивъ предварительно его источникъ, то можно натворить много бѣдъ.

Положивъ руку на животъ роженицы, мы убѣждаемся, что дно матки, которое стоитъ обыкновенно послѣ родовъ на уровнѣ пупка, поднялось выше, кромѣ того оно неплотно и твердо на-ощупь, но мягко и легко давлывается. Причина кровотеченія въ нашемъ случаѣ заключается, слѣдовательно, во-первыхъ, въ недостаточномъ сокращеніи матки, во-вторыхъ, въ частичномъ отдѣленіи послѣда. Поэтому единственно правильная терапія должна заключаться въ томъ, чтобы, во-первыхъ, вызвать сокращенія матки, во-вторыхъ, способствовать полному отдѣленію послѣда. Перваго мы достигаемъ въ большинствѣ случаевъ механическимъ раздраженіемъ матки рукой. Но это раздраженіе не должно состоять, какъ это часто приходится видѣть, въ грубомъ разминаніи матки. Уже не говоря о сильныхъ боляхъ, которыя мы причиняемъ этимъ роженицѣ, я всегда убѣждался, что такое чрезмѣрное раздраженіе хотя и вызываетъ сперва сокращеніе мускулатуры матки, но зато потомъ— и въ этомъ состоитъ опасность подобной манипуляціи,— наступаетъ истощеніе мускулатуры и опять атонія. Съ мышцей матки бываетъ то же, что съ сердечной мышцей. Можно съ успѣхомъ помочь природѣ, но нельзя форсировать. Поэтому своимъ ученикамъ я всегда даю совѣтъ «шекотать» матку, а не «мѣсить» ее. Избѣжать вреднаго чрезмѣрнаго раздраженія можно, поступая слѣдующимъ образомъ: кладутъ нѣжно правую руку на животъ роженицы, въ области дна матки, такъ чтобы она была обращена стороной мизинца къ краю реберъ роженицы, и затѣмъ мизинцемъ начинаютъ медленно дѣлать круговыя щекочущія движенія по задней поверхности матки.

Если Вы приобрѣли опытность въ этомъ приѣмѣ, то вы имѣ лучше достигнете цѣли, чѣмъ захватывая всю матку, какъ для способа Credé, и грубо разминая ее. Кромѣ физиологическаго эффекта, этотъ способъ имѣетъ еще одно преимущество, это—хорошее гуманное впечатлѣніе, которое онъ производитъ на роженицу и которое Вы должны всегда цѣнить въ практикѣ.

Вызвавъ хорошее сокращеніе матки, Вы обхватываете рукой то мѣсто ея дна, которое по своему большому объему и болѣе сильному выпячиванію покажется Вамъ мѣстомъ прикрѣпленія послѣда, при этомъ большой палецъ долженъ быть обращенъ впередъ. Затѣмъ Вы производите сильное давленіе на матку по направленію входа въ тазъ: способъ Credé! И этому приѣму нужно научиться, постепенно развивая при этомъ силу и также постепенно уменьшая ее, какъ это бываетъ во



Рис. 96. Правильно наложенный жгутъ Мотуиg'a. Рисунокъ съ натуры.

время схватки; если Вы будете правильно примѣнять этотъ приѣмъ, то послѣдъ медленно начинаетъ выходить изъ половой щели и у Васъ хватитъ времени, чтобы осторожно поворачивать послѣдъ и не дать оболочкамъ оторваться. Если при перекручиваніи оболочекъ Вы замѣтите, что онѣ начинаютъ рваться, перестаньте крутить и захватите оболочки щипцами, которые должны быть постоянно наготовѣ; одними щипцами захватите оболочки у надорваннаго мѣста, другими захватите ихъ дальше и вытяните всѣ наружу.

Если осторожно поступать такъ, то въ большинствѣ случаевъ можно избѣжать задерживанія оболочекъ.

Затѣмъ слѣдуетъ тщательный осмотръ послѣда. Для того, чтобы Вы никогда не просмотрѣли добавочнаго придаточнаго послѣда (*placenta succenturiata*), я рекомендую Вамъ сначала тщательно осмотрѣть плодовую сторону, особенно край послѣда. Если нѣтъ сосудовъ, идущихъ по краю кнаружи, къ околоплоднымъ оболочкамъ, то навѣрное можно сказать, что

Вы не просмотрѣли добавочнаго послѣда: долекъ, не снабженныхъ сосудами, не бываетъ. Затѣмъ тщательно осматриваютъ материнскую сторону послѣда. Часто бываетъ трудно рѣшить, что имѣется на самомъ

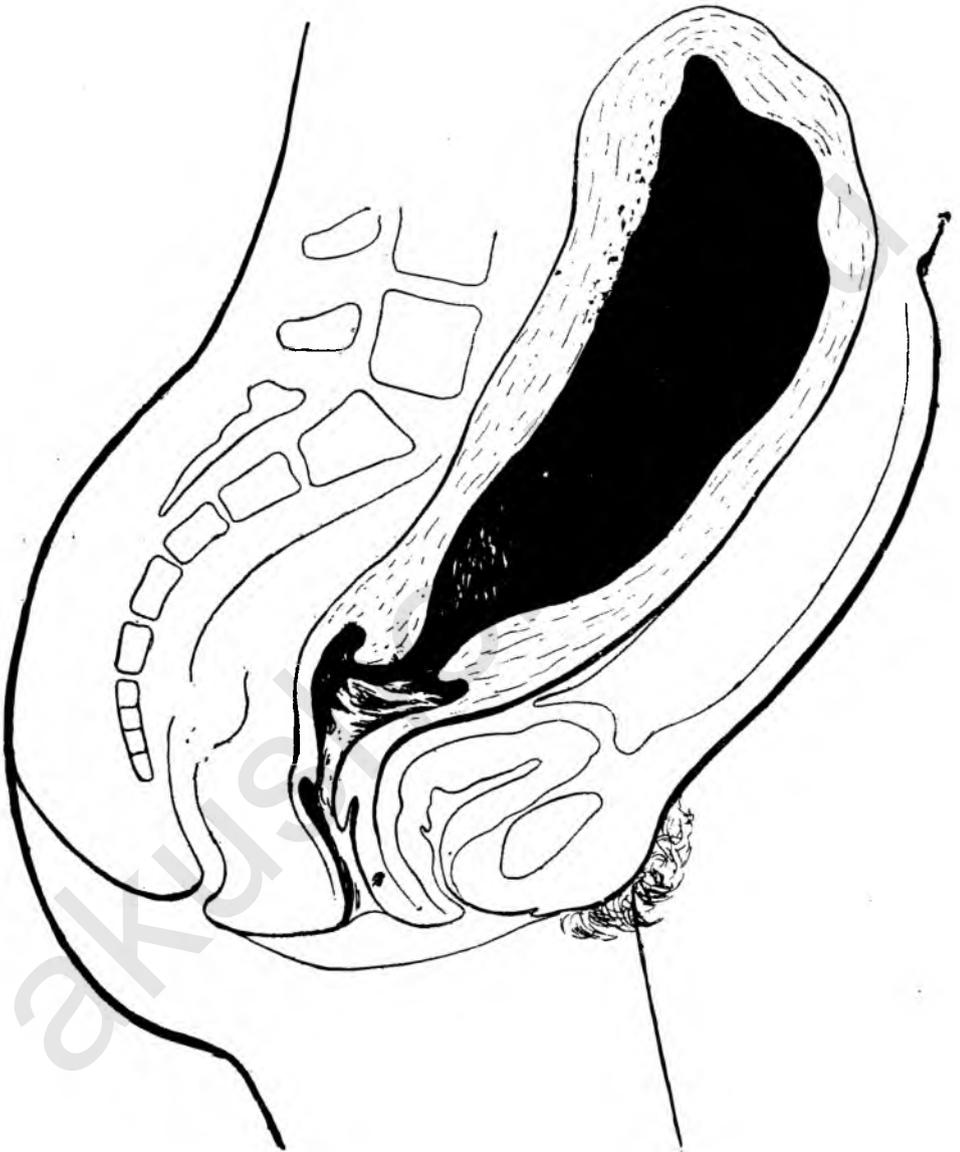


Рис. 97 (случай 11 й). Атоническая матка post partum послѣ изгнанія послѣда. Дно матки стоитъ выше пупка, полость ея наполнена кровью.

дѣлѣ,—просто ли оторвавшаяся поверхность дольки, или не хватасть куска послѣда. Болѣе тщательное изслѣдованіе и прежде всего практическій навыкъ скоро покажутъ, что вѣрно.

Въ сомнительныхъ случаяхъ лучше обследовать полость матки, чѣмъ

рисковать серьезными нарушениями послеродового периода. Но об этом дальше, при другом подходящем случае. Здесь последъ вышел весь. Но кровотечение все-таки продолжается, хотя и не сильно, но понемногу и непрерывно. При растирании матки оно прекращается, если же прекратить это механическое раздражение, снова начинает идти темная,

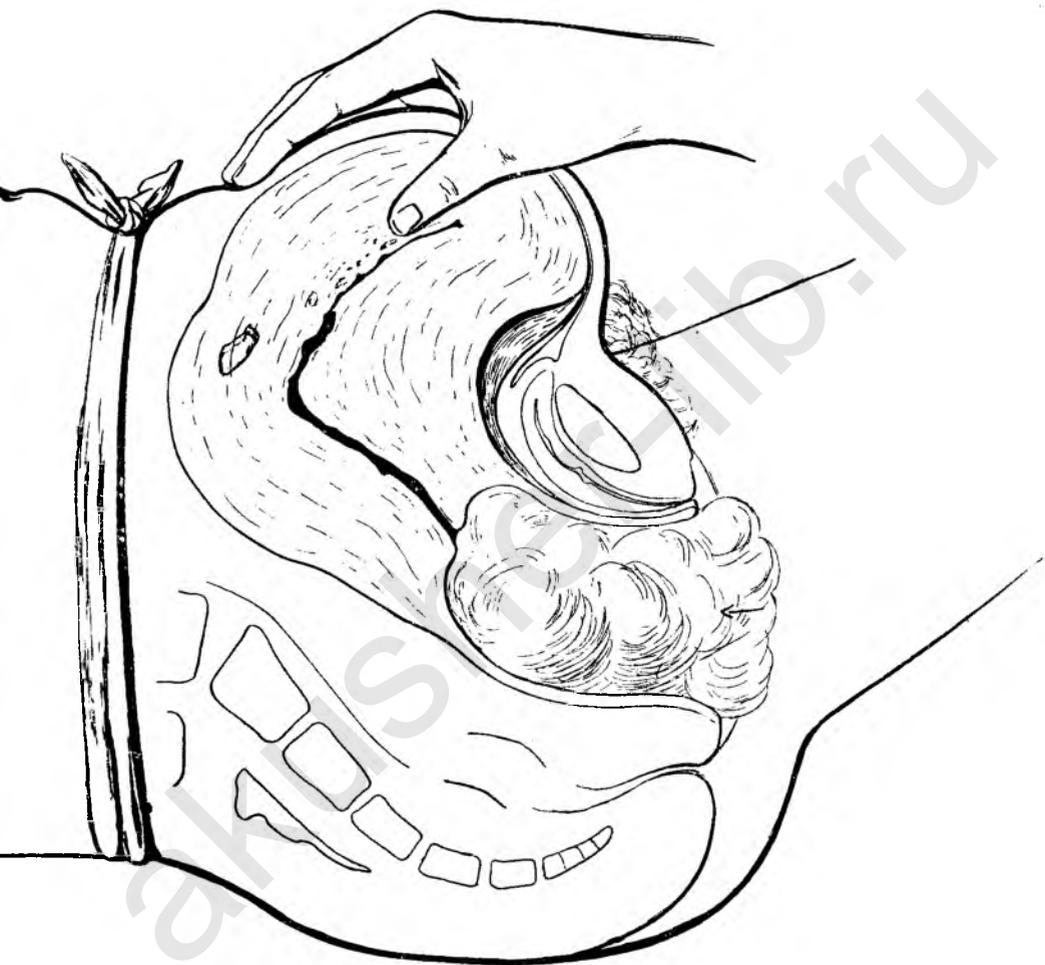


Рис. 98. Та же матка, какъ на рис. 97, въ состояніи сокращенія. По Fritsch'y она прижата сильно къ лонному соединенію и фиксирована полотнцемъ. Плотный влагалитный тампонъ придавливаетъ снизу являя стѣнки шейки.

густая венозная кровь. Здѣсь нѣтъ разрыва, о чемъ нужно прежде всего подумать, если было сдѣлано извлеченіе или какая-нибудь другая операція при неполномъ раскрытіи мягкихъ частей: противъ этого говоритъ темная венозная кровь и прекращеніе кровотечения при сокращеніи матки. Въ нашемъ случаѣ, у женщины, родившей въ 5-й разъ, у которой одни роды быстро слѣдовали за другими, а внѣшнія условія жизни были пло-

хими, у которой, кромѣ того, пришлось, въ виду поперечнаго положенія, быстро опорожнить матку, достаточно объясняется ослабленіе мускулатуры матки, ея атонія.

Для остановки кровотеченія именно такого рода, съ которымъ до сего времени такъ трудно было бороться на практикѣ, мы имѣемъ теперь простое, легко примѣнимое и дѣйствительное средство, жгутъ Momburg'a, насколько я могу сказать это на основаніи лично проведенныхъ мною полудюжины случаевъ. Поэтому я настоятельно совѣтую Вамъ никогда не отправляться на роды безъ крѣпкой, пригодной для стягиванія резиновой трубки около 2 метровъ длины. Резиновая трубка, которую мы употребляемъ, представляетъ обыкновенную красную каучуковую трубку изъ хорошаго прочнаго матеріала. Техника наложенія жгута чрезвычайно проста. По указанію Momburg'a жгутъ накладывается между подвздошными костями и нижнимъ ребернымъ краемъ и медленно затягивается, при полномъ использованіи его эластичности, въ 2—4 оборота настолько, пока не перестанетъ прощупываться пульсъ въ бедренной артеріи. При этомъ кишки отступаютъ къ краю реберъ, тогда какъ матка притягивается ближе къ лонному соединенію.

Въ проведенныхъ мною случаяхъ успѣхъ былъ поразительный. Способъ этотъ хорошъ еще тѣмъ, что успѣхъ не преходящій. Siegwart показалъ, что вслѣдствіе анеміи матки появляются сокращенія ея. Если приблизительно черезъ 15 минутъ снять жгутъ, то кровотеченія уже не наблюдается, такъ какъ за это время матка успѣваетъ хорошо сократиться и остается плотно сокращенной. Вы должны однако остерегаться одной ошибки, которую я самъ сдѣлалъ въ первое время, а именно, надо накладывать жгутъ не слишкомъ слабо. Въ противномъ случаѣ получается искусственный венозный застой безъ полнаго прекращенія притока артеріальной крови, причемъ появляется сильное кровотеченіе изъ мельчайшихъ венъ, находящихся напр. въ ранѣ послѣ эпизиотоміи. Какъ долженъ лежать жгутъ, показано на рис. 96, срисованномъ съ натуры. Особенно большихъ непріятностей женщина при этомъ не испытываетъ.

Вамъ вполне ясны тѣ большія преимущества, которыми обладаетъ этотъ способъ именно въ практикѣ: не приходится класть изнуренную родильницу на поперечную кровать, прибѣгать къ манипуляціямъ на наружныхъ половыхъ органахъ и прежде всего не нужно вводить руку внутрь, рискуя инфекціей. Если Вамъ, можетъ быть, къ несчастью, пришлось причинить большой разрывъ шейки, то Вы можете спокойно наложить жгутъ и выиграть этимъ время, чтобы позаботиться объ инструментахъ, помощникахъ и либо самому наложить швы, либо если Вы не можете этого сдѣлать, направить родильницу въ клинику. Жгутъ не увеличитъ размѣра или тяжести Вашей акушерской сумки, такъ какъ имъ можно пользоваться въ то же время, какъ трубкой для ирригатора.

Въ нашемъ случаѣ, который относится еще къ тому времени, когда не было извѣстно примѣненіе жгута Momburg'a, мы воспользовались

старымъ способомъ Fritsch'a, который мы комбинировали съ тампонадой влагалища. И съ этими обоими способами Вы должны быть знакомы на всякій случай, хотя въ настоящее время нужно отдать передъ ними преимущество способу Momburg'a.

Способъ Fritsch'a состоитъ въ томъ, что матку сильно сгибають впередъ, прижимають къ лонному соединенію и удерживають въ такомъ положеніи посредствомъ давящей повязки, которую накладываютъ приблизительно на 12 часовъ. При этомъ задняя поверхность матки плотно прилегаетъ къ передней, что мѣшаетъ дальнѣйшему кровотеченію. Я убѣдился, что этотъ способъ даетъ еще лучшіе результаты, если его комбинировать съ плотной тампонадой влагалища.

Тампонада влагалища, произведенная *lege artis*, дѣйствуетъ еще такимъ образомъ, что сдавливаетъ нѣсколько вялыхъ стѣнки шейки, которая недостаточно прижимается давящей повязкой со стороны живота. Вы видите этотъ комбинированный способъ на рис. 98. На рис. 97 показана атоническая, наполненная кровью матка до примѣненія давящей повязки Fritsch'a. Конечно, тампонада влагалища должна быть произведена, во-первыхъ, асептически, во-вторыхъ, плотно. И то, и другое достигается, если положить родильницу на поперечную кровать и ввести во влагалище предварительно дезинфицированное зеркало Douen'a; въ большинствѣ случаевъ достаточно ввести нижнюю створку, которую можно самому держать лѣвой рукой. Затѣмъ ущемляютъ между своими колѣнами большую Dührssen'овскую жестянку, открытую акушеркой, захватываютъ пинцетомъ полоски марли и набивають ими плотно влагалище черезъ зеркало, опорожнивъ предварительно катетеромъ мочевоу пузырь. Даже начинающій можетъ сдѣлать легко и асептично тампонаду влагалища.

Этотъ комбинированный способъ, по моему мнѣнію, лучше, чѣмъ основанное на тѣхъ же принципахъ прижатіе двумя руками, которое мы дѣлали въ качествѣ практикантовъ въ поликлиникѣ Gusselgowa. При этомъ наложенная снаружи рука замѣняетъ давящую повязку Fritsch'a, тогда какъ кулакъ другой руки, введенной во влагалище, соотвѣтствуетъ давленію, которое оказываетъ влагалищный тампонъ. Очевидно, что, какъ ни хорошъ этотъ способъ, опасность инфекции при немъ гораздо больше; кромѣ того анемичная пациентка подвергается большому охлажденію и ей приходится слишкомъ долго лежать на поперечной кровати.

Въ нашемъ случаѣ кровотеченіе было остановлено указаннымъ способомъ, и теперь мы можемъ спокойно оставить нашу родильницу, у которой пульсъ хотя и учащенъ до 100 ударовъ, но оказывается полнымъ и правильнымъ.

Случай 12-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа А., 24 лѣтъ, 3-и роды.

Сообщеніе: Поперечное положеніе.

А н а м н е з ъ: Безъ особенностей.

Прежніе роды: Первые нормальные, ребенокъ умеръ трехъ мѣсяцевъ. Одинъ выкидышъ.

Послѣднія регулы: 2 марта.

Начало схватокъ: 14 ноября, 2 часа пополудни.

Отхожденіе водъ: 14 ноября, 9 часовъ пополудни. «Очень много водъ».

Прибытіе врача: 15 ноября, 8 часовъ пополудни.

Родовая дѣятельность: Матка судорожно сокращена.

Status: Женщина нормальнаго роста, съ чрезвычайно вялыми брюшными покровами, черезъ которые ясно видны контуры плотно сокращенной матки, поперечно-овальной матки.

Температура: 38°.

Пульсъ: 110.

Н а р у ж н о е и з с л ѣ д о в а н і е: Благодаря рѣзкому тетаническому сокращенію матки ничего нельзя прощупать.

Сердцебиеніе: Не слышно.

Размѣры таза: Sp. 26, Сг. 28, Тг. 30, Conj. ext. 20. Мысь не достигается.

В н у т р е н н е е и з с л ѣ д о в а н і е: Прощупывается только край зѣва, зѣвъ растяжимый. Подмышечная впадина замкнута справа.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

Всѣ за декапитацію.

Мм. Гг. Всѣ Вы поставили правильный діагнозъ: «запущенное поперечное положеніе» и всѣ также назначили правильную терапію: декапитацию; поэтому мы можемъ скоро покончить съ обсужденіемъ сегодняшняго случая. Можно бы думать, что запущенное поперечное положеніе въ большихъ городахъ относится къ величайшимъ рѣдкостямъ. Но это совсѣмъ не такъ; конечно, все рѣже попадаются случаи, когда виновнымъ является врачъ или акушерка, если ими поставленъ невѣрный діагнозъ. Но встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ виновнымъ является равнодушное отношеніе роженицы къ самой себѣ. Такъ было въ нашемъ случаѣ. Вчера у этой женщины появились первыя схватки, вечеромъ въ тотъ же день отошли воды. Но такъ какъ она не испытывала никакого позыва на низъ, «ребенокъ, значить, не опустился еще глубоко», то она и не звала пока акушерки, а спокойно продолжала ждать дальше. Только на слѣдующій день, когда и вечеромъ не появился ожидаемый симптомъ, который она считала за показаніе къ приглашенію акушерки, послала своего мужа привести «weise Frau». Та сейчасъ же опредѣлила поперечное положеніе и вмѣстѣ съ тѣмъ повышеніе температуры.

Вы видѣли, что опредѣлить положеніе ребенка на основаніи наружнаго изслѣдованія намъ помѣшало судорожное сокращеніе матки, вѣроятно, вызванное инфекціей. Діагнозъ здѣсь гораздо труднѣе, чѣмъ въ послѣднемъ изъ нашихъ случаевъ, такъ какъ здѣсь нѣтъ выпаденія ручки, при помощи которой можно было опредѣлить положеніе ребенка. Посмотримъ, какой же можно найти выходъ. Положеніе головки можно легко опредѣлить по тому, въ какую сторону обращена подмышечная впадина. Съ правой стороны она закрыта, слѣдовательно, справа должна находиться головка. Если Вамъ нужно опредѣлить I или II поперечное положеніе имѣется здѣсь, т. е. спинкой впередъ или взадъ, то при изслѣдованіи нужно точно установить, что именно прощупывается спереди, отростки ли позвонковъ или ребра. Здѣсь ясно прощупываются *processus spinosi*. Если не удалось опредѣлить это, то въ тѣхъ случаяхъ, когда необходимо сдѣлать немедленный поворотъ, придется уже отказаться отъ діагноза и ввести руку, соответствующую мелкимъ частямъ, а въ случаяхъ, подобныхъ нашему, при декапитации низвести одну ручку, по которой, какъ мы убѣдились изъ предыдущаго случая, можно установить діагнозъ. Ручка, до которой мы достигли здѣсь, — лѣвая и поэтому подтверждается діагнозъ, поставленный благодаря найденному при изслѣдованіи отростку позвонка. Кромѣ того, по извлеченной ручкѣ можно констатировать, что началась мацерация кожи. Слѣдовательно, ребенокъ умеръ, по крайней мѣрѣ, нѣсколько часовъ тому назадъ. Причиной поперечнаго положенія въ данномъ случаѣ служить не суженіе таза, какъ въ предыдущемъ, но вялость брюшныхъ покрововъ и чрезмѣрное количество околоплодныхъ водъ, *hydramnion*, о чемъ рассказывала намъ роженица.

Спрашивается, почему же поперечное положеніе считается въ этомъ случаѣ запущеннымъ? Рѣшающимъ моментомъ является не давность отхож-

денія водъ или выпаденіе ручки, но свойства маточныхъ мышць. Сравненіе обоихъ нашихъ случаевъ наглядно доказываетъ Вамъ это (рис. 95 и 99). Въ одномъ изъ случаевъ: выпаденіе ручки и вскрытіе пузыря произошло за $12\frac{1}{2}$ часовъ и тѣмъ не менѣе поворотъ возможенъ, такъ какъ нѣтъ кольца сокращенія, а здѣсь нѣтъ выпаденія ручки, но ясно выраженное кольцо сокращенія, причемъ тѣло плода плотно обхвачено судорожно сокращенными мышцами матки, и поворотъ невозможенъ (рис. 99).

Приготовленія такія же, какъ при каждой большой акушерской операціи и Вамъ уже давно извѣстны. Плодъ еще не вполне доношенъ, такъ какъ ногти на пальцахъ извлеченной ручки недостаточно развиты (рис. 100). Согласно нашему вычисленію роды должны были наступить только 9 декабря, а схватки начались уже съ 14 ноября.

Итакъ, попробуемъ сперва извлечь ребенка по механизму самоизврата. Вы знаете, что эта рѣдкая форма произвольныхъ родовъ наблюдается при поперечныхъ положеніяхъ недоношенныхъ плодовъ. Сначала выпавшая ручка спускается еще больше во влагалище, родится вся рука и одновременно съ этимъ должно опуститься глубже въ тазъ соответственное плечо, затѣмъ сильно изгибается позвоночникъ и опускается туловище, причемъ ножки рождаются вмѣстѣ съ выпавшей ручкой и глубже лежащимъ плечомъ, послѣднимъ идетъ второе плечо и головка, какъ при положеніи тазовымъ концомъ. Въ нашемъ случаѣ этотъ способъ не помогъ и мы приступили къ декапитаци. Вводятъ въ матку руку, соответствующую головкѣ,—въ этомъ случаѣ, слѣдовательно, лѣвую—и обхватываютъ шейку плода; причемъ четыре пальца обращены къ спинкѣ, большой палецъ впереди, по направленію къ лонному сочлененію. Правой рукой берутъ Браун'овскій ключевидный крючокъ и проводятъ его подъ руководствомъ внутренней руки спереди за шейку плода (рис. 101). Теперь рукояткой крючка дѣлаютъ нѣсколько вращательныхъ движеній, тогда какъ внутренняя рука остается въ полости матки: во-первыхъ, для защиты мягкихъ частей, во-вторыхъ, для того, чтобы избѣжать чрезмѣрно сильнаго сотрясенія туловища плода. Короткій трескъ указываетъ ясно тотъ моментъ, когда былъ переломленъ позвоночникъ; нѣсколькими движеніями крючка, такими же круговыми, какъ движеніе часовой стрѣлки, окончательно перерѣзываются мягкія части. Послѣднее должно производиться съ чрезвычайной осторожностью, чтобы не повредить верхушкой крючка мягкихъ частей матери. По отдѣленіи головки легко вытащить туловище ребенка, потягивая за выпавшую ручку. Головка фиксируется затѣмъ внутренней рукой, причемъ два пальца вводятся въ ротикъ, и удаляется при помощи сильнаго надавливанія наружной рукой по способу Martin-Wiegand'a. Много разъ уже отказывались отъ примѣненія крючка Браун'a, такъ какъ этотъ инструментъ слишкомъ грубый и при вращеніи имъ легко могутъ произойти разрывы чрезмѣрно растянутой шейки (рис. 101). Но это самый простой способъ, во всякомъ случаѣ,

и я лично никогда не видалъ ни поврежденія матери, ни какой-либо неудачи при его примѣненіи.

Если Вы располагаете хорошими помощниками, хорошимъ освѣщеніемъ, то можно дѣйствовать такъ, какъ я разъ поступилъ въ клиникѣ. Обнажилъ зѣвъ при помощи Доуен'овскихъ зеркалъ, низвелъ выпавшую ручку и затѣмъ разрѣзалъ тѣло ребенка Siebold'овскими ножницами,



Рис. 99 (случай 12). Запущенное поперечное положеніе безъ выпаденія ручки.

такъ что выпавшая ручка осталась у головки, а другая у туловища. Такимъ образомъ я могъ вытащить легко части плода за обѣ ручки. Въ новѣйшее время Күстнер рекомендовалъ новый инструментъ «Rachiotom», который, какъ показываетъ его названіе, дѣлать тѣло ребенка



Рис. 100 (случай 12). Лѣвая ручка низведена при декапитациі. (Ср. рис. 96).



Рис. 101 (случай 12). Декапитация острымъ крючкомъ.

пополамъ посредствомъ разсѣченія позвоночника, можно легко извлечь каждую часть въ отдѣльности. Собственно опыта у меня пока нѣтъ.

Вамъ будетъ очень интересно узнать, что наша пациентка продѣлала вполне нормальный безлихорадочный послѣродовой періодъ.

Кстати я хочу еще разсказать Вамъ одинъ очень интересный случай, въ которомъ я имѣлъ возможность наблюдать другой еще болѣе рѣдкій механизмъ родовъ при поперечныхъ положеніяхъ, — роды *conduplicato corpore*.

Мягкія части матери были чрезвычайно объемисты, размѣры таза больше нормы (28, 30, 32, 22), ребенокъ доношенный, 50 см. длины, но мацерированный, здѣсь скорѣе было настоящее спинное положеніе, чѣмъ запущенное поперечное. Обѣ ручки выпали. Въ три сильныя, слѣдующія другъ за другомъ схватки родились одновременно головка и животикъ, затѣмъ родились ягодицы и ножки.

Лекція X.

Случай 13-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа С., 24 лѣтъ, первые роды.

Сообщеніе: «Лихорадка при ягодичномъ положеніи».

А н а м н е з ъ: Безъ особенностей.

Послѣднія регулы: 25 сентября.

Начало схватокъ: 2 іюля, 9 ч. веч.

Пузырь вскрылся: 3 іюля, 12 ч. 30 м. утра.

Прибытіе врача: 4 іюля, 8 ч. утра.

Statu: Женщина средняго роста, съ хорошо развитыми мускулатурой и жировой клѣтчаткой.

Температура: 38,6°.

Пульсъ: 124.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp. 26, Cr. 27, Tr. 31, Conj. ext. 18, Conj. diag. 12, Conj. vera 10,5. Матка на три пальца ниже края реберъ, въ днѣ матки баллотирующая часть. Спинка вправо, мягкая большая часть вступила въ тазъ: II ягодичное положеніе (рис. 102).

Сердцебиеніе: Справа выше пупка, 120.

Внутреннее изслѣдованіе: Мягкія части чрезвычайно узки. Пузыря нѣтъ. Прощупывается только край маточнаго зѣва. Копчикъ справа, нѣсколько назадъ, сгѣпа ані въ правомъ косомъ размѣрѣ, мошонка слѣва нѣсколько впередъ. Ягодицы плотно вколочены въ тазъ выше плоскости spinae: II неполное ягодичное положеніе (рис. 103).

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

Продолжительные роды, особенно повышеніе температуры и частый пульсъ не позволяютъ намъ выждать. Поэтому нужно низвести ножку. Если удастся, то извлеченіе, если не удастся выведеніе головки, то перфорацию послѣдующей головки; если позволяютъ окружающія условія, то гебостеотомию.

Если низведеніе ножки не удастся, извлеченіе тупымъ крючкомъ или при помощи петли.

Такъ какъ температура и пульсъ матери требуютъ немедленнаго окончанія родовъ, то я низвелъ бы ножку, по возможности лѣвую (?). Затѣмъ я представилъ бы роды произвольному теченію. Если застрянетъ головка, то я при-мѣню способъ Veit-Smellie или Martin-Wiegand'a.

Мм. Гг. Это первое положеніе тазовымъ концомъ, которое мы имѣемъ въ теченіе нашего практическаго курса, причеиъ сразу обнаружилась тѣ затрудненія, съ какими приходится считаться при этой чрезвычайно частой аномалии. Если вообще въ акушерствѣ сохраненіе спокойствія является гражданскимъ долгомъ, то при положеніяхъ тазовымъ концомъ вдвойнѣ умѣстно спокойное отношеніе. Къ такому заключенію и Вы придете, выслушавъ разсказъ о нѣсколькихъ случаяхъ изъ практики, въ которыхъ акушеръ не заботился о соблюденіи указаннаго закона къ несчастью для довѣрившейся ему пациентки и для самого себя.

Всѣ Вы усмотрѣли въ повышеніи температуры до 38° , ускореніи пульса до 124—показаніе къ окончанію родовъ. И я въ этомъ случаѣ раздѣляю Ваше мнѣніе. Затѣиъ одинъ изъ Васъ посовѣтовалъ низвести ножку и потомъ ожидать. Я не вижу логики въ такомъ образѣ дѣйствія. Если есть показанія со стороны матери, то нужно немедленно разрѣшить роженицу. Низведеніемъ ножки Вы не ускорите роды ни на одну минуту, да еще лѣвую ножку! Остановка родовъ при этомъ, слегка плоскомъ тазѣ обусловливается тѣиъ, что правая ягодица плода встрѣтила препятствіе въ верхнемъ краѣ лоннаго сочлененія (рис. 102). Слѣдовательно, если Вы хотите низвести ножку, то прежде всего Вы должны постараться устранить это препятствіе, т. е. низвести переднюю ножку, слѣдовательно, въ этомъ случаѣ—правую.

Здѣсь я не рѣшился выбрать этотъ способъ родоразрѣшенія и я обязанъ поэтому сообщить Вамъ причину, почему я этого не сдѣлалъ. Низведеніе ножки при ягодичныхъ положеніяхъ требуетъ почти одинаковыхъ условій, какъ и поворотъ. Легче всего и безопаснѣе всего—у многородящихъ при полномъ открытіи зѣва и цѣломъ пузырьѣ. Легче—при полномъ ягодичномъ положеніи, при которомъ, какъ Вы знаете, ножки согнуты въ колѣняхъ и поэтому стопы находятся глубоко внизу около ягодицъ (рис. 104); легче, повторяю, чѣиъ при неполныхъ ягодичныхъ положеніяхъ, при которыхъ стопы помѣщаются высоко въ маткѣ и прижаты къ животу плода (рис. 102). Благодаря различнымъ обстоятельствамъ, я считаю низведеніе ножки въ послѣднемъ случаѣ труднѣе и опаснѣе, чѣиъ при черепномъ предлежаніи. При черепномъ предлежаніи (ср. относ. сюда рис. 105) Вы вводите руку въ матку, захватываете ножку и низводите ее, причеиъ ножка слѣдуетъ за движеніемъ Вашей руки такъ же, какъ двигается проволока звонка, когда тянуть за его ручку. При неполномъ ягодичномъ предлежаніи дѣло обстоитъ совершенно иначе. Здѣсь при низведеніи ножки приходится согнуть ее въ колѣнѣ (наоборотъ, въ предыдущемъ случаѣ—разогнуть). Но сдѣлать сгибаніе удастся лишь, растянувъ и безъ того растянутую матку введенной въ нее рукой, причеиъ можетъ произойти разрывъ матки, если не будетъ соблюдена достаточная осторожность; точно также при поперечныхъ положеніяхъ можетъ произойти разрывъ чрезмѣрно растянutoй шейки. Изъ двухъ рисунковъ (рис. 105—

106) Вамъ все будетъ понятно. Но еще больше, чѣмъ указанное со-
ображеніе, меня удержало отъ предложеннаго Вами способа родоразрѣ-

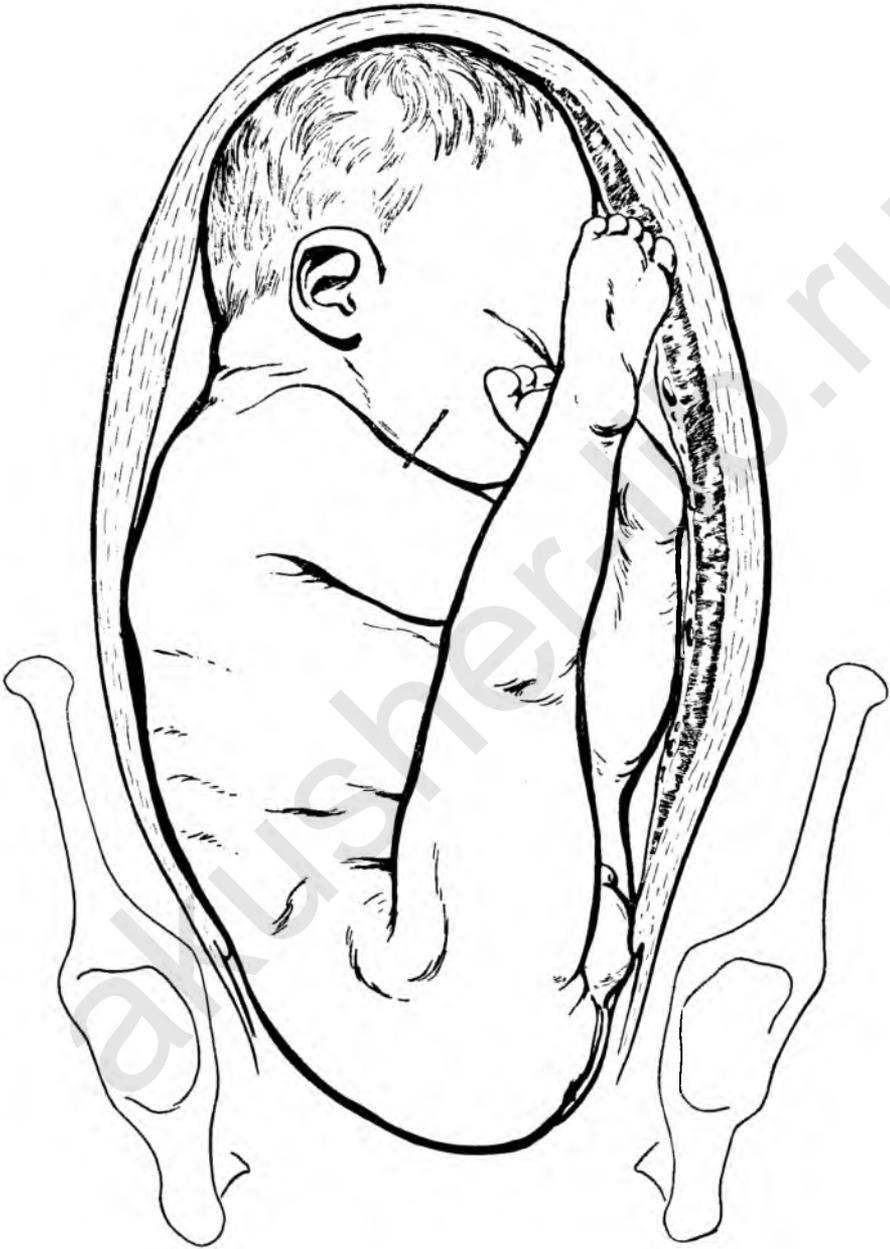


Рис. 102 (случай 13).

шенія въ данномъ случаѣ (отхожденіе околоплодныхъ водъ 19 часовъ
назадъ, первые роды и повышеніе t^0) воспоминаніе о подобномъ же
случаѣ, на который я былъ приглашенъ однажды.

Здѣсь, какъ въ нашемъ случаѣ, была первородящая; кромѣ повышенія температуры до 38° , были еще и другіе непріятные моменты: во-первыхъ, обще-равномѣрно-сѣуженный тазъ (sp. 23, cr. 25, tr. 29, conj. ext. 19), во-вторыхъ, въ мочѣ находился бѣлокъ, въ количествѣ около 2 рМ. и, въ-третьихъ, зѣвъ былъ открытъ меньше 4 пальцевъ. Воды отошли 46 часовъ назадъ, начало родовъ 42 часа назадъ (пузырь вскрылся передъ началомъ схватокъ). Ягодицы плотно во входѣ. Призванный врачъ, который вѣрно опредѣлилъ показаніе къ родоразрѣшенію со стороны матери, просмотрѣлъ слишкомъ узкій зѣвъ у первородящей и ту опасность, которая скрывается въ низведеніи ножки послѣ отхожденія водъ, происшедшаго 46 часовъ назадъ. Прежде всего, при низведеніи ножки произошелъ тяжелый разрывъ шейки съ лѣвой стороны, извлеченіе ребенка было необыкновенно трудно, благодаря обще-равномѣрно-сѣуженному тазу. Хотя ребенокъ умеръ при извлеченіи, акушеръ не сдѣлалъ перфорациі послѣдующей головки. Послѣдствіемъ были: разрывъ шейки на правой сторонѣ и разрывъ промежности 3-й степени. Когда я увидалъ эту женщину, она была безъ пульса. Такъ какъ, къ счастью, имѣлись хорошіе помощники, то были наложены швы — жгутъ Momburg'a не былъ тогда, къ сожалѣнію, извѣстенъ—и эта женщина была спасена благодаря аутотрансфузії, вливанію солевого раствора, назначенію солевыхъ клизмъ, большихъ дозъ камфоры и кофеина. (О леченіи этихъ тяжелыхъ кровотеченій см. лекцію 13). Выяснимъ же вкратцѣ тѣ ошибки, которыя привели къ смерти ребенка, а мать—на край могилы:

Во-первыхъ: не должно быть никакихъ акушерскихъ пособій безъ достаточнаго раскрытія зѣва.

Во-вторыхъ: при такомъ давнемъ отхожденіи водъ низведеніе ножки при ягодичныхъ положеніяхъ опасно.

Въ-третьихъ: если при ягодичномъ предлежаніи умеръ ребенокъ и выяснилось изъ дальнѣйшаго теченія родовъ, что имѣются пространственное несоотвѣтствіе или ригидность мягкихъ родовыхъ путей, то предохранить мать отъ поврежденій можно только путемъ перфорациі.

Сомнительно, чтобы даже опытный акушеръ могъ въ этомъ случаѣ получить живого ребенка, онъ во всякомъ случаѣ захотѣлъ бы избѣжать тяжелыхъ поврежденій мягкихъ частей матери, тѣмъ болѣе, что онъ былъ бы не въ состояніи остановить послѣдующее кровотеченіе даже наложеніемъ швовъ.

Вернемся теперь къ нашему случаю: отношенія, конечно, здѣсь проще, такъ какъ зѣвъ при нашемъ прибытіи былъ уже открытъ. Одно повышеніе температуры не составляло бы для меня еще показанія для вмѣшательства, тѣмъ болѣе, что здѣсь нужна была тяжелая очень опасная для ребенка операція. Но ускореніе пульса слишкомъ озабочивало меня, чтобы ждать еще дольше. Я уже изложилъ Вамъ тѣ причины, которыя насъ заставили отказаться отъ низведенія ножки. Сперва мы попробовали

защипить за пахъ указательнымъ пальцемъ и извлечь ребенка. Но, какъ и нужно было ожидать, это не удалось. Вслѣдствіе большого объема ягодицъ намъ не удалось зайти въ переднюю паховую складку, а только въ заднюю. Въ нее мы ввели, подъ руководствомъ лѣвой руки, тупой крючокъ, который Ahlfeld рекомендуетъ выбирать какъ можно толще и крѣпче, чтобы избѣжать поврежденій (рис. 107). Введеніе крючка происходитъ такъ же, какъ это было описано при примѣненіи остраго крючка. Затѣмъ сначала было произведено осторожное потягиваніе внизъ по направленію къ верхушкѣ копчика роженицы. Понятно, мы дѣлали эту операцію на столѣ. Какъ только опустилась передняя ягодица, въ паховую

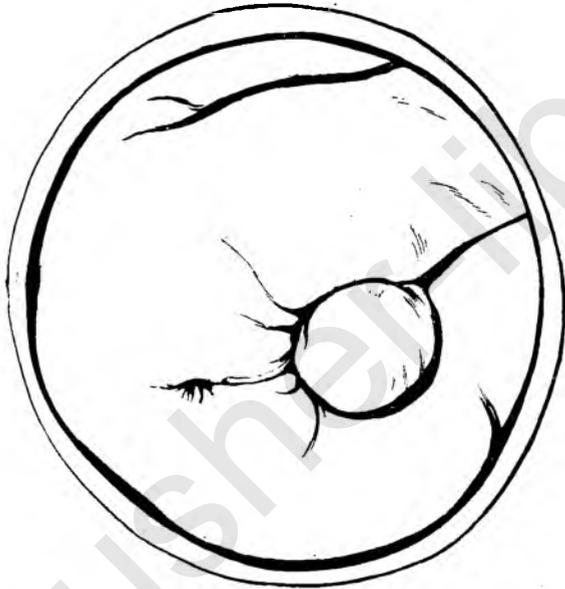


Рис. 103 (случай 13). Данныя изслѣдованія.

складку былъ введенъ указательный палецъ правой руки медленными и осторожными движеніями. Опытному акушеру обыкновенно удастся извлечь ягодицы безъ поврежденія ребенка. Но у меня самого были и такіе случаи, гдѣ, несмотря на величайшую осторожность, я не могъ избѣжать перелома бедра. Они заживаютъ почти безъ исключенія хорошо, если правильно наложена повязка съ вытяженіемъ. Я никогда не видалъ отрыва эпифизовъ или перелома шейки, которые считаются неблагопріятными въ смыслѣ прогноза. Многіе акушеры предпочитаютъ пользоваться вмѣсто крючка петлей, но, по собственному опыту, я не вижу въ этомъ никакихъ преимуществъ,—переломы происходятъ здѣсь такъ же часто, какъ при употребленіи тупого крючка. Кромѣ того, наблюдаются поврежденія мягкихъ частей отъ разрѣзыванія ихъ петлей.

Какъ только ягодица покажется въ половой щели, снимите крючокъ и начинайте осторожно выводить ягодицу, не извлекая сейчасъ же ножки,



Рис. 104. Ср. это полное ягодичное предлежаніе съ неполнымъ на рис. 102.



Рис. 105. Низведение ноги при черепномъ предлежаніи. (Здѣсь не изображена наружная рука, помогающая снаружи).

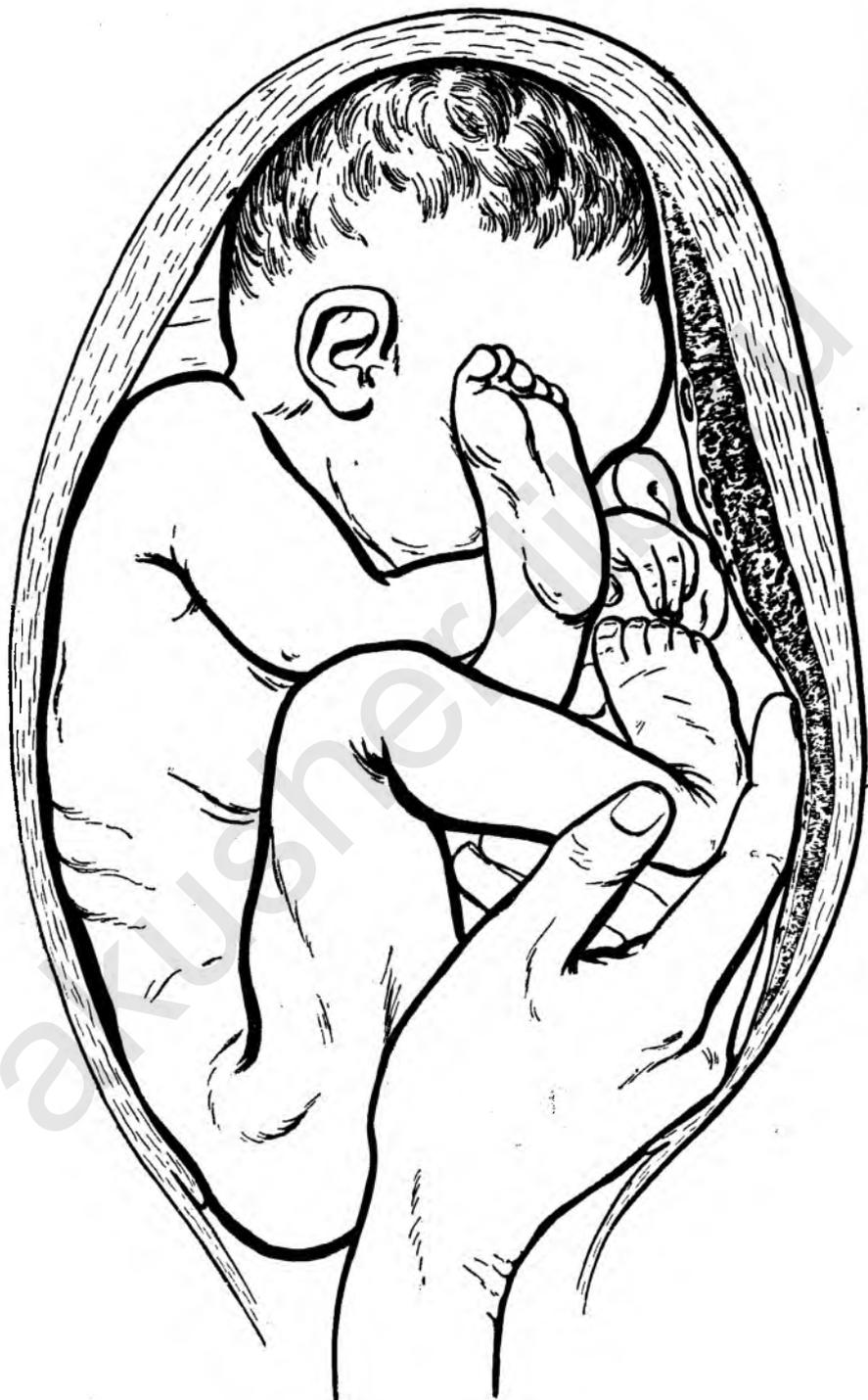


Рис. 106. Низведение ножки при неполном ягодичномъ положеніи. Ср. растяженіе стѣнокъ матки на этомъ рисункѣ съ растяженіемъ на рис. 105.



Рис. 107 (случай 13). Ср. съ рис. 102.

какъ это я часто видѣлъ. Мы заканчиваемъ слѣдующее затѣмъ извлечение туловища ребенка не по извѣстному Вамъ способу, въ которомъ Вы упражнялись на фантомахъ, но по способу, рекомендованному Mueller'омъ въ Мюнхенѣ. Такъ какъ я считаю превосходнымъ способъ Mueller'a при правильномъ и цѣлесообразномъ примѣненіи при нормальномъ или немного суженномъ тазѣ, то я изображу его въ нѣсколькихъ рисункахъ.

При обычномъ способѣ Вы продолжаете извлечение до тѣхъ поръ, пока не прощупаете лопатку, освобождаете затѣмъ заднюю ручку, поворачиваете головку и, наконецъ, приступаете къ освобожденію второй ручки; при способѣ Mueller'a этотъ приемъ отпадаетъ. Туловище ребенка сильно оттягиваютъ книзу до тѣхъ поръ, пока, какъ показано на рис. 108, переднее плечико и соотвѣтственная ручка не подойдутъ подъ лонное сращеніе. Тогда туловище ребенка сильно поднимаютъ вверхъ, пока задняя ручка не спустится въ выходъ таза и не родится произвольно изъ-подъ промежности (рис. 109); ее можно легко вытянуть, захвативъ за локоть (рис. 110). Я комбинирую это подниманіе туловища ребенка (II актъ способъ Mueller'a) еще съ поворотомъ головки впередъ, такъ что непосредственно послѣ этой манипуляціи можно примѣнить приемъ Veit-Smellie. (Туловище ребенка перекидываютъ верхомъ на предплечье лѣвой рукой спинкой вверхъ, двумя пальцами лѣвой руки, указательнымъ и среднимъ, введенными въ ротикъ ребенка, сгибаютъ головку, а правой рукой извѣстнымъ образомъ захватываютъ загылокъ). Какъ я сказалъ, я ни разу не видалъ неудачъ при этихъ операціяхъ, произведенныхъ мною приблизительно въ 60 случаяхъ; поврежденій ребенка также не наблюдалось, и всѣ, кто видѣлъ этотъ приемъ, убѣждаются въ томъ, что онъ хорошъ, элегантенъ и простъ. Въ 2 случаяхъ плоскаго таза (conj. vera 8,5—9 см.) я долженъ былъ по окончаніи I акта операціи приступить къ освобожденію ручекъ, что и удалось безъ труда при потягиваніи ихъ книзу. Я рекомендую Вамъ способъ Mueller'a для всѣхъ извлеченій при предлежаніяхъ тазовымъ концомъ и поперечныхъ положеніяхъ, если только тазъ нормальный или суженъ незначительно.

Такимъ образомъ намъ удалось извлечь живымъ большого мальчика 51 см. длины, 6¹/₂ фун. вѣсомъ, съ окружностью головки въ 36 см. У этой женщины температура первые дни поднималась до 38°, но скоро упала до нормы при назначеніи льда и эрготина ¹⁾).

Но безъ показаній, и я еще разъ особенно подчеркиваю это, всѣ ягодичныя предлежанія должны проводиться строго выжидательно. Большинство молодыхъ акушеровъ считаетъ, что если до рожденія ягодичъ можно терпѣливо ждать, то дальше не только есть

¹⁾ Rp. Extract. fluid. Ergotin.
Tinctur. Cinnamomi aa 7,5
MDS. Черезъ 2 часа по 20 кап.

Или: Rp. Secal. corn. pulv. 1,0
d. t. d. № XXI.
3 раза въ день по 1 пор.

основаніе для вмѣшательства, но даже оно становится обязательнымъ. Но это не такъ. Особенно будьте осторожны у первородящихъ, если хотите избѣжать глубокихъ разрывовъ промежности. Если ягодицы родились, а плечики, скрещенныя на груди ручки (онѣ бывають запрокинуты только

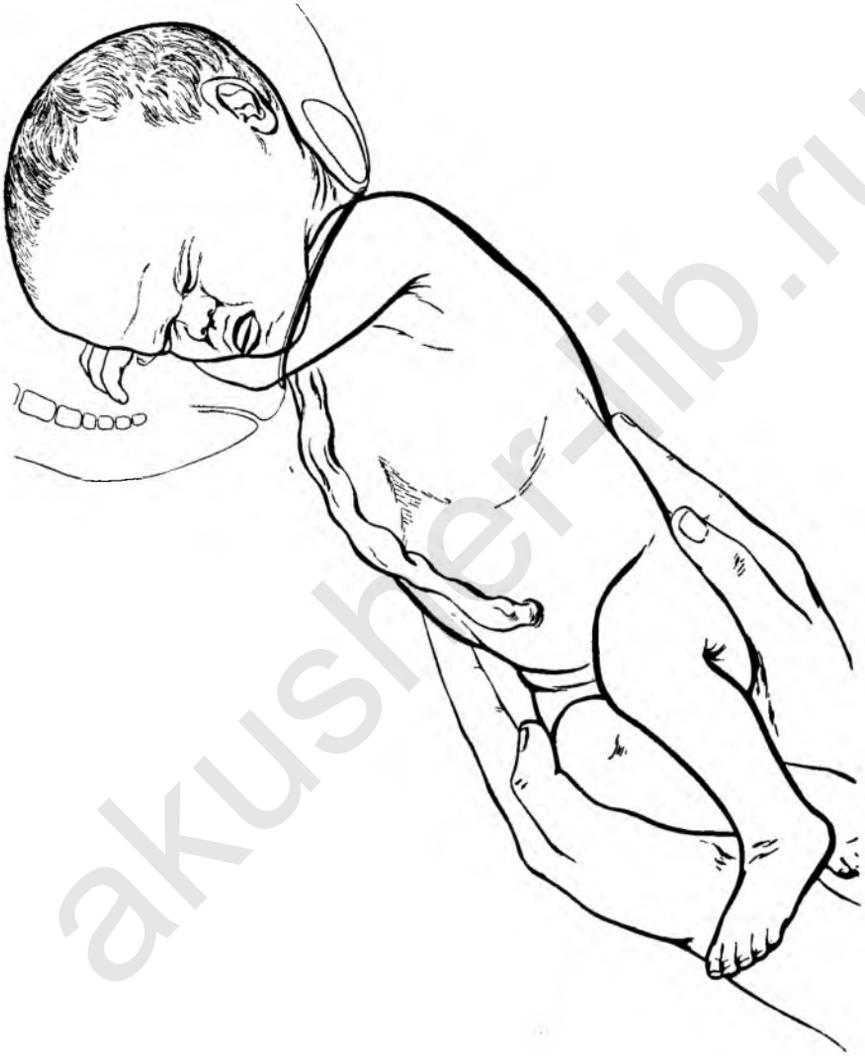


Рис. 108. Извлечение по Mueller'у. I актъ. Оттягиваніе внизъ туловища плода, пока не покажется изъ-подъ лонной дуги переднее плечико.

при извлеченіи) и головка не выходятъ, то въ 60 случаяхъ изъ 100 достаточно просто надавить на животъ, чтобы выжать весь плодъ. Если Вы помыслись, положите на животъ полотенце, смо-

ченное растворомъ сулемы или лизола, крѣпко захватите дно матки, какъ для способа Credé, вмѣстѣ съ головкой ребенка и надавливайте по направленію внизъ, крѣпко удерживая другой рукой туловище ребенка.



Рис. 109. Извлеченіе по Mueller'у. II актъ. Подниманіе туловища плода, пока изъ-подъ промежности не прорѣжется заднее плечико.

чтобы не упало. Если дѣло не идетъ, тогда Вы должны освободить ручки, т. е. къ извлеченію по Mueller'у присоединить еще приемъ Veit-Smellie.



Рис. 110. Извлеченіе по Mueller'у. II актъ. Теперь легко вытянуть заднюю ручку.

Чѣмъ рѣже вводить пальцы во влагалище роженицы, тѣмъ лучше прогнозъ для послѣродового періода; поэтому я такъ настойчиво рекомендую Вамъ *expressio foetus* и способъ извлеченія Mueller'a.

Случай 14-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г. Н., 42 лѣтъ, 10-е роды.

Сообщеніе: Родились ягодицы. Годы дальше не подвигаются.

Ана мнезъ: Ничего особеннаго.

Прежніе роды: 8 родовъ, очень быстро, всѣ безъ искусственной помощи.
1 выкидышъ.

Послѣдніе регулы: 7 іюня.

Начало схватокъ: 5 марта, 11 ч. пополудни.

Пузырь вскрылся: 5 марта, 9 ч. утра (слѣдовательно, за 14 часовъ до начала схватокъ). Околоплодныхъ водъ 7 литровъ.

Прибытіе врача: 6 марта, 2 ч. 30 м. утра

Лодовая дѣятельность: Очень хорошая и сильная.

Status: Здоровая крѣпкая женщина нормальнаго роста.

Сердцебіеніе: 120.

Температура: 36,2°.

Пульсъ: 80.

Наружное изслѣдованіе: Нормальной величины мальчикъ, родившійся до шейки. Подъ брюшными покровами видна объемистая часть, доходящая до пупка, которая при ощупываніи оказалась головкой вмѣстѣ съ послѣдомъ.

Внутреннее изслѣдованіе: —

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

Діагнозъ: Hydrocephalus (одинъ предполагаетъ возможность двоенъ), перфорация перфораторомъ, ножницами или троакаромъ.

Мм. Гг. Какъ я вижу изъ Вашихъ отвѣтовъ, всё Вы правильно обсудили случай: такъ какъ всё прежніе роды протекали безъ искусственной помощи и размѣры таза нормальны, то гдѣ-либо должно существовать особенное препятствіе, мѣшающее прохожденію послѣдующей головки. Въ такихъ случаяхъ, когда для рожденія послѣдующей головки имѣются непреодолимая препятствія, никогда не примѣняйте грубой силы, потягивая за туловище, вспомните лучше о возможности 3 слѣдующихъ обстоятельствъ:

1. Есть несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ матери.

а) Узкій тазъ у матери: исключается измѣреніемъ таза или анамнезомъ, какъ въ нашемъ случаѣ.

б) Большая головка ребенка вслѣдствіе гигантскаго роста или уродствъ плода: hydrocephalus или двойного уродства (diprosopus).

2. Судорожное сжатіе зѣва. Онъ плотно обхватилъ шейку ребенка. Часто бываетъ, особенно если начинаютъ извлеченіе при тазовомъ предлежаніи безъ показаній при недостаточномъ раскрытіи зѣва: исключить это можно только при немедленномъ внутреннемъ изслѣдованіи.

3. Рѣдкія аномаліи мягкихъ родовыхъ частей, опухоли матки, яичниковъ и влагалища: исключаются только при внутреннемъ изслѣдованіи.

Если Вы всегда будете помнить всё эти 3 возможности, то Вы не поставите неправильнаго діагноза. Въ нашемъ случаѣ имѣлся hydrocephalus и было не трудно поставить діагнозъ. Если бы въ этомъ случаѣ я не зналъ анамнеза и не смѣрялъ таза, то могъ бы поставить правильный діагнозъ только взглянувъ на животъ этой роженицы (ср. рис. 111). Гигантскую головку почти что видно черезъ вялые брюшныя покровы, при ошупываніи замѣчается флюктуація, при внутреннемъ изслѣдованіи прощупываются разошедшіеся швы и это подтверждаетъ нашъ діагнозъ, поставленный уже на основаніи осмотра и пальпаціи. Такіе случаи Вы должны себѣ представлять особенно ярко, иначе они могутъ окончиться неблагополучно или же протекать такъ тяжело, какъ я наблюдалъ, напр., еще въ бытность мою ассистентомъ въ Hall'o.

Въ одно изъ воскресеній, днемъ, была доставлена женщина (г-жа Sp.) изъ деревни. Она рожала 12-й разъ. Всѣ роды прошли нормально безъ искусственной помощи! Послѣдній ребенокъ (11-е роды) родился мертвымъ. Послѣднія менструаціи: въ серединѣ августа. Начало схватокъ: ночью съ 17 на 18 іюня. Эта женщина разсказала, что приглашенный акушеръ не могъ извлечь ребенка, родившагося въ положеніи тазовымъ концомъ. Послѣ безплодныхъ попытокъ, длившихся около часа, онъ, не задумываясь, перерѣзалъ шейку и отправилъ эту женщину въ клинику съ головкой, свободно болтающейся въ маткѣ. У того акушера, какъ я потомъ слышалъ, не было подъ руками инструментовъ для перфорациі. Но Вы увидите, что въ этомъ случаѣ его совѣмъ и

не нужно было; нужно было бы перфорировать головку теми же ножницами, какими была перерезана шейка и тогда можно было окончить роды. Но хотя было очень нецелесообразно отделить головку ребенка



Рис. 111 (случай 14).

отъ шейки и лишить себя такимъ образомъ лучшаго рычага при дальнѣйшихъ попыткахъ къ извлеченію, все-таки роженицѣ не было еще нанесено этимъ особеннаго вреда. На рис. 112 изображенъ этотъ случай, какъ я зарисовалъ его тогда же послѣ изслѣдованія роженицы.



Рис. 112 (случай г-жи Sp., стр. 153). Благодаря примѣненію большой силы при отрываніи головки получился разрывъ шейки съ правой стороны и образовалась большая подбрюшинная гематома выше правой подвздошной кости (въ брюшинный разрывъ матки).

Вы видите растянутый родовой каналъ, разорванную съ правой стороны шейку и брюшину, отслоенную на большомъ протяженіи до самой подвздошной кости, благодаря тому, что изъ разрыва было кровотеченіе. Слѣдовательно, здѣсь имѣлся, къ счастью, внѣбрюшинный разрывъ матки. Гидроцефалическая головка заключала 1400 куб. стм. жидкости. Женщина благополучно поправилась, хотя и долго была больна. Кровь могла бы излиться въ свободную брюшную полость и кровотеченіе могло быть смертельнымъ. Одинъ разъ я видѣлъ подобное же экстраперитонеальное кровотеченіе при эклампсiи послѣ влагалищнаго кесарскаго сѣченія, произведеннаго извѣстнымъ мнѣ лицомъ, но окончившагося смертью: здѣсь при разрѣзѣ были повреждены атипично идущія *arteria*, которыя не были обшиты достаточно тщательно при послѣдующемъ наложеніи швовъ. При вскрытіи найдена экстраперитонеальная гематома, доходящая до области почки; наружнаго кровотечения совершенно не было.

О томъ, насколько опасны могутъ быть эти необдуманныя попытки къ извлеченію при неполномъ открытіи зѣва, я расскажу Вамъ по поводу нашего ближайшаго случая.

А вмѣстѣ съ тѣмъ какъ легко окончить извлеченіе въ подобныхъ случаяхъ даже неопытному, не нанося никакихъ поврежденій женщннѣ. Защищаемъ влагалище Дупу'овскимъ зеркаломъ. Верхній конецъ его находится у затылка; чтобы не нанести поврежденій растянутой шейкѣ, фиксируйте головку снаружи сами или поручите это ассистенту или акушеркѣ, приложите къ ней ножницеобразный перфораторъ и сдѣлайте имъ сильный толчокъ, громадная гидроцефалическая головка тотчасъ спадается и этимъ устраняется препятствіе. Вмѣсто зеркала такъ же хорошо можно защитить влагалище лѣвой рукой, *dorsum manus* кверху, а вмѣсто перфоратора такъ же хорошо можно перфорировать простыми острыми ножницами. Въ нашемъ случаѣ мы сдѣлали такъ, какъ представлено на рис. 113.

Послѣдовательнаго кровотечения не было, появились сильныя схватки, послѣродовой періодъ протекъ гладко и безъ осложненій.

Если Вамъ придется когда-нибудь попасть въ такое же положеніе, въ какомъ я былъ въ этомъ случаѣ, придется удалять изъ матки отрѣзанную головку, фиксируйте лучше всего основаніе черепа во входѣ такъ, чтобы стрѣловидный шовъ стоялъ въ поперечномъ размѣрѣ (ср. рис. 12), причѣмъ нужно направлять головку внутренней лѣвой рукой, а фиксировать—наружной. Затѣмъ заставьте акушерку держать фиксированную такимъ образомъ головку, перфорируйте ее черезъ *foramen magnum* и удалите пустой черепъ приемомъ *Martin-Wiegand'a*.



Рис. 113 (случай 14). Перфорация послѣдующей головки (hydrocephalus) ножницами. Лѣвой рукой раздвигаются губы, а при неимѣннн зеркала, ею же защищается передняя стѣнка влагалища.

Случай 15-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Но., 34 лѣтъ, 10-е роды.

Сообщеніе: Поперечное положеніе.

Анамнезъ: Безъ осложненій.

Прежніе роды: 2 выкидыша, 7 родовъ, всѣ безъ искусственной помощи.

Послѣднія регулы: 9 мая.

Начало схватокъ: 22 января, 7 час. пополудни.

Пузырь вскрылся: 24 января, 3 ч. утра.

Прибытіе врача: 24 января, 3 ч. 30' утра.

Родовая дѣятельность: Вялая и медленная.

St a t u s: Здоровая крѣпкая женщина средняго роста.

Температура: 36,7°.

Пульсъ: 76.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp. 26, Сг. 29, Тг. 31, Conj. ext. 21. Спинка вправо, баллотирующая крупная часть (головка) въ fundus Ягодицы отклонены къ лѣвой подвздошной кости.

Сердцебіеніе: 120.

Внутреннее изслѣдованіе: Влагалище никакихъ особенностей не представляетъ. Шейка цѣла, длиной приблизительно въ 3 пальцевыя фаланги, вполнѣ пропускаетъ 3 пальца. Въ зѣвѣ — обѣ ножки, которыя отчасти уже спустились во влагалище, и петля ясно пульсирующей пуповины.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

1. Показаніе: выпаденіе пуповины. Метрейризмъ. Извлеченіе.
2. Кольпейринтеръ съ грузомъ, медленное извлеченіе (!! авторъ).
3. Колѣнно-локтевое положеніе. Вправленіе пуповины.
4. Выжидать и слѣдить за пульсаціей пуповины.

Мм. Гг. Если бы въ этомъ случаѣ имѣлось простое ножное положеніе при цѣлой еще шейкѣ и не было выпаденія пуповины, навѣрное, всѣ Вы стали бы ждать, такъ какъ нѣтъ никакихъ показаній ни со стороны матери, ни со стороны ребенка, которыя заставили бы насъ предпринять трудную и опасную операцію при неполномъ раскрытіи зѣва. Но со словомъ «выпаденіе пуповины», какъ и со словомъ «узкій тазъ», соединяются столь прочныя ассоціаціи въ мозгу молодого акушера, что настоятельно требуется вмѣшательство. Простое сравненіе нашего сегодняшняго случая (рис. 114) съ однимъ изъ послѣдующихъ: выпаденіемъ пуповины при черепномъ предлежаніи (рис. 161, лекція XIV) укажетъ Вамъ значительную разницу, какъ въ смыслѣ прогноза, такъ и въ отношеніи терапіи. Въ нашемъ сегодняшнемъ случаѣ, гдѣ ягодицы отклонились къ правой подвздошной кости, пуповина ни въ коемъ случаѣ не можетъ быть прижата во время схватки, опасность прижатія наступитъ только тогда, когда зѣвъ раскроется и ягодицы опустятся глубже. Даже и тогда это прижатіе пуповины мягкими ягодицами менѣе опасно, чѣмъ при черепныхъ предлежаніяхъ. Слѣдовательно, въ нашемъ случаѣ единственно правильнымъ будетъ—ждать и таковъ былъ совѣтъ, который я далъ коллегѣ, пригласившему меня на эти роды. Родовая дѣятельность у роженицы была медленная; только черезъ 20—25 минутъ появлялась слабая короткая схватка. Что же удивительнаго, что и мужъ, и акушерка одновременно атаковали молодого акушера, прося его хоть немного потянуть за ножку, которая иногда показывалась изъ половой щели. Хотя въ состояніи матери и ребенка не произошло никакихъ измѣненій, и пуповина хорошо пульсировала, все-таки коллега приступилъ къ медленному извлеченію, какъ совѣтовалъ и одинъ изъ Васъ. Вы знаете, что въ курсѣ на фантомахъ учатъ извлекать медленно до освобожденія ручекъ. Здѣсь имѣются патологическіе роды и было бы правильнѣе, въ интересахъ ребенка, извлекать быстро, чтобы по возможности сократить время прижатія пуповины. Но въ интересахъ матери нужно дѣйствовать какъ можно болѣе бережно, иначе неизбеженъ разрывъ шейки, столь опасный въ частной практикѣ. Коллега выбралъ золотую середину, онъ избѣжалъ Харибды, чтобы вѣрнѣе попасть въ руки Сциллы. При медленномъ извлеченіи пульсація пуповины становилась, конечно, все слабѣе и слабѣе, освобожденіе ручекъ, какъ онъ сказалъ мнѣ и какъ можно было предсказать заранѣе, оказалось очень труднымъ, а головку онъ совсѣмъ не могъ извлечь, несмотря на всѣ усилія. Когда меня пригласили вторично, я нашелъ, что пуповина не пульсируетъ, ребенокъ умеръ, а маточный зѣвъ, какъ узкій галстукъ, плотно обхватываетъ шейку ребенка, настолько плотно, что при болѣе энергичномъ потягиваніи за туловище ребенка шейка должна была неминуемо разорваться. Женщина была еще подъ легкимъ наркозомъ, поэтому я

рѣшился окончить роды. Если бы больная не была подъ наркозомъ, а я, изъ желанія поддержать коллегу, не захотѣлъ бы вмѣшаться, то въ



Рис. 114 (случай 15).

данномъ случаѣ можно было впрыснуть 0,01 морфія и спокойно ждать, пока не прошло судорожное сокращеніе матки и не наступили совер-

шенно произвольные роды или при помощи легкаго Veit-Smellie. Къ счастью, извѣстіе о смерти ребенка произвело мало впечатлѣнія на отца. Онъ съ трудомъ добывалъ хлѣбъ для своихъ 7 дѣтей и казался не особенно огорченнымъ неожиданнымъ исходомъ. Я перфорировалъ также, какъ въ случаѣ hydrocephalus (рис. 114) послѣдующую головку, прибавилъ наркозъ и тогда мнѣ удалось извлечь всего ребенка безъ поврежденія матери.

Ребенокъ, мальчикъ, даже безъ мозга имѣлъ солидный вѣсъ въ $8\frac{1}{2}$ фунтовъ и длину въ 56 см.

Если въ подобномъ случаѣ настоятельно желаютъ имѣть живого ребенка и со стороны ребенка имѣются показанія къ немедленному родо-разрѣшенію, то для этого представляются 2 возможности:

Или устраняютъ препятствіе со стороны узкаго канала шейки путемъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія,—это самый вѣрный способъ. Но влагалищное кесарское сѣченіе должно производиться въ клиникѣ; въ частномъ домѣ въ исключительныхъ случаяхъ ее можетъ сдѣлать опытный специалистъ-акушеръ, и то, если имѣется хорошее освѣщеніе и достаточная ассистенція. При быстромъ извлеченіи ребенка нужно заранѣе рассчитывать на возможный разрывъ шейки. Если онъ произойдетъ, нужно умѣть остановить кровотеченіе и наложить швы *lege artis*. Нужно для этого положить, конечно, женщину на столъ, подъ спину подложить жгутъ Momburg'a, не затягивая его; приготовить, кромѣ того, зеркала Douen'a, достаточное количество иголъ и катгута, иглодержатель, шарики,—словомъ, все необходимое, чтобы было справиться, если понадобится, съ возможнымъ кровотеченіемъ изъ шейки. Тотчасъ послѣ выжиманія послѣда введите во влагалище зеркала, захватите края зѣва Сопиновскими щипцами (около 6 паръ), чтобы низвести мѣсто разрыва, и затѣмъ тщательно обшейте его. Въ настоящее время эта операція значительно облегчается примѣненіемъ уже указаннымъ выше способомъ жгута Momburg'a. Въ прежнее время сочившаяся кровь сильно затрудняла осмотръ.—Но этотъ способъ не для начинающихъ и пригоденъ только въ совершенно исключительныхъ случаяхъ. Такъ, изъ времени моего пребыванія въ Halle я вспоминаю одинъ случай. Женщина 41 года и ея мужъ страстно хотѣли имѣть живого ребенка, такъ какъ у нихъ умерли 2 доношенныхъ дѣтей и 3 недоношенныхъ (у этой женщины было еще 6 выкидышей). При открытіи зѣва на $2\frac{1}{2}$ пальца я извлекъ живую дѣвочку 48 см. длины, которая осталась въ живыхъ. Но послѣ родовъ я долженъ былъ наложить швы на разрывъ шейки въ 6 см. длины. Я сдѣлалъ это описаннымъ выше способомъ. Примѣненіе метрейринтера въ такихъ случаяхъ небезопасно, имъ можно легко вызвать прижатіе выпавшаго большого клубка петель пуповины; результатъ получится обратный тому, на который рассчитывали. Отношенія здѣсь совершенно иные, чѣмъ при черепномъ предлежаніи и выпаденіи пуповины.

Несколько опаснымъ можетъ быть извлеченіе при годичномъ поло-

жені, если оно дѣлается малоопытными людьми, показываетъ слѣдующій печальный случай. У одной второродящей при ножномъ положеніи, какъ въ нашемъ 15 случаѣ, акушерка, которая хотѣла поскорѣе уйти, стала дѣлать попытки къ извлеченію; къ приходу приглашеннаго врача-практика сердцебіеніе перестало выслушиваться; ребенокъ родился до плечиковъ и умеръ. Врачъ освободилъ ручки. При извлеченіи головки ему предста-

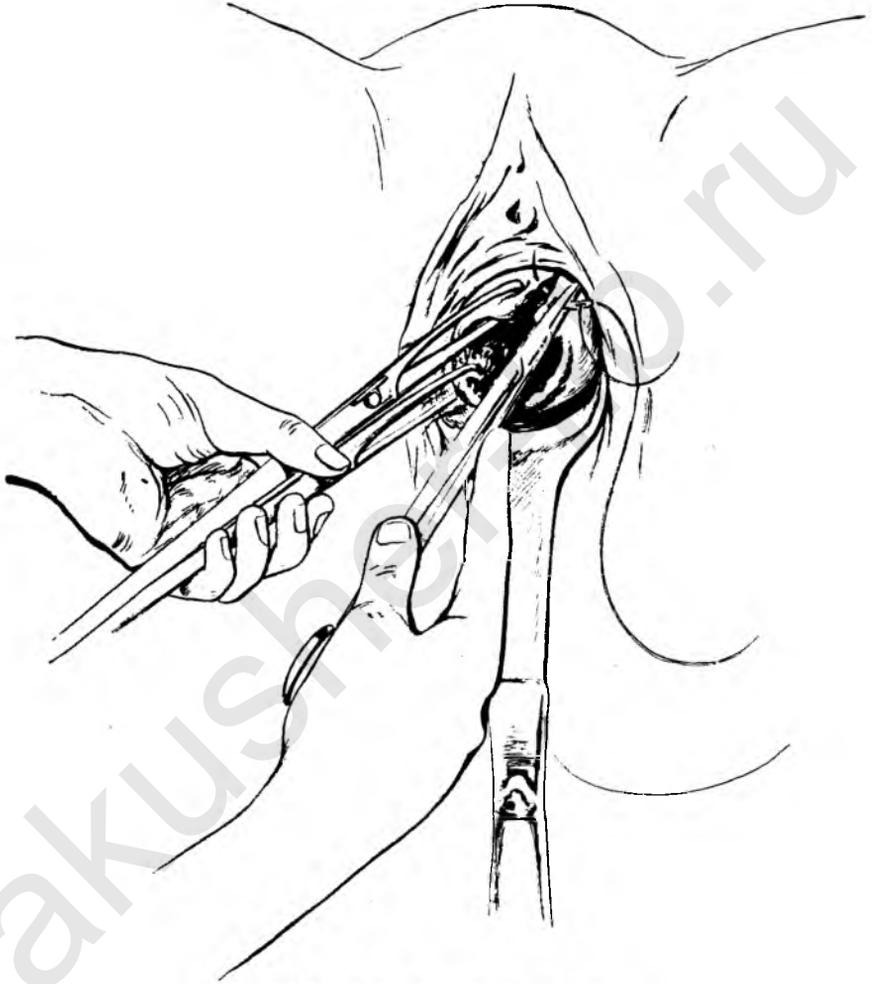


Рис. 115. Швы на разрывѣ шейки.

вились непредвидѣнные препятствія, какъ и въ нашемъ случаѣ. Въместо того, чтобы ждать или сдѣлать перфорацию, онъ изо всей силы рванулъ ребенка. Тотчасъ же у женщины сдѣлался коллапсъ, сильное кровотеченіе, акушеръ совершенно потерялъ голову, онъ подумалъ, что кровотеченіе изъ послѣда, хотѣлъ сдѣлать ручное отдѣленіе послѣда, ввелъ руку во влагалище, попалъ въ разрывъ шейки, разорвалъ брюшину и вырвалъ матку вмѣстѣ съ послѣдомъ. Конечно, женщина погибла отъ

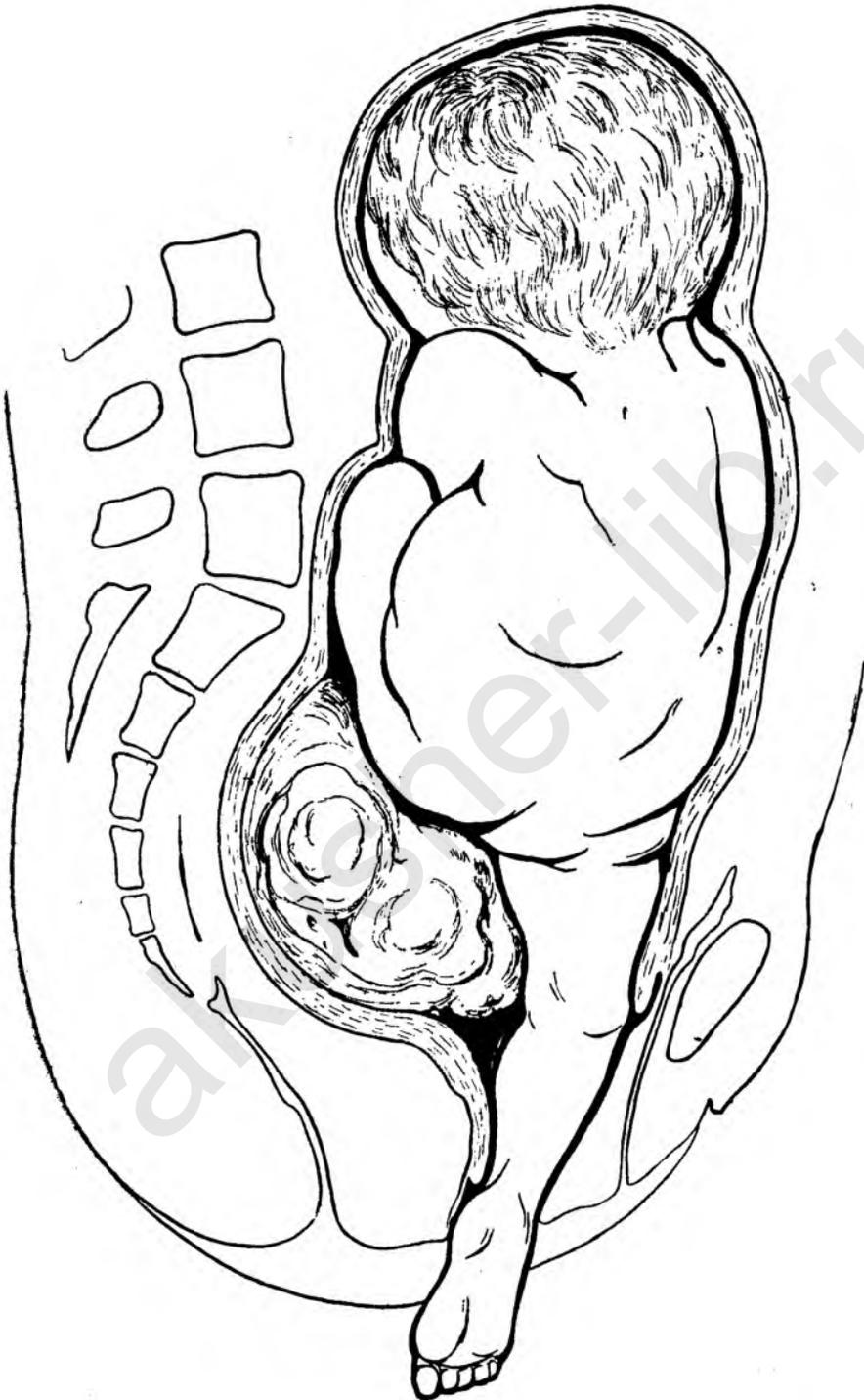


Рис. 116. Подслизистая міома, какъ препятствіе для родовъ.

кровотеченія, ее не успѣли и доставить въ клинику. Если бы врачъ держался въ этомъ случаѣ золотого правила — отнюдь не вмѣшиваться безъ показаній, государству была бы сохранена молодая цвѣтущая жизнь, а семьѣ—мать.

Въ заключеніе я хочу вкратцѣ сообщить Вамъ еще объ одномъ случаѣ, о которомъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ я сообщилъ здѣшнему акушерскому обществу. Женщина, о которой идетъ рѣчь, должна была родить въ 6-й разъ. Утромъ въ воскресенье у нея начались боли и она послала за акушеркой. Та пригласила врача, такъ какъ было поперечное положеніе. Онъ пріѣхалъ не скоро. Женщина лежала въ родахъ 3 дня. Въ это время ребенокъ умеръ. И теперь только при мертвомъ ребенкѣ былъ сдѣланъ поворотъ. Но извлеченіе не удалось, несмотря на то, что тянули за тѣлце ребенка въ теченіе нѣсколькихъ часовъ. Каждый день дѣлались новыя попытки къ извлеченію, но все безъ успѣха.

Спустя 3 дня рѣшили отправить женщину въ клинику. Когда я увидалъ больную, температура у нея была 38,3 и чрезвычайно плохой малый пульсъ выше 120. Изъ половой щели виднѣлась ножка, съ которой совершенно сошла кожа вслѣдствіе многочисленныхъ попытокъ къ извлеченію и начавшагося разложенія; она имѣла запахъ падали. Результаты внутренняго изслѣдованія изображены на рис. 116. Во влагалищѣ спереди опредѣлялась передняя губа, отошедшая выше симфиза, задняя губа прощупывалась хорошо, можно было проникнуть въ каналъ шейки. На внутренней поверхности задней стѣнки шейки находилась опухоль, величиной почти съ дѣтскую головку, выполняющая весь малый тазъ, до самаго мыса—подслизистая міома. Она-то и была причиной поперечнаго положенія, она помѣшала вступленію головки во входъ таза. Мм. Гг. Возможность въ практикѣ подобныхъ случаевъ вполне оправдываетъ наши настоящія занятія. Ошибки, сдѣланныя здѣсь, до того ясны, что мнѣ не нужно долго говорить о нихъ: нельзя оставлять въ теченіе 3 дней поперечное пѣложеніе, нужно изслѣдовать причину остановки родовъ, измѣрять тазъ, или убѣдиться, что причина въ вялости брюшныхъ покрововъ. Если, какъ въ нашемъ случаѣ, ничего этого нѣтъ, нужно подумать о какой-нибудь другой аномаліи. Такимъ образомъ можно было самому выяснитъ діагнозъ и прощупать опухоль при изслѣдованіи, позвать товарища для консультаціи или доставить женщину въ клинику. Но даже въ томъ случаѣ, если діагнозъ не былъ поставленъ, а поворотъ уже сдѣланъ, не нужно было цѣлыми днями извлекать ребенка. Если бы эта женщина не была такого крѣпкаго сложенія, то было бы то же, что въ предыдущемъ случаѣ, она умерла бы отъ разрыва матки или сепсиса. Всегда въ тѣхъ случаяхъ, когда извлеченіе не идетъ, подумайте, какое можетъ быть препятствіе, прежде чѣмъ продолжать свои попытки. *Non vi sed arte!*

Въ клиникѣ міому легко удалось вылущить и затѣмъ уже извлечь ребенка, у котораго, кромѣ того, былъ незначительный hydrocephalus.

Въ первые дни послѣродового періода состояніе родильницы представляло настолько тяжелую картину, что всѣ мы поставили *prognosis pessima*. Но, наконецъ, ея состояніе улучшилось, она выписалась здоровой.

Я не могъ умолчать объ этихъ случаяхъ, потому что изъ ошибокъ можно научиться больше, чѣмъ изъ удачныхъ случаевъ. Только тотъ, кому извѣстны наибольшія опасности въ акушерствѣ, съумѣетъ ихъ избѣжать, а тотъ, кто рубить съ плеча, рано или поздно попадетъ.

акusher-lib.ru

Лекція XI.

Случай 16-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Н., 25 лѣтъ, вторые роды.

Сообщеніе врача: Узкій, плоско-рахитическій тазъ. Conj. vera въ 6 см.

Анамнезъ: Научилась ходить только 3 лѣтъ. Пренніе роды: первые роды самопроизвольные, произошли въ здѣшней клиникѣ годъ тому назадъ, ребенокъ родился мертвымъ, вѣсъ его былъ 8½ ф.

Послѣднія регулы: 9 до 11 марта.

Начало схватокъ: 26 дек., 11 ч. веч.

Пузырь вскрылся: 27 дек., 4 ч. пополудни.

Родовая дѣятельность: Очень частыя бурныя схватки, похожія на судорожныя.

Stat us: Женщина средняго роста съ незначительными признаками рахита. Температура: 36,3°.

Пульсъ: 104.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp. 25, Cr. 26½, Tr. 30, Conj. ext. 17, Conj. diag. 12, Conj. vera 10 см. Головка плотно во входѣ. Надъ правой подвздошной костью прощупывается плотная опухоль (затылокъ). Спинка справа. Ягодицы у дна.

Сердцебиеніе: Слѣва ниже пупка, 130.

Внутреннее изслѣдованіе: Влагилице широкое. Маточный зѣвъ меньше ладони. Справа прощупывается лобъ; отверстія ноздрей обращены влѣво; ясно прощупывается ротъ, который можно распознать по твердому краю десенъ. Подбородокъ выше лба, стоитъ на linea terminalis влѣво, неподвиженъ. Слѣдовательно, лицевая линія въ поперечномъ размѣрѣ. Мысль достигается съ трудомъ. (Изслѣдованіе подъ наркозомъ).

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

1. Нельзя согласиться съ сообщеніемъ врача, что при данномъ тазѣ требуется кесарское сѣченіе, такъ какъ эта женщина родила per vias naturales ребенка въ 8½ ф. вѣсомъ. Лечение: попытаться сдѣлать поворотъ или же перевести лицевое предлежаніе въ затылочное по Thogn'u; въ случаѣ необходимости сдѣлать перфорацию.

2. Высказываются въ томъ же смыслѣ.

3. Двое за гебостеотомію.

Мм. Гг. Сегодня мы рассмотрим ряд аналогичных случаев, которые называются предлежанием в положении разгибания. Вы знаете, — я продемонстрировал это Вам на многочисленных рисунках и таблицах, что нормально плод находится в положении сильного сгибания. Чем больше отдалается подбородок от грудной клетки, тем сильнее будет разгибание. Таким образом первой степенью предлежания в разгибании будет передне-теменное предлежание, которое определяется по более глубокому опусканию большого родничка, стоящего обыкновенно выше малаго. Вторая степень — лобное предлежание; здесь идет вперед лобик, представляя проводную точку головки, и, наконец, лицевое предлежание, представляющее наибольшую степень разгибания. С ним-то нам и придется иметь дело в настоящем случае.

Еще несколько слов по поводу диагноза предлежания в настоящем случае, прежде чем сообщить Вам, какое терапевтическое внимание окажется здесь уместным. Я тем более обязан обсудить этот вопрос, что, как видно из анамнеза, коллега совершенно просмотрел лицевое предлежание в данном случае и диагностировал, вместо того, сужение таза, при котором требуется кесарское сечение. В действительности же здесь имеется только незначительно суженный плоско-рахилический таз (conj. vera 10,5, вместо 11). Каким образом могла произойти такая, несомненно редко встречающаяся ошибка, стало для меня ясно уже при первом исследовании. Коллега смущался, — как он сам признался мне, — лобик с мысом.

Но, Мм. Гг., в этом случае легко было поставить диагноз лицевого предлежания уже на основании одного наружного исследования. Если Вы ясно определяете спинку с одной стороны, а сердцебиение с другой, тотчас Вы должны подумать о положении в разгибании. Если Вы приобретете привычку при подозрении на предлежание головки в разгибании тщательно ощупать всю спинную поверхность плода, то почти во всех случаях (исключения бывают при напряженных брюшных покровах, судорожном сокращении матки, hydramnion), Вы ясно прощупаете борозду, которая, как видно на рис 117, должна находиться между затылком и спинкой. Борозды этой, понятно, не бывает при нормальном предлежании в состоянии сгибания.

Затем, если в этом случае при наружном исследовании и не был поставлен диагноз, то при внутреннем едва ли могли быть какие-либо сомнения относительно предлежания. При целом пузыре довольно часто смешиваются лицевое и ягодичное предлежание и это постоянно дает повод к шутивным замечаниям. Но после разрыва пузыря, как это было здесь, при ощупывании можно уже ясно отличить края десны от отверстия заднего прохода. Под названием лицевая линия понимают прямую, проведенную через спинку носа от родничка к подбородку. Легко построить эту важную для механизма родов линию, зная направление, куда обращены отверстия ноздрей. Они открыты влево,

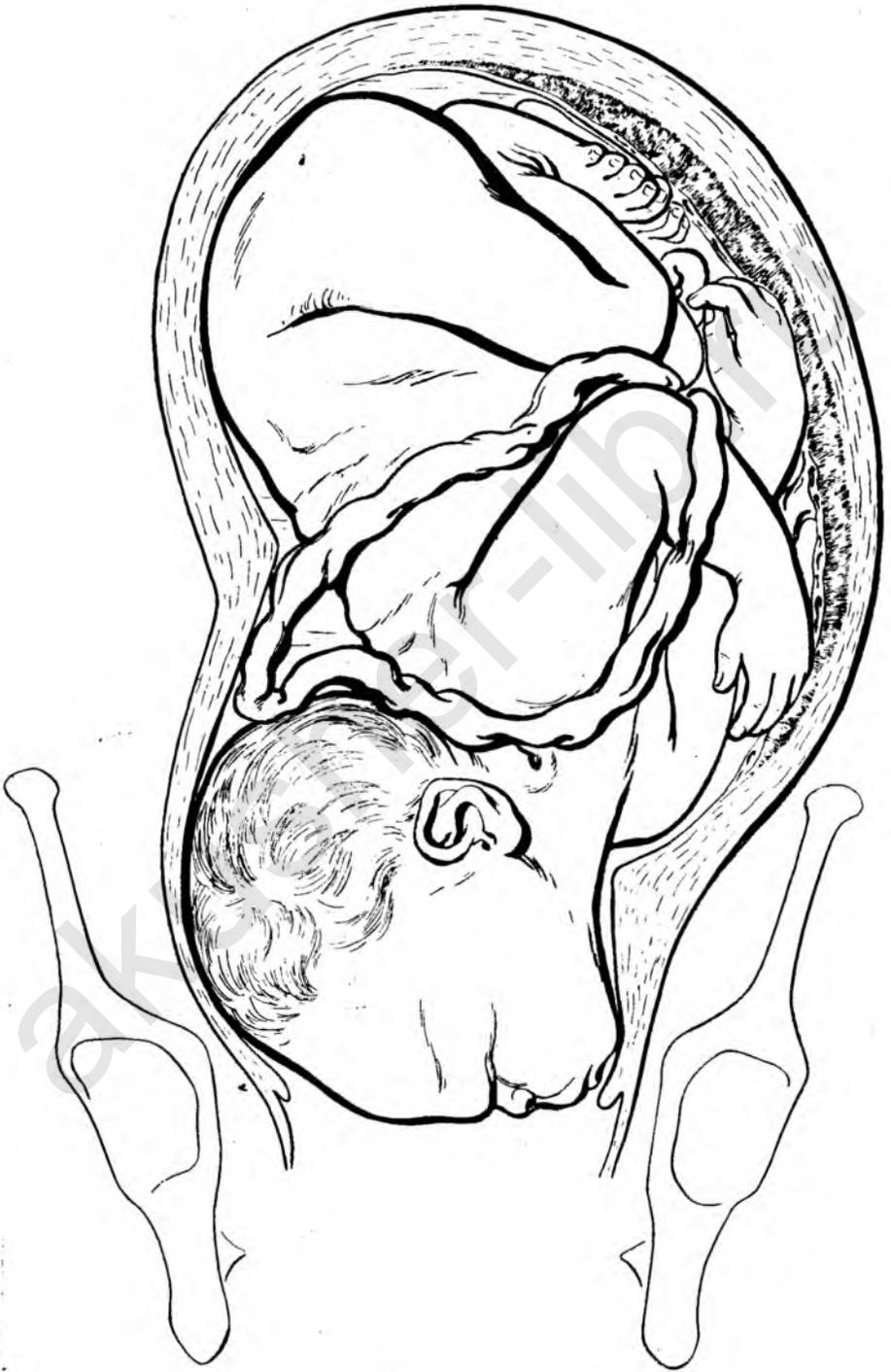


Рис. 117 (случай 16).

значить, лицевая линия находится въ поперечномъ размѣрѣ. Что касается положенія головки въ тазу, то уже изъ возможности достигнуть мысь вытянутыми пальцами Вы убѣждаетесь, что головка стоитъ надъ входомъ. Кромѣ того, подбородокъ прощупывается выше *linea terminalis*. Возможно, что подъ вліяніемъ родовыхъ схватокъ изъ лицевого здѣсь получится еще болѣе неблагоприятное предлежаніе, можетъ задержаться подбородокъ и произойдетъ лобное предлежаніе. Это Вамъ сразу станетъ понятно, если Вы взглянете на нашъ рис. 117.

Какъ же поступить въ подобномъ случаѣ? По совѣсти говоря, настоятельныхъ показаній къ вмѣшательству здѣсь нѣтъ, ни со стороны матери, ни со стороны ребенка. Но родители хотятъ имѣть живого ребенка. Первый былъ уже больше нормальнаго и родился мертвымъ. При вторыхъ родахъ мы должны, повидимому, рассчитывать на такого же большого ребенка или даже крупнѣе перваго. Смертность дѣтей при лицевомъ предлежаніи, по Впшп'у, приблизительно вчетверо больше, чѣмъ при черепномъ предлежаніи (3:13%), матери также наносятся большія поврежденія, все это такіе моменты, которые должны заставить насъ подумать, нельзя ли какъ-нибудь превратить лицевое предлежаніе въ нормальное.

Лучше всего достигается это, какъ и совѣтовали нѣкоторые изъ Васъ, при помощи поворота. Такъ какъ роженица въ этомъ случаѣ повторно-родящая съ обширными мягкими частями, то я также сдѣлалъ бы въ этомъ случаѣ поворотъ, если бы прибылъ къ роженицѣ своевременно до разрыва пузыря. Но хотя прошло сравнительно немного времени послѣ разрыва пузыря, при нашемъ прибытіи головка стояла уже такъ плотно въ тазу, что я побоялся сдѣлать поворотъ. Былъ и еще одинъ моментъ, говорившій противъ поворота, появились первые симптомы образующагося кольца сокращенія, хотя послѣ разрыва пузыря прошло только 5 часовъ. Посмотрите, какъ сильно растягивается родовой каналъ по направленію кпереди при лицевыхъ предлежаніяхъ,—гораздо сильнѣе, чѣмъ при черепныхъ. Итакъ, мнѣ казалось, что приемъ Thorn'a будетъ болѣе бережнымъ, чѣмъ поворотъ, если только соблюсти всѣ необходимыя предосторожности, примѣняя первый способъ. Рекомендую Вамъ всегда поступать такъ, если плодъ подвиженъ и женщина многородящая. Thorn скомбинировалъ внутренній приемъ Baudelocqu'a съ наружнымъ приемомъ Schatz'a. Способъ выполнения Вы видите на рис. 118.

Чрезвычайно осторожно вводятъ въ матку руку, соотвѣтственную затылку (здѣсь лѣвую), какъ для поворота, обхватываютъ, какъ видите, заднюю часть черепа, какъ кегельный шаръ, и тянутъ ее по направленію книзу. Въ то же время наружной рукой оттягиваютъ плечико и грудь по направленію къ затылку, тогда какъ ассистентъ или акушерка стараются подвинуть ягодицы въ противоположную сторону. Цѣль этого тройнаго приѣма—вызвать положеніе сгибанія посредствомъ низведенія затылка внутренней рукой, сдавливанія рукой и приближенія ягодицъ къ головкѣ. (Два наружныхъ приѣма обозначены на рис. 118 стрѣлками). Въ этомъ случаѣ сначала у меня было такое ощущеніе, что приемъ



Рис. 118. (случай 16). Приємъ Thorn'a. (Обратить внимание на стрѣлки!).

удался, но какъ только внутренняя рука отпустила затылокъ, онъ тотчасъ отпрянулъ назадъ подѣ влияніемъ пружинящей силы плотно сокращенныхъ мышцъ шейки, переходъ которой въ толстую сокращенную мускулатуру матки ясно прощупывался. При этомъ произошло новое явленіе, въ высшей степени опасное для ребенка. Выпала пуповина, которая лежала въ бороздѣ между затылкомъ и головкой и атипичное положеніе которой, конечно, нельзя было узнать заранее (рис. 119). Вдругъ, — къ такимъ неожиданностямъ акушеръ всегда долженъ быть готовъ, — наступила опасность для жизни ребенка. Что дѣлать? Примѣ-



Рис. 119 (случай 16). Внезапное выпаденіе пуповины послѣ неудачнаго примѣненія приема Тhоgn'a.

нить щипцы, какъ совѣтоваль одинъ изъ Васъ, здѣсь невозможно. Представьте себѣ ясно наложеніе щипцовъ въ подобномъ случаѣ: одна ложка ляжетъ черезъ подбородокъ и шею, другая — черезъ личико! Если и удастся провести ложки, щипцы все равно соскользнутъ, получатся серьезныя поврежденія матери и ребенка. Вы совѣтовали кесарское сѣченіе! Но пока будутъ идти приготовленія къ нему, ребенокъ успеетъ умереть. Между тѣмъ, если выпаденіе пуповины не представляетъ непосредственной опасности при ножномъ предлежаніи, какъ это было въ предыдущемъ случаѣ, то здѣсь положеніе является угрожающимъ. Не говоря уже о томъ, что въ частной практикѣ при подобныхъ случаяхъ

не можетъ быть и вопроса о *sectio caesarea*, я и въ клиникѣ никогда не сдѣлалъ бы здѣсь лапаротомію изъ опасенія угрожающаго сепсиса.

Теперь, слѣдовательно, дѣло обстоитъ такъ: или дать умереть живому ребенку, или сдѣлать рискованный поворотъ, опасный для матери. Я рѣшился попробовать сдѣлать поворотъ, но не совѣтую Вамъ въ подобномъ случаѣ поступать такъ же. Съ тѣхъ поръ, какъ я видѣлъ разрывъ матки, сдѣланный при такомъ поворотѣ опытнымъ акушеромъ, я сдѣлался гораздо болѣе осторожнымъ. Несчастные случаи у другихъ до сихъ поръ избавляли меня самого отъ возможности повторенія ихъ. Итакъ, весьма осторожно я вошелъ въ матку правой рукой, отодвинулъ головку нѣсколько назадъ и захватилъ переднюю ножку. Но при первомъ же потягиваніи внизъ я замѣтилъ, что низводится и вся матка цѣликомъ, какъ бы скованная желѣзными обручами тѣло ребенка. Значитъ, выполнение моего плана причинило бы вредъ матери, поэтому я отказался отъ поворота.

Теперь, какъ Вы можете убѣдиться ошудываніемъ, пуповина перестала пульсировать. Примѣняемъ глубокой наркозъ, перфорируемъ лобикъ ребенка у самага корня носа, накладываемъ наружную ложку черезъ затылокъ и извлекаемъ большого ребенка, въ $7\frac{1}{2}$ ф. вѣсомъ. Показаніемъ къ перфорации служитъ здѣсь не смерть ребенка, окончаніе родовъ показано въ интересахъ матери: оно явилось необходимымъ послѣ всѣхъ нашихъ вмѣшательствъ, способа *Thorn'a*, попытки къ повороту, глубокаго наркоза п послѣ продолжительныхъ родовъ, наблюдающихся обыкновенно при лицевыхъ предлежаніяхъ.

Я думаю, что мы многому научились благодаря этой безуспѣшной попыткѣ. Теперь всякій добросовѣстный врачъ долженъ задать себѣ вопросъ, какъ протекли бы эти роды при спокойномъ выжиданіи. И отвѣтомъ на это будетъ: по крайней мѣрѣ не хуже, а можетъ быть и лучше. При нашемъ прибытіи ребенокъ былъ живъ; опасность для его жизни наступила только тогда, когда произошло выпаденіе пуповины, влѣдствіе примѣненія способа *Thorn'a*,—случайность, которую имѣлъ возможность наблюдать также *Thies*.

Въ его случаѣ можно было еще сдѣлать поворотъ, но результатъ былъ одинаковый,—ребенокъ былъ извлеченъ мертвымъ. Изъ рис. 119 Вы легко убѣдитесь, что рука, введенная для поворога, еще больше увеличиваетъ сильное сдавленіе пуповины, которое производятъ вытянувшійся въ длину затылокъ и сильно растянутая шейка матки.

Такимъ образомъ причиной смерти ребенка послужили наши собственные мѣропріятія. Конечно, печальный исходъ этого случая долженъ былъ угнетать насъ, если бы мы дѣйствовали безъ всякихъ показаній. Но нашими показаніями были симптомы начинающагося чрезмѣрнаго растяженія матки и постепенный переходъ лицевого предлежанія въ лобное. И то, и другое явленіе раньше или позже должны были вызвать вмѣшательство, которое и не могло быть ничѣмъ инымъ, какъ только перфорацией, можетъ быть даже живого ребенка.

Случай 17-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа В., 21 года, первые роды.

Сообщеніе: «Ягодичное предлежаніе».

Анамнезъ: Безъ особенностей.

Послѣднія регулы: Начало іюля.

Начало схватокъ: 7 апрѣля, 12 ч. 30 м. пополудни.

Пузырь вскрылся: 7 апрѣля, 1 ч. пополудни.

Прибытіе врача: 7 апрѣля, 12 ч. пополудни.

Родовая дѣятельность: Очень хорошая и сильная.

Status: Женщина маленькаго роста, нѣжнаго сложенія.

Температура: 36,5°.

Пульсъ: 80.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Сг. 22¹/₂, Sp. 25 ¹/₂, Тг. 25, Conj. ext. 16¹/₂. Типичное, ясно опредѣляемое при ошупываніи I лицевое предлежаніе, данныя изслѣдованія ср. со случаемъ 16.

Внутреннее изслѣдованіе: Зѣвъ открытъ на ладонь. Пузырь цѣль. Прощупывается личико. Лицевая линія въ поперечномъ размѣрѣ.

Терапія: ?

Случай 18-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Z., 31 года, 8 роды.

Сообщеніе: Роды не подвигаются.

Анамнезъ: Безъ особенностей.

Предшествовавшіе роды: 7 лѣтъ назадъ разрѣшилась живымъ ребенкомъ въ лицевомъ положеніи, въ клиникѣ Halle, при всѣхъ остальныхъ родахъ ничего особеннаго не было.

Послѣднія регулы: 20 іюля.

Начало схватокъ: 7 мая, 8 ч. 30 м. у.

Пузырь вскрылся: 7 мая, 3 ч. 30 м. пополудни.

Прибытіе врача: 7 мая, 5 ч. пополудни.

Родовая дѣятельность: Довольно сильная и продолжительная.

Status: Женщина средняго роста.

Температура: 37,5°.

Пульсъ: 90.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp. 26¹/₂, Сг. 28, Тг. 31, Conj. ext. 21. Туловище плода, благодаря напряженію брюшныхъ покрововъ, не прощупывается.

Сердцебіеніе: Слѣва ниже пупка, 130.

Внутреннее изслѣдованіе: Маточный зѣвъ открытъ на ладонь. Пузыря нѣтъ. Лицевая линія въ поперечномъ размѣрѣ. Корень носа вправо, ротикъ и подбородокъ влѣво.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей

по поводу 17 и 18 случаевъ.

Случай 17: 1. Поворотъ на ножку, выжиданіе, извлеченіе.

2. Приемъ Thonn'a.

3. Выжиданіе, такъ какъ роженица первородящая съ обще-равномѣрно-суженнымъ тазомъ.

Случай 18: Большинство за поворотъ.

3—за выжиданіе.

Въ обоихъ этихъ случаяхъ при нашемъ прибытіи было еще время сдѣлать поворотъ, какъ предлагаютъ это нѣкоторые изъ Васъ. Но два момента удержали насъ отъ поворота въ первомъ случаѣ. Во-первыхъ, то, что здѣсь имѣлась первородящая. Вы знаете (см. выше)—почему. Во-вторыхъ, то, что здѣсь имѣется обще- и равномѣрно-суженный тазъ. Въ томъ и состоитъ большое преимущество приѣма Thorgn'a, что его можно примѣнить тамъ, гдѣ поворотъ почти или совершенно невыполнимъ; поэтому мы рѣшились сначала наблюдать за нормальнымъ теченіемъ родовъ. Уже послѣ 1¹/₂-часоваго наблюденія у насъ явилось убѣжденіе, что роды совершатся самопроизвольно, а лицевое предлежаніе не перейдетъ въ черепное. При внутреннемъ изслѣдованіи мы нашли, что личико почти опустилось на тазовое дно, подбородокъ правильно повернулся впередъ, лицевая линия въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ $\frac{3}{4}$ часа спустя, т. е. въ 4 ч. 15 м. пополудни родился ребенокъ, мальчикъ вѣсомъ въ 3000 грм. и длиною въ 50 см. Мы поддерживали промежность совершенно такъ же, какъ при черепныхъ предлежаніяхъ (см. выше), только соотвѣтственно измѣненію механизма родовъ сводили переднюю спайку не за затылокъ, но за подбородокъ. Ребенокъ, мальчикъ въ 3000 грм. вѣсомъ и 50 см. длиною громко закричалъ, какъ только появился на свѣтъ. Изъ этого неожиданно быстрого, благополучнаго теченія родовъ Вы видите, какъ трудно предсказать вообще теченіе родовъ и какъ хорошо ожидать, а не спѣшить съ операціей!

Прежде чѣмъ заняться слѣдующимъ случаемъ, мы должны выяснитъ, почему именно при предлежаніяхъ въ состояніи разгибанія такъ легко происходятъ тяжелыя поврежденія промежности. Тогда только Вы поймете, почему при такомъ предлежаніи всѣ опытные акушеры боятся наложенія щипцовъ даже при настоятельныхъ и неизбежныхъ показаніяхъ къ нимъ. Не говори о механизмѣ родовъ при предлежаніяхъ въ разгибаніи, пока головка находится во входѣ или полости таза, займемся теперь исключительно отклоненіемъ отъ нормальнаго механизма при выходѣ головки, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ въ частной практикѣ приходится имѣть дѣло съ этимъ моментомъ родовъ. Въ это же время происходятъ и глубокіе разрывы промежности, проникающіе иногда до rectum, надолго отнимающіе у больныхъ надежду на потомство и лишаящіе ихъ жизнерадостности.

Съ помощью нѣсколькихъ рисунковъ (рис. 120 — 124) сравнимъ механизмъ выходѣ головки при 5 различныхъ предлежаніяхъ головки въ одномъ и томъ же нормальномъ тазу. При всѣхъ 5 предлежаніяхъ: а) переднемъ видѣ затылочнаго, б) заднемъ видѣ затылочнаго, в) передне-теменномъ, д) лицевомъ и, наконецъ, е) лобномъ мы видимъ головку въ моментъ прорѣзыванія. Соотвѣтственный размѣръ, черезъ который проходитъ воображаемая плоскость, обозначенъ пунктиромъ. Вы знаете, что механизмъ выходѣ головки состоитъ въ томъ, что одна изъ точекъ

предлежащей части становится неподвижной у нижняго края лоннаго сочлененія и принимаетъ функцію *hypomochlion*. Около этой неподвижной точки предлежащая часть совершаетъ свое разгибательное движеніе. Слѣдующая таблица съ соответственными рисунками выяснитъ Вамъ, что плоскость разрѣза, т. е. функционирующая плоскость при различныхъ предлежаніяхъ въ разгибаніи больше, чѣмъ при нормальныхъ затылочныхъ предлежаніяхъ (все равно, будетъ это передній или задній видъ затылочнаго предлежанія). Больше всего эта плоскость при лобныхъ предлежаніяхъ, здѣсь и шансы для ребенка чрезвычайно плохи: 25—36% (по Döderlein'у). Но чѣмъ больше плоскость, тѣмъ сильнѣе травмируется промежность и тѣмъ больше требуется спокойствія акушеру!

Конфигурація головки происходитъ такимъ образомъ, что она приспособляется по направленію плоскости, вытягиваясь по перпендикулярному направленію къ ней.

При всѣхъ предлежаніяхъ въ разгибаніи даже простые выходныя щипцы являются опасной для матери операціей. Если головка стоитъ еще въ полости таза, т. е. стрѣловидный шовъ при передне-теменномъ предлежаніи, а лицевая линія при лобномъ и лицевомъ предлежаніи—въ косомъ размѣрѣ, старайтесь вспомнить въ такихъ случаяхъ механизмъ произвольныхъ родовъ при этихъ предлежаніяхъ, какъ онъ изображенъ на нашей таблицѣ. И здѣсь природа—нашъ лучшій учитель. Помните, что должны повернуться къ симфизу: при переднемъ видѣ затылочнаго предлежанія—затылокъ, при заднемъ видѣ затылочнаго предлежанія—лобъ, при передне-головныхъ предлежаніяхъ—передняя часть черепа, при лицевыхъ предлежаніяхъ—шейные позвонки, или подбородокъ и, наконецъ, при лобныхъ положеніяхъ—верхняя челюсть. Попытки исправить отклоненіе отъ нормальнаго положенія поворачиваніемъ щипцовъ могутъ съ успѣхомъ производиться чрезвычайно опытными акушерами, но Вамъ я настоятельно отсовѣтую дѣлать ихъ. Слѣдствіемъ подобныхъ бесполезныхъ экспериментовъ являются тяжелые разрывы влагалища, сопровождающіеся такимъ кровотеченіемъ, которое въ частномъ дѣлѣ сумѣютъ остановить только опытные врачи. Ясно помню одинъ случай, когда коллега, желавшій такимъ путемъ превратить задній видъ затылочнаго предлежанія въ передній, извлекъ мертваго ребенка и не могъ одинъ справиться съ остановкой кровотечения.

Но прежде всего старайтесь не пропустить при діагнозѣ этой важной аномаліи предлежанія. Никогда не накладывайте щипцовъ, не ориентировавшись предварительно совершенно точно, какъ стоитъ головка. Если Вы найдете одно изъ указанныхъ неблагопріятныхъ вставленій головки, лучше выждите еще немного, или призовите на помощь опытнаго специалиста. При всѣхъ передне-головныхъ предлежаніяхъ, которыя я видѣлъ до сихъ поръ, ни разу мнѣ не пришлось наложить щипцы, а един-



Рис. 120.

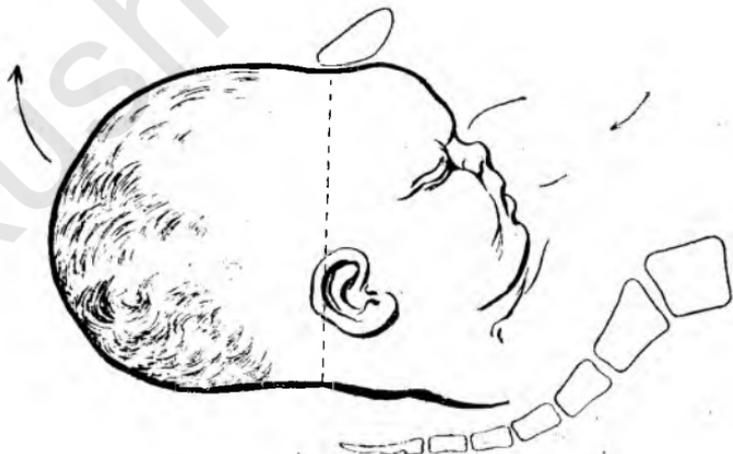


Рис. 121.

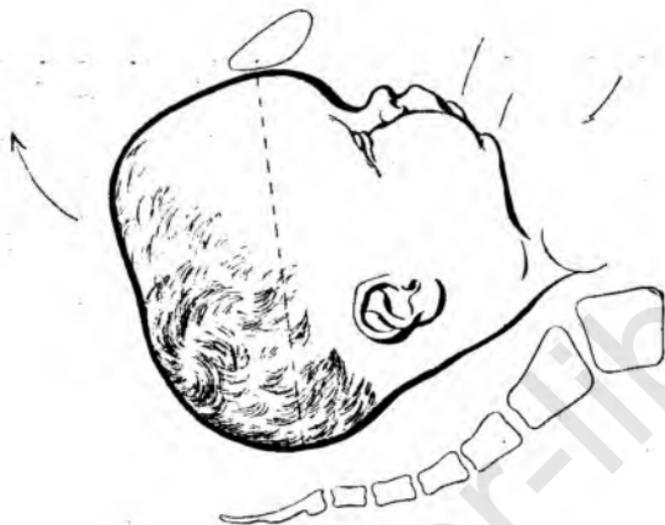


Рис. 122.



Рис. 123.



Рис. 124.

Рис. №	Предлежаніе	Плоскость..	Размѣръ плоскости.	Неподвижная точка	Особыя замѣчанія
120	Передній видъ затылочнаго предлежанія.	Suboccipito-frontale.	32,3	Самая нижняя часть чешуи затылочной кости.	—
121	Задній видъ затылочнаго предлежанія.	Fronto-suboccipitale.	32,3	Лобъ.	—
122	Передне-теменное предлежаніе.	Fronto-occipitale.	34,4	Лобъ.	Въ противоположность этому ср. величину плоскости на рис. 120 и величину плоскости на рис. 121.
123	Лицевое предлежаніе.	Trachelo-parietale posterius.	34,7	Шейные позвонки.	Рѣже въ видѣ huroschlion функционируетъ уголъ нижней челюсти.
124	Лобное предлежаніе.	Maxillo-parietale posterius.	35,3	Верхняя челюсть.	—

(По Döderlein'y).

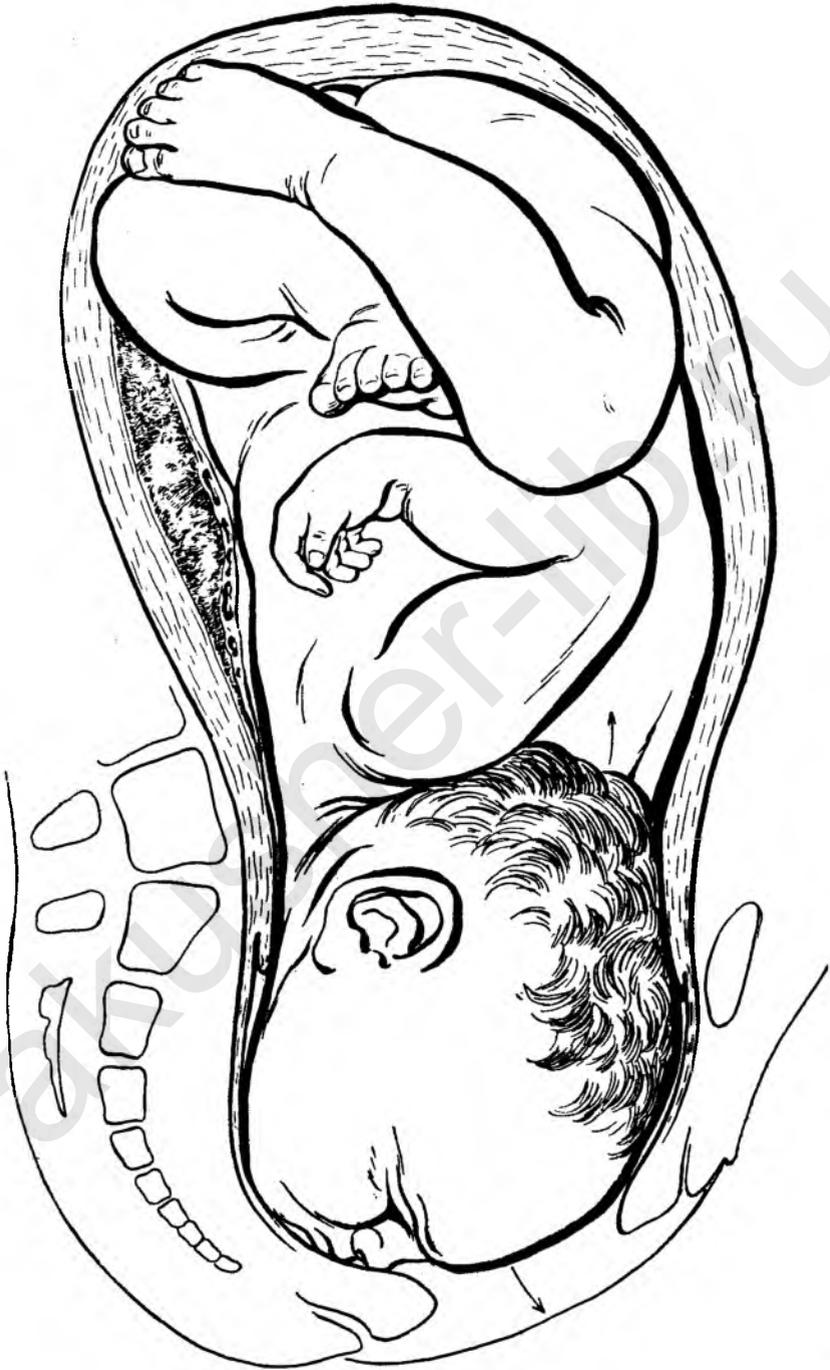


Рис. 125. Лицевое предлежание. Подбородокъ кзади.

ственный разъ, когда меня пригласилъ для этого коллега, который и попробовалъ наложить ихъ до моего прїѣзда, мнѣ пришлось зашивать разрывъ промежности 3-й степени!

Въ заключеніе я долженъ напомнить Вамъ еще о рѣдкомъ случаѣ при лицевыхъ предлежаніяхъ, когда подбородокъ, вмѣсто того, чтобы повернуться кпереди, повертывается кзади. Какъ видно уже на рис. 125, головка при этомъ сильно вытягивается въ длину, неподвижной точкой становится темя; затѣмъ головка должна сдѣлать сгибаніе, причемъ должна еще больше вытянуться (см. стрѣлки на нашемъ рисункѣ), но это совершенно невозможно, — затылокъ пробуравить тогда спинку. При такомъ предлежаніи единственно правильной и наименѣ вредной для матери операціей въ частной практикѣ является перфорация даже живого ребенка. Но нужно замѣтить, что это положеніе «подбородкомъ кзади» становится опаснымъ только тогда, когда головка стоитъ уже на тазовомъ днѣ (какъ на рис. 125); пока она находится выше, можно всегда еще рассчитывать на произвольный поворотъ подбородка кпереди. Въ случаѣ надобности можно помочь природѣ, повернувъ головку рукой подъ наркозомъ.

Теперь къ случаю 18. Если бы онъ попалъ подъ Ваше наблюденіе послѣ нашихъ сегодняшнихъ разсужденій, то я увѣренъ, что Вы поступили бы точно такъ же, какъ я. И здѣсь имѣется I лицевое предлежаніе. Воды отошли только 1½ часа назадъ, зѣвъ почти вполнѣ открытъ и очень растяжимъ, женщина многородящая, тазъ нормальный. Можно ждать, на томъ основаніи, что одни роды у нея при лицевомъ предлежаніи прошли гладко. Но къ чему подвергать женщину всѣмъ опасностямъ столь продолжительнаго родоразрѣшенія, къ чему подвергать ребенка возможной опасности? Здѣсь дѣло обстоитъ такъ: можно немедленно устранить всѣ препятствія, произведя легкій поворотъ, или же пропустить благоприятный моментъ, и этимъ связать себѣ руки.

Какъ видно на рис. 126, первый моментъ поворота, — отодвиганіе головки и захватываніе ножки — здѣсь труднѣе, чѣмъ при простомъ черепномъ предлежаніи: это одинаково трудно, какъ для матери, такъ и для акушера. Только тогда, когда головка, благодаря потягиванію за ножку, выйдетъ изъ своего состоянія разгибанія (рис. 127), получатся отношенія, сходныя съ тѣми, какія наблюдаются при обыкновенномъ поворотѣ. Начинающему въ этомъ случаѣ я рекомендовалъ бы скорѣе поворотъ, чѣмъ пріемъ Thon'a, который позже можетъ сдѣлаться иногда необходимымъ, — или трудные щипцы.

Поворотъ, который дѣлалъ въ первый разъ одинъ изъ нашихъ практикантовъ, протекъ гладко, также и извлеченіе по A. Mueller'y (см. рис. 108—110). Въ видѣ исключенія вмѣсто пріема Veit-Smellie я заставилъ примѣнить Пражскій способъ. На рис. 23 Вы лучше познакомитесь съ выполненіемъ этого пріема, чѣмъ по моему разсказу. Преимущества Пражскаго способа заключаются въ томъ,



Рис. 126. Поворотъ при лицевомъ предлежаніи. Захватываніе ножки.



Рис. 127 (случай 18).

При дальнѣйшемъ потягиваніи ножки головка постепенно выходитъ изъ состоянія разгибанія (см. мышцы матки рис. 126 и 127, съ рис. 117—119).

что здѣсь не бываетъ поврежденій полости рта у ребенка, которыя могутъ произойти при болѣе грубомъ примѣненіи приема Veit-Smellie и еще въ томъ, что не нужно входить во влагалище. Одинъ разъ въ родильной комнатѣ мнѣ пришлось наложить тонкіе катгуттовые швы на основаніе языка. Пораненіе произвелъ студентъ, который черезчуръ энергично примѣнялъ способъ Veit-Smellie.

Отрицательныя стороны Пражскаго способа заключаются въ возможности пораненій шейнаго отдѣла позвоночника, которыя могутъ произойти при поднятіи кверху туловища ребенка. Я самъ никогда не видалъ такихъ поврежденій, такъ какъ этотъ приемъ я позволялъ производить только въ рѣдкихъ случаяхъ и только у многорожавшихъ. Здѣсь промежность не представляетъ такого большого препятствія при разгибаніи головки, какъ у первородящихъ, и поэтому нѣтъ чрезмѣрнаго сдавливанія и растяженія шейнаго отдѣла позвоночника.

Итакъ, резюмируя все это, можно выставить слѣдующія правила при лицевыхъ предлежаніяхъ:

1. У первородящихъ:

- a) выжиданіе (ср. случай 17);
- d) если понадобится, способъ Thorn'a;
- c) только въ случаѣ крайней необходимости щипцы, когда головка стоитъ уже на тазовомъ днѣ, а лицевая линія въ прямомъ размѣрѣ (ср. случай 25);
- d) перфорачія при мертвомъ ребенкѣ и даже при живомъ, если головка стоитъ глубоко въ полости таза или если нельзя ее повернуть, при предлежаніи «подбородкомъ кзади» (рис. 125).

2. У многорожавшихъ:

Поворотъ, если его можно безопасно сдѣлать (ср. случай 18) или то же, что въ 1.

При болѣе значительномъ несоотвѣтствіи пригодны тѣ мѣропріятія, о которыхъ говорилось въ лекціяхъ I—IX, но здѣсь нужно придавать большее значеніе несоотвѣтствію благодаря большому размѣру planum.

Случай 19-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Z., 29 лѣтъ, первородящая.

Сообщеніе: Нельзя опредѣлить положеніе.

Анамнезъ: Безъ особенностей.

Последнія регулы: Не помнитъ.

Начало схватокъ: 8 авг., 7 ч. утра.

Пузырь вскрылся: 8 авг., 11 ч. утра.

Прибытіе врача: 8 авг., 5 ч. 30 м. пополудни.

Statu: Женщина средняго роста.

Температура: 36,5°.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза нормальны.

I положеніе въ предлежаніи разгибанія.

Сердцебіеніе: 120.

Внутреннее изслѣдованіе: 8 авг., 5 ч. 30 м. вечера, маточный зѣвъ съ ладонь, лобикъ подвижный, во входѣ. Заячья губа.

9 авг., 10 ч. 30 м. утра, маточный зѣвъ на 4 пальца. Околоплодные воды гнилостныя.

Пульсъ 130. Температура 37,3°. Сердцебіеніе 120.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

1. Поворотъ.
2. Способъ Thogn'a.
3. Щипцы.
4. Перфорация.

Мм. Гг. Изучивъ вопросъ о предлежаніяхъ въ состояніи разгибанія, мы знаемъ теперь, что лобныя предлежанія относятся къ самымъ неприятымъ и тяжелымъ случаямъ въ нашей акушерской дѣятельности. Въ своей частной практикѣ врачъ не-специалистъ рѣдко и вспомнить о существованіи такихъ предлежаній, между тѣмъ діагностическія ошибки представляютъ какъ-разъ здѣсь наибольшую опасность. Вытянутый въ длину лобъ, объемъ котораго увеличивается при продолжительныхъ родахъ, благодаря присутствію большой головной опухоли, можетъ достигнуть уже самаго дна таза, когда головка своей наибольшей окружностью, хорошо извѣстной намъ *planum taxillo-parietale*, стоитъ еще надъ входомъ (ср. рис. 128). Вотъ практическій врачъ и поторопится наложить щипцы. Въ 2 случаяхъ мнѣ пришлось потомъ сдѣлать перфорацию, такъ какъ ребенокъ умеръ во время операціи щипцовъ; въ одномъ случаѣ, въ теченіе нѣсколькихъ часовъ тянули щипцами головку, и, наконецъ, благополучно извлекли ребенка, но онъ родился съ раздавленнымъ черепомъ, сдѣлалъ нѣсколько глубокихъ вдыханій и умеръ. А мать на цѣлые мѣсяцы была оторвана отъ своихъ семейныхъ обязанностей, такъ какъ у нея получилось тяжелое поврежденіе *plexus*, благодаря безсмысленному слишкомъ продолжительному извлеченію щипцами. Въ третьемъ случаѣ была сдѣлана попытка къ повороту 12 часовъ спустя послѣ отхожденія водъ, онъ не удался; можно было бы спасти еще ребенка, примѣнивъ способъ Thogn'a. Я выполнилъ этотъ приемъ нѣсколько иначе, чѣмъ описалъ его Вамъ, именно слѣдующимъ образомъ: отодвинувъ правой рукой подбородокъ (было II лобное положеніе), лѣвой рукой я надавилъ на затылокъ снаружи по направленію книзу. Такимъ образомъ получилось II передне-головное предлежаніе. Роды были окончены щипцами Tarnier, такъ какъ при попыткѣ къ повороту были нанесены тяжелыя поврежденія ребенку. Онъ родился въ асфиксін, но оказалось возможнымъ оживить его. Наложеніе этихъ щипцовъ и извлеченіе были очень трудны, ихъ нельзя рекомендовать въ подобномъ случаѣ начинающему.

Въ этомъ случаѣ при нашемъ прибытіи зѣвъ былъ открытъ только на монету въ 5 марокъ (немного больше серебрянаго рубля) и воды отошли 6½ часовъ назадъ. Кромѣ того, ясно прощупывалась большая заячья губа (ср. рис. 128), переходящая затѣмъ въ глубокую волчью пасть. Это обстоятельство, о которомъ я сообщилъ отцу, заставило насъ прежде всего вести роды какъ можно болѣе бережно по отношенію къ матери. Если бы ребенокъ не былъ уродомъ, то лично я поступилъ бы иначе при лобномъ предлежаніи: а Вамъ я совѣтую прежде всего въ такихъ случаяхъ обратиться къ помощи специалиста или переправить женщину въ клинику, не говоря, конечно, о тѣхъ случаяхъ, когда Вы предоставлены самому себѣ. Въ этихъ случаяхъ Вы должны дѣлать что можете, но помните при этомъ одно: сперва мать, потомъ ребенокъ. Итакъ, я расширилъ бы маточный зѣвъ при помощи Champetier

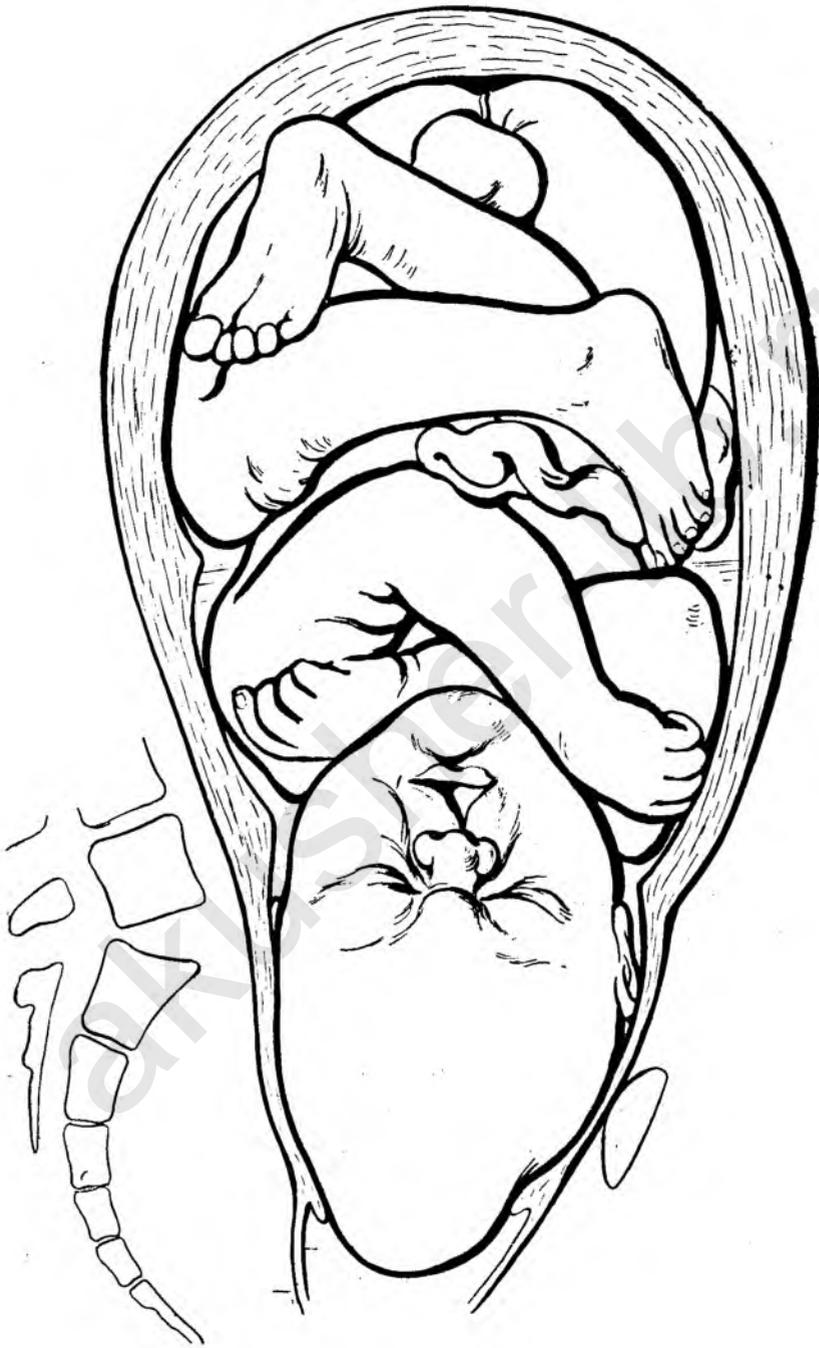


Рис. 128 (случай 19). Наибольшая плоскость еще надъ входомъ таза. Головная опухоль на самомъ тазовомъ днѣ.

de Ribes, примѣняя медленное вытяженіе, п сдѣлалъ бы поворотъ и извлеченіе, хотя роженица была первородящая. За исключеніемъ случаевъ слишкомъ малой величины плода, роды при лобномъ предлежаніи, какъ могу судить на основаніи личнаго опыта, протекають чрезвычайно неблагополучно, а всѣ операціи, которыя могутъ понадобиться въ послѣдствіи, еще тяжелѣе и опаснѣе, чѣмъ поворотъ у первородящихъ.

Но въ нашемъ случаѣ, благодаря уродству ребенка, мы не сдѣлали поворота, а стали ждать; дали морфій въ надеждѣ сперва успокоить боли, а въ послѣдствіи рассчитывая на повышеніе силы сокращеній матки. Изъ исторіи родовъ Вы видите, что на слѣдующій день пульсъ у матери повысился до 130 ударовъ въ минуту, а температура поднялась до 37,3. Околоплодные воды приобрѣли гнилостный запахъ, однако, сердцебиеніе ребенка было, какъ и раньше, хорошее и правильное. Боязнь перфорировать живого ребенка заставила насъ ждать еще и дальше. Вечеромъ, въ 6 ч. 30 м. явленія чрезмѣрнаго растяженія матки сдѣлались настолько угрожающими, пульсъ настолько частымъ (148), что мы должны были рѣшиться на вмѣшательство. Опорожнивъ мочевой пузырь, мы увидали, что кольцо сокращенія идетъ въ поперечномъ направленіи почти на уровнѣ пупка; fundus uteri сильно отклонено къ правому краю реберъ, лѣвая ligamentum rotundum сильно напряжена и растянута, правая тоже, но въ меньшей степени, обѣ прощупываются подъ брюшными покровами въ видѣ плотныхъ шнурковъ. Весь животъ чрезвычайно болѣзненъ. Женщина, бывшая раньше благоразумной и спокойной, теперь находится въ постоянномъ возбужденіи, и постоянно ворочается въ постели. Теперь положеніе было таково, что я долженъ былъ сказать себѣ: еще нѣсколько сильныхъ схватокъ и произойдетъ полный разрывъ матки.

Прежде всего, съ цѣлью прекращенія болей, мы примѣнили глубокой наркозъ на столѣ, приготовленномъ извѣстнымъ уже намъ способомъ. Приготовили все для перфорациі, наложенія швовъ и начали операцію. Несмотря на угрожающій разрывъ матки, я сдѣлалъ осторожную попытку (которую не рекомендовалъ бы Вамъ въ подобномъ случаѣ и которая также не удалась и мнѣ) — превратить лобное предлежаніе въ лицевое или черепное. Какъ и въ случаѣ 16, головка обнаруживала пружинящее дѣйствіе и постоянно возвращалась въ свое прежнее положеніе благодаря чрезмѣрно растянутой шейкѣ. Такъ какъ наложить щипцы нельзя, какъ видно на нашемъ рис. 128 (лѣвая ножка соскользнула бы по теменной кости), то намъ ничего, кромѣ перфорациі, не оставалось. Я далъ сдѣлать эту операцію вольнослушателю. Была перфорирована лѣвая глазничная впадина. Наружная ложка Вгауп'овскаго краниокласта должна была лечь черезъ личико. Но такъ какъ верхушка инструмента доходила только до корня носа, краниокластъ сорвался и острые края теменной кости прорѣзали съ обѣихъ сторонъ шейку матки приблизительно на 4 см. Когда наружная ложка была проведена такъ высоко вверхъ, что она плотно обхватила подбородокъ,

удалось извлечь дѣвочку въ 3080 грм. вѣсомъ (безъ мозга), длиною въ 55 см.

Дождавшись нормальнаго выдѣленія послѣда, мы перешли къ зашиванію обоихъ разрывовъ шейки, а также и разрыва промежности, который произошелъ, когда сорвался краниокласть.

Мм. Гг. Мы вмѣстѣ съ Вами пережили тяжелые часы при веденіи родовъ въ лобномъ предлежаніи. Но утѣшительно то, что эти аномаліи предлежанія принадлежатъ къ самымъ рѣдкимъ (по Leopold'у 1:3000).

Резюмируя еще разъ наши мѣропріятія, имѣемъ слѣдующее:

У первородящихъ нужно стремиться превратить лобное предлежаніе въ черепное или лицевое, если это не удастся, попробовать осторожно сдѣлать поворотъ. Предостерегаю Васъ отъ щипцовъ, лучше перфорируйте живого ребенка.

У многорожавшихъ въ общемъ Вы должны поступить такъ же.

У тѣхъ и другихъ, первородящихъ и многорожавшихъ, при маленькомъ ребенкѣ Вы можете ждать, но всегда помните о тѣхъ опасностяхъ, которыя угрожаютъ матери при столь продолжительномъ теченіи родовъ: Franqué при сопоставленіи 371 случая упоминаетъ о 12 разрывахъ матки и безчисленныхъ пузырно-влагалищныхъ свищахъ.

Лекція XII.

Мм. 1г. Въ сегодняшней лекціи мы будемъ говорить о терапіи цѣлаго ряда случаевъ, которые по своимъ главнымъ симптомамъ имѣютъ нѣчто общее: женщины, по поводу здоровья которыхъ Вы должны дать совѣтъ, подверглись одному изъ самыхъ тяжелыхъ заболѣваній, какія только могутъ быть у беременныхъ, роженицъ и родильницъ—эклампсіи. Не надо изображать Вамъ симптомокомплексъ этого заболѣванія; всѣ Вы въ теченіе семестра видѣли одинъ или нѣсколько такихъ случаевъ, кромѣ того, Вы давно уже ориентировались въ подробностяхъ благодаря своимъ учебникамъ.

Только на одно я хотѣлъ бы обратить Ваше вниманіе,—это дифференціальнѣй діагнозъ при эклампсіи. Я совершенно не беру въ расчетъ тѣ случаи, когда сообщеніе гласитъ: «судороги во время родовъ», и при которыхъ Вы узнаете по прибытіи, что госпожа фельдфебельша вчера испортила себѣ желудокъ, а сегодня жалуется на боль въ животѣ. Нѣтъ, я разумѣю тѣ случаи тяжелой истеріи, которые протекаютъ съ такими же клонически-тоническими подергиваніями, какъ и эклампсія. Вспоминаю объ одномъ случаѣ, это была жена портного; я былъ приглашенъ къ ней на роды и сначала самъ не зналъ, настоящая это эклампсія или нѣтъ. Тѣ же явленія, похожія на судороги, а въ мочѣ содержаніе бѣлка 2⁰/₁₀₀. Приподнявъ закрытыя вѣки роженицы, я увидалъ, что имѣется ясная реакція на свѣтъ. Но реакція зрачковъ существуетъ только при истерическихъ судорогахъ. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ истеріи судороги не сопровождаются потерей сознанія, но бываютъ исключенія, какъ было и въ этомъ случаѣ. Поэтому у истеричныхъ не бываетъ также прикусыванія языка, столь обычнаго при эклампсіи. Содержаніе бѣлка само по себѣ при дифференціальномъ діагнозѣ нельзя принимать въ расчетъ, потому что, какъ Вы знаете, бѣлокъ очень часто находили въ мочѣ беременныхъ (почка беременныхъ); это явленіе можетъ сопутствовать и истеріи или эпилепсіи, а съ другой стороны тяжелыя эклампсіи могутъ быть также безъ бѣлка въ мочѣ (я самъ изъ 100 приблизительно случаевъ видѣлъ 3 безъ бѣлка). Отличить эклампсію отъ эпилепсіи можно только съ помощью анамнеза, такъ какъ клиническіе симптомы недостаточны для діагноза.

О продромальныхъ симптомахъ, такъ назыв. «угрожающей

эклампсія» мы поговоримъ въ заключеніе этой главы, займемся теперь только ясно выраженной эклампсіей.

До сихъ поръ, Мм. Гг., при нашихъ семинарскихъ упражненіяхъ всегда мы предлагали вопросъ: требуется ли внимательство и на какомъ основаніи? При эклампсіи же ставится слѣдующій вопросъ: какимъ образомъ лучше и скорѣе всего окончить роды въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ? Какъ ни хотѣлось бы мнѣ доказать Вамъ необходимость немедленнаго разрѣшенія, исходя изъ этиологіи этого заболѣванія, я долженъ отказать отъ этого, такъ какъ этотъ вопросъ не входитъ въ рамки нашихъ семинарскихъ упражненій. Достаточно сказать Вамъ, что на основаніи 6-лѣтнихъ экспериментальныхъ изслѣдованій я вынесъ твердое убѣжденіе, что источникомъ ядовитыхъ веществъ при эклампсіи является послѣдъ, и что наилучшее леченіе эклампсіи состоитъ въ удаленіи этого источника яда, т. е. въ быстромъ окончаніи родовъ. Кромѣ того, съ этими экспериментально найденными фактами согласуется наша статистика, по которой смертность при немедленномъ родоразрѣшеніи колеблется между 2 и 3%,—это такіе результаты, которыхъ не могъ дать никакой другой способъ леченія. Мы никогда не знаемъ, сколько яда содержится въ плацентѣ и какое количество его можетъ быть нейтрализовано организмомъ. Поэтому примѣненіе выжидательнаго способа здѣсь также неправильно, какъ при, повидному, легкомъ отравленіи было бы неразумно не сдѣлать промыванія желудка. 4 года назадъ я писалъ въ одной изъ своихъ работъ: «съ экламптичными дѣло обстоитъ такъ же, какъ съ отравившимися; если они скоро попадутъ въ руки врача, который знаетъ и умѣетъ примѣнить противоядіе, то они будутъ спасены; если подождать нѣсколько часовъ, то и самыя лучшія средства не помогутъ».

На этомъ убѣжденіи, которое, кромѣ того, раздѣляется теперь большинствомъ университетскихъ преподавателей, зиждется наша успѣшная терапия. Точно такъ же, какъ при угрожающемъ сепсисѣ, отъ дальнѣйшихъ поврежденій можетъ спасти ампутація тяжело зараженнаго органа, такъ немедленное разрѣшеніе предохраняетъ нашихъ больныхъ отъ дальнѣйшихъ судорогъ. Но здѣсь и тамъ самая скорая помощь все-таки можетъ оказаться слишкомъ поздней: уже послѣ перваго единственнаго припадка (и даже вовсе безъ припадковъ—эклампсія безъ судорогъ) въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ организмъ можетъ оказаться настолько тяжело отравленнымъ, *пораженія его паренхиматозныхъ органовъ могутъ оказаться настолько глубокими, что ничто не поможетъ. Но это рѣдкія печальныя исключенія. Во всякомъ случаѣ кто хочетъ спасти экламптичку, тотъ долженъ быть въ одно и то же время хорошимъ хирургомъ и хорошимъ акушеромъ. При другихъ условіяхъ можетъ случиться, что больная, хотя и выздоровѣетъ отъ эклампсіи, умретъ послѣ родовъ отъ нанесенныхъ ей травмъ. Поэтому въ ствоей практикѣ Вы должны придерживаться правила: если Вы по своимъ техническимъ знаніямъ и способностямъ можете разрѣшить экламптичку въ частномъ

домъ, то дѣлайте, не медля, ту операцію, которая Вамъ кажется правильной. Если родоразрѣшеніе слишкомъ трудно для Васъ, если требуется какая-нибудь кровавая операція, съ которой Вы не справитесь, не теряйте времени на безплодныя попытки, лучше передайте такой случай специалисту или клиникѣ. Часто во время нашихъ упражненій я совѣтовалъ Вамъ выжидать, вѣрить въ силы природы и ждать, здѣсь же нужно дѣйствовать, а «какъ», Вы должны сами рѣшить при послѣдующихъ случаяхъ.

акusher-lib.ru

Случай 20-й.



Рис. 129 (случай 20).

Г-жа L. G., 20 лѣтъ, первородящая. 4 недѣли назадъ опухли ноги. Послѣднія менструаціи въ іюнѣ. 14 марта у нея начались судороги, приглашенный врачъ сдѣлалъ кровопусканіе. Теперь у нея было всего 13 припадковъ судорогъ по разсказу домашнихъ.

Status: Крѣпкая особа, средняго роста, которая производитъ впечатлѣніе распухшей, благодаря сильному отеку лица, живота и конечностей. Содержаніе бѣлка: 25% . Температура: $37,4^{\circ}$. Пульсъ: 100.

Данныя изслѣдованія, какъ представлено на рис. 129: I положеніе. Головка плотно во входѣ. Portio цѣла. Наружный зѣвъ совершенно закрытъ. Въ концѣ беременности.

Случай 21-й.

Въ теченіе послѣднихъ дней сильныя головныя боли. Со вчерашняго дня, 26 янв., 6 припадковъ, съ полудня того же дня амаурозъ.

При изслѣдованіи найдено то же, что въ предыдущемъ 20 случаѣ (рис. 129), но роженица находится не въ концѣ беременности, а только на 8 мѣсяцѣ беременности. Содержаніе бѣлка 4% .

Случай 22-й.



Рис. 130 (случай 22).

Г-жа М. Т., 20 лѣтъ, первородящая. Всегда была здорова. Найдена въ комнатѣ безъ сознанія. Врачъ призвалъ специалиста, за это время еще одинъ припадокъ.

Найдено то, что изображено на рис. 130: пузыря нѣтъ. Portio сглажена. Зѣвъ открытъ на величину монеты въ 2 марки (равняющейся 3-копѣчной монетѣ). I черепное предлежаніе. Стрѣловидный шовъ въ правомъ косомъ размѣрѣ. Пациентка находится въ концѣ беременности.

Случай 23-й.



Рис. 131 (случай 23).

Г-жа R. Z., 32 лѣтъ, первородящая. Ходить научилась 4 лѣтъ. Сильное мерцаніе передъ глазами уже съ недѣлю. Внезапно припадокъ вчера вечеромъ послѣ ясныхъ симптомовъ ауга, сегодня рано утромъ второй припадокъ, продолжавшійся 5 минутъ.

Status: Маленькая истощенная женщина съ типичнымъ рахитическимъ habitus. Размѣры таза: Sp. 26, Cr. 26, Tr. 30, Conj. ext. 17, Conj. diag. $9\frac{1}{2}$, Conj. vera $7\frac{1}{2}$ —8.

Данныя изслѣдованія, какъ на рис. 131. Portio не вполне еще сглажена. Шейка длиною въ фалангу пальца, пропускаетъ 3 пальца. I черепное предлежаніе. Переднее теменное вставленіе. Содержаніе бѣлка 4% .

Случай 24-й.



Рис. 132 (случай 24).

Г-жа Н. Д., 21 года, первородящая. Въ теченіе 2 недѣль головныя боли и мерцаніе передъ глазами. Въ нашемъ присутствіи роженица передъ припадкомъ сказала, что она ощущаетъ головокруженіе и ничего не видитъ (симптомы ауры). Вдругъ начался припадокъ.

Данныя изслѣдованія, какъ на рис. 132: I положеніе. Шейка цѣла, пропускаетъ 2 пальца, длиной съ палецъ. Воды отошли $\frac{1}{2}$ часа назадъ. Головка во входѣ.

Случай 25-й.



Рис. 133 (случай 25).

Г-жа Th., 18 лѣтъ, первородящая (16 ноября). Анамнезъ: Безъ особенн остей
Начиная съ сегодняшняго дня 4 припадка, пятый въ нашемъ присутствіи.

Status: Крѣпкая особа, нормальнаго роста.

Данныя изслѣдованія, какъ на рис. 133: лицевое предлежаніе. Лицо на та-
зовомъ днѣ. Лицевая линія въ прямомъ размѣрѣ. Подбородокъ обращенъ
кпереди.

Случай 26-й.



Рис. 134 (случай 26).

Г-жа R. S., 23 лѣтъ, первородящая. 2 припадка до нашего прибытія. Неполное I ягодичное положеніе. Ягодицы неподвижно подъ спинальной плоскостью. Данныя изслѣдованія, какъ на рис. 134.



Рис. 135 (случай 27).
Задне-теменное вставление, видъ спереди. Эклампсія.

Случай 27-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала. Г. К., 42 лѣтъ, 7-е роды. Анамнезъ: Безъ особенностей.

Предшествующіе роды: 4 нормальныхъ родовъ безъ помощи искусства. 1 — роды при помощи поворота. Ребенокъ мертвый. 1—выкидышъ 5 мѣсяцевъ.

Послѣднія регулы: Не можетъ вспомнить.

Начало схватокъ: 26 января, 11 ч. утра.

Пузырь вскрылся: 27 января, 2 ч. 30 м. пополудни.

Прибытіе врача: 28 января, 12 ч. 30 м. утра, 2 припадка эклампсіи.

Status: Крѣпкая женщина, средняго роста.

Температура: 36,3.

Пульсъ: 144 (сосчитанъ послѣ припадка).

Наружное изслѣдованіе: II черепное предлежаніе. Головка стоитъ надъ входомъ въ тазъ. Дно матки на 3 поперечныхъ пальца ниже processus. Окружность живота 103 см.

Внутреннее изслѣдованіе: Маточный зѣвъ на 4 пальца. Головка прижата къ тазовому входу. II заднетеменное вставленіе (рис. 135).

Отвѣты слушателей.

Отвѣты къ случаю 20.

1. Направить въ клинику для влагалищнаго кесарскаго сѣченія.
2. Влагалищное кесарское сѣченіе.
3. Классическое кесарское сѣченіе.
4. Метрейризмъ или расширеніе по Bossi.
5. Вскрыть пузырь, чтобы вызвать роды.
6. Laminaria.

Отвѣты къ случаю 21.

Такіе же, какъ въ случаѣ 20-мъ, кромѣ того:

1. Произвести искусственный выкидышъ при помощи введенія зонда.
2. Вскрытіе пузыря.
3. Ждать.
4. Laminaria.

Отвѣты къ случаю 22.

1. Щипцы.
2. Метрейризмъ, потомъ щипцы.
3. Разрѣзы по Dührssen'у, потомъ щипцы.
4. Bossi.

Отвѣты къ случаю 23.

1. Классическое кесарское сѣченіе.
2. Экстраперитонеальное кесарское сѣченіе.
3. Гебостеотомія.
4. Перфорация послѣ предварительнаго расширенія зѣва при помощи метрейринтера.
5. Профилактической поворотъ, и, если понадобится—перфорация послѣдующей головки.

Отвѣты къ случаю 24.

1. Метрейризмъ. Поворотъ. Извлеченіе.
2. Перфорация.
3. Влагалищное кесарское сѣченіе.

Отвѣты къ случаю 25.

1. Щипцы.
2. Пріемъ Thogn'a. Щипцы.

Отвѣты къ случаю 26.

1. Извлеченіе, въ случаѣ надобности, при помощи крючка.
2. Наложить щипцы на ягодицы.

Отвѣты къ случаю 27.

1. Попробовать сдѣлать поворотъ; если понадобится—то перфорацию.
2. Пробные щипцы и, если понадобится, перфорация.
3. Метрейризмъ, щипцы
4. Метрейризмъ, поворотъ.

Мм. Гг. Обсужденіе этихъ 8 случаевъ, при которыхъ операція настоятельно показана со стороны матери, напомнитъ нѣчто уже извѣстное намъ, а также нѣкоторые изъ интересныхъ предшествующихъ родовъ.

Общимъ симптомомъ для всѣхъ случаевъ являются судороги, наводящія страхъ уже на профановъ; у большинства изъ этихъ женщинъ были и раньше нѣкоторые симптомы ауры и у всѣхъ въ мочѣ обнаруженъ бѣлокъ. У второй экламптики (случай 21) былъ даже полный амаврозъ. Этотъ случай напомнилъ мнѣ о другомъ, который я имѣлъ возможность наблюдать у одной роженицы еще въ качествѣ молодого практиканта. Это была первая эклампсія, которую я видѣлъ. У той женщины, первородящей,—эта болѣзнь поражаетъ женщинъ преимущественно при первыхъ родахъ,—беременность протекала совершенно нормально и въ началѣ періода раскрытія она чувствовала себя такъ же, какъ всякая другая нормальная роженица. Вдругъ роженица стала жаловаться на мерцаніе передъ глазами, а полчаса спустя стала утверждать, что она ничего не видитъ. Съ поспѣшностью молодого неопытного врача я считалъ, что долженъ поставить діагнозъ «Hysteria»: ибо «коль скоро недочетъ въ понятіяхъ случится, ихъ можно словомъ замѣнить» ¹⁾). Въ то время мнѣ не пришло въ голову, что нужно прежде всего изслѣдовать корнеальный рефлексъ и вскипятить мочу, хотя бы просто въ металлической ложкѣ (въ частномъ домѣ, вѣдь, нѣтъ пробирокъ). И только 2 часа спустя, когда наступилъ тяжелый экламптический припадокъ, я сообщилъ объ этомъ случаѣ главному врачу, который и разрѣшилъ роженицу щипцами.

Послѣ этого отступленія, вернемся снова къ нашимъ 2 сегодняшнимъ экламптичкамъ (случай 22 и 21).

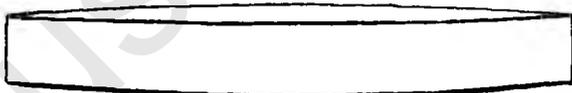


Рис. 136. Каучуковый клинъ для экламптичекъ.

У обѣихъ женщинъ страшная болѣзнь появилась безъ предшествующихъ схватокъ, у одной въ концѣ беременности, у другой за 2 мѣсяца до окончанія ея. Какъ Вы видите изъ приведеннаго рисунка (рис. 129), portio вполне сохранилась, cervix совершенно непроходима. Это самые трудные случаи для практика, убѣжденнаго сторонника быстрого родоразрѣшенія. И я даю Вамъ хорошій совѣтъ при малѣйшей возможности направлять такихъ женщинъ въ клинику. Понятно, что Вы должны перевезти ее сами, должны дать большую дозу морфія (0,03!) или хлораль-гидрата, если удержится лучше всего въ клизмѣ (3 : 100), съ цѣлью понизить рефлекторную возбудительность. Во время припадка цѣлесообразно вдвинуть между зубами каучуковый клинъ

¹⁾ Гете, Фаустъ, ч. I, пер. Холодковского (примѣч. переводчика).

(рис. 136) съ цѣлью предохранить языкъ отъ тяжелыхъ пораненій, или же, какъ я видѣлъ это однажды у одной практичной акушерки, можно взять, вмѣсто него, деревянную кухонную ложку, обернувъ ее полотенцемъ. Большую часть во время перевозки можно обойтись безъ наркоза. Цѣлесообразно имѣть при себѣ во всѣхъ случаяхъ немного камфарнаго масла и Правацевскій шприцъ, чтобы бороться, въ случаѣ надобности, съ угрожающимъ упадкомъ сердечной дѣятельности во время припадка или послѣ него. Двѣ пары простыхъ пулевыхъ щипцовъ (которые я считаю лучше обыкновеннаго языкодержателя и губкодержателя), а также роторасширитель, — вотъ и готовъ Вашъ инструментарій, нужный при перевозкѣ больной. Если во время припадка роженица начнетъ давиться, вы раскройте ей ротъ роторасширителемъ, вытяните языкъ одними пулевыми щипцами, а другими крѣпко захватите комокъ ваты или марли и очистите полость рта отъ слизи или крови, появившейся при закусываніи языка. Такими мѣрами Вы возстановите спокойное дыханіе.

И эти обѣ женщины были доставлены въ клинику, гдѣ я имѣлъ возможность разрѣшить ихъ тотчасъ же послѣ прибытія посредствомъ *hysterotomia vaginalis anterior*. О подробностяхъ производства ея мы говорили уже въ лекціи VI (рис. 69—71). Въ первомъ случаѣ (22-мъ) ребенокъ, мальчикъ, былъ 49 см. длины и 2730 грм. вѣсомъ; во второмъ случаѣ недоношенный плодъ мужского пола былъ 40 см. длины и 1400 грм. вѣсомъ. Недоношенный ребенокъ умеръ на другой день послѣ родовъ; другой ребенокъ выписанъ здоровымъ вмѣстѣ съ матерью. Какъ во всѣхъ остальныхъ случаяхъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія, сдѣланныхъ мною, такъ и здѣсь я сдѣлалъ поворотъ и извлекъ ребенка черезъ разрѣзъ передней стѣнки канала шейки; сдѣланный разрѣзъ не увеличился и не пошелъ дальше. Одинаково неудобно дѣлать въ частномъ домѣ гистеротомію, какъ и гебостеотомію, даже врачу-специалисту. Я сообщу Вамъ обѣ одномъ изъ случаевъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія, сдѣланнаго мною въ частномъ домѣ. Я убѣжденъ, что у Васъ получится то же впечатлѣніе, какъ при моемъ описаніи операціи разсѣченія таза въ частномъ домѣ (см. выше).

Но не всѣ изъ Васъ будутъ въ такомъ счастливомъ положеніи, что по близости окажется, какъ *ultimum refugium*, хорошо оборудованная больница. Имѣ-то, но только имѣ, я посоветую въ подобныхъ случаяхъ слѣдующее:

Прежде всего Вы должны найти какпмъ-либо способомъ доступъ къ полости яйца. Иногда, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда женщина находится въ концѣ или близко къ концу беременности, Вы достигнете этого, если примѣните въ качествѣ расширителя свой палецъ; причемъ будете дѣлать расширеніе медленно и бережно, подъ наркозомъ—всѣ манипуляціи у экламптичекъ должны производиться подъ наркозомъ! Какъ сказано, этотъ пріемъ удается не во всѣхъ случаяхъ и для этихъ рѣдкихъ случаевъ въ инструментаріи деревенскаго врача,

предоставленнаго всецѣло самому себѣ, имѣются Негар'овскіе расширители (рис. 200 и 202 представлены нѣкоторые номера ихъ). Приготовивъ все описаннымъ уже образомъ для большой акушерской операціи, уложите женщину, какъ это описано въ лекціи второй. Произведя затѣмъ дезинфекцію наружныхъ половыхъ частей, Вы разводите складки влагалища зеркалами, чтобы ясно видѣть шейку, и захватите пулевыми щипцами стерилизованный шарикъ ваги. Въ чайникъ или кофейникъ налейте спирта (70°), если его не имѣется, то обыкновеннаго спирта для горѣнія и, заставивъ помощницу медленно вливать спиртъ во влагалище, основательно протрите всѣ уголки и складки его тампономъ, захваченнымъ щипцами. Затѣмъ обмойте сулемой 1 : 1000, удалите сухимъ шарикомъ оставшійся во влагалишныхъ сводахъ растворъ сулемы и затѣмъ переходите уже собственно къ операціи. Прежде всего захватите переднюю губу маточнаго зѣва пулевыми, а еще лучше Collin'овскими щипцами (рис. 192). Большою частью верхнее зеркало можно теперь вынуть, такъ какъ оно становится лишнимъ. Матка крѣпко придерживается пулевыми щипцами, чтобы она не отошла кверху при низведеніи ея. Чтобы избѣжать лишнихъ поврежденій шейки я заставляю держать пулевые щипцы, какъ видно на нашемъ рисункѣ, повѣсивъ ихъ рукоятку на мизинецъ, наиболѣе слабый палецъ руки ассистента. Затѣмъ указательнымъ и большимъ пальцемъ возьмите самый тонкій расширитель, такъ же какъ зондъ, такъ, чтобы большой палецъ лежалъ сверху. При такомъ способѣ держанія инструментъ сохраняетъ подвижность въ Вашей рукѣ; врядъ ли можно нанести поврежденія—чуть сильнѣе Вы его нажмете, онъ у Васъ выскользнетъ. Строго запрещается держать расширитель, какъ перфораторъ (ср. рис. 78). Предположимъ, что Вы ввели въ шейку номеръ 5-й расширителя. Оставьте его тамъ на нѣсколько секундъ, возьмите правой рукой № 6-й, приблизьте верхушку инструмента къ шейкѣ и, вынимая лѣвой рукой № 5-й, вставляйте в то же время № 6-й. И такъ пойдетъ дальше, пока Вы не создадите себѣ достаточный доступъ, чтобы пройти пальцемъ къ плоду пузыря. Дѣйствуя осторожно, Вы можете избѣжать при этой манипуляціи разрыва пузыря, что, какъ Вы знаете, представляетъ большіе преимущества для послѣдующаго поворота. Теперь скатайте Вашъ *ampretier de Ribes* ¹⁾),—сначала лучше возьмите баллонъ поменьше,—в видѣ сигары, захватите щипцами такъ, чтобы верхушка инструмента вдавалась надъ скатаннымъ баллономъ приблизительно на 1—2 см. Поведите его въ полость яйца, захвативъ щипцами, какъ расширитель; дѣйствуйте какъ можно медленнѣе, чтобы пузырь успѣлъ

¹⁾ Для того чтобы лучше сохранить его, нужно его по пріѣздѣ домой раздуть и повѣсить въ шкафъ, гдѣ нѣтъ никелированныхъ инструментовъ. Передъ употребленіемъ его нужно кипятить въ теченіе 5-ти минутъ и охладить затѣмъ въ ходномъ растворѣ лизола.

отойти кверху и остался цѣлымъ ¹⁾). Какъ только приблизительно $\frac{1}{3}$ баллона будетъ проведена выше внутренняго зѣва, нужно фиксировать его въ этомъ положеніи. Для этого указательнымъ пальцемъ лѣвой руки нужно прижать къ шейкѣ часть баллона, вдающуюся во влагалище; въ это же время правой рукой нужно раскрыть и снять корнцангъ. Затѣмъ снова захватываете корнцангомъ баллонъ, но уже ту часть его, которая прилегаетъ къ шейкѣ, и продвигаете щипцы вмѣстѣ съ баллономъ въ шейку. Затѣмъ фиксируйте его указательнымъ пальцемъ лѣвой руки. Раскройте и снимите правой рукой корнцангъ, затѣмъ снова продвиньте баллонъ дальше, и такъ поступайте до тѣхъ поръ, пока баллонъ не помѣстится какъ слѣдуетъ въ полости яйца. Послѣ этого баллонъ наполняютъ 2—3⁰/₀ борнымъ растворомъ или слабымъ лизоловымъ, съ помощью особаго шприца для метрейринтера. Введеніе баллона этимъ и заканчивается. Относительно наполненія баллона дамъ Вамъ хорошій совѣтъ: слѣайте предварительную пробу каждаго баллона, который Вы хотите примѣнить, баллонъ долженъ весь цѣликомъ наполняться жидкостью и остаться цѣлымъ при вытягиваніи его. Чрезвычайно неприятно, если баллонъ лопнетъ по окончаніи всѣхъ манипуляцій для наполненія его или же наполненіе его окажется такъ недостаточно, что онъ выскочитъ изъ шейки при малѣйшемъ потягиваніи.

Предположимъ, что баллонъ лежитъ хорошо и плотно въ полости яйца и пузырь не разорвался. Теперь наступаетъ второй актъ метрейриза: извлеченіе—расширеніе зѣва при помощи баллона! Здѣсь залогомъ успѣха служитъ величайшая осторожность. При эклампсией, конечно, не можемъ ждать, пока метрейринтеръ будетъ изгнанъ силами схватокъ, намъ нужно замѣнить эту силу схватокъ вытягиваніемъ баллона. Какъ долго его нужно примѣнять въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, это зависитъ отъ того, насколько узка и ригидна шейка. Я знаю случаи, гдѣ понадобилось для этого 10 минутъ (помощникъ долженъ стоять около Васъ съ часами въ рукахъ; иначе вмѣсто 10 минутъ можетъ выйти только 2 минуты, а послѣдствіемъ такого чрезмѣрно быстрого извлеченія баллона будутъ глубокіе разрывы); но я знаю и такіе случаи у старыхъ первородящихъ, гдѣ мнѣ удалось достигнуть цѣли только при вытягиваніи баллона въ теченіе 3 часовъ. Для послѣднихъ случаевъ рекомендую Вамъ вытяженіе съ грузомъ. Помѣщаете роженицу на кровати съ приподнятымъ тазомъ, держите ее подъ легкимъ наркозомъ, привязываете къ баллону шнурокъ и къ нему грузъ около 6—10 фунтовъ, мѣшокъ съ пескомъ, утюгъ или тому подобное. Но такъ какъ баллономъ Вы должны вызвать также и расширеніе, потягивая его рукой или извлекая его при помощи груза, то

¹⁾ На рис. 208 видно, какъ это дѣлается при нашихъ занятіяхъ на фантомѣ. Если верхушка щипцовъ слишкомъ выдается надъ баллономъ, какъ изображено на рис. 149, то одновременно съ введеніемъ баллона произойдетъ разрывъ пузыря.

Вамъ постоянно нужно контролировать указательнымъ пальцемъ лѣвой руки, размягчается ли маточный зѣвъ, растягивается ли онъ или готовится разрывъ шейки. Въ послѣднемъ случаѣ Вы можете ускорить расширение, сдѣлавъ 4 разрѣза въ косомъ направленіи по Dührssen'y Siebold'овскими ножницами, подтянувъ предварительно баллонъ. Благодаря прижатію баллономъ поверхностей разрѣза хорошо обеспечивается остановка кровотечения (рис. 137). Но примѣнивъ разрѣзы для ускоренія расширения, Вы должны быть еще болѣе осторожны съ извлеченіемъ баллона, чтобы разрѣзы не разорвались дальше.

Вы видите, что этотъ методъ въ случаяхъ, подобныхъ обоимъ нашимъ первымъ, требуетъ много терпѣнія, осмотрительности и опытности. Пока Вы не приобретете ее, примѣняя метрейризы въ болѣе простыхъ случаяхъ, откажитесь отъ болѣе трудныхъ! Когда баллонъ будетъ извлеченъ изъ шейки, нужно его извлечь изъ влагалища. И въ этомъ есть преимущество метрейриза. Влагалище у первородящихъ часто бываетъ настолько узко, что Вамъ могутъ встрѣтиться затрудненія при проведеніи кисти руки и предплечья для поворота, не говоря уже объ освобожденіи послѣдующей головки. Поэтому начинающему при очень узкомъ влагалищѣ полезно расширить себѣ операционное поле, при помощи вспомогательнаго разрѣза, идущаго справа отъ *columna rugarum posterior* къ области праваго бугра сѣдалищной кости, слѣдовательно пересѣкающаго промежность *i anus* въ косомъ направленіи. Наложеніе швовъ на такой разрѣзъ требуютъ также опытности, которую Вы можете приобрести только изъ курса оперативной гинекологіи.

Мнѣ больше нечего говорить Вамъ относительно поворота и извлечения, объ этомъ мы достаточно часто разсуждали совмѣстно. Только еще одно. Если благодаря узкости мягкихъ частей извлеченіе идетъ настолько медленно, что у Васъ является убѣжденіе въ смерти ребенка, сдѣлайте лучше описаннымъ способомъ перфорацию послѣдующей головки ранѣе, чѣмъ нанести матери какія-либо тяжелыя поврежденія шейки.

Мы не примѣняемъ ни ламинарій, ни прокола пузыря, какъ слишкомъ медленный и поэтому слишкомъ опасный способъ. Въ нѣкоторыхъ чистыхъ случаяхъ кто-либо изъ Васъ, увѣренный въ своей асептичности, можетъ быть, сдѣлаетъ классическое кесарское сѣченіе, но часто этого во всякомъ случаѣ быть не можетъ. О расширеніи по способу Vossі мы поговоримъ при ближайшемъ случаѣ (22).

Здѣсь же имѣются несомнѣнно болѣе благоприятныя отношенія для производства операциі. Головка стоитъ уже глубоко въ полости таза, *spinae ossis scii* достигаются только съ трудомъ, стрѣловидный шовъ проходитъ въ правомъ косомъ размѣрѣ. Здѣсь даже начинающій могъ бы рѣшиться наложить щипцы, если бы только не открытіе зѣва на величину монеты въ 2 марки. Къ тому же наилучшій и большею частью самый бережливый инструментъ для практическаго врача, влаждющаго правильной асептикой и работающаго въ резиновыхъ перчаткахъ,—это его

собственные пальцы. Приготавливаемъ все для наложенія щипцовъ, кладемъ женщину на столъ и начинаемъ дѣлать пальцевое расширение слѣдующимъ образомъ. Разводите наружныя половыя части правой рукой и введите лѣвый указательный палецъ во влагалище, затѣмъ и правый



Рис. 137. Извлечение метрейринтера. Благодаря ригидности шейки сдѣланы 4 разрѣза маточнаго зѣва около метрейринтера Siebold'овскими ножницами подъ контролемъ зрѣнія (Düff'sen).

указательный, разводя въ то же время наружныя части безымяннымъ и большимъ пальцами правой руки, какъ показано на рис. 138. Теперь Вы имѣете естественный расширитель съ двумя браншами и при помощи

его Вы можете расширить зѣвъ минутъ черезъ 5—10 на величину около ладони, медленно разводя указательные пальцы и дѣлая ими вращательныя движенія. Теперь накладываемъ щипцы Garnier (можно было бы и простыя Naegeler'скіе) и производя правой рукой тракцію по направлению книзу, къ промежности, указательнымъ пальцемъ лѣвой руки обводимъ въ то же время зѣвъ, растягивая его постепенно и медленно, приблизительно въ теченіе 10 минутъ, пока онъ не отойдетъ за головку. Теперь можно низвести головку на дно таза и поднять кверху ручки щипцовъ (соотвѣтственно наружному повороту головки вокругъ лоннаго сочлененія), тщательно слѣдя за промежностью. Если всѣ эти манипуляціи производятся достаточно медленно, то можно своевременно замѣтить какъ ригидность промежности, такъ и ригидность маточнаго зѣва. Въ послѣднемъ случаѣ нужно сдѣлать 4 разрѣза. Какъ раньше мы дѣлали разрѣзы около метрейринтера, такъ въ этомъ случаѣ пришлось бы сдѣлать ихъ около головки, на которую наложены щипцы. При вѣкоторомъ упражненіи этотъ способъ оказывается простымъ, практичнымъ и легко примѣнимымъ въ частной практикѣ.

Едва ли пригодится здѣсь метрейризмъ, который рекомендуется нѣкоторыми въ этихъ случаяхъ, такъ какъ здѣсь приходится проводить метрейринтеръ мимо головки, стоящей уже въ полости таза. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при проведеніи баллона полезно низвести шейку, захвативъ ее Collin'овскими щипцами, такъ какъ этимъ выигрывается пространство.

Хорошую услугу можетъ оказать и расширеніе металлическимъ дилататоромъ Bossi, если онъ у Васъ имѣется въ наборѣ. Я лично никогда не вожу его съ собой (по причинамъ, приведеннымъ выше), настоятельно совѣтую и Вамъ не примѣнять его въ частной практикѣ. Примѣненіе этого инструмента требуетъ гораздо больше техники и выдержки, чѣмъ описанные способы расширенія.

Возьмите, какъ сказано на рис. 139, Champetier, сожмите руку и начните вытягивать его, стараясь раскрыть имъ Вашу сжатую руку. И Вы точно можете опредѣлить ту силу, которую приходится примѣнять при вытягиваніи баллона. Если же Вы слишкомъ крѣпко сожмете свою руку, то скорѣе Вы разорвете баллонъ, чѣмъ раскроете зажатую руку. Тотъ же опытъ можно повторить съ дилататоромъ Bossi (рис. 140).

Здѣсь, соотвѣтственно конструкціи инструмента, не производится вытягиванія; здѣсь, благодаря вращенію винта, происходитъ расхожденіе branшей, чѣмъ и вызывается расширеніе зѣва. Если обхватить рукой branши и поворачивать винтъ, то сразу замѣтно, насколько сильнѣе дѣйствіе этихъ металлическихъ концовъ инструмента того дѣйствія, которое получается при влеченіи за мягкую эластичную шейку баллона въ первомъ опытѣ; кромѣ того, для той руки, которая вращаетъ винтъ, остается совершенно незамѣтнымъ препятствіе со стороны второй руки, сжимающей branши инструмента; мнѣ хотѣлось бы видѣть такую руку, которую нельзя было бы открыть при нашемъ опытѣ съ Bossi.

Видите ли, Мм. Гг., въ этомъ опытѣ я хотѣлъ указать ту первую большую опасность, которая угрожаетъ Вашимъ пациенткамъ при примѣненіи дилатора Bossi. При Bossi, благодаря передачѣ силы при помощи винта, теряется ощущение сопротивленія ткани,



Рис. 138. Расширеніе двумя пальцами.

здѣсь инструментъ можетъ согнуться или сломаться. Если же при Champetier примѣнять слишкомъ большую силу при вытягиваніи, то баллонъ лопнетъ, и этимъ окончательно устранится всякая опасность для шейки;

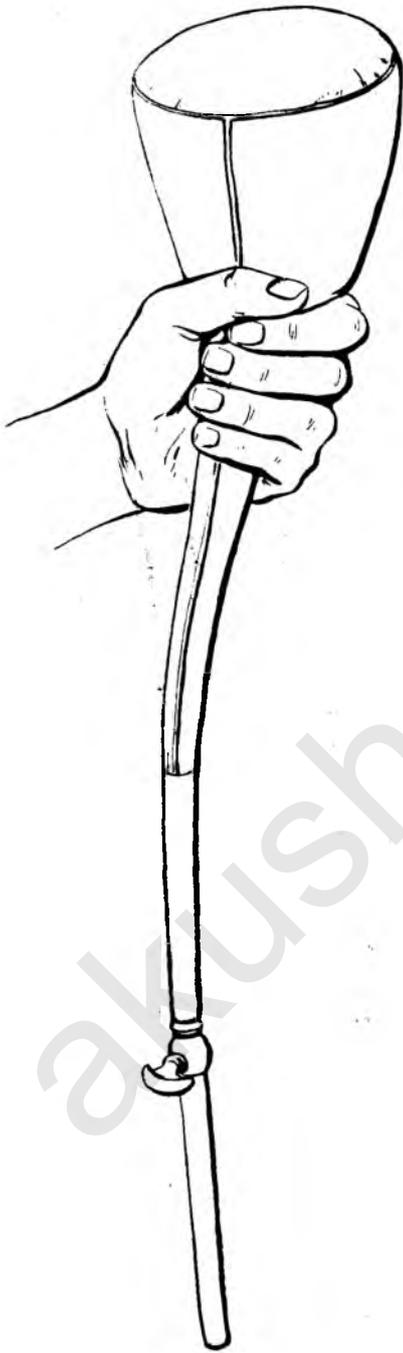


Рис. 139.

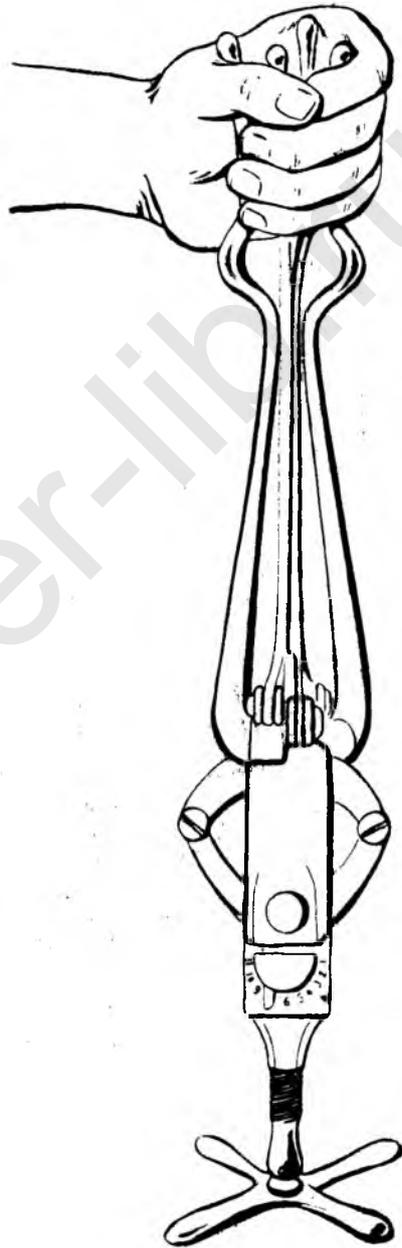


Рис. 140.

На этих рисунках демонстрирована грубая сила въ расширителѣ Bossi и легкое потягиваніе, примѣняемое при метрейринтерѣ.

но Вы и не будете применять слишком большую силу, потому что тотчас же почувствуете сопротивление, если имеется ригидность маточнаго зѣва. Кроме того, при влеченіи за баллонъ Вы будете вытягивать маточную шейку по направленію къ себѣ (ср. рис. 137). Легко можно



Рис. 141. Расширитель Bosti въ случаѣ 22. Правильное положеніе.

помочь себѣ, сдѣлавъ надрѣзы на шейкѣ; кровотеченіе изъ нихъ легко остановить прижатіемъ баллона; при Bosti шейка не вытягивается книзу, она остается на мѣстѣ, въ верхнемъ отдѣлѣ влагалища и если Вы сдѣлаете надрѣзы, что не совѣтуется дѣлать при Bosti, то получится значительное кровотеченіе изъ нихъ; прижать ихъ здѣсь нечѣмъ.

Есть еще и другой недостатокъ въ этомъ инструментѣ, гдѣ примѣняется грубая механическая сила. Шейка не должна быть длиннѣе браншей, вложенныхъ внутрь цервикальнаго канала. На рис. 141 представленъ нашъ сегодняшний случай; инструментъ вложенъ, винтъ наполовину отвинченъ. Но представьте себѣ, какъ лягутъ бранши въ случаѣ, представленномъ на рис. 142. Лапки, находящіяся сзади, при дальнѣйшемъ поворачиваніи винта, травмируютъ вещество матки. Я думаю, что все сказанное будетъ болѣе понятно Вамъ изъ рисунковъ, сдѣланныхъ по эскизамъ съ натуры, при личномъ наблюденіи примѣненія Bossi.

Перейдемъ теперь къ нашему четвертому случаю эклампсіи (случай 23, рис. 131). Этотъ случай, какъ всѣ Вы вѣрно опредѣлили, осложняется суженіемъ таза (плоско-рахитическій тазъ $7\frac{1}{2}$ — 8), и принадлежитъ клиникѣ, гдѣ лично я сдѣлалъ бы экстраперитонеальное кесарское сѣченіе по Latzko. Какъ оно дѣлается, я рассказалъ и нарисовалъ Вамъ (см. выше). Гебостеотомію я совершенно исключаю, такъ какъ здѣсь имѣется пожилая первородящая, 32 лѣтъ, и еще вопросъ, живъ ли ребенокъ; по расширеніи таза было бы необходимо немедленное родоразрѣшеніе при помощи щипцовъ (см. выше); кромѣ того, здѣсь имѣется суженіе таза; а въ особенности потому еще, что головка здѣсь очень велика; этотъ случай стоитъ уже на границѣ тѣхъ случаевъ, гдѣ возможна гебостеотомія.

Въ частной практикѣ прежде всего можетъ быть вопросъ о метрейризмѣ, поворотѣ и перфорациі послѣдующей головки, такъ какъ ее легче перфорировать, чѣмъ предыдущую. Какъ Вамъ извѣстно, при перфорациі головки, стоящей подвижно надъ входомъ таза, требуется хорошая ассистенція, чтобы плотно фиксировать головку.

Въ пятомъ случаѣ (случай 24, рис. 132) для частной практики я считаю лучше всего метрейризмъ съ послѣдующимъ поворотомъ и извлеченіемъ; въ клиникѣ иногда лучше сдѣлать *hysterotomia anterior*, чтобы скорѣе проикнуть въ полость яйца. О перфорациі могъ бы возникнуть вопросъ только при послѣдующей головкѣ, если ребенокъ умеръ во время извлеченія или до него.

Шестой случай (случай 25, рис. 133) въ смыслѣ терапіи представляетъ только одно затрудненіе,—защиту промежности при прорѣзываніи въ лицевомъ предлежаніи (ср. случай 17).

Если роды останутся, наложите щипцы въ поперечномъ размѣрѣ и дѣлайте тракцію по горизонтальному направленію, а не книзу (головка, вѣдь, уже на тазовомъ днѣ) и не вверхъ (неподвижной точкой при лицевыхъ предлежаніяхъ (ср. рис. 123) служитъ трахея), до тѣхъ поръ, пока *trachea* не выйдетъ изъ-подъ лонной дуги и пока не родится подбородокъ. Затѣмъ я снялъ щипцы и вывелъ головку, поддерживая промежность; разрыва промежности не было. Ребенокъ, дѣвочка 51 см. длины, живъ. Наступившая послѣ щипцовъ атонія прекратилась подъ вліяніемъ горячихъ промываній матки (кипяченая вода пополамъ со спир-



Рис. 142. Расширитель Bossi. Неправильное положение. Вѣтвь, лежащая у задней стѣнки шейки, при дальнѣйшемъ поворачиваніи винта, разорветъ шейку.

томъ). Въ общемъ у меня получалось всегда такое впечатлѣніе, что послѣродовое кровотеченіе при эклампсiи благоприятно дѣйствуетъ на заболѣваніе; если у экламптичекъ во время родовъ не бываетъ кровотечения, то я выпускаю обыкновенно около 500 куб. см. крови изъ вены въ локтевомъ сгибѣ, для чего предварительно стягиваю руку резиновой трубкой. Вены рѣзко выступаютъ при этомъ и легко сдѣлать пункцію иглой, приведенной въ нашѣмъ наборѣ для солевыхъ вливаній. Приемъ Thon'a, предложенный двумя изъ Васъ, я примѣняю только при подвижной головкѣ, но не въ такомъ случаѣ, когда личико стоитъ уже на днѣ таза (ср. съ этимъ случаи 16 и 18).

Въ седьмомъ случаѣ (случай 26, рис. 134) не удалось провести указательный палецъ въ паховой сгибъ и намъ пришлось описаннымъ уже способомъ (рис. 107) наложить тупой крючокъ, что намъ легко было сдѣлать, такъ какъ ребенокъ умеръ, повидимому, даже много дней тому назадъ и былъ мацерированный.

Совсѣмъ не рѣдки случаи, гдѣ, несмотря на смерть плода, наступаютъ припадки эклампсiи. Такіе случаи заставляютъ сомнѣваться въ теоріи плоднаго происхожденія эклампсiи. Въ такихъ случаяхъ можно доказать, какъ мнѣ удалось это сдѣлать, что источникомъ ядовитыхъ веществъ является послѣдъ, который сохраняетъ жизненные свойства и свои функціи даже послѣ смерти ребенка.

Относительно наложенія щипцовъ на ягодицы, какъ рекомендуетъ одинъ изъ Васъ, у меня нѣтъ личнаго опыта и поэтому не могу рекомендовать Вамъ эту операцію.

Нашъ послѣдній случай (случай 27, рис. 134) представляетъ въ оперативномъ отношеніи нѣчто новое и интересное. Мы уже говорили о задне-теменныхъ вставленіяхъ (рис. 72). Маточный зѣвъ не представлялъ здѣсь особыхъ препятствій для разрѣшенія, такъ какъ роженица была многородящая, что, конечно, не часто встрѣчается при эклампсiи. Поэтому не советую Вамъ производить расширеніе помощью Champetier. Хотя я никогда не видалъ удовлетворительныхъ результатовъ отъ высокихъ щипцовъ при задне-теменномъ вставленіи, мнѣ показалось здѣсь умѣстнымъ попробовать осторожно наложить щипцы черезъ 10¹/₂ часовъ послѣ отхожденія водъ. Интересно было видѣть, какъ послѣ тракцій стрѣловидный шовъ отошелъ еще выше за лонное сочлененіе, слѣдовательно еще рѣзче стало задне-теменное вставленіе. Конечно, я снялъ щипцы. Ребенокъ былъ живъ, я не захотѣлъ пропустить, по крайней мѣрѣ, время для поворота, который и попробовалъ сдѣлать, примѣнивъ всѣ предосторожности. Но, какъ это показано на рис. 143, мнѣ не удалось низвести ножку настолько, чтобы колѣно показалось въ наружныхъ половыхъ частяхъ, оно осталось въ области внутренняго зѣва. Ни наружными, ни внутренними приемами нельзя было заставить головку спуститься, она осталась во входѣ, какъ бы ущемленная растянutoй шейкой. Какъ я поступилъ дальше, Вы увидите на томъ же рисункѣ.

Рис. 143 (случай 27, эклампсія).



Рис. 143. Приём г-жи Siegemund.

Рис. 144. Какъ нужно дѣлать петлю для поворота.

Это двойной приемъ г-жи Siegemund. Хотя въ этомъ случаѣ я и достигъ цѣли, извлекъ живымъ большого ребенка 52 см. длины (мальчика), съ окружностью головки въ 36,5 см., все-таки я не могу рекомендовать Вамъ для частной практики этотъ приемъ, какъ слишкомъ опасный для матери. Слишкомъ легко получаютя громадные разрывы матки при одновременномъ потягиваніи за ножку и отталкиваніи головки. Лучше пожертвовать ребенкомъ, чѣмъ лишить семью матери.

На этихъ 8 случаяхъ мы видѣли, какъ можетъ видоизмѣняться оперативное родоразрѣшеніе, какъ оно строго индивидуально въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ и зависитъ также отъ техники акушера и отъ условій окружающей среды. Вы можете расширить свое акушерское образование, если будете задавать себѣ вопросъ по поводу различныхъ случаевъ, приведенныхъ въ этой книгѣ: что я сдѣлалъ бы въ этомъ случаѣ, если бы здѣсь была еще эклампсія? Послѣ обсужденія сегодняшнихъ случаевъ правильный отвѣтъ на этотъ вопросъ не долженъ представить для Васъ особыхъ затрудненій.

Разрѣшивъ благополучно экламптичку, никоимъ образомъ нельзя сложить затѣмъ спокойно руки; слѣдуетъ обратить вниманіе на всѣ угрожающіе симптомы со стороны почекъ, сердца и мозга. Хорошую услугу окажетъ Вамъ при этомъ приводимая таблица:

Экламптический ядъ наноситъ поврежденія	Клиническіе симптомы	Назначенія
1. Паренхимѣ почекъ.	Незначит. количество мочи, бѣлокъ, цилиндры.	Вливанія физ. раств. NaCl подъ кожу, 2000 до 4000; если имѣется plethora— кровопусканіе. Diuretin 1,0 Fol. digit. pulv. } 3 раза въ день по 1 пор. Camphor. trit. aa 0,1
2. Сердцу.	Пульсъ частый, легко сжимаемый.	Coffein. natr. } salicyl. } При учащеніи пульса Digalen до 3 шприцевъ въ день этого раствора и камфорнаго масла до 15 грм. cadaго въ день. Aq. destil. steril. } aa 5,0.
3. Мозгу.	а) Кома. б) Поверхностное дыханіе вслѣдствіе паралича дыхательнаго центра. в) Впослѣдствіи отекъ легкихъ. д) Судороги.	Искусственное дыханіе, которое дѣлается въ теченіе цѣлаго дня съ промежутками въ 1/2 часа; въ промежутки поколачиваніе въ холодной простынѣ, холодныя обертыванія. Массажъ сердца, возможно меньшенаркотическихъ, лучше всего 3 грм. хлорала pro dosi въ клизмѣ. Морфій только при очень сильномъ безпокойствѣ 0,03 pro dosi.

Для поясненія еще нѣсколько словъ; о кровоукааніи мы уже говорили. Техника вливанія солевого раствора (8,5 гр.: 1000 прокипяченной воды) чрезвычайно проста. Вытрите нашъ большой ирригаторъ (рис. 16 В) спиртомъ, надѣньте резиновую трубку и прокипяченную иглу для подкожныхъ вливаній; на наружной поверхности бедра приподнимите складку кожи и воткните иглу въ подкожную жировую клѣтчатку (не въ кожу, *save necrosis!*). Въ каждую ногу можно влить свободно по 500 куб. см., съ каждой стороны груди тоже по 500 куб. см., такъ что за одинъ разъ можно влить 2000 куб. см. Лучше всего дѣлать вливаніе, пока экламптика находится подъ наркозомъ или если она въ коматозномъ состояніи.

Искусственное дыханіе я заставляю дѣлать всегда по способу Silvester'a. При отведеніи и поднятіи рукъ грудная клѣтка расширяется; при приведеніи и опусканіи рукъ грудная клѣтка сжимается.

При массажѣ сердца на сердечную область производить давленіе всей рукой, ладонью внизъ; хорошо дѣйствуетъ также поколачиваніе области сердца мокрымъ полотенцемъ.

Всѣ эти мѣропріятія требуютъ очень много времени и весь запасъ Вашей физической силы. Только въ рѣдкихъ случаяхъ въ частномъ домѣ найдется у Васъ достаточно помощниковъ и Вы должны будете обойтись безъ нихъ, если только нельзя позвать кого-либо на помощь изъ больницы.

При угрожающей эклампсiи Вы должны дѣйствовать такъ, какъ указано въ случаѣ 21. Разница только въ одномъ, — нужно ждать пока баллонъ не родится самопроизвольно; такъ же слѣдуетъ дѣйствовать и при тяжелой формѣ *nephritis gravidarum*, при которой однако сперва нужно попытаться вызвать діурезъ, назначая діуретикъ. Здѣсь наилучшимъ и самымъ скорымъ способомъ мнѣ кажется расширеніе зѣва при помощи метрейринтера, — причемъ изгнаніе баллона нужно предоставить силамъ природы. Вообще послѣ примѣненія метрейринтера я предпочитаю сдѣлать поворотъ; но при *nephritis gravidarum* можно спокойно ждать болѣе глубокаго опусканія головки и, если понадобится, наложить потомъ щипцы. Если метрейринтеръ оттолкнулъ головку кверху, — всегда нужно сдѣлать изслѣдованіе послѣ изгнанія баллона, — тогда, конечно, Вамъ нужно сдѣлать поворотъ.

При истеріи и эпилепсiи Вы ставите такія же строгія показанія къ оперативному родоразрѣшенію, какъ при нормальныхъ родахъ. При тяжелой формѣ хорей Вы должны сдѣлать или преждевременные роды (какъ въ случаѣ 21), или примѣнить расширеніе ламинаріями (ср. выкидышъ, лекція XVIII).

Лекція XIII.

Мм. Гг. Въ слѣдующихъ сейчасъ случаяхъ, которые снова всѣ имѣютъ общій симптомъ—кровотеченіе, и всѣ представляютъ серьезную опасность для жизни матери, Вы должны рѣшить, во-первыхъ, какъ остановить кровотеченіе, во-вторыхъ, какъ наиболее бережно и безопасно разрѣшить мать. Самый контрастъ между тѣмъ, какъ Вы должны дѣйствовать здѣсь, если хотите поступить правильно, и той энергичной, цѣлесообразной помощью, которую Вы должны были оказывать при эклампсіи, этотъ контрастъ послужитъ доказательствомъ, что слѣдуетъ принять во вниманіе массу индивидуально различныхъ возможностей, чтобы оказать дѣйствительную помощь при родахъ.

Случай 28-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Н., 38 лѣтъ, 7-е роды.
Сообщеніе: Кровотеченіе.

Анамнезъ: Кровотеченіе появилось только сегодня.

Прежніе роды: 1 ребенокъ живъ, остальные умерли въ раннемъ возрастѣ.
Роды безъ особенностей. 2 выкидыша.

Послѣднія регулы: 14 февраля, слабѣе, чѣмъ обыкновенно.

Начало схватокъ: 11 ноября, 6 ч. вечера.

Пузырь вскрылся: Еще цѣль.

Прибытіе врача: 11 ноября 10 ч. вечера.

Родовая дѣятельность: Хорошая и сильная.

Status: Женщина средняго роста, имѣющая видъ нѣсколько анемичной.

Температура: 36,3.

Путь: 100.

Наружное изслѣдованіе: I черепное предлежаніе, головка вступила въ тазъ.

Сердцебиеніе: 130.

Внутреннее изслѣдованіе: Portio цѣла, шейка длиною въ 2 пальца, пропускаетъ 2 пальца. Пузырь цѣль. Въ правомъ заднемъ квадрантѣ прощупывается часть предлежащей плаценты, величиной съ монету въ 5 марокъ.

Терапія: ?

Случай 29-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Г., 31 года, 6-е роды.
Сообщеніе: Кровотеченіе.

Анамнезъ: Безъ особенностей.

Прежніе роды: 4 родовъ нормальныхъ, вставала всегда на 3 день, 1 выкидышъ на 3 мѣсяцѣ, годъ тому назадъ. Въ первый разъ кровотеченіе появилось 4 мѣсяца назадъ, второй разъ—6 недѣль назадъ. Съ полудня вчерашняго дня кровотеченіе сдѣлалось болѣе сильнымъ.

Послѣднія регулы: Въ концѣ февраля.

Начало схватокъ: 10 ноября, 8 ч. у.

Пузырь вскрылся: Еще цѣль.

Прибытіе врача: 10 ноября, 10 ч. у.

Родовая дѣятельность: Медленная, вялая, неправильная.

Status: Безъ особенностей.

Температура: 36,5.

Путь: 90.

Наружное изслѣдованіе: I положеніе. Головка подвижна надъ входомъ.

Сердцебиеніе плода: 120.

Внутреннее изслѣдованіе: Portio цѣла. Каналь шейки закрытъ.
Умѣренное кровотеченіе.

Терапія: ?

Случай 30-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа К., 37 лѣтъ, 6-е роды.
Сообщеніе: Кровотеченіе, поперечное положеніе.
Ана мнезъ: Сильное кровотеченіе въ теченіе 4 часовъ.
Прежніе роды: Всѣ безъ оперативнаго пособія, всѣ дѣти живы (условія жизни самыя бѣдныя).
Послѣднія регулы: Въ началѣ ноября.
Начало схватокъ: 28 іюля, 3 ч. у.
Пузырь вскрылся: Еще цѣль.
Прибытіе врача: 28 іюля, 8 ч. у.
Родовая дѣятельность: Сильная.
Status: Очень малокровная женщина.
Температура: 36,7.
Пульсъ: 124. Дыханіе 25.
Наружное изслѣдованіе: II поперечное положеніе.
Сердцебиеніе: 100.
Внутреннее изслѣдованіе: Portio почти сглажена. Зѣвъ открытъ на величину монеты въ 2 марки, весь выполненъ сильно кровоточащей тканью послѣда.
Терапія: ?

Случай 31-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Истошенная женщина М. Р., 23 лѣтъ, первые роды.
Сообщеніе: Кровотеченіе.
Ана мнезъ: 5 дней назадъ у больной началось кровотеченіе, причемъ она потеряла $\frac{1}{2}$ литра крови. Она легла въ постель, но уже на слѣдующій день должна была приняться за свои обычныя занятія. Черезъ 2 дня кровотеченіе возобновилось, былъ призванъ врачъ.
Послѣднія регулы: Въ концѣ апрѣля.
Начало схватокъ: 7 ноября (!) въ 2 часа пополудни.
Пузырь вскрылся: Роженица считаетъ, что воды отошли 7 ноября, въ 2 ч. 30 м. пополудни.
Прибытіе врача: 8 ноября, 3 ч. пополудни.
Родовая дѣятельность: Хорошая.
Status: Безъ особенностей.
Температура: 37.
Пульсъ: 96.
Наружное изслѣдованіе: I поперечное положеніе.
Внутреннее изслѣдованіе: Portio почти сглажена, шейка пропускаетъ палець, выполнена сильно кровоточащей плацентарной тканью.
Терапія: ?

Случай 32-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Ф., 27 лѣтъ, 5-е роды.
Сообщеніе: Кровотеченіе.
Ана мнезъ: Кровотеченіе продолжается сутки.
Прежніе роды: 2 дѣтей живы, 1 ребенокъ родился мертвымъ, 1 ребенокъ умеръ въ возрастѣ 1 года.
Послѣднія регулы: 7—9 марта.
Начало схватокъ: 18 декабря, 10 ч. утра.
Пузырь вскрылся: 19 декабря, 10 ч. утра.
Прибытіе врача: 19 декабря, 1 ч. пополудни.
Родовая дѣятельность: Вялая и медленная. Довольно сильное кровотеченіе.
Status: Безъ особенностей.
Температура: 36,9.
Пульсъ: 112.
Наружное изслѣдованіе: II черепное предлежаніе.
Сердцебиеніе: 80.
Внутреннее изслѣдованіе: Во влагалищѣ правая ножка, окруженная со всѣхъ сторонъ плацентарной тканью.
Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

Отвѣты къ случаю 28.

1. Влагалищное кесарское сѣченіе.
2. Поворотъ по Braхton-Hik's'y. Извлеченіе.
3. Поворотъ по Braхton-Hik's'y. Выжиданіе.
4. Тампонація влагалища, затѣмъ поворотъ.
5. Метрейризь. Поворотъ. Извлеченіе.
6. Метрейризь, высокіе щипцы.

Отвѣты къ случаю 29.

1. Расширеніе Hegar'ами. Метрейризь.
2. Вскрыть пузырь, а затѣмъ поступить, какъ въ случаѣ 28.

Отвѣты къ случаю 30.

1. Наружный поворотъ, затѣмъ низведеніе ножки. Выжиданіе.
2. Внутренний поворотъ.
3. Поворотъ по Braхton-Hik's'y.

Отвѣты къ случаю 31.

Какъ въ случаѣ 28.

Отвѣты къ случаю 32.

1. Низвести ножку и привѣсить грузъ.
2. Извлеченіе.
3. Метрейризь, затѣмъ извлеченіе.

Мм. Гг. Лечение при placenta praevia сдѣлалось съ недавняго времени одной изъ самыхъ излюбленныхъ темъ акушерской литературы. Чтобы спасти мать и ребенка отъ угрожающей опасности, предлагались самыя энергичныя акушерскія операціи: кесарское сѣченіе и влагалищное кесарское сѣченіе. Не будемъ говорить сегодня объ обѣихъ этихъ операціяхъ, принадлежавшихъ клиникѣ. Посмотримъ, какъ мы можемъ обойтись и безъ нихъ въ частной практикѣ; часто приходится думать и о томъ, какъ нужно обойтись безъ нихъ.

Какъ при эклампсіи, цѣлью нашего леченія было прекращеніе судорогъ путемъ удаленія источника яда, такъ при placenta praevia цѣлью будетъ остановить кровотеченіе и тѣмъ скорѣе, чѣмъ болѣе истощена и малокровна роженица. Уже одно сравненіе исторіи болѣзни показываетъ, что эклампсіи подвергаются большею частью крѣпкія, полнокровныя нервородящія, тогда какъ при placenta praevia, наоборотъ, дѣло идетъ объ истощенныхъ многорожавшихъ, потерявшихъ много крови, измученныхъ многочисленными родами и плохо проведенными послѣродовыми періодами. Каждая капля крови, которую вы сохраните такимъ женщинамъ, можетъ оказаться спасительною для ихъ жизни. Чтобы понять принципы, руководящіе нами при остановкѣ кровотеченія въ этихъ случаяхъ, Вы должны выяснитъ себѣ до извѣстной степени анатомію этого заболѣванія и знать тѣ опасности, которыя угрожаютъ Вамъ при акушерскихъ мѣропріятіяхъ по поводу placenta praevia. Простое сравненіе нашихъ рисунковъ при placenta praevia съ рисунками при другихъ заболѣваніяхъ, напр. при эклампсіи, показываютъ большую разницу въ сосудистомъ снабженіи матки. Благодаря вѣдренію яичка вблизи нижняго полюса матки, этотъ отдѣлъ, понятно, сильно васкуляризируется, такъ что на разрѣзахъ онъ производитъ впечатлѣніе губки, наполненной кровью. (Ср. съ этимъ рис. 145, 147 и др.). Уже и раньше я не пропускалъ ни одного случая, чтобы не обратить Вашего вниманія на разрывы шейки въ частной практикѣ; **здѣсь же разрывъ шейки грозитъ непосредственной опасностью для жизни.** Здѣсь совершенно иныя отношенія, чѣмъ при нормальномъ прикрѣпленіи послѣда, — здѣсь при разрывахъ шейки будутъ открыты обширныя кровеносныя пути. Часто бываетъ въ такихъ случаяхъ, что кровь леть ручьемъ, а операторъ не можетъ наложить швовъ, — они всѣ прорѣзываются въ мягкой, губчатой, почти кавернозной ткани шейки. Здѣсь не сдѣлаешь чуда и жгутъ Momburg'a, такъ какъ дѣйствіе схватокъ, сокращающее сосуды и останавливающее кровотеченіе, слабѣе всего проявляется въ растянутомъ нижнемъ сегментѣ матки, откуда происходятъ кровотеченія при placenta praevia. А Вы знаете, что временный успѣхъ при остановкѣ кровотеченія посредствомъ жгута Momburg'a становится постояннымъ именно благодаря сокращеніямъ матки, наступившимъ влѣдствіе ея обезкровливанія. Не забывайте далѣе, что даже самыя маленькіе разрывы, которые не могутъ быть непосред-

ственной причиной смерти, въ послѣродовомъ періодѣ могутъ играть роль входныхъ воротъ для смертельнаго сепсиса. Именно, при placenta praevia, въ самомъ близкомъ соудствѣ съ влагалищемъ, содержащимъ громадное количество микробовъ, находится мѣсто прикрѣпленія послѣда, столь легко подвергающагося влиянію инфекции даже при всякихъ нормальныхъ родахъ. Септическая инфекция при placenta praevia особенно тяжела; въ большинствѣ случаевъ даже смертельна, такъ какъ къ описанной легкости возникновенія инфекции присоединяется еще пониженная сопротивляемость организма вслѣдствіе малокровія.

Итакъ Вашимъ основнымъ положеніемъ при терапіи placenta praevia должно быть слѣдующее: во всякомъ случаѣ избѣгать разрывовъ, т. е. дѣйствовать какъ можно осторожно!! Вопросъ о спасеніи жизни ребенка отходить здѣсь на второй планъ и умѣстенъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда есть возможность спасти ребенка, не нанося вреда жизни матери. Какъ-разъ при placenta praevia часто встрѣчаются недоношенные нежизнеспособные плоды, а матери по большей части — многородящія.

Пожалуй, Вы больше принесете пользы государству и семьѣ, если въ такихъ случаяхъ пожертвуете жизнью ребенка. Послѣшивъ сдѣлать извлеченіе, чтобы получить живого ребенка, Вы сдѣлаете операцію грубо и можете отнять у мужа вѣрную спутницу его жизни, а у дѣтей — ихъ дорогую мать.

Первое, слѣдовательно — «піл посеге». Затѣмъ слѣдуетъ второй вопросъ: какъ достигнуть остановки кровотеченія? Вообще говоря, нужно дѣйствовать такимъ образомъ, чтобы помѣшать дальнѣйшему кровотеченію прижатіемъ тѣхъ отдѣловъ маточной стѣнки, которые кровоточатъ послѣ отдѣленія части плаценты. Какъ это дѣлается въ частности, выяснится при разборѣ сегодняшнихъ случаевъ.

Случай 28: Въ каждомъ случаѣ placenta praeviae Вы должны задать себѣ 4 вопроса, прежде чѣмъ рѣшиться на какое-либо терапевтическое мѣропріятіе:

- 1) Каково общее состояніе роженицы (общее впечатлѣніе, анемія, особенно дыханіе и пульсъ, ритмъ и наполненіе)?
- 2) Насколько подвинулся періодъ раскрытія?
- 3) Какой величины подлежащая часть плаценты (placenta praevia totalis или partialis, называемыя также centralis и marginalis)?
- 4) Какое положеніе ребенка?

Въ нашемъ случаѣ тотчасъ по прибытіи мы убѣдились, что имѣется легкій случай placenta praevia. Основаніемъ для такого діагноза служили исключительно данныя нашего объективнаго пслѣдованія; здѣсь нельзя было принимать въ расчетъ ни разсказа свекрови о томъ, что вышли полные «горшки крови», ни преувеличенія акушерки, что кровь лилась «ручьями». У этой роженицы замѣтно лишь небольшое малокровіе, дыханіе у нея не ускорено, 18 въ минуту, пульсъ правильный, частота

немного выше нормы. При внутреннем изслѣдованіи кровотеченіе незначительное, предлежитъ только маленькая долька плаценты величиной съ 5-марковую монету. Предлежаніе было черепное. Я считалъ, что въ этомъ случаѣ для матери и ребенка будетъ лучше всего—просто разорвать пузырь. Говоря вообще, пузырь обыкновенно слишкомъ легко рвется, часто, къ сожалѣнію, даже слишкомъ рано. Но при *placenta praevia* наблюдаются совершенно иныя отношенія. Произвольный разрывъ пузыря здѣсь наблюдается рѣдко, причемъ онъ вскрывается въ своемъ верхнемъ отдѣлѣ, въ чемъ можно убѣдиться послѣ родовъ по состоянію оболочекъ.

Понятно, что вблизи мѣста прикрѣпленія послѣда *chorion* и *amnion* отличаются особенной плотностью. Поэтому если Вы захотите вскрыть пузырь, какъ мы сдѣлали въ нашемъ случаѣ, Вамъ придется преодолѣть при этомъ извѣстныя препятствія. Лучше уже съ самаго начала дѣйствовать такъ, какъ показываетъ рис. 145. Указательный палецъ лѣвой руки вводится въ шейку до того мѣста, гдѣ свободно предлежатъ плодные оболочки. Правой рукой вводятъ пулевые щипцы, проводя ихъ до отмѣченнаго лѣвой рукой отдѣла околоплоднаго пузыря. Теперь стоитъ только оттянуть щипцами плодные оболочки и пузырь будетъ вскрытъ. Затѣмъ снимаютъ пулевые щипцы, но не вынимаютъ указательнаго пальца лѣвой руки, который остается для контроля. Нужно прослѣдить, произойдетъ ли то, на что мы рассчитывали,—прижметъ ли глубже опустившаяся головка предлежащую дольку послѣда. Что мы этого здѣсь достигли, показываетъ намъ рис. 146. Клинически достигнутый эффектъ выражается прекращеніемъ кровотеченія. А теперь мы будемъ ждать произвольныхъ родовъ. **Совершенно недопустимо понинуть больную съ *placenta praevia*!** На слѣдующее утро послѣ родовъ, длившихся 10¹/₂ часовъ, появилась на свѣтъ живая дѣвочка 53 см. длины и 3200 грм. вѣсомъ. Родители получили живого ребенка и были очень рады своей маленькой дѣвочкѣ; мы также можемъ быть довольны успѣхомъ, тѣмъ болѣе, что это простое посobie не причинило даже боли матери.

Нельзя ли было примѣнить въ этомъ случаѣ какіе-либо другіе практически пригодные способы? Конечно! Это простые случаи *placenta praevia*, которые при всякихъ способахъ дадутъ хорошіе результаты и которые, какъ я это наблюдалъ довольно часто, могутъ окончиться хорошо и при произвольномъ теченіи родовъ—сама природа вскрыетъ пузырь и кровотеченіе остановится.

Но никто изъ Васъ не посовѣтовалъ вскрыть пузырь,—а это самый простой способъ для практика въ такихъ случаяхъ; большинство изъ Васъ предпочли поворотъ по Braxton-Hicks'у, и метрейризмъ.

Обсудимъ теперь подробности поворотъ по Braxton-Hicks'у, который въ теченіе многихъ лѣтъ по преимуществу примѣнялся въ клиникѣ Вимп'а. При поворотѣ по этому способу называемомъ также «ново-



Рис. 145 (случай 28).

Рис. 146.

Рис. 145. Вскрытие пузыря пулевыми щипцами. — На рис. 146 представлены полученные от этого результаты: болѣе глубокое опусканіе головки и прижатіе кровоточащаго мѣста.

ротомъ двумя пальцами», наружная рука—прошу обратить на это вниманіе—играетъ главную роль; внутренняя рука находится во влагалищѣ и только 2 пальца ея проводится черезъ каналъ шейки въ полость яйца, причеиъ предварительно вскрывается пузырь. Наружной рукой сильно надавливаютъ на ягодицы по направленію ко входу, между тѣмъ какъ внутренняя рука должна выполнить двѣ функціи:

1. Приподнять подлежащую часть, при черепныхъ предлежаніяхъ—головку, при поперечныхъ—плечико и отодвинуть въ сторону, противоположную мелкимъ частямъ.

Примѣръ: Мелкія части вправо, головка отталкивается влѣво; мелкія части влѣво, плечико отталкивается вправо.

2. Провести двумя пальцами черезъ каналъ шейки ножку, которая давленіемъ наружной руки была приближена къ нему.

Къ сожалѣнію, на фантомахъ слинкомъ мало упражняются въ примѣненіи поворота по Braxton-Hicks'у ¹⁾. Онъ несравненно труднѣе, какъ видно по описанію, внутренняго поворота, гдѣ главное участіе принимаетъ внутренняя рука. Такъ какъ въ поликлиникѣ я даю дѣлать поворотъ по Braxton-Hicks'у, какъ и всѣ другія операціи вольнослушателямъ и практикантамъ, то мнѣ точно извѣсны тѣ трудности, которыя онъ представляетъ начинающему: я **никогда** не видѣлъ, чтобы поворотъ по Braxton-Hicks'у при placenta praevia удался малоопытному врачу, чего нельзя сказать о метрейризѣ.

Поэтому я не колеблясь утверждаю, что метрейризъ легче для начинающихъ, чѣмъ поворотъ по Braxton-Hicks'у. Въ одномъ случаѣ я видѣлъ, что слушатель, вмѣсто 2 пальцевъ, вошелъ сразу цѣлой рукой въ матку и сдѣлалъ поворотъ. Вмѣсто остановки кровотеченія онъ сдѣлалъ разрывъ шейки, благодаря введенію цѣлой руки, что едва не стоило жизни роженицѣ. Въ другомъ случаѣ (случай 30, рис. 152 и 153) вольнослушатель отдѣлил placenta centralis, которую онъ не могъ пробуровать, почти цѣликомъ по всей периферіи внутренняго зѣва. Къ счастью, женщина выжила, несмотря на потерю крови, хотя и лихорадила довольно сильно въ теченіе недѣли благодаря этому нечаянному «ручному отдѣленію плаценты». Итакъ, Вы видите, что легче рекомендовать поворотъ по Braxton-Hicks'у, чѣмъ его выполнить. Цѣль поворота по Braxton-Hicks'у понятна Вамъ безъ объясненій,—произвести тампонацію вслѣдствіе прижатія отдѣленной плаценты къ стѣнкѣ матки (ср. рис. 153). По окончаніи поворота нужно вспомнить хорошее старое правило: «Сдѣлай поворотъ, но не извлекай» (Fehling). (Подробности см. въ этой лекціи, случай 30).

¹⁾ Я заказалъ для фантома фирмѣ L. и H. Löwenstein, Берлинъ, Ziegelstrasse, модели изъ резины, представляющія различныя стадіи періода раскрытія. На нихъ можно прекрасно давать упражняться въ теченіе курса на фантомахъ,—какъ совѣтовалъ также и Blumreich,—въ поворотѣ по Braxton-Hicks'у, причеиъ слѣдуетъ обратить вниманіе на трудность выполнения этого способа. Подробности см. въ приложеніи, помѣщенномъ въ концѣ этой книги: Новая учебныя пособія для упражненій на фантомѣ.



Рис. 147 (случай 29).

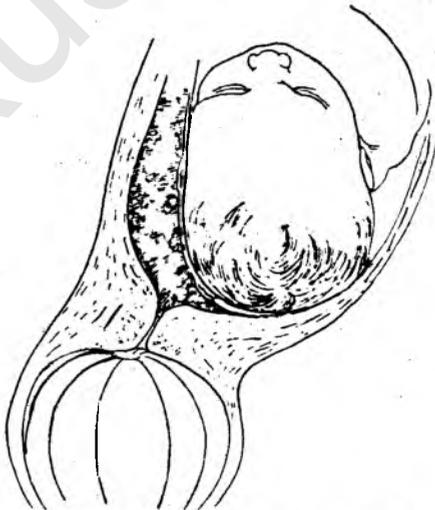


Рис. 148. Дѣйствіе кольпейринтера.

Что въ этомъ случаѣ можно было бы примѣнить и метрейризь, Вамъ и такъ понятно; какимъ образомъ лучше примѣнить его при *placenta praevia*, мы увидимъ при разсмотрѣннн ближайшаго случая.

Въ случаѣ 29, когда мы пришли къ пациенткѣ, каналъ шейки былъ еще совершенно закрытъ (рис. 147). Вѣроятно, у одного изъ Васъ было такъ еще живо воспоминаніе о случаяхъ 20 и 21, что онъ посовѣтовалъ расширение Негар'овскими расширителями и послѣдующій метрейризь. Но *placenta praevia* не эклампсія. Настоятельно совѣтую Вамъ не примѣнять здѣсь этотъ кровавый и опасный способъ. Развѣ нужно здѣсь такъ слѣшить (пульсъ полный, мы сосчитали 90 ударовъ въ минуту) и развѣ врачъ-практикъ не можетъ выбрать иной способъ, для себя болѣе легкій, а для матери болѣе безопасный?

Вотъ, что мы здѣсь сдѣлали и что для всѣхъ подобныхъ случаевъ является хорошимъ и цѣлесообразнымъ способомъ: черезъ шейку и каналъ шейки нужно прижать кровотокацій участокъ плаценты, введя для этого кольпейринтеръ или затампонировавъ влагалище (рис. 148). Но сперва мы должны исключить еще одну возможность, о которой можетъ пдти вопросъ при дифференціальномъ діагнозѣ, это—«преждевременное отдѣленіе плаценты».

Три момента сразу говорятъ противъ этого:

1. То обстоятельство, что первое кровотеченіе появлялось еще до четвертаго мѣсяца; преждевременное отдѣленіе происходитъ внезапно.

2. Хорошій пульсъ у матери. При преждевременномъ отдѣленіи происходитъ кровотеченіе въ полости яйца, сокращенію котораго мѣшаетъ его содержимое, по большей части чрезвычайно обильное; и женщина въ такихъ случаяхъ производитъ впечатлѣніе сильно анемичной, какъ при опасномъ внутреннемъ кровотеченіи.

3. Хорошее сердцебіеніе плода; при преждевременномъ отдѣленіи послѣда, конечно, быстро наступаетъ смерть плода.

Исключивъ эту возможность, которая встрѣчается рѣдко, можемъ приступить къ тампонаціи влагалища съ помощью баллона или ящичка *Dührssen'a*. Влагалищная тампонація представляетъ превосходный способъ, если она производится съ соблюденіемъ строгой асептики и при помощи зеркала ¹⁾.

На рис. 148 видно, чего мы достигли введеніемъ баллона во влагалище. На слѣдующее утро мы удалили баллонъ, причемъ оказалось, что женщина не потеряла ни капли крови, зѣвъ началъ раскрываться, а шейка свободно пропускала два пальца. Если бы здѣсь не было такого сильнаго кровотеченія, то я вскрылъ бы пузырь, какъ сдѣлалъ это въ предыдущемъ случаѣ, и сталъ бы ждать, несмотря на предлежаніе значительной части послѣда. Кромѣ того, какъ видно изъ рис. 147—148, здѣсь имѣлось незначительное склоненіе головки, и это обстоятель-

¹⁾ Точное описаніе техники тампонаціи влагалища см. въ лекціи IX.

ство тоже говорило за метрейризмъ, такъ какъ послѣ вскрытія пузыря головка могла принять нормальное положеніе. Метрейринтеръ ввелъ одинъ изъ практикантовъ, не обладающій никакимъ акушерскимъ опытомъ и техникой. Я уложилъ женщину на столъ, попросилъ практиканта ввести зеркало, обнажить шейку и захватить переднюю губу пулевыми щипцами. Метрейринтеръ былъ скатанъ въ видѣ сигары, верхушка щипцовъ выдавалась надъ метрейринтеромъ приблизительно на 1 см.; при введеніи метрейринтера верхушкой щипцовъ былъ вскрытъ пузырь (рис. 149). (Дальнѣйшія техническія подробности описаны въ лекціи XII). Метрейринтеръ былъ наполненъ 500 куб. см. 1% раствора лизола (рис. 151) и къ нему былъ привѣшенъ грузъ около 1 клгрм. (Мы взяли, вмѣсто груза, обыкновенную пивную бутылку, взвѣсили и наполнили ее). Здѣсь, въ противоположность тому, что говорилось при леченіи эклампсiи, самымъ настоящимъ образомъ я совѣтую Вамъ не дѣлать ручного расширенія зѣва. Можно легко разорвать губчатую ткань послѣда и, вмѣсто остановки кровотеченія, вызвать новое кровотеченіе.

Въ этомъ случаѣ метрейринтеръ вышелъ черезъ полчаса. Вотъ теперь и выясняется большое преимущество метрейриза, особенно для начинающаго врача. Метрейризмъ даетъ возможность ввести цѣлую руку для поворота, не опасаясь разрывовъ шейки. Послѣ поворота выждите нѣсколько минутъ; а такъ какъ, благодаря метрейринтеру, получилось достаточное открытіе зѣва, то Вы можете сдѣлать извлеченіе, принявъ всѣ мѣры предосторожности. Въ этомъ второе значительное преимущество метрейриза сравнительно съ поворотомъ по Braxton-Hicks'у; при послѣднемъ дальнѣйшее веденіе родовъ можетъ быть только выжидательнымъ. Несмотря на то, что практикантомъ при поворотѣ была извлечена петля пуповины и несмотря на продолжительное извлеченіе плода по Müller'у и Veit-Smellie, мы имѣли удовольствіе получить живую дѣвочку въ 50 см. длины и 3520 грм. вѣсомъ.

Совершенно инныя отношенія въ случаѣ 30. Здѣсь есть настоятельныя показанія къ немедленному вмѣшательству — поперечное положеніе и placenta praevia. Эти случаи вовсе не рѣдки въ практикѣ. Такъ какъ placenta praevia выполняетъ нижній отдѣлъ яйцевой полости, то поперечное положеніе происходитъ очень часто механическимъ путемъ (рис. 152), также получается при черепныхъ предлежаніяхъ склоненіе головки (рис. 147) и предлежанія тазовымъ концомъ (рис. 155).

Въ противоположность обоимъ только что разобраннымъ случаямъ общее состояніе у этой женщины, какъ можно было опредѣлить по пульсу и дыханію, являлось несомнѣнно угрожающимъ.

Въ этомъ случаѣ вольнослушатель, пытаясь сдѣлать поворотъ по Braxton-Hicks'у, вмѣсто того, чтобы пробуровать плаценту, отслоилъ ее на большомъ протяженіи. Я также не могъ пробуровать ее пальцемъ,



Рис. 149 (случай 29). Верхушкой щипцов, которыми проводится метрейринтеръ, вскрывается околоплодный пузырь.

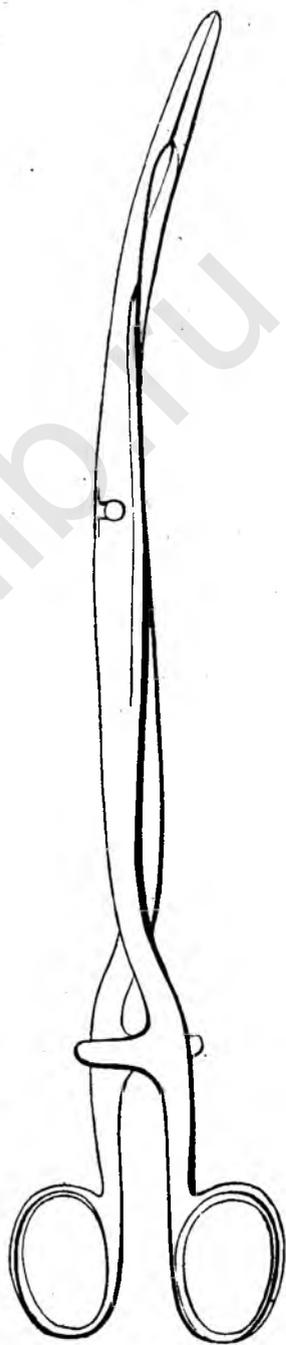


Рис. 150. Щипцы для проведения метрейринтера.



Рис. 151 (случай 29). Правильно введенный метрейринтеръ, наполненный жидкостью, прижимаетъ кровоточащее мѣсто и расширяетъ въ то же время каналъ шейки.

такъ какъ плацента все ускользала изъ-подъ пальца. Мнѣ удалось пробуравить послѣдъ только съ помощью пулевыхъ щипцовъ. Поворотъ оказался очень труднымъ (рис. 153); по низведеніи ножки (рис. 154) на нее была наложена петля и привѣшенъ грузъ (опять, вмѣсто груза, была взята пивная бутылка вѣсомъ въ 1 клгрм.).



Рис. 152 (случай 30).

(Я хочу замѣтить, что здѣсь не слѣдуетъ низводить ножку настолько, чтобы колѣно показалось въ половой щели. Дамъ Вамъ слѣдующія правила: низводите ножку, пока не остановится кровотеченіе (ср. рис. 154); затѣмъ или привяжите грузъ къ ножкѣ описаннымъ уже способомъ или просто спокойно ждите, а если появится кровотеченіе, привяжите грузъ для остановки его).

Нельзя было, конечно, ожидать живого ребенка, такъ какъ каналъ шейки пропускалъ только 2 пальца.

Ребенокъ родился черезъ 4 ч. 45 мин. Вслѣдствіе легкой атоніи, наступившей послѣ выдѣленія послѣда, была наложена давящая повязка Fritsch'a и сдѣлана тампонада влагалища, какъ это описано выше.



Рис. 153 (случай 30). Вслѣдствіе безуспѣшныхъ попытокъ произошла частичная отслойка послѣда. Черезъ отверстіе въ послѣдѣ, сдѣланное пулевыми щипцами, удалось захватить ножку за пальцевой конецъ и низвести ее.



Рис. 154 (случай 30). Ножка низведена, ягодицы прижали предлежащую долю плаценты.

Если бы мнѣ пришлось снова помогать начинающему въ подобномъ случаѣ, то на основаніи приведенныхъ выше соображеній я посоветовалъ бы ему принять метрейризь.



Рис. 155 (случай 32).

Вскрыть пузырь въ такихъ случаяхъ не имѣть цѣли, благодаря отсутствію такой подлежащей части (плечико не можетъ оказывать давленія), которая прижала бы участокъ плаценты.

Мнѣ хочется упомянуть о другомъ предложеніи одного изъ Васъ: о наружномъ поворотѣ. Я считаю его превосходнымъ для многихъ случаевъ, какъ и Strassmann, горячо рекомендующій его. Если онъ удастся, можно рѣшить затѣмъ, что дѣлать, рвать ли пузырь или ждать, низвести ножку въ случаѣ кровотеченія или вложить метрейринтеръ. Наружный поворотъ потому такъ удается при *placenta praevia*, что, какъ Вамъ извѣстно, именно при этой аномаліи пузырь не имѣетъ склонности къ произвольному вскрытію, а при цѣломъ пузырь головка обладаетъ большою подвижностью.

Случай 31 я задалъ Вамъ въ виду его рѣдкости, такъ какъ здѣсь была первородящая. Существовала *placenta praevia centralis*, воды уже отошли, какъ говоритъ роженица; позже по оболочкамъ можно было узнать, что пузырь разорвался вверху. Я самъ сдѣлалъ поворотъ по Вгахтон-Никс'у, причемъ, вслѣдствіе малой величины плода (длина его 37 см.), я смѣшалъ ручку съ ножкой. Такъ какъ здѣсь былъ нежизнеспособный недоношенный плодъ, а проведеніе ножки черезъ каналъ шейки оказалось нѣсколько затруднительнымъ, я захватилъ ее пулевыми щипцами и извлекъ цѣликомъ. Я отказался отъ примѣненія груза вслѣдствіе малой величины ножки, которая могла бы оторваться. Произвольные роды наступили только черезъ 5 часовъ, несмотря на малую величину ребенка. Въ будущемъ въ такихъ случаяхъ я предпочту метрейризы.

Послѣдній случай (32) мало отличается отъ только что разобраннаго въ смыслѣ терапіи. Интересно, что пузырь вскрылся у самаго послѣда, причемъ выпала ножка, головка же ясно прощупывалась во входѣ (рис. 155). Вамъ я посоветовалъ бы въ такомъ случаѣ наложить на ножку петлю, привѣсить грузъ и ждать. Самъ я сдѣлалъ поворотъ. Извлеченіе по Müller'у не удалось, освобожденіе ручекъ было труднымъ, такъ же, какъ и приемъ Martin-Wiegand'a, явившійся необходимымъ благодаря большой величинѣ ребенка (длина 56 см., окружность головки 37,5). Ребенка нельзя было оживить. Вѣроятно, благодаря прижатію корня пуповины (ср. рис. 155), произошла смерть ребенка еще *intra partum* во время приготовленій къ операціи. Если бы во время моихъ манипуляцій произошелъ еще разрывъ шейки, я съ полнымъ правомъ могъ бы себя серьезно упрекать.

Какъ при эклампсѣ, такъ и при *placenta praevia* рожденіемъ ребенка еще не исчерпывается Ваша врачебная помощь. Довольно часто Вамъ придется употребить всѣ средства, чтобы справиться съ той **тяжелой анеміей**, которая развивается у многихъ женщинъ послѣ родовъ при *placenta praevia*.

Здѣсь нужно дѣйствовать быстро и обдуманно. Пока Вы дадите наставленія акушеркѣ, какъ приготовить 2 литра теплаго (38°) физио-

логическаго раствора поваренной соли ¹⁾), пока она сама прокипятитъ трубку и иглу для вливанія, вымоетъ ирригаторъ, у Васъ хватитъ времени, чтобы позвать мужа и поднять съ его помощью ножной конецъ кровати, удержавъ ее въ такомъ положеніи стуломъ.

Такъ какъ вода еще не кипитъ, и Ваши канюли для пункции еще не простерилизованы, то забинтуйте пока *lege artis* ноги роженицы фланелевымъ бинтомъ, который попросите скорѣе дать Вамъ; кровь прогоняется тогда къ туловищу; приемъ этотъ описанъ подъ названіемъ «аутотрансфузія». Можно усилить его дѣйствіе, наложивъ на ноги роженицы жгутъ *Mohrbug'a*, чѣмъ совершенно прекращается оттокъ крови къ конечностямъ. Солевой растворъ приготовьте, какъ описано выше. Потомъ закутайте потеплѣ роженицу, обложите ее бутылками съ горячей водой, а чтобы избѣжать ожогъ, лучше положите бутылки поверхъ одѣяла и закройте роженицу еще вторымъ одѣяломъ. Потомъ выступаютъ на сцену сердечныя средства, которыя найдете въ нашей таблицѣ подъ цифрой 2: **сначала останавливаютъ кровотеченіе, затѣмъ восстанавливаютъ количество крови и, наконецъ, возбуждаютъ сердечную дѣятельность.**

Въ отношеніи дифференціального діагноза интересенъ слѣдующій случай 33.

¹⁾ Въ случаѣ, если Вы не захватили въ сумкѣ готовыхъ таблетокъ поваренной соли, берутъ 8,5—9 грм. поваренной соли на 1000 куб. стм. воды.

Случай 33-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Fr., 31 года, 4-е роды.

Сообщеніе: Врачемъ установлено placenta praevia или sarcinoma.

А н а м н е з ъ: Въ послѣднее время незначительныя кровотеченія часто послѣ сношеній.

Прежніе роды: 1 мальчикъ, живой.

Послѣднія регулы: Въ концѣ октября.

Начало схватокъ: 15 іюня, 2 ч. пополудни.

Отхожденіе водъ: 13 іюня, 8 ч. утра.

Прибытіе врача: 15 іюня.

Родовая дѣятельность: Хорошая и правильная, при каждой схваткѣ выдѣляется немного крови.

Status: Цвѣтушая женщина, хорошаго питанія.

Температура: 36,3.

Путьсъ: 80.

Н а р у ж н о е и з с л ѣ д о в а н і е: II положеніе.

Сердцебѣненіе: Не слышно.

В н у т р е н н е е и з с л ѣ д о в а н і е: Пузыря нѣтъ, въ шейкѣ прощупываются мягкія губчатая легко кровоточація массы, каналъ шейки пропускаетъ палець, на-ощупъ представляется плотно инфильтрированнымъ.

Т е р а п і я: ?

Отвѣты слушателей.

1. Данныя изслѣдованія говорятъ здѣсь за карциному. Влагалищное кесарское сѣченіе, затѣмъ полное удаленіе матки влагалищнымъ путемъ.

2. Кесарское сѣченіе; потомъ полное удаленіе матки брюшнымъ путемъ.



Рис. 156 (случай 33). По препарату, удаленному операцией в Университетской акушерской клинике «Charité».

Въ этомъ случаѣ по характеру сообщенія Вы видите, что меня позвалъ collega, который не былъ увѣренъ, имѣется ли здѣсь *carcinoma portionis* или *placenta praevia*.

Сходство въ томъ, что имѣется кровотечение и прощупываются губчатая масса. Значительное различіе, основанное на анатомическихъ отношеніяхъ, состоитъ въ локализаци (рис. 156). Карцинома находится обыкновенно или въ окружности зѣва, или внутри цервикальнаго канала, губчатая масса послѣда при *placenta praevia* или выше цервикальнаго канала у внутренняго зѣва (рис. 157).

Кто уже часто опредѣлялъ карциному при изслѣдованіи гинекологическихъ случаевъ, тому это различіе представляется яснымъ; начинающій можетъ убѣдиться въ немъ, обнаживъ зеркалами *portio*. Мнѣ случалось наблюдать еще, что *anepcephalus*, называемый также лягушечьей головой, смѣшивали съ одной стороны съ *placenta praevia*, съ другой стороны съ карциномой. Здѣсь, конечно, также прощупываются у внутренняго зѣва губчатая масса свободно лежащаго мозга ¹⁾, но при болѣе внимательномъ изслѣдованіи, кромѣ того прощупываются и зубчатая кость основанія черепа. На рис. 157—159 изображены данныя изслѣдованія зеркалами при карциномѣ, *placenta praevia* и *anepcephalus*.

Въ нашемъ случаѣ существуютъ только 2 возможности — разрѣшить сначала женщину и потомъ направить ее въ клинику для операціи или же немедленно доставить ее въ клинику для операціи. **Я настоятельно совѣтую Вамъ не разрѣшать карциноматозную больную надому.** Изъ рис. 156 Вамъ видно, что вся стѣнка шейки инфильтрирована раковыми массами. Она можетъ разорваться при самой осторожной попыткѣ къ расширенію зѣва; послѣдствіемъ могутъ быть тяжелыя неукротимыя кровотечения и септическая инфекция, — въ гнилостно-разлагающейся раковой ткани у беременныхъ всегда бываютъ стрептококки. Въ прежнее время въ клиникѣ дѣлали влагалищное кесарское сѣченіе, извлекали ребенка и удаляли влагалищнымъ путемъ матку. Теперь чаще дѣлаютъ классическое кесарское сѣченіе старымъ способомъ, а въ заключеніе расширенную операцію полного удаленія матки брюшнымъ путемъ. При мертвомъ ребенкѣ избѣгаютъ опаснаго вскрытія полости матки. Прогнозъ всегда сомнительный, и по двумъ причинамъ: во-первыхъ, потому, что въ раковой ткани, — какъ это было уже сказано, — часто до самой клѣтчатки попадаютъ стрептококки. Кромѣ того потому, что въ такихъ случаяхъ, какъ было и въ нашемъ, чрезвычайно часто происходитъ ранній разрывъ пузыря, вслѣдствіе чего околоплодная вода, содержащая болѣзнетворные зародыши, могутъ при производствѣ кесарскаго сѣченія попасть въ брюшную полость и родильница погибнетъ послѣ операціи отъ сепсиса.

Второй причиной плохого прогноза служитъ то обстоятельство, что кар-

¹⁾ Два раза меня приглашали вольнопрактикующіе врачи по поводу «*placenta praeviae*», которыя оказались затѣмъ *anepcephalus*.

циномы, развивающіяся во время беременности у сравнительно молодыхъ женщинъ, бываютъ особенно злокачественны и легко даютъ рецидивы.

Къ счастью, карциномы рѣдко встрѣчаются въ теченіе родовъ, такъ что для Васъ достаточно этихъ краткихъ указаній.

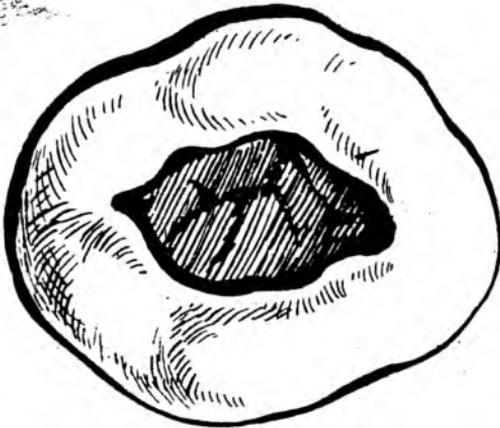


Рис. 157. Данныя изслѣдованія при *placenta praevia totalis*.



Рис. 158. Данныя изслѣдованія при *carcinoma cervicis*.

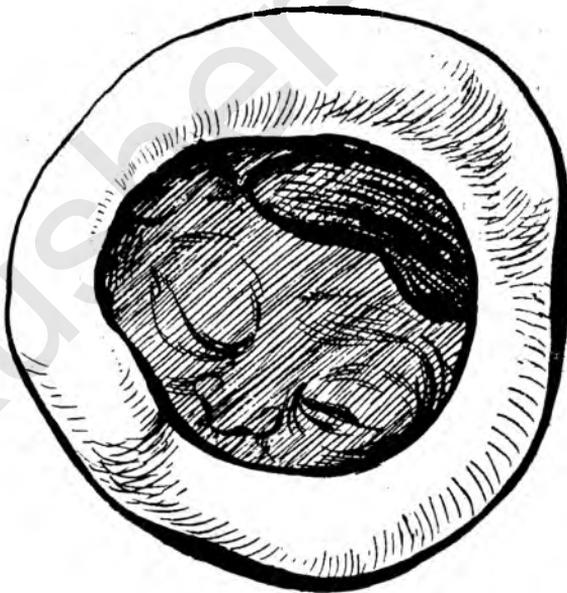


Рис. 159. Данныя изслѣдованія при *anencephalus*.

Роды при *anencephalus* не требуютъ подробнаго обсужденія, такъ какъ плоды большею частью малой величины и роды оканчиваются произвольно, а при показаніяхъ со стороны матери—поворотомъ или краніоклазіей.

Въ заключеніе этой лекціи мнѣ хотѣлось бы дать Вамъ еще задачу—назначить лечение въ слѣдующемъ случаѣ, который хотя и представляется рѣдкимъ, но съ леченіемъ его Вы должны быть знакомы.

Случай 34-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа В. S., 19 лѣтъ, первые роды.

Сообщеніе: Кровотеченіе.

Анамнезъ: Кровотеченіе наступило только теперь, во время родовъ. У больной вдругъ потемнѣло въ глазахъ и съ нею сдѣлался обморокъ.

Послѣднія регулы: ?

Начало схватокъ: ?

Пузырь вскрылся: ?

Прибытіе врача: 16 ноября.

Родовая дѣятельность: ?

Status: Крѣпкая женщина, въ настоящее время чрезвычайно малокровная.

Температура: 36,3.

Пульсъ: 120, неправильный.

Наружное изслѣдованіе: Части плода не прощупываются. Матка представляется тѣстообразной и чрезвычайно растянутой. Fundus uteri у самага processus.

Сердцебиеніе: Не слышно.

Внутреннее изслѣдованіе: Зѣвъ открытъ на ладонь. Пузырь цѣлъ. По вскрытіи его прощупываются петли пуповины и гладкая плодовая поверхность послѣда. Тотчасъ же изъ матки вылилось около 1000 куб. см. свѣжей крови и сгустковъ.

Терапія: ?

Всѣ Вы вспомнили о томъ, что я говорилъ на вступительной лекціи, вѣрно поставили діагнозъ «преждевременное отдѣленіе послѣда» и назначили правильное леченіе: поворотъ и извлеченіе. Ребенокъ, конечно, уже умеръ.

Случай преждевременнаго отдѣленія послѣда рѣдки, но иногда они являются самыми опасными изъ всѣхъ возможныхъ въ акушерствѣ. Такъ, я помню одинъ случай, гдѣ въ зѣвѣ не прощупывалось послѣда и поэтому былъ поставленъ правильный діагнозъ еще при открытіи зѣва на 2 пальца. Сдѣлали поворотъ по Braxton-Hicks'у и стали ждать. А кровотеченіе въ полость матки все продолжалось и роженица умерла раньше, чѣмъ оказалось возможнымъ сдѣлать извлеченіе. Въ такихъ случаяхъ наилучшимъ способомъ является влагалищное кесарское сѣченіе; здѣсь лучше сдѣлать даже насильственное расширеніе зѣва посредствомъ Champetier или Bossi, чѣмъ наблюдать, какъ роженица будетъ постепенно истекать кровью.

Итакъ, при совмѣстномъ разсмотрѣніи цѣлаго ряда случаевъ мы убѣдились, что при каждомъ изъ нихъ требовалась индивидуальная терапия; что было правильнымъ въ одномъ случаѣ, то оказывалось неправильнымъ въ другомъ. Здѣсь, какъ и вообще въ медицинѣ, примѣнимо золотое изреченіе: «кто хорошо ставитъ діагнозъ, тотъ хорошо и лечитъ.»

Лекція XIV.

Случай 35-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа А. В., 30 лѣтъ, первородящая.

Сообщение: Выпаденіе пуповины; пуповина пульсируетъ.

Ана мнезъ: Безъ особенностей.

Послѣднія регулы: Въ концѣ марта.

Начало схватокъ: 17 января, 2 часа пополуночи.

Отхожденіе водъ: 17 января, 2 ч. пополудни, при изслѣдованіи вольнопрактикующимъ врачомъ.

Прибытіе врача: 17 января, 3 ч. пополудни.

Родовая дѣятельность: Хорошая.

Statu s: Безъ особенностей.

Температура: 36,7.

Пульсъ: 80.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp. 26, Cr. 26, Tr. 31, Conj. ext. 19. I положеніе.

Сердцебиеніе: 90.

Внутреннее изслѣдованіе: Пузыря нѣтъ. Открытіе зѣва на величину монеты въ 5 марокъ, во влагалищѣ клубокъ петель пуповины, выпавшей справа отъ головки.

Терапія: ?

Случай 36-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа V., 45 лѣтъ, 4-е роды.

Сообщение: Роды не подвигаются.

Ана мнезъ: Безъ особенностей.

Прежніе роды: Всѣ 3 родовъ были чрезвычайно продолжительны, но окончились безъ всякаго вмѣшательства.

Послѣднія регулы: Въ концѣ мая.

Начало схватокъ: 5 марта, 2 ч. пополуночи.

Отхожденіе водъ: При изслѣдованіи вольнопрактикующимъ врачомъ (внутреннее измѣреніе).

Прибытіе врача: 5 марта, 12 ч. 45 м. ночи.

Родовая дѣятельность: Нормальна.

Status: Безъ особенностей.

Температура: 36,1.

Пульсъ: 96.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp. 24^{1/2}, Cr. 26, Tr. 30, Conj. diag. 11, Conj. vera 9^{1/2}. II черепное предлежаніе.

Сердцебиеніе: 120.

Внутреннее изслѣдованіе: Большой клубокъ изъ петель пуповины лежитъ передъ наружными половыми частями, хорошая пульсація. Маточный зѣвъ съ ладонь.

Терапія: ?

Случай 37-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала; Г-жа W., 29 лѣтъ, 5-е роды

Сообщение: Поперечное положеніе.

Ана мнезъ: Безъ особенностей.

Прежніе роды: 1 абортъ, при которомъ присутствовалъ врачъ; 3 родовъ безъ врачебной помощи.

Послѣднія регулы: Въ серединѣ мая.

Начало схватокъ: 31 января, 3 часа пополудни.

Пузырь вскрылся: 10 часовъ утра.

Прибытіе врача: 1 февраля, 12 ч. 30 м. утра.

Родовая дѣятельность: Очень слабая и вялая.

Status: Вялые брюшные покровы.

Температура: 37.

Пульсъ: 96.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: нормальны. Головка отклонена къ правой подвздошной впадинѣ, ягодицы влѣво у дна. Спинка вправо.

Внутреннее изслѣдованіе. Пузыря нѣтъ. Почти полное открытіе зѣва. Прощупывается слабая пульсація пуповины, которая свѣшивается до наружныхъ половыхъ частей; правая ручка во влагалищѣ, лѣвая на уровнѣ маточнаго зѣва.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

Отвѣты къ случаю 35.

1. Поворотъ.
2. Метрейризь. Метрейринтеръ вызоветъ вправление пуповины въ полость яйца.
3. Вправление пуповины.
4. Вправление при помощи проводника въ колѣнно-локтевомъ положеніи.

Отвѣты къ случаю 36.

1. Поворотъ, уже въ виду плоско-рахитическаго таза.
2. Метрейризь.
3. Вправление въ колѣнно-локтевомъ положеніи.

Отвѣты къ случаю 37.

Внутренній поворотъ.

Мм. Гг. Въ теченіе этого семестра мы уже приобрѣли нѣкоторое практическое знакомство съ выпаденіями пуповины и конечностей. Причиной всѣхъ выпаденій служитъ недостаточное закрытіе малаго таза предлежащей частью и образовавшееся поэтому сообщеніе между передними водами и остальными околоплодными водами, находящимися въ полости яйца (ср. рис. 9). Такъ, выпаденія пуповины встрѣчаются особенно часто при поперечныхъ положеніяхъ, при которыхъ отсутствуетъ предлежащая часть; въ этихъ случаяхъ пуповина, увлекаемая силой собственной тяжести, можетъ быть захвачена потокомъ истекающихъ околоплодныхъ водъ и легко можетъ выпасть. Лечение аналогично съ леченіемъ при поперечныхъ положеніяхъ, поэтому укажу Вамъ случаи 11 и 12 въ лекціи IX. То же можетъ произойти, если объемъ предлежащей части слишкомъ малъ, чтобы заполнить собою входъ въ тазъ, какъ въ случаѣ 15, рис. 114, лекція X.

Такимъ образомъ и при ножныхъ предлежаніяхъ совсѣмъ не рѣдки случаи выпаденія пуповины. Гораздо рѣже и несравненно опаснѣе для ребенка выпаденія пуповины при черепныхъ предлежаніяхъ. Здѣсь самая частая причина—узкій тазъ, причемъ головка или отклоняется въ сторону,—склоненіе головки при черепномъ предлежаніи и благодаря этому остается свободнымъ входъ въ тазъ, или же, какъ при плоскомъ тазѣ, образуется съ правой и лѣвой стороны головки пространство, сообщающееся съ полостью яйца. Часто встрѣчаются еще 2 благопріятствующихъ момента, первый—ненормальная длина пуповины, въ нашемъ первомъ случаѣ (35) она равнялась—104 см., т. е. была вдвое длиннѣе нормальной; второй моментъ, какъ показываетъ рис. 161, глубокое прикрѣпленіе послѣда. На рис. 165 Вы видите выпаденіе длинной пуповины (95 см.) при нормальномъ мѣстоположеніи послѣда. Однако оба эти момента могутъ отсутствовать, а выпаденіе пуповины можетъ все-таки произойти. Что касается выпаденія пуповины при черепныхъ предлежаніяхъ (рѣже при ягодичныхъ предлежаніяхъ), то особенно опаснымъ для ребенка представляется не выпаденіе пуповины, но давленіе на выпавшую пуповину со стороны предлежащей головки, начавшей опускаться въ полость таза. Если при леченіи эклампсіи и *placenta praevia* прежде всего подвергалась опасности жизнь матери, то здѣсь съ каждой секундой возрастаетъ опасность для жизни ребенка; посмотримъ теперь, какъ выйти изъ этого опаснаго положенія.

Размѣры таза въ случаѣ 35, какъ Вы видѣли, соответствуютъ нормальнымъ, но зѣвъ открытъ только на величину монеты въ 5 марокъ. На рис. 160 Вы видите нашъ случай, причемъ представлены тѣ отношенія, какія были до случайнаго вскрытія пузыря. Здѣсь имѣлось «предлежаніе» пуповины при черепномъ положеніи. Здѣсь было бы умѣстно ввести кольпейринтеръ. Но послѣ вскрытія пузыря выпала пуповина, какъ это представлено на рис. 161. Узость маточнаго зѣва имѣетъ здѣсь рѣшающее значеніе для нашихъ мѣропріятій. Какъ и

всегда, здѣсь требуется логичное обдуманное вмѣшательство. Иначе можетъ повториться то же, что случилось, какъ я видѣлъ однажды, съ однимъ коллегой, приглашеннымъ по поводу выпаденія пуповины. Еще со временъ своего студенчества этотъ коллега зналъ, что поворотъ является хорошимъ способомъ родоразрѣшенія при выпаденіи пуповины. Онъ и поступилъ слѣдующимъ образомъ. Онъ попробовалъ сдѣлать поворотъ при открытіи зѣва на монету въ 5 марокъ, — какъ и въ нашемъ случаѣ, это была первородящая. Когда, наконецъ, это удалось ему, онъ отказался отъ извлеченія изъ опасенія разрыва шейки; спустя нѣсколько минутъ ребенокъ умеръ вслѣдствіе прижатія пуповины; пуповина была прижата теперь, вмѣсто головки, ягодицами. Мнѣ осталось, когда я пріѣхалъ, только посоветовать выждать произвольныхъ родовъ мертвымъ ребенкомъ. Если Вы предпринимаете здѣсь операцію въ интересахъ ребенка, то заранее Вамъ нужно выработать такой планъ, чтобы не остановиться на полпути. Въ противномъ случаѣ Вы не принесете пользы ребенку, а матери нанесете вредъ бесполезной операціей.

У первородящихъ, у которыхъ по причинамъ, приводимымъ мною столь часто, при живомъ ребенкѣ поворотъ даетъ практически плохіе результаты, — у первородящихъ при неполномъ раскрытіи зѣва я рекомендую Вамъ простое вправленіе пуповины. Это вправленіе удастся лучше всего въ колѣбно-локтевомъ положеніи и производится всей рукой. Какимъ образомъ колѣбно-локтевое положеніе само по себѣ, только благодаря измѣненію положенія полости матки, ведетъ къ репозиціи пуповины, это показано на рис. 162. Вы сразу видите, что при этомъ положеніи роженица *fundus uteri* будетъ самой глубокой точкой, а *portio* — самой высокой, что подлежащая часть должна отойти при этомъ отъ входа въ тазъ, слѣдовательно пуповина легко можетъ проскользнуть въ полость яйца. Когда роженица приметъ правильное колѣбно-локтевое положеніе, осторожно введите во влагалище всю руку, какъ для поворота, осторожно захватите клубокъ изъ петель пуповины и проведите его позади головки въ полость яйца. Какъ только это удастся, выведите руку, но оставьте одинъ палецъ для контроля. Заставьте роженицу осторожно повернуться на бокъ. Всегда, конечно, нужно класть роженицу на тотъ бокъ, куда отклонена головка.

Если, какъ это было въ нашемъ случаѣ, удастся вправить пуповину, то Вы будете имѣть удовольствіе наблюдать рожденіе живого ребенка. Роды или окончатся самопроизвольно, какъ произошло въ нашемъ случаѣ черезъ 4 часа, или, при ухудшеніи сердцебіенія ребенка, Вамъ придется наложить щипцы, какъ только головка опустится глубже. Но въ общемъ большая часть дѣтей при выпаденіи пуповины и черепномъ предлежаніи умираетъ еще до появленія врачебной помощи. Было бы такъ и здѣсь, но я сказалъ по телефону врачу, чтобы онъ уложилъ немедленно роженицу въ колѣбно-локтевое положеніе. Это былъ тотъ самый вольнопракти-

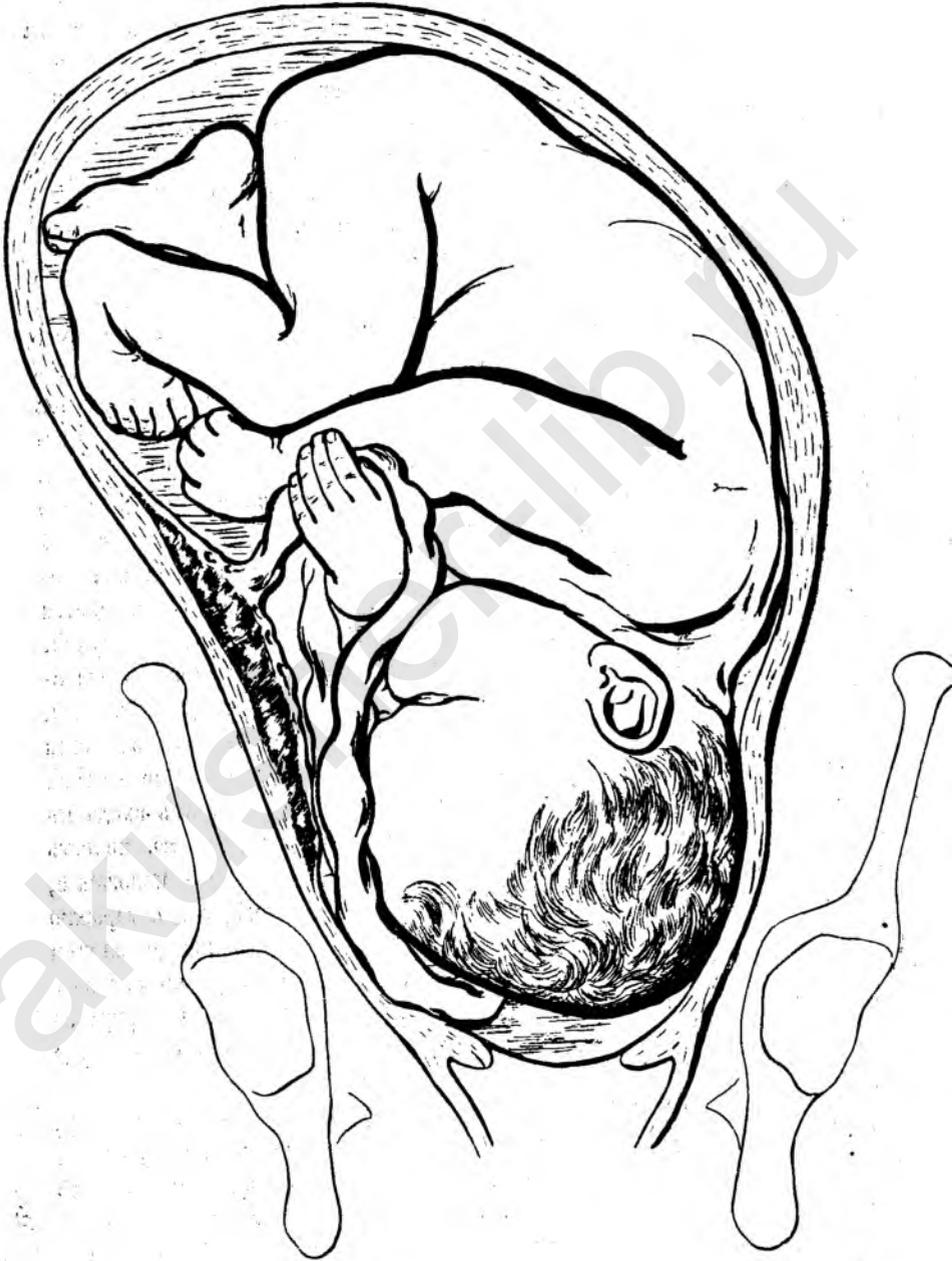


Рис. 160 (случай 35). Предлежание пуповины при цѣлости пузыря.



Рис. 161 (случай 35). Выпадение пуповины послѣ вскрытія пузыря.

кующій врачъ, который, несмотря на предлежаніе пуповины, по небрежности вскрылъ пузырь. При колѣнно-локтевомъ положеніи, какъ видно изъ рис. 162, уничтожается давленіе на пуповину и такимъ образомъ предотвращается опасность, угрожающая ребенку. Лучше всѣхъ проводниковъ — рука, и я еще разъ совѣтую Вамъ пользоваться только ею.

Что касается метрейриза, то я не особенно рекомендую его Вамъ въ практикѣ, благодаря множеству неудачныхъ случаевъ, хотя, конечно, наблюдались и хорошіе результаты. Метрейринтеръ можетъ легко сдавить пуповину и услѣхъ станеть сомнительнымъ. Боясь утомить Васъ, я не хочу снова возвращаться къ изложенію тѣхъ причинъ, почему я исключачу поворотъ у первородящихъ, особенно при столь узкомъ зѣвѣ.

Гораздо проще въ смыслѣ терапевтическихъ мѣропріятій случай 36. Здѣсь имѣется беременная въ 4-й разъ, поэтому поворотъ здѣсь не представитъ особенныхъ затрудненій, тѣмъ болѣе, что съ момента вскрытія пузыря, которое снова было сдѣлано нечаянно, прошелъ только часъ. Гораздо менѣе вѣрныя результаты дали бы здѣсь репозиція пуповины и метрейризмъ. Если даже удастся репозиція, она не можетъ дать результата, такъ какъ, благодаря плоско-рахитическому тазу, здѣсь можно ждать весьма продолжительныхъ родовъ; а метрейризмъ — по упомянутымъ уже причинамъ. Единственной опасностью послѣ поворота, — которая ребенку можетъ легко стоить жизни, — представляется со стороны плоско-рахитическаго таза, потому что маточный зѣвъ открытъ уже на ладонь и не составитъ препятствія у многородящей. И въ этомъ случаѣ при неполномъ открытіи зѣва можно было избѣгать выпаденія пуповины. Если позади околоплоднаго пузыря Вы прощупали пульсирующее образование и если имѣется отклоненіе головки, то откажитесь отъ дальнѣйшаго изслѣдованія и защитите пузырь введеніемъ кольпейринтера (ср. лекцію II, рис. 10). Какъ только зѣвъ вполне раскроется, приготовьте все для поворота, который лучше всего произвести въ тотъ моментъ, пока пузырь еще цѣль, а зѣвъ вплояѣ открытъ.

Но насколько легкимъ оказался поворотъ въ нашемъ случаѣ, настолько же труднымъ было извлеченіе; ручки пришлось освободить по старому способу, головка застряла надъ тазовомъ входомъ, ее пришлось извлечь по способу Martin-Wiegand-Winkel'я. Ребенокъ, мальчикъ въ 50 см. длины и 3150 грм. вѣсомъ, родился въ тяжелой асфиксін; увидимъ сейчасъ, какъ намъ удалось оживить его. Прежде всего, при такихъ родахъ, при которыхъ уже заранѣе можно ожидать тяжелой асфиксін, не забудьте положить близко трахеальный катетеръ. Необходимо также приготовить мѣсто для новорожденнаго на сложенной въ нѣсколько разъ простынѣ въ углу дивана или на столѣ. Лучше всего его приготовить въ такомъ мѣстѣ комнаты, откуда Вы могли бы видѣть упомянутое много разъ полотенце, подложенное



Рис. 162. Дійствие колібно-локтевого положенія при випаденні пуповини.

подъ родильницу («контроль при помощи полотенца») и немедленно оказать помощь въ случаѣ кровотеченія. Кромѣ того, Вамъ понадобятся одно или нѣсколько по возможности грубыхъ полотенца, ванна съ теплой водой (около 35°) и ванна съ возможно болѣе холодной водой. Въ болѣе бѣдной обстановкѣ обѣ ванны Вы можете замѣнить 2 ведрами воды.

Вы знаете, Мм. Гг., что различается 2 вида асфиксии новорожденныхъ: *asphyxia livida* и *asphyxia pallida*. При «синей» асфиксии дѣти всегда имѣютъ цианотичный видъ, такой же, какъ бываетъ при хлороформномъ наркозѣ, когда у больной произойдетъ западеніе челюсти и прекратится доступъ воздуха. Синюшная окраска въ обоихъ случаяхъ зависитъ отъ обѣднѣнія крови кислородомъ. Мышечный тонусъ сохраненъ. Кожные рефлексы сохранены. И такъ какъ чувствительные нервы кожи еще функционируютъ, то при *asphyxia livida* большею частью быстро достигаютъ цѣли. Берутъ новорожденного *lege artis* за голеностопные суставы, свѣсивъ голову внизъ, и вытираютъ слизъ изъ ротика, а затѣмъ, взявъ подъ мышки, погружаютъ до шеи въ ведро съ теплой водой; затѣмъ вынимаютъ ребенка и погружаютъ его во второе ведро съ холодной водой. Этотъ способъ, который можетъ примѣнить самъ врачъ, безъ посторонней помощи, нравится мнѣ больше, чѣмъ обливаніе холодной водой, которое дѣлаетъ акушерка. Последнее обыкновенно дѣлается неловко и часть воды, вмѣсто груди, попадаетъ ребенку въ лицо. Общее раздраженіе кожи тоже значительно сильнѣе, чѣмъ частичное раздраженіе ея при обливаніи. Какъ только ребенокъ сдѣлаетъ въ холодной водѣ выдыханіе, погружаютъ его снова въ ведро съ теплой водой, вынимаютъ и сильно растираютъ ему спинку. Заслуживаетъ вниманія и ритмическое вытягиваніе языка по Laborde'у (20 — 30 разъ въ минуту), какъ рефлекторное раздраженіе дыхательнаго центра. Нужно только захватывать языкъ полотняной тряпочкой, и никогда не примѣнять инструментовъ. Ударяютъ нѣсколько разъ по ягодицамъ, и ребенокъ начинаетъ кричать. Нельзя никоимъ образомъ считать оживленіе удовлетворительнымъ, если ребенокъ сталъ только дышать или потихоньку пищать; лишь громкій крикъ его можетъ служить доказательствомъ, что всякая опасность миновала.

Но въ нашемъ случаѣ имѣется гораздо болѣе опасная, вторая степень асфиксии—*asphyxia pallida*. По цвѣту кожи мертвенно-блѣдной, какъ у трупа, по вялымъ конечностямъ ребенка Вы сразу видите, что здѣсь необходимо спѣшить. Одно лишь слабое, рѣзко замедленное сердцебиеніе указываетъ, что въ немъ теплится еще жизнь.

Ребенка нужно заставить дышать и доставить этимъ путемъ необходимый для жизни кислородъ. Но прежде, чѣмъ доставить ребенку механическими манипуляціями (искусственное дыханіе) **воздухъ для дыханія**, мы должны быть увѣрены, что дыхательные пути совершенно свободны. Иначе своими мѣропріятіями Вы скорѣе принесете вредъ, а не пользу. Какъ описано при *asphyxia livida*,

вытирають ребенку ротикъ, свѣсивъ внизъ голову; кладутъ его на приготовленную заранѣ подстилку и вводятъ въ ротикъ ребенка указательный палецъ лѣвой руки, какъ показано на рис. 163 ¹⁾). Придавливая языкъ и вытягивая его впередъ, слегка приподнимаютъ такимъ образомъ надгортанникъ, такъ что становится возможнымъ ввести трахеальный катетеръ въ бронхи и высасываніемъ удалить оттуда вязкую слизь. И эту манипуляцію Вамъ должны показать въ теченіе курса на фантомахъ, иначе съ Вами можетъ случиться то, что я часто видалъ, именно, что Вы, вмѣсто бронха, проведете верхушку катетера мимо epiglottis въ пищеводъ (рис. 164).

Только теперь, по освобожденіи дыхательныхъ путей, приступаютъ къ искусственному дыханію. По какому бы способу оно ни производилось, никогда не забывайте, что нужно предупредить слишкомъ сильное охлажденіе ребенка. Это достигается тѣмъ, что время отъ времени ребенокъ окунается въ ведро съ холодной водой и затѣмъ основательно растирается.

Я начинаю обыкновенно искусственное дыханіе по способу Prochownik'a. По этому способу акушерка держитъ ребенка за голеностопные суставы, какъ было описано, такъ что головка новорожденного свѣшивается свободно внизъ, а грудь обращена къ Вамъ. Затѣмъ Вы обхватываете грудь ребенка обѣими руками, такъ чтобы на ней лежали параллельно другъ другу оба Ваши большіе пальца, а четыре остальные пальца обѣихъ рукъ обхватывали бы сбоку и сзади грудную клѣтку ребенка. Теперь, то сильно сжимая грудную клѣтку, то снова отпуская ее, Вы легко можете получить вдыханіе и выдыханіе. Въ началѣ оживленія этотъ способъ обладаетъ не малымъ преимуществомъ, которое состоитъ въ томъ, что ребенокъ виситъ въ вертикальномъ положеніи и въ это время сдавливается его грудная клѣтка (выдыханіе), что чрезвычайно облегчаетъ стокъ аспирированныхъ массъ, можетъ быть, оставшихся не удаленными трахеальнымъ катетеромъ. Если ребенокъ не начнетъ дышать послѣ 6—10 выдыханій и вдыханій или дышетъ слишкомъ слабо, то переносятъ его скорѣе въ теплую воду, растираютъ и начинаютъ примѣнять хорошо извѣстныя Вамъ качанія по Schultze, которыя превосходно дѣйствуютъ, если исполняются правильно. Я не стану вдаваться въ детальное описаніе этого способа, такъ какъ все Вы его знаете и достаточно часто примѣняли въ родильной и во время практическихъ упражненій. Мнѣ хотѣлось бы сдѣлать только нѣсколько замѣчаній, которыя я считаю важными. Не забудьте передъ началомъ качаній сильно вытянуть языкъ, чтобы поднялся надгортанникъ (см. рис. 163) и получился бы свободный доступъ для воздуха. Далѣе, не забудьте совѣта В. S. Schultze при первомъ ка-

¹⁾ Послѣ септическихъ родовъ, прежде чѣмъ производить эти манипуляціи, Вы должны простерилизовать свои руки или по крайней мѣрѣ надѣть перчатки, иначе можно заразить сепсисомъ новорожденного.

чани оставить ребенка подольше въ положеніи выдыханія (сжатіе груди свисающимъ внизъ тѣломъ ребенка, качаніе вверхъ) и слегка потрясти при этомъ туловище ребенка, чтобы вызвать новое



Рис. 163. Правильное введеніе трахеальнаго катетера въ трахею. Благодаря вытягиванію языка оттягивается впередъ надгортаникъ.

выдѣленіе аспирированныхъ массъ, если онѣ еще остались. Послѣ 6—8 качаній ребенка снова переносятъ въ теплую ванну, растираютъ и такъ продолжаютъ дальше. При правильномъ выполненіи Schultze'вскія качанія представляютъ, по моимъ наблюденіямъ,

наилучшій способъ оживленія, я никогда не видалъ при этомъ поврежденій и разрывовъ внутреннихъ органовъ.

Для недоношенныхъ дѣтей съ мягкой грудной кліткою они являются слишкомъ грубыми, здѣсь рекомендую Вамъ способъ Prochownik'a или вдуваніе воздуха. Вдуваніе воздуха производятъ такимъ образомъ: ребенка кладутъ на спину, вводятъ надлежащимъ образомъ трахеальный катетеръ (рис. 163), вдуваютъ въ легкія немного воздуха, прикладываютъ лѣвую руку къ груди ребенка, легкимъ давленіемъ удаляютъ поступившій въ нее воздухъ и затѣмъ снова вдуваютъ воздухъ. Обыкновенно достаточно правильно сдѣлать 5 — 6 вдуваній, чтобы возобновилось дыханіе. Послѣ оживленія Вы не должны предоставить новорожденнаго самому себѣ, что часто случается. Значительная часть оживленныхъ дѣтей и какъ-разъ такихъ, которыя требовали продолжительныхъ усилій для своего оживленія, погибаютъ въ первые дни жизни. Лучше всего положить ребенка послѣ оживленія въ постель, чтобы головка лежала ниже позвоночника и чтобы въ бронхи не могла затечь слизь; часто кромѣ того можно назначать

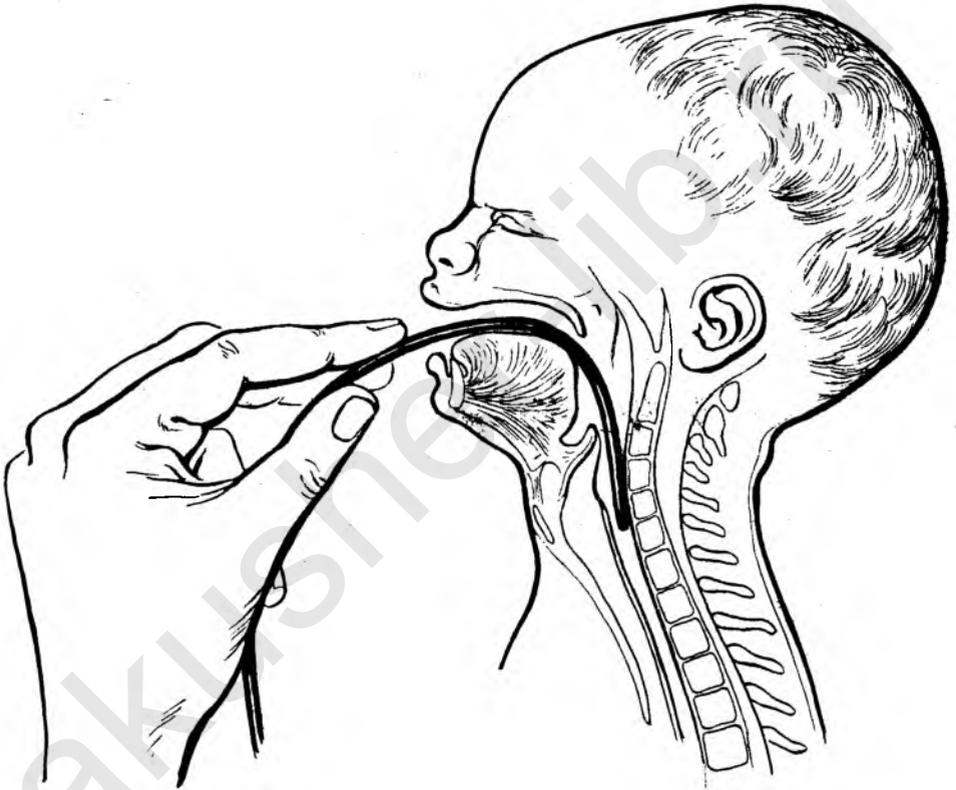


Рис. 164. Неправильное введеніе трахеального катетера. Надгортанникъ закрылъ трахею, катетеръ проскользнулъ въ пищеводъ.

нѣмъ удаляютъ поступившій въ нее воздухъ и затѣмъ снова вдуваютъ воздухъ. Обыкновенно достаточно правильно сдѣлать 5 — 6 вдуваній, чтобы возобновилось дыханіе. Послѣ оживленія Вы не должны предоставить новорожденнаго самому себѣ, что часто случается. Значительная часть оживленныхъ дѣтей и какъ-разъ такихъ, которыя требовали продолжительныхъ усилій для своего оживленія, погибаютъ въ первые дни жизни. Лучше всего положить ребенка послѣ оживленія въ постель, чтобы головка лежала ниже позвоночника и чтобы въ бронхи не могла затечь слизь; часто кромѣ того можно назначать

теплыми ваннами съ холодными обливаніями, чтобы ребенокъ громко кричалъ и чтобы произошло основательное провѣтриваніе легкихъ. Большая часть дѣтей гибнетъ оттого, что приступаютъ къ искусственному дыханію, не удаливъ слизи изъ бронховъ. Благодаря искусственному дыханію, эта слизь всасывается прямо въ легкія.

Въ случаѣ 37 къ выпаденію пуповины присоединилось еще новое явленіе, именно выпаденіе конечностей (рис. 165). Какъ это происходитъ, Вамъ ясно было изъ рис. 94 въ лекціи IX; вспомните также хорошенько случай *placenta praevia* при черепномъ предлежаніи и выпаденіи ножки (рис. 154, лекц. XIII). Въ нашемъ сегодняшнемъ случаѣ терапия выпаденія пуповины совпадаетъ съ терапіей выпаденія конечностей и состоитъ въ производствѣ внутреннего поворота, какъ всѣ Вы вѣрно опредѣлили. При достаточномъ открытіи маточнаго зѣва это несомнѣнно самый лучший и скорый способъ; если же, кромѣ того, имѣется еще склоненіе головки при черепномъ предлежаніи, то этотъ способъ является и единственно возможнымъ. Въ томъ случаѣ, когда рядомъ съ головкой предлежитъ только кисть руки (а не петля пуповины), что встрѣчается нерѣдко, часто наблюдаются произвольные роды, причемъ при дальнѣйшемъ теченіи ихъ ручка или отходитъ назадъ, или родится вмѣстѣ съ головкой, если имѣется достаточно мѣста въ тазу. Если же рядомъ съ головкой лежитъ цѣлая конечность—ручка или ножка, то произвольное окончаніе родовъ наблюдается только при недоношенныхъ плодахъ, что понятно изъ условій пространственныхъ отношеній. Такъ какъ при выпаденіи конечностей мать и ребенокъ вначалѣ подвергаются малой опасности, то въ большинствѣ случаевъ можно ждать полного открытія маточнаго зѣва и тогда уже сдѣлать поворотъ. Конечно, можно попробовать произвести репозицію въ колѣбно-локтевомъ положеніи даже при меньшемъ раскрытіи маточнаго зѣва.

Здѣсь поворотъ удался легко и совершился безъ всякихъ осложненій, извлеченіе по Müller'у и Пражскому способу не представляло также никакихъ особенностей. Ребенокъ, дѣвочка, 53 см. длины, родилась въ состояніи синей асфиксіи,—ее можно было скоро оживить.

Вы знаете, что родовой актъ не оканчивается еще рожденіемъ ребенка и наше довольство достигнутыми результатами можетъ быть омрачено еще неблагополучнымъ исходомъ послѣдоваго періода.

Пока мы были заняты ребенкомъ—послѣдъ еще не выходилъ, мы увидали, что по бѣлому полотенцу, подложенному подъ роженицу и перекинутому черезъ ведро, медленно, но постоянно вытекаетъ все больше и больше крови. Убѣдившись при помощи Dougl'овскихъ зеркалъ, что причиной кровотеченія не разрывъ шейки, мы наложили роженицѣ жгутъ *Momburg'a*, чтобы остановить кровотеченіе (рис. 96). Спустя нѣкоторое время, легко обнаружить и вторичное дѣйствіе обезкровливанія—сокращенія матки. Спустя приблизительно полчаса по окончаніи родовъ и около 15 минутъ по наложеніи жгута я снова его снялъ и попробовалъ выжать



Рис. 165 (случ. 37).

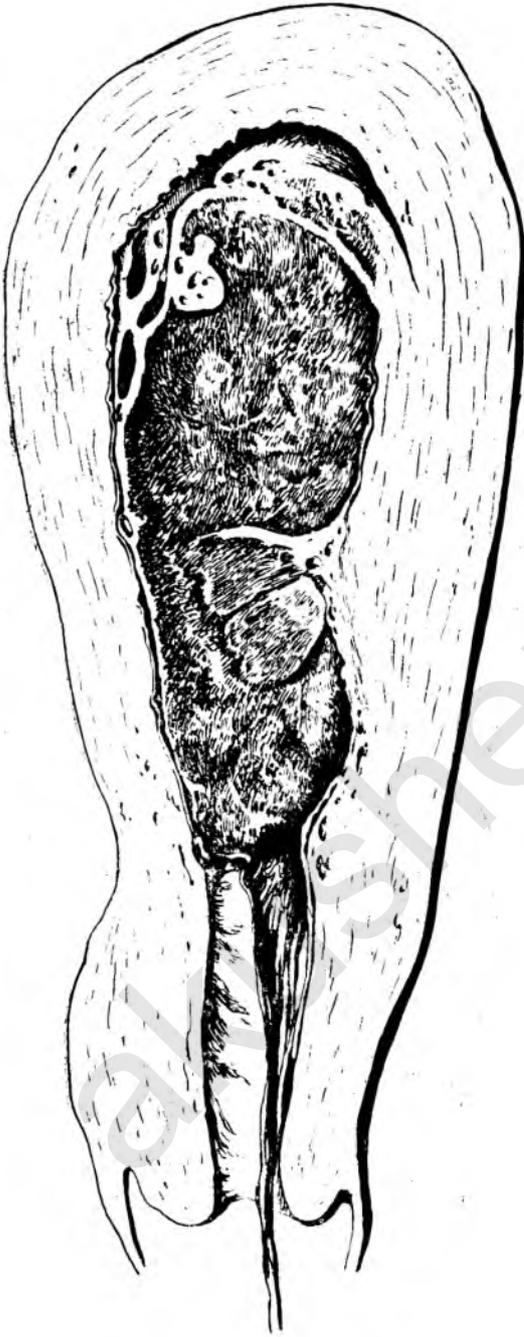


Рис. 166 (случ. 37).

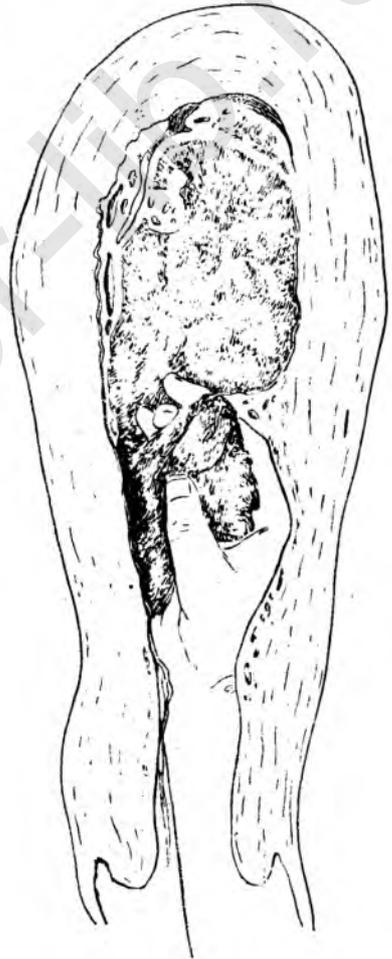


Рис. 167.

Рис. 166. Placenta accreta. (Матка прощупывается при изслѣдованіи въ видѣ шара, она не поднялась вверхъ: послѣдъ еще не отдѣлился).—Рис. 167. Затрудненія при ручномъ отдѣленіи.

По препаратамъ женской Университетской клиники Charité.

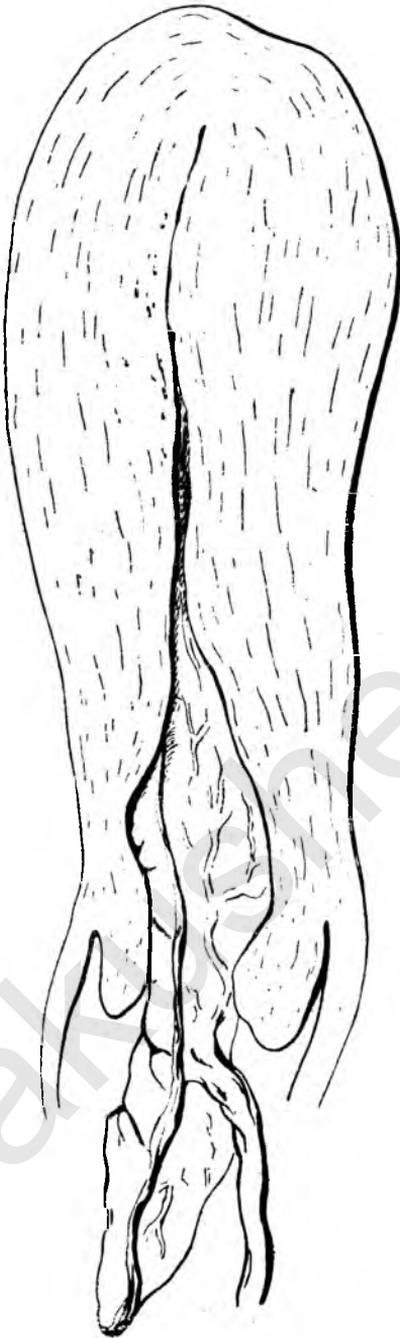


Рис. 168.

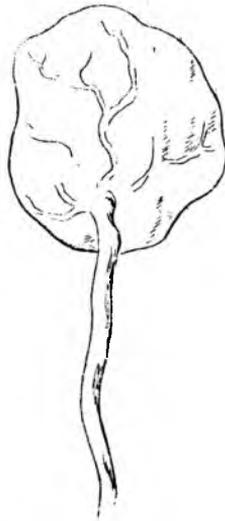


Рис. 169.

Рис. 168. Нормальное отдѣленіе послѣда. Послѣдъ родится въ краевомъ положеніи (способъ *Duncan'a*). (При ощупываніи матка кажется уплощенной и поднялась выше: послѣдъ отдѣлился).—Рис. 169. Первой показывается плодовая поверхность (способъ *Schuitze*).

послѣдъ. Уже наружный осмотръ, а еще лучше опущиваніе матки черезъ вялыя брюшныя стѣнки показываетъ, что здѣсь не можетъ быть и рѣчи объ отдѣленіи послѣда. Матка не поднялась вверхъ, не сдѣлалась болѣе плоской, какъ это бываетъ обыкновенно при отдѣленіи послѣда (ср. рис. 166 съ 168); она прошупывалась на уровнѣ пупка въ видѣ шара; между тѣмъ на подкладку медленно сочилась кровь. Такъ какъ мы исключили разрывъ шейки и такъ какъ атонія прекратилась послѣ примѣненія жгута Momburg'a, то кровотеченіе, слѣдовательно, могло быть отнесено только на счетъ частичнаго отдѣленія послѣда. На мѣстѣ отдѣленія послѣда, на границѣ отдѣлившихся долекъ отъ прикрѣпленныхъ еще къ маткѣ, не можетъ произойти закрытіе маточно-плацентарныхъ сосудовъ, и благодаря сокращенію маточной стѣнки, они продолжаютъ кровоточить (ср. рис. 166). Въ такихъ случаяхъ продолжительнаго опаснаго для жизни кровотеченія терапия состоитъ единственно въ отдѣленіи послѣда.

Къ самому опасному изъ акушерскихъ пособій — ручному отдѣленію послѣда можно приступить только въ томъ случаѣ, если многократныя попытки къ выжиманію послѣда даже подъ наркозомъ остались безуспѣшными. Помните, что я сказалъ Вамъ объ этомъ по поводу нашего случая гебостеоміи, что по статистикѣ ручное отдѣленіе послѣда даетъ смертность 10 — 13⁰/₀! Я долженъ вполне присоединиться къ мнѣнію Strassmann'a, который говоритъ, что лапаротомія въ клиникѣ гораздо менѣе опасная операція, чѣмъ ручное удаленіе послѣда въ частной практикѣ! Мм. Гг., ни разу въ теченіе моихъ курсовъ для врачей при указаніи на опасности ручного отдѣленія послѣда тотъ или другой изъ Васъ не преминулъ предложить мнѣ слѣдующій вопросъ: почему же я ни разу не видѣлъ смертельнаго исхода при ручномъ отдѣленіи послѣда, хотя часто наблюдалъ лихорадку? Здѣсь я долженъ замѣтить, что на 1000 родовъ, проведенныхъ мною, я только приблизительно въ трехъ случаяхъ рѣшился на ручное отдѣленіе послѣда, тогда какъ господа, задававшіе мнѣ этотъ вопросъ, произвели на 100 родовъ 10 ручныхъ отдѣленій послѣда. Чѣмъ же объяснить эту рѣзкую разницу въ статистикѣ: 0,3⁰/₀ съ одной стороны и 10⁰/₀ съ другой стороны? Если принять, что въ частной практикѣ всегда ручное удаленіе послѣда производилось по одному изъ двухъ строгихъ показаній къ нему: кровотеченіе или инфекция, то по крайней мѣрѣ въ 60⁰/₀ этихъ случаевъ опытному акушеру удалось бы выжать послѣдъ подъ наркозомъ; между тѣмъ всѣ труды начинающаго оказываются напрасными и обстоятельства заставляютъ его въ концѣ-концовъ ввести руки въ матку. Просматривая свои замѣтки по этому поводу, я нашелъ больше 50 случаевъ, когда меня приглашали врачи и акушерки для ручного удаленія послѣда и гдѣ мнѣ удавалось выжать его, часто къ удивленію этихъ господъ. Затѣмъ Вы должны исключить всѣ тѣ случаи въ частной практикѣ, когда рѣшающимъ показаніемъ къ вмѣшательству являлась не опасность кровотеченія

или инфекціи, но «время». По моему мнѣнію, нельзя производить столь опасную операцію безъ показаній, а «время» не показаніе, хотя я и понимаю отлично изреченіе «Times is money». Если нѣтъ кровотеченія и повышенія температуры, то я много разъ ждалъ по 5—6 и даже 12 часовъ и все-таки имѣлъ удовольствіе избавить пациентку отъ этого опаснаго для жизни вмѣшательства.

Наконецъ, по своимъ анатомическимъ отношеніямъ и прогнозу операціи ручнаго отдѣленія послѣда распадаются на двѣ большія группы. На случаи въ которыхъ имѣется:

1) *retentio placentae* и

2) на такіе, въ которыхъ имѣется дѣйствительно *placenta accreta*.

При *retentio placentae* нельзя говорить собственно о приращеніи послѣда. Здѣсь причиной задержанія служитъ ненормальное расположеніе послѣда и частичное сокращеніе матки. Такъ, на рис. 28 представлено типичное расположеніе послѣда въ углу трубъ, на слѣдующемъ рис. 29 изображено частичное отдѣленіе того же послѣда, но онъ задержался въ углу трубы, благодаря плохому сокращенію матки въ этомъ мѣстѣ.

Если въ подобныхъ случаяхъ не удастся выжать послѣдъ подъ наркозомъ, несмотря на правильное примѣненіе способа выжиманія послѣда, послѣ предварительнаго раздраженія матки шекотаніемъ, а кровотеченіе дѣлается все сильнѣе, тогда нужно войти въ матку. Но удаленіе такого послѣда происходитъ просто, какъ показано на рис. 30. Пройдя кольцо сокращенія, Вы захватываете послѣдъ и извлекаете его *in toto*. Въ практикѣ встрѣчаются большею частью случаи именно такого задержанія послѣда и опытный акушеръ могъ бы легко ихъ избѣгать. Этимъ же объясняется и относительно меньшая смертность. Потому что прогнозъ въ этихъ случаяхъ, если они проводятся асептично, бываетъ несравненно лучше, чѣмъ прогнозъ для второй группы—собственно *placenta accreta*. Здѣсь, какъ показываетъ рис. 166, послѣдъ находится дѣйствительно въ тѣсной связи съ маточной стѣнкой. Чтобы отдѣлить его, нужно пройти между плацентарной тканью и маточной стѣнкой, причемъ пальцами вскрываются многіе кровяные синусы интервиллезныхъ пространствъ и достаточно небольшой погрѣшности въ асептикѣ, чтобы, такъ сказать, втереть болѣзнетворныя зародыши непосредственно въ материнскіе кровеносные пути (рис. 167). Прогнозъ для этихъ случаевъ самый плохой, къ счастью, они встрѣчаются очень рѣдко.

Какъ легко въ такихъ случаяхъ даже опытному акушеру оставить въ маткѣ кусокъ послѣда, показываетъ слѣдующій случай, только что наблюдавшійся мною. Меня пригласили къ одной женщинѣ, почти истекшей кровью, у которой, повидимому, было приращеніе послѣда при предшествовавшихъ родахъ. Послѣ тщетныхъ попытокъ выжать послѣдъ подъ наркозомъ я долженъ былъ рѣшиться, вслѣдствіе угрожающей жизни роженицы опасности, на ручное отдѣленіе. Особенно тщательно продезинфицировавъ себѣ руки водой съ мыломъ, спиртомъ и сулемой, я надѣлъ про-

кипяченныя резиновыя перчатки и вошелъ въ матку, предварительно проспирцовавъ влагалище обыкновеннымъ спиртомъ для горѣнія ($1/2$ воды, $1/2$ спирта). Послѣдъ оказался настолько крѣпко приращеннымъ, что его пришлось удалить частями—кусокъ за кускомъ, доляка за долькой. При послѣдующемъ обследованіи полости я не могъ съ увѣренностью сказать, что это были за неровности, которыя прощупывались—разорванныя маточныя мышцы или плацентарная ткань. На третій день у этой женщины, у которой была тяжелая анемія и поэтому сопротивленіе организма было понижено, появилось повышеніе t^0 до 38,0. Тогда я направилъ ее въ клинику и во время операціи (надвлагалищная ампутація матки по Рогго (ср. рис. 60 съ 61) обнаружилось, что въ маткѣ остались двѣ большія доли послѣда. Эта женщина умерла нѣсколько дней спустя отъ септического перитонита. Нужно всегда откровенно говорить о такихъ неудачахъ, такъ какъ онѣ имѣютъ большое значеніе.

Очень часто при ручномъ отдѣленіи послѣда случаются, однако, и другія поврежденія, особенно перфорація матки. Такъ, мужъ одной роженицы принесъ мнѣ для изслѣдованія кусокъ толстой кишки, который извлекъ врачъ при этой операціи изъ матки. Конечно, эта женщина умерла непосредственно послѣ операціи.

Вспомните затѣмъ о случаѣ, описанномъ выше, гдѣ врачъ вырвалъ рукой всю матку также при ручномъ отдѣленіи плаценты. Въ ближайшей лекціи при обсужденіи разрывовъ матки я расскажу Вамъ о нѣкоторыхъ другихъ поврежденіяхъ, въ основѣ которыхъ лежатъ погрѣшности противъ акушерскаго искусства.

Вы видите, слѣдовательно, сколько нужно рѣшимости для добросовѣтнаго врача, чтобы произвести ручное отдѣленіе послѣда; я съ своей стороны охотнѣе рѣшился бы на полное удаленіе матки; но, конечно, всегда будутъ встрѣчаться случаи, въ которыхъ нельзя обойтись безъ ручного отдѣленія послѣда. Но если при этой, опасной для жизни операціи Вы ограничитесь указанными случаями, то Вы получите такія же незначительныя $0/0$ отношенія, которыя я Вамъ только что привелъ, въ противоположность къ тѣмъ $\%$ отношеніямъ, которыя встрѣчаются обычно въ практикѣ.

Въ предметномъ указателѣ (см. «Кровотеченія») Вы найдете сопоставленіе всѣхъ причинъ кровотеченія во время беременности, родовъ и послѣродового періода, что при случаѣ можетъ оказаться Вамъ полезнымъ при дифференціальномъ діагнозѣ.

Лекція XV.

Случай 38-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Q., 30 лѣтъ, девятые роды.

Сообщеніе: Роды не подвигаются.

Анамнезъ: Научилась ходить 3 лѣтъ.

Прежніе роды: 5 произвольныхъ родовъ безъ оперативнаго вмѣшательства, 3—окончены операціей (2 поворота, 1 щипцы).

Послѣднія регулы: 5-го мая.

Начало схватокъ: 17-го февраля, 7 ч. пополудни.

Пузырь вскрылся: 17-го февраля, 10 ч. 30 м. пополудни.

Прибытіе врача: Черезъ 34 часа послѣ начала схватокъ.

Родовая дѣятельность: Въ послѣднюю ночь очень сильная, почти судорожная. Затѣмъ внезапное прекращеніе болей!

Status: Женщина маленькаго роста, имѣющая видъ рахитички.

Температура: Сначала 36,9, затѣмъ 35,4.

Пульсъ: 100, позже 130—150.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Sp. 23¹/₄, Cr. 25, Conj. ext. 16, diag. 9³/₄, vera 8 (измѣренія сдѣланы на скелетизированномъ тазу). I положеніе.

Сердцебиеніе: Сначала 120.

Внутреннее изслѣдованіе: I. Изслѣдованіе (со словъ врача): полное открытіе зѣва. Promontorium еще достигается. I положеніе.

II. Изслѣдованіе (2 часа спустя): Головная опухоль доходитъ до спинальной линіи.

III. Изслѣдованіе (3 часа спустя): Послѣ внезапнаго прекращенія болей пульсъ матери сдѣлался поверхностнымъ, 130 — 150. Роженица говоритъ, что въ ней что-то лопнуло. Сердцебиеніе не выслушивается. Мелкія части прощупываются подъ кожей ниже пупка.

Терапія: ?

Случай 39-й.

Имя, возраст, сколько раз рожала: Г-жа В., 30 лѣтъ, шестые роды.

Анамнезъ: —

Прежніе роды: 4 нормальныхъ, самопроизвольныхъ родовъ. 3 года назадъ внѣматочная беременность, которая не была оперирована. Naematoma retrougenum.

Послѣднія регулы: 13-го августа.

Начало схватокъ: }
Пузырь вскрылся: } Неизвѣстно.

Родовая дѣятельность: 13-го апрѣля пациентка почувствовала вдругъ, что у нея что-то порвалось въ животѣ. Скоро послѣ этого началось кровотеченіе изъ влагалища, вышло около $\frac{1}{4}$ литра крови. Приглашенный врачъ направилъ ее въ клинику.

Status: Ничего особеннаго.

Температура: 36.7.

Пульсъ: 150.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Нормальны. Подъ брюшными покровами прощупываются ниже пупка ягодицы, справа — головка. Животъ раздутъ газами.

Внутреннее изслѣдованіе: Каналь шейки пропускаетъ 1 палець. Матка пуста!

Терапія: ?

Случай 40-й.

Имя, возраст, сколько раз рожала: Г-жа А. S., 36 лѣтъ, девятые роды.

Сообщеніе акушерки: Врачъ не могъ окончить роды.

Анамнезъ: Всегда была здорова.

Прежніе роды: 5 первыхъ родовъ окончились самопроизвольно, родились доношенные дѣти; 6 и 7 роды окончены щипцами, 8—поворотомъ.

Послѣднія регулы: 19-го мая.

Начало схватокъ: ?

Пузырь вскрылся: 9-го марта, 2 ч. 45 м. пополудни.

Особенности: Уже черезъ 4 часа послѣ начала схватокъ молодой врачъ по настоянію акушерки наложилъ высокіе щипцы при открытіи зѣва на монету въ 5 марокъ. Послѣ безуспѣшныхъ тракцій, продолжавшихся около часа, онъ снялъ щипцы и пытался сдѣлать поворотъ. Нѣсколько часовъ спустя, въ теченіе которыхъ онъ все-таки не могъ извлечь ребенка, онъ отправилъ роженицу въ клинику на извозчикѣ.

Температура: 38.

Пульсъ: 130.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Нормальны. Изъ половой щели торчитъ правая ножка ребенка до лодыжки. Справа отъ пупка непосредственно подъ брюшными покровами замѣчается плотная шаровидная часть, головка.

Внутреннее изслѣдованіе: Оказывается, что зѣвъ открытъ на монету въ 5 марокъ, но въ немъ ничего не прощупывается, а ножка ребенка торчитъ изъ разрыва, который находится во влагалищномъ сводѣ, слѣва отъ зѣва матки.

Терапія: ?

Мм. Гг. Въ нашихъ послѣднихъ трехъ случаяхъ произошло именно то, чего мы такъ часто опасались при узкомъ тазѣ и продолжительныхъ родахъ, трудномъ оперативномъ родоразрѣшеніи и при преждевременномъ разрывѣ пузыря: произошелъ разрывъ матки. Вы должны умѣть вовремя распознать разрывъ матки, хотя въ большинствѣ случаевъ поставить діагнозъ легко. Своевременное распознаваніе очень важно здѣсь, потому что, какъ было, напр., въ нашихъ случаяхъ, когда ребенокъ уже вышелъ черезъ разрывъ въ свободную брюшную полость, единственной возможностью спасти женщину является лапаротомія при соотвѣтствующей клинической обстановкѣ. Въ случаяхъ разрывовъ матки городской врачъ, къ услугамъ котораго всегда имѣется какая-либо клиника, находится въ несравненно лучшемъ положеніи, чѣмъ сельскій врачъ.

Я не стану входить сегодня въ подробное обсужденіе происхожденія разрывовъ матки. Я напомню Вамъ о случаяхъ 7, 12, 16 и 27 и попрошу Васъ еще разъ хорошенько рассмотреть рис. 72, 73, 99—101, 117 и 143 ¹⁾. Тамъ мы выяснили этиологию разрыва матки, рассмотрѣли, какимъ образомъ, благодаря все большему поднятію вверхъ полаго мускула и чрезмѣрному растяженію нижняго сегмента, долженъ получиться проникающій разрывъ, черезъ который ребенокъ выйдетъ потомъ въ свободную брюшную полость. Какъ всегда бываетъ въ акушерствѣ, такъ и здѣсь правильное своевременное распознаваніе угрожающей опасности имѣетъ рѣшающее значеніе для жизни довѣрившейся намъ роженицы!

Каковы же отношенія въ случаѣ 38? Я думаю, что при правильномъ и тщательномъ веденіи родовъ эта женщина могла быть спасена. Не говоря уже о рахитическомъ *habitus*'ѣ роженицы, внимательный врачъ долженъ былъ бы тотчасъ подумать о возможности разрыва, разъ онъ увидѣлъ, что у женщины, рожавшей въ девятый разъ, при полномъ открытіи зѣва и сильнѣйшихъ боляхъ роды совершенно не подвигаются въ теченіе 34 часовъ. Но акушеръ, имѣя въ виду произвольное окончаніе предшествовавшихъ родовъ у этой женщины, не обратилъ вниманія ни на одинъ изъ симптомовъ угрожающаго разрыва матки, о которыхъ Вамъ столь часто говорилось, — чрезмѣрное растяженіе матки, высокое стояніе кольца сокращенія, напряженіе связокъ, ускореніе пульса, безпокойство и страхъ роженицы. Когда разрывъ уже произошелъ и женщина была доставлена въ клинику, было слишкомъ поздно — она умерла на операціонномъ столѣ отъ шока и кровотеченія. Сравните размѣры таза этой женщины съ размѣрами необыкновенно большого ребенка (56 см. длины при окружности головки въ $41\frac{1}{2}$ см.) и Вамъ сразу станетъ ясно, что при отсутствіи помощи долженъ былъ неизбежно произойти разрывъ матки. Между тѣмъ легко можно было

¹⁾ Хорошій примѣръ угрожающаго разрыва матки при *hydrocephalus* изображенъ на рис. 173, стр. 269.



Рис. 170 (случай 38-й).

Типичный Bandl'евскій разрывъ въ чрезмѣрно растянутомъ нижнемъ сегментѣ. Препаратъ, полученный послѣ вскрытія. (Изъ университетской женской клиники. Charité).



Рис. 171 (случай 39-й).
Рѣдкій случай разрыва дна матки.
Матка послѣ ея полного удаленія. (Препаратъ университетской женской кли-
ники Charité).

спасти эту женщину. Въ клиникѣ можно было разрѣшить ее при помощи кесарскаго сѣченія или гебостеотоміи. Въ частной практикѣ пришлось бы пожертвовать жизнью ребенка и сдѣлать перфорацию. Вслѣдствіе пассивнаго отношенія акушера умерли оба — и мать, и ребенокъ. Разрывъ находился, какъ видно на рис. 170, на типичномъ мѣстѣ, въ чрезмѣрно растянутомъ нижнемъ сегментѣ (разрывъ Bandl'я).

Совершенно иными представляются отношенія въ нашемъ второмъ случаѣ (случай 39-й). И здѣсь имѣется многорожавшая и разрывъ матки даже произошелъ самопроизвольно. Уже при первыхъ схваткахъ матка внезапно разорвалась въ области дна, какъ видно на рис. 171, и ребенокъ вмѣстѣ съ послѣдомъ вышелъ въ брюшную полость. Приглашенный врачъ при помощи наружнаго и внутренняго изслѣдованія тотчасъ же поставилъ правильный діагнозъ. Эта женщина сейчасъ же была перевезена въ клинику, ей была сдѣлана лапаротомія, были удалены мертвый ребенокъ и послѣдъ, вышедшіе уже въ брюшную полость, и сдѣлано полное удаление матки въ виду угрожающей инфекціи. Эту женщину удалось спасти.

Я съ намѣреніемъ сообщилъ Вамъ этотъ рѣдкій случай, потому что онъ служитъ классическимъ доказательствомъ необходимости собрать точный анамнезъ въ каждомъ случаѣ. Три года тому назадъ у этой женщины была вѣматочная беременность, такъ называемая интерстиціальная трубная беременность (подробности см. въ лекціи XVIII). Тогда же произошелъ разрывъ плодoвмѣстилища, причемъ кровь излилась въ заднее Дугласово пространство, какъ это бываетъ обыкновенно и образовалась haematocele retrouterina. Кровотеченіе прекратилось само собой и поэтому операція не была сдѣлана. Затѣмъ мѣсто разрыва зарубцевалось. Но при этомъ образовался на маткѣ locus minoris resistentiae, который въ теченіе беременности еще выдержалъ растяженіе матки растущимъ яйцомъ, но разорвался при первыхъ же родовыхъ схваткахъ. Совершенно аналогичны случаи самопроизвольнаго разрыва матки послѣ предшествующаго кесарскаго сѣченія и консервативныхъ операцій міомъ, при которыхъ стѣнка матки закрывается наложеніемъ швовъ. У такихъ женщинъ Вы должны быть особенно осторожны при вѣмательствѣ.

Случай 40-й представляетъ намъ рѣзкій примѣръ значительнаго разрыва матки. На рис. 112 (вспомните, — это былъ случай hydrocephalus), видно, что вслѣдствіе водянки головки плода разрывъ прошелъ по боку чрезмѣрно растянутой шейки на границѣ съ околоматочной клѣтчаткой, поэтому кровотеченіе было здѣсь вѣбрюшнымъ и образовалась подсерозная гематома; здѣсь же, какъ показано на рис. 172, лѣвой ложкой щипцовъ сдѣлана перфорация влагалишнаго свода, паріетальной и висцеральной брюшины матки и, наконецъ, маточной стѣнки.

Изъ этихъ же нашихъ рисунковъ Вамъ будетъ сразу ясно, что извлеченіе щипцами не могло продвинуть внизъ головку. При тракціяхъ,

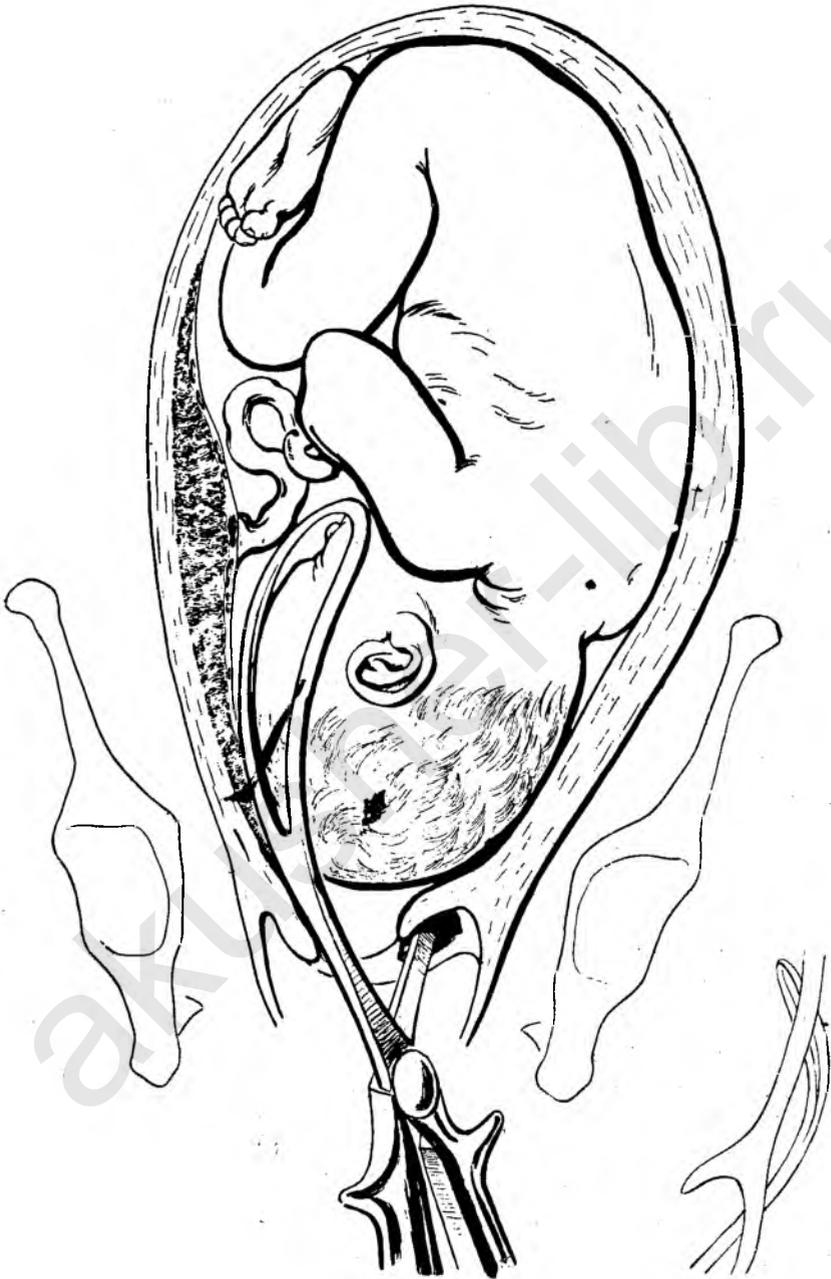


Рис. 172 (случай 40-й).
Разрывъ матки, произведенный щипцами. Сбоку показанъ путь, по которому
шла лѣвая ложка щипцовъ.

продолжавшихся въ теченіе цѣлаго часа, нижній сегментъ матки, по-
нятно, оказался совершенно разможеннымъ. Далѣе, эта операція про-
изводилась безъ показанія и наркоза и невольно заставляла вспомнить
о средневѣковыхъ пыткахъ. Когда оказалось, что щипцы наложить
нельзя, врачъ вошелъ рукойъ въ матку и тутъ съ нимъ случилась вто-
рая неудача. Совершенно не подозрѣвая, что онъ сдѣлалъ перфорацію
матки, онъ ввелъ руку, вмѣсто маточнаго зѣва, въ это перфораціонное
отверстіе. Какъ показываетъ Вамъ рисунокъ, извлеченіе ребенка черезъ
это отверстіе въ влагалищномъ сводѣ представлялось также чрезвычайно
труднымъ и ово не удалось акушеру, несмотря на то, что онъ дѣлалъ
извлеченіе въ теченіе многихъ часовъ (!). Но женщина осталась
еще жива послѣ всѣхъ нанесенныхъ ей поврежденій. И здѣсь, во избѣ-
жаніе возможной инфекціи, лапаротомія была закончена полнымъ уда-
леніемъ матки.

Но не всегда симптомы угрожающаго пли даже уже происшедшаго
разрыва матки оказываются столь бурными, какъ въ только что разо-
бранномъ случаѣ. Здѣсь у меня есть замѣтки объ одномъ случаѣ разо-
рыва матки, представляющемся поучительнымъ въ нѣкоторыхъ отноше-
ніяхъ: у роженицы, производившей впечатлѣніе чрезвычайно крѣпкой
женщины, былъ хорошій розовый цвѣтъ лица. На вопросы она отвѣ-
чала спокойно, опредѣленно, никакого возбужденія, ни болей, ни схва-
токъ не было. Пульсъ 88. Общее впечатлѣніе совершенно необычное
для разрывовъ матки. При наружномъ изслѣдованіи прощупываются
мягкія части плода непосредственно подъ брюшными покровами; у лѣвой
подвздошной кости прощупывалась головка, у правой разорванная, плотно
сокращенная матка. Внутреннее изслѣдованіе показываетъ, что матка
пуста. Въ соотвѣтствіи съ этимъ общимъ своеобразнымъ состояніемъ на-
ходились и тѣ анатомическія отношенія, которыя оказались при лапаро-
томіи въ этомъ случаѣ. И здѣсь, какъ въ нашемъ первомъ случаѣ
(рис. 170), былъ типичный разрывъ вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія,
который оказался настолько большимъ, что о какомъ-либо консерватив-
номъ леченіи нечего было и думать; здѣсь же, соотвѣтственно клини-
ческой картинѣ, въ брюшной полости не было ни капли крови. Эту
женщину мнѣ удалось спасти при помощи своевременно сдѣланнаго,
полнаго удаленія матки. Подводя итоги всѣмъ этимъ 4 случаямъ, мы
должны сказать, что изъ нихъ три женщины были спасены, потому что
онѣ подверглись клиническому леченію; въ частной практикѣ онѣ неми-
нуемо должны были погибнуть. Къ счастью, самопроизвольные разрывы
съ выхожденіемъ ребенка въ брюшную полость встрѣчаются довольно
рѣдко. Почти во всѣхъ такихъ случаяхъ, за немногими исключеніями
(ср. случай 39-й) можно избѣжать разрывовъ матки, если цѣлесо-
образно примѣнить профилактическое леченіе. Гораздо чаще, чѣмъ
самопроизвольные, встрѣчаются искусственные разрывы матки, и осо-
бенно часто они наблюдаются послѣ форсированнаго поворота. Если Вы

будете дѣлать поворотъ такъ же осторожно, какъ я Вамъ совѣтовалъ много разъ, то, надѣюсь, Вы не сдѣлаете разрыва матки. Если же онъ произойдетъ и Вы должны оказать помощь, а роженицу нельзя доставить въ клинику, то рекомендую Вамъ слѣдующее: такъ какъ обыкновенно въ подобныхъ случаяхъ ребенокъ уже родился *per vias naturales* (былъ сдѣланъ поворотъ и извлеченіе, благодаря чему и произошла разрывъ), то Вы должны сосредоточить все свое вниманіе на остановкѣ кровотечения. Въ такихъ случаяхъ иногда можетъ совсѣмъ не быть наружнаго кровотечения, а женщина можетъ умереть отъ внутренняго кровотечения. (Въ рѣдкихъ случаяхъ, какъ въ нашемъ только что цитированномъ случаѣ, нѣтъ ни наружнаго, ни внутренняго кровотечения). Слѣдовательно, первое, что Вы должны здѣсь сдѣлать для остановки кровотечения, наложить жгутъ *Momburg'a*. Снявъ его 15 минутъ спустя и убѣдившись, что кровотеченіе остановилось, благодаря сокращенію матки (тщательно наблюдайте за пульсомъ роженицы), уложите удобно роженицу, назначьте пузырь со льдомъ ¹⁾ и опій и дождайтесь самопроизвольнаго выздоровленія. Но если Вы убѣждены, что кровотеченіе продолжается, то затампонируйте плотно матку. Но тампонада матки должна быть сдѣлана *lege artis* подъ руководствомъ зеркала и захватыванія шейки щипцами *Collin'a* (см. рис. 115). Маточнымъ пинцетомъ съ тупыми концами, изображенномъ на рис. 17, проводятъ полоской марли до дна и остальной марлей тампонируютъ плотно матку. Я не совѣтую Вамъ дѣлать это пинцетомъ съ острыми концами, такъ какъ мнѣ пришлось видѣть перфорацию матки, произведенную этимъ способомъ. Если у Васъ нѣтъ тупого пинцета, то сдѣлайте тампонаду просто рукой. Затѣмъ еще одно: не оставляйте мертваго пространства въ полости матки: плохо сдѣлать тампонаду матки—хуже, чѣмъ совсѣмъ ее не дѣлать ²⁾. Я считаю тампонаду матки очень трудной операціей для начинающаго: конечно, въ настоящее время, благодаря примѣненію жгута *Momburg'a*, она становится все болѣе и болѣе излишней. Когда Вы тампонируете въ темную, то можетъ случиться, что Вы попадете черезъ разрывъ въ свободную брюшную полость и такой неправильной тампонадой только увеличите опасность. Конечно, для Васъ ясно, что эта операція можетъ производиться только въ случаѣ необходимости; при этомъ способѣ могутъ погибнуть и тѣ женщины, которыхъ можно было бы спасти въ клинической обстановкѣ.

Если при полномъ открытіи маточнаго зѣва, произойдетъ остановка родовъ, то Ваша обязанность выяснитъ причину этого.

¹⁾ Пузырь со льдомъ—въ бѣдной практикѣ его можно замѣнить свинымъ пузыремъ, наполненнымъ льдомъ—никогда не кладется непосредственно на брюшные покровы, а завертывается въ полотенецъ.

²⁾ Въ теченіе курса на фантомахъ можно упражняться на модели *Katana*.

Случай 41-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа J., 27 лѣтъ, первые роды.

Полное открытіе зѣва произошло 3 часа назадъ.

Роды не подвигаются, несмотря на очень хорошія схватки. Головка надъ входомъ и кажется чрезвычайно большой, громадной. Начинаются явленія чрезмѣрнаго растяженія.

При внутреннемъ изслѣдованіи прощупываются широкіе роднички и швы.

Діагнозъ: Hydrocephalus (рис. 173).

Такъ какъ въ этомъ случаѣ діагнозъ былъ поставленъ правильно, то со стороны терапіи затрудненій нѣтъ. Мы сдѣлали перфорацию простыми ножницами. Вышло около 2 литровъ жидкости, послѣ чего роды окончились самопроизвольно черезъ 15 минутъ.

На рис. 173 хорошо видны чрезмѣрно растянутый истонченный нижній сегментъ и кольцо сокращенія въ видѣ толстаго валика.



Рис. 173 (случай 41-й).

Случай 42-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа М., 35 лѣтъ, 12-е роды.

Прежніе роды: 3 выкидыша, 1 двойни, 1—перфорация по поводу hydrocephalus. 2 живыхъ дѣтей.

Послѣднія регулы: 1-го января.

Начало схватокъ: 5-го ноября, 2 ч. утра.

Пузырь вскрылся: 4-го ноября, 5 ч. 15 м. утра.

Полное открытіе зѣва: 5-го ноября, 11 ч. утра.

Прибытіе врача: 5-го ноября, 4 ч. 30 м. веч.

Родовая дѣятельность: Очень хорошая, даже бурная.

Status: Ничего особеннаго.

Температура: 36,7.

Пульсъ: 100.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Нормальны. Ясно выраженное кольцо сокращенія. II затылочное предлежаніе.

Внутреннее изслѣдованіе: Головка плотно во входѣ, зѣвъ совершенно раскрытъ. Такъ какъ тазъ нормальный, а hydrocephalus можно исключить при изслѣдованіи, то высказано подозрѣніе относительно другого какого-либо уродства плода, служащаго препятствіемъ для родового акта.

Терапія: ?

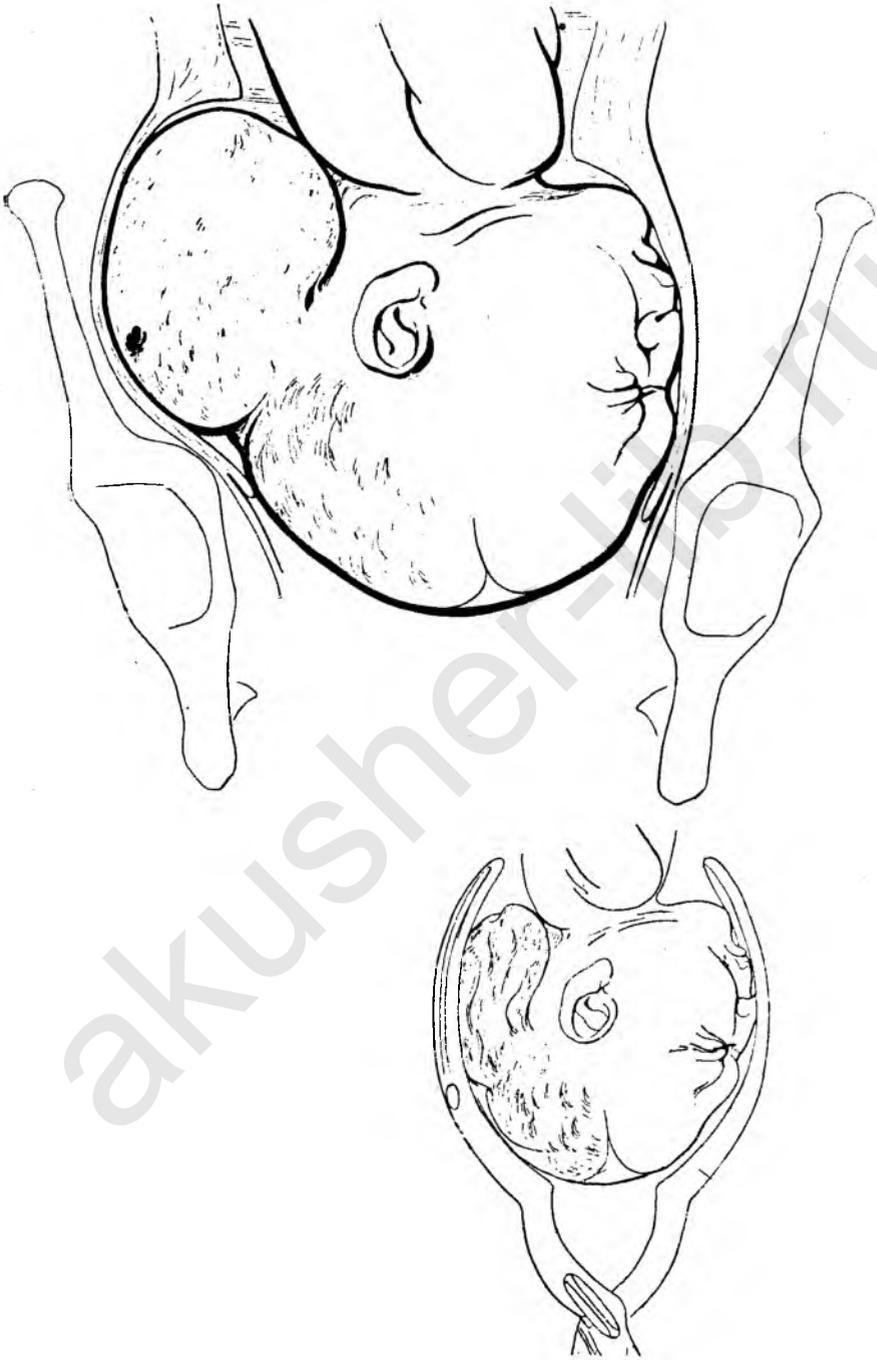


Рис. 174 и 175 (случай 42 й).

На нижнемъ рисункѣ видно, что meningocele была раздавлена вслѣдствіе сдвѣженія ложками щипцовъ.

Изъ рис. 174 Вы видите, почему нельзя было здѣсь поставить по-мощью внутренняго изслѣдованія точный діагнозъ «meningocèle». Опухоль, находящаяся въ подзатылочной области, совершенно не прощупывалась и поэтому результаты внутренняго изслѣдованія ничѣмъ не отличались отъ обычныхъ при второмъ затылочномъ предлежаніи. При наружномъ изслѣдованіи мягкая опухоль совершенно ускользала отъ изслѣдующаго пальца.

Если я все-таки поставилъ діагнозъ аномаліи развитія, то сдѣлалъ это *per exclusionem*. Необходимо было предположить препятствіе, потому что иначе оставалось бы непонятнымъ, почему не подвигались роды при полномъ раскрытіи зѣва. Оно было не со стороны мягкихъ частей или таза, такъ какъ противъ этого говорили предшествующіе роды и измѣреніе таза. Слѣдовательно надо было допустить какую-нибудь аномалію у ребенка.

Теченіе родовъ было чрезвычайно интересно. Такъ какъ ребенокъ былъ живъ и родители хотѣли имѣть живого ребенка, а съ другой стороны опасность угрожающаго разрыва, какъ показаніе со стороны матери (см. кольцо сокращенія на рис. 174), настоятельно требовала нашего вмѣшательства, то я счелъ цѣлесообразнымъ наложить щипцы. Щипцы были наложены въ поперечномъ размѣрѣ. Конечно, наложеніе правой ложки представляло нѣкоторое затрудненіе (ср. рис. 175). При замыканіи ложекъ щипцовъ слышно было ясно, что что-то щелкнуло. Извлеченіе ребенка удалось легко. Щелканіе это произошло оттого, что «meningocèle» лопнула. Если бы мнѣ не удалось наложить щипцовъ, то, конечно, я сдѣлалъ бы перфорацию, чтобы уберечь мать отъ угрожающаго разрыва матки.

Случай 43-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Л., 24 лѣтъ, первые роды.

Сообщеніе домашняго врача: Роды остановились благодаря какому-то препятствію.

Послѣднія регулы: ?

Начало схватокъ: 23-го мая, 2 ч. утра.

Пузырь вскрылся: 23-го мая, 2 ч. утра.

Полное раскрытіе зѣва: 23-го мая въ 12 ч. дня. 23-го мая въ 2 ч. дня домашній врачъ пробовалъ наложить щипцы, но ему не удалось.

Родовая дѣятельность: Сильная.

Status: Ничего особеннаго.

Температура: 37,2.

Пульсъ: 112.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Нормальны. 23-го мая, 4 ч. 30 м. пополудни I положеніе.

Внутреннее изслѣдованіе: Полное открытіе зѣва. Пузыря нѣтъ, головка во входѣ. Влагалище раздѣлено перегородкой на 2 равныя половины. Поступательному движенію головки мѣшаетъ верхній край перегородки.

Терапія: ?

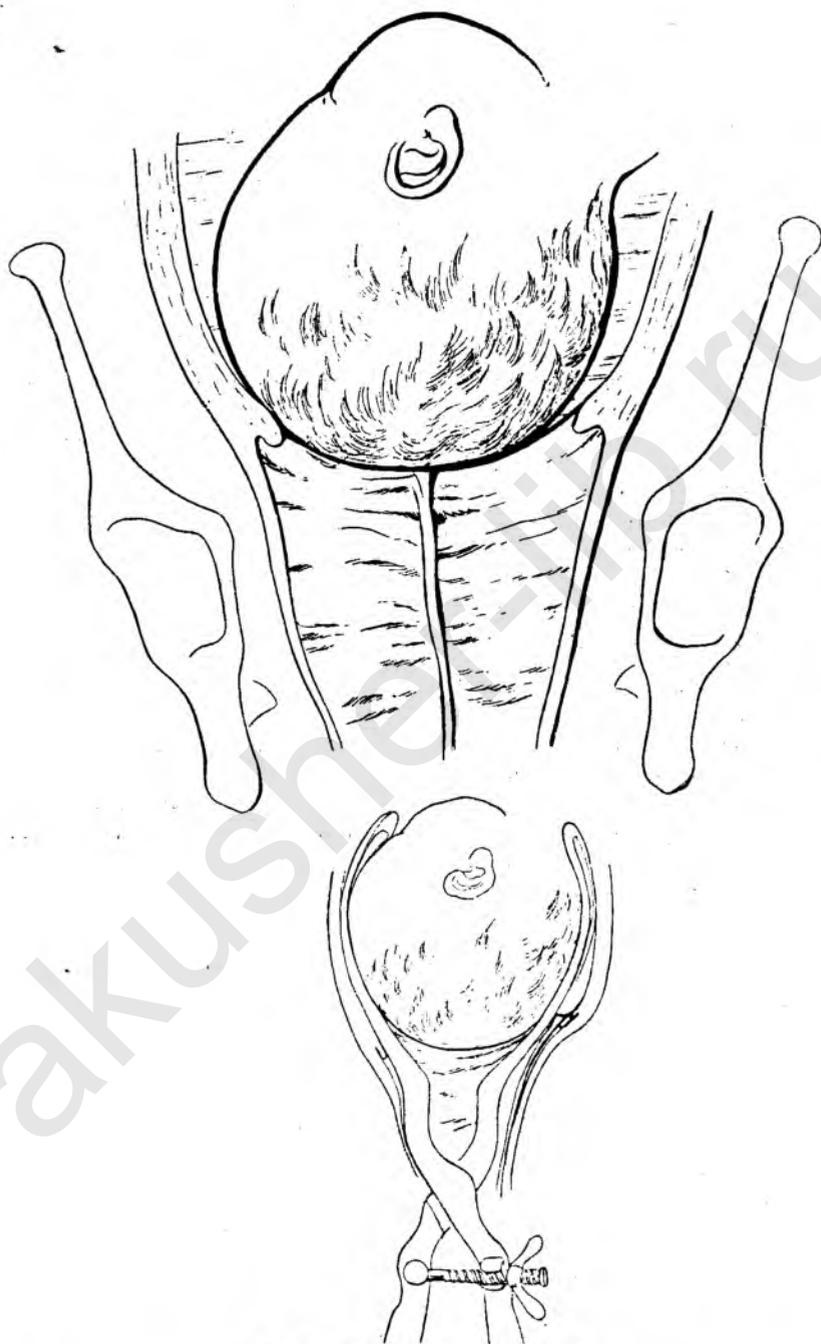


Рис. 176 и 177 (случай 43-й).

На нижнемъ рисункѣ *septum vaginae* отгнѣсена въ сторону лѣвой ложкой щипцовъ Tarnier.

На нашихъ рисункахъ 176 и 177 изображены несомнѣнно интересные данныя изслѣдованія. Здѣсь можно было бы устранить препятствіе, перерѣзавъ перегородку между двумя зажимами, а затѣмъ выждать произвольнаго окончанія родовъ. Я рѣшилъ наложить щипцы по другимъ соображеніямъ. Какъ Вы видѣли изъ исторіи болѣзни, домашній врачъ уже въ теченіе двухъ часовъ дѣлалъ напрасныя попытки извлечь ребенка щипцами. Роженица вслѣдствіе этого была сильно измучена, а появленіе кольца сокращенія и учащеніе пульса заставляли сильно желать скораго родоразрѣшенія. Я поступилъ при этомъ такъ, какъ Вы это видите на рисункѣ (рис. 177), а именно я воспользовался для родоразрѣшенія только правымъ влагалищемъ; предварительно растянувъ перегородку рукой, я отодвинулъ ее въ сторону лѣвой ложкой и ввелъ правую ложку также въ правое влагалище. Осторожными тракціями щипцовъ Tarnier мнѣ удалось извлечь здороваго, вѣсившаго 8 фунтовъ мальчика безъ всякихъ поврежденій мягкихъ путей матери.

Случай 44-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа St., 32 лѣтъ, десятыя роды.

Сообщеніе: «Болѣзнь почекъ».

Прежніе роды: Первый ребенокъ извлеченъ щипцами, всѣ остальные роды— самопроизвольные.

Послѣднія регулы: Въ началѣ января.

Начало схватокъ: 15-го октября, 4 ч. утра.

Пузырь вскрылся: 4 ч. пополудни.

Зѣвъ вполнѣ открылся: 5 ч. пополудни.

Прибытіе врача: 15-го октября, 8 ч. 30 м. веч.

Родовая дѣятельность: Сильная.

Status: Безъ особенностей.

Температура: 36,5.

Пульсъ: 82.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: Нормальны. I затылочное предлежаніе. Роженица лежитъ въ постели съ разведенными ногами. Vulva съ обѣихъ сторонъ представляетъ опухоль темно-синяго цвѣта, величиной съ 2 мужскихъ кулака; опухоль почти совершенно прикрываетъ половую щель. Опухоль образовалась внезапно во время схватки въ 6 ч. веч. (см. рис. 178).

Внутреннее изслѣдованіе: Влагалище настолько сужено выше-описанной опухолью, что едва пропускаетъ палець. Полное открытіе зѣва. Головка плотно во входѣ (см. рис. 179).

Терапія: ?



Рис. 178 (случай 44-й).



Рис. 179 (случай 44-й).

Haematoma vulvae et vaginae, какъ препятствіе для родовъ. (Сагиттальный разръзъ).

Данныя изслѣдованія Вы видите на рис. 178, а на рис. 179 изображенъ сагиттальный разрѣзъ. Какъ и въ описанныхъ выше случаяхъ, здѣсь также при послѣдующемъ теченіи развилось чрезвычайно рѣдкое препятствіе для родовъ. Здѣсь имѣлась haematoma vulvae et vaginae, называемая также тромбомъ. Кровяныя опухоли вульвы и влагалища происходятъ большею частью въ періодѣ изгнанія, когда вслѣдствіе прижатія напирющей головкой затрудняется оттокъ венозной крови изъ полости таза и затѣмъ внезапно происходитъ разрывъ одной изъ венъ, заложенныхъ въ рыхлой жировой клѣтчаткѣ большихъ губъ. Хотя симптомы этого заболѣванія, встрѣчающагося гораздо рѣже во время родовъ, чѣмъ въ послѣродовомъ періодѣ, чрезвычайно рѣзки, —внезапность ихъ появленія, сильныя боли, ясное выпячиваніе темно-синей опухоли, —но все-таки бываютъ ошибки въ діагнозѣ. Здѣсь я былъ приглашенъ, какъ Вы слышали, по поводу «заболѣванія почекъ». Но нефритическіе отеки никогда не появляются вдругъ и никогда не достигаютъ, такъ же какъ и отекъ отъ сдавленія, столь значительной степени, чтобы составить препятствіе для родовъ (ср. сагиттальный разрѣзъ на рис. 179). Кромѣ того, соотвѣтственно ихъ серозному содержимому, они свѣтлы и прозрачны и никогда не бываютъ такого багроваго цвѣта, какъ опухоль въ нашемъ случаѣ.

На основаніи другихъ случаевъ подобнаго рода я зналъ, что опухоль съ каждой схваткой будетъ все увеличиваться, внушая опасенія и представляя все новыя препятствія для напирющей головки. Поэтому я счелъ выжиданіе опаснымъ, хотя и не было еще никакихъ симптомовъ чрезмернаго растяженія ткани. Но и здѣсь можно было наблюдать увеличеніе размѣровъ кровяной опухоли. При отсутствіи помощи опухоль, конечно, лопнула бы, а потеря крови могла бы оказаться весьма опасной для роженицы.

Намъ удалось въ этомъ случаѣ осторожно разрѣшить роженицу шипцами, безъ поврежденія мягкихъ частей; ребенокъ—мальчикъ 54 см. длины съ окружностью головки въ $37\frac{1}{2}$ см. Если нельзя обойтись безъ разрѣза, то при увѣренности въ своей асептикѣ лучше потомъ наложить швы, или же оставить разрѣзъ открытымъ и затампонировать. Удивительно, какъ сильна способность къ рассасыванію въ организмѣ въ теченіе послѣродового періода; часто уже въ теченіе нѣсколькихъ дней наблюдается сморщиваніе громадныхъ опухолей до величины куриного яйца. Если сдѣланъ разрѣзъ и произведена тампонада, а кровотеченіе не остановилось, то нужно отыскать кровотокашіе сосуды и обколотъ ихъ.

Теперь вспомните еще о томъ случаѣ (рис. 116, при которомъ мы нашли міому въ качествѣ препятствія для родовъ, и у Васъ получится цѣлый рядъ рѣдкихъ, но достойныхъ изученія случаевъ, въ которыхъ только правильно поставленный діагнозъ далъ возможность избѣжать тяжелыхъ и серьезныхъ опасностей, угрожающихъ роженицѣ.

Лекція XVI.

Случай 45-й ¹⁾.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа К. К., 30 лѣтъ, шестые роды.

Сообщеніе: Значительное затрудненіе дыханія.

Анамнезъ: Перенесла одинъ разъ воспаленіе легкихъ, нѣсколько лѣтъ назадъ была сахарная болѣзнь.

Прежніе роды: Всѣ нормальные. Роженица отмѣчаетъ, что послѣднюю беременность она ходила особенно «толстой».

Послѣднія регулы: 5-го іюня (срокъ, слѣдовательно, ?).

Начало схватокъ: Еще не начинались.

Пузырь вскрылся: Еще не вскрылся.

Прибытіе врача: 24-го января.

Родовая дѣятельность: —

Status: Женщина средняго роста, съ сильно развитой костной системой, хорошо развитой мышечной и умѣреннымъ количествомъ подкожнаго жирового слоя.

Температура: 36,3.

Пульсъ: 96

Наружное изслѣдованіе: Животъ сильно вздутъ, кожа рѣзко напряжена и блеститъ. Окружность живота 115 см. Части плода не прощупываются, сердцебиеніе не выслушивается. Сильная одышка. Количество мочи значительно уменьшено. Въ мочѣ содержится большое количество сахара, немного бѣлка, цилиндровъ нѣтъ. Отекъ ногъ.

Размѣры таза: Нормальны.

Внутреннее изслѣдованіе: Зѣвъ на величину монеты въ 5 марокъ. Portio сглажена. За напряженнымъ пузыремъ плотная баллотирующая часть—головка.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

1. Здѣсь имѣется, очевидно, или hydramnion, или двойни; такъ какъ ребенокъ, повидимому, умеръ, а у матери сильная одышка, то вызвать преждевременные роды, вскрывъ съ этой цѣлью пузырь.

2. Выпустить околоплодные воды, затѣмъ Вгахтон-Нікс и постоянное потягиваніе за низведенную ножку.

3. Вскрыть пузырь, ввести метрейринтеръ; если послѣ изгнанія баллона головка вставится во входъ, можно ждать; иначе—поворотъ и извлеченіе.

¹⁾ Опубликованный уже авторомъ въ другомъ мѣстѣ.

Дѣйствительно, когда Васъ пригласятъ къ роженицѣ, у которой Вы находите чрезмѣрное растяженіе живота, какъ въ нашемъ сегодняшнемъ случаѣ, Вы совершенно невольно подумаете о двойняхъ или hydramnion. Такъ и сдѣлало большинство изъ Васъ. Какіе же діагностическіе признаки говорятъ за беременность двойнями и какіе за hydramnion?

За двойни говорить:	За hydramnion говорить:
<p>1. Необычайное растяженіе матки (при измѣреніи сантиметромъ нормальные размѣры: окружность 99—100, разстояніе отъ мечевиднаго отростка до симфиза 45 - 46).</p>	<p>Необычайное растяженіе матки, часто уже въ первые мѣсяцы беременности.</p>
<p>2. Данныя при ощупываніи: Двѣ крупныя части,—одна головка въ тазовомъ входѣ, другая у дна, или одинъ ребенокъ въ продольномъ, другой въ поперечномъ положеніи.</p>	<p>Данныя при ощупываніи: Матка то даетъ флюктуацію, то представляется твердой, какъ доска. Плодъ большею частью не прощупывается; часто ясно баллотированіе крупной части. Внутреннее изслѣдованіе: сильное растяженіе нижняго сегмента матки, раннее изглаживаніе влагалищной части матки.</p>
<p>3. Данныя при выслушиваніи: (ненадежныя). Сердцебіеніе съ обѣихъ сторонъ; несомнѣнное сердцебіеніе на одной сторонѣ ниже пупка, на другой—выше; цѣнный фактъ при сравненіи съ пальпаторными данными.</p>	<p>Данныя при выслушиваніи: «совсѣмъ ненадежны». Часто даже при живомъ плодѣ сердцебіеніе не выслушивается.</p>

Если Вы на основаніи нашей таблицы сравните дифференціальный діагнозъ между многоводіемъ и двойнями, то убѣдитесь, что основаніемъ нашего діагноза служитъ пальпаторное изслѣдованіе. Въ большинствѣ случаевъ намъ удавалось поставить правильный діагнозъ, если только у насъ было время произвести тщательное изслѣдованіе. Трудно было поставить діагнозъ только въ тѣхъ не рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ многоводіе и двойни существовали одновременно.

Относительно нашей паціентки извѣстно, что уже при послѣдней беременности она была «очень толстой»; а данныя пальпаторнаго и внутренняго изслѣдованія, сглаживаніе шейки на 8-мъ мѣсяцѣ беременности при отсутствіи родовой дѣятельности, все это говоритъ за многоводіе.

Въ основѣ Вашихъ совѣтовъ, несмотря на нѣкоторое различіе ихъ, было одно и то же — стремленіе вывести роженицу изъ опаснаго состоянія сильнѣйшей одышки; это достигается тѣмъ, что выпускаютъ часть околоплодныхъ водъ.

Мы достигли цѣли, вскрывъ пузырь, причемъ съ намѣреніемъ сдѣлали это при помощи зонда, чтобы околоплодныя воды отходили, какъ можно медленнѣе. Но давленіе въ полости яйца было настолько велико, что маленькое отверстіе, сдѣланное зондомъ, разорвалось дальше, и околоплодныя воды потекли ручьемъ. Количество водъ, собранное въ ведро,

было около 12 литровъ. Немедленно послѣ отхожденія водъ роженица почувствовала значительное облегченіе; дыханіе сдѣлалось болѣе глубокимъ и правильнымъ. Плодъ прощупывается теперь ясно въ первомъ черепномъ предлежаніи, головка стоитъ подвижно надъ входомъ въ тазъ; четверть часа спустя изъ влагалища вышелъ большой сгустокъ крови и началось сильное кровотеченіе. Тотчасъ же былъ сдѣланъ поворотъ ребенка на ножку по Braxton Hicks'у, къ низведенной ножкѣ былъ прившень грузъ. Нѣсколько минутъ спустя пульсъ сдѣлался весьма неправильнымъ и слабымъ, колеблясь между 100—140 ударами въ минуту. Пациентка получила подъ кожу камфору и 1000 куб. см. физиологическаго раствора (0,85% поваренной соли) ¹⁾. Ничто не подѣйствовало, состояніе не улучшилось! Сдѣлано форсированное извлеченіе ребенка, что потребовало нѣсколько минутъ, благодаря малой величинѣ головки и растяжимости маточнаго зѣва. Тотчасъ послѣ извлеченія ребенка изъ плохо сократившейся матки внезапно излилось большое количество темной крови. Нельзя было терять времени; такъ какъ наружными приемами послѣдъ выжать не удалось, то въ полость матки была введена рука, конечно, въ перчаткѣ. Оказалось, что послѣдъ, отдѣлившійся почти со всѣхъ сторонъ, приросъ у дна матки; его легко было удалить *in toto*. Но и тогда кровотеченіе не остановилось. Немедленно была обнажена шейка Доуен'овскими зеркалами, матка затампонирована и впрыснуто внутримышечно 3 шприца эрготина Vombelon. Постепенно матка сдѣлалась плотной и кровотеченіе остановилось. Пульсъ малый и очень частый—до 160 ударовъ въ минуту.

Пациентка не вынесла тяжелыхъ родовъ. Въ теченіе нѣсколькихъ дней она сильно лихорадила, количество сахара въ мочѣ дошло до 4% и наконецъ реакція съ помощью полуторохлористаго желѣза указала на присутствіе ацетоуксусной кислоты. Этимъ рѣшилась судьба пациентки: легкая форма диабета перешла въ тяжелую, смертельную форму.

Этотъ случай, какъ въ клиническомъ, такъ и въ терапевтическомъ отношеніи, представляетъ такъ много интереснаго, что необходимо еще нѣсколько остановиться на немъ. Выдѣленіе незначительнаго количества сахара у беременныхъ—совѣмъ не рѣдкость. Но какъ только выдѣленіе сахара сдѣлается болѣе значительнымъ, такъ что можно говорить уже о *diabetes mellitus*, прогнозъ для данной больной значительно ухудшается; какъ Вы знаете изъ клиники внутреннихъ болѣзней, больные сахарной болѣзью обнаруживаютъ большую восприимчивость къ гнойнымъ возбудителямъ. Такимъ образомъ больная диабетомъ подвергается опасности при произвольныхъ родахъ, которые такъ легко

¹⁾ Надлежитъ вспомнить сказанное на стр. 233. Сначала останавливаютъ кровотеченіе, затѣмъ восстанавливаютъ количество крови и, наконецъ, возбуждаютъ сердечную дѣятельность. Въ виду того, что это правило не было соблюдено въ данномъ случаѣ, эффектъ нашего вмѣшательства былъ отрицательный.

переносится здоровой женщиной. А наша больная диабетомъ въ теченіе родовъ подверглась такой травмѣ, тяжелой которой трудно себѣ и представить. Поводомъ ко всѣмъ нашимъ акушерскимъ операціямъ былъ *hydramnion*, — явленіе, не рѣдко встрѣчающееся при диабетѣ. Въ свое время я объяснилъ себѣ это громадное скопленіе околоплодныхъ водъ, слѣдующимъ образомъ: въ нашемъ случаѣ, кромѣ диабета, было еще заболѣваніе почекъ, что можно было опредѣлить по содержанію бѣлка въ мочѣ. Реакція со стороны организма выразилась усиленіемъ секретіи для удаленія сахара. Если почки не поражены, то онѣ и выдѣляютъ всю эту массу соковъ, и количество мочи значительно возростаетъ. Здѣсь же, гдѣ нѣтъ правильной функціи почекъ, организмъ ищетъ такого предохранительнаго клапана, съ помощью котораго онъ могъ бы избавиться отъ своей гидреміи. Итакъ, съ одной стороны, получается до извѣстной степени *oedema ex vaso*, съ другой стороны विकарирующая функція эпителия водной оболочки, и такимъ образомъ замѣчается утраченная функція почекъ. Что въ нашемъ случаѣ *hydramnion* былъ такого происхожденія, подтверждается показаніемъ пациентки: «съ тѣхъ поръ, какъ у меня больше сталъ пухнуть животъ, стало выдѣляться меньше мочи, а раньше ее было очень много.

Какъ бы то ни было, во всякомъ случаѣ ясно, что *hydramnion* послужилъ причиной всѣхъ тяжелыхъ осложненийъ, быстро развившихся во время родовъ.

Эти роды были уже 6 лѣтъ назадъ и ихъ печальный исходъ обязываетъ насъ спокойно обсудить, можно ли было поступить въ данномъ случаѣ иначе, и какъ именно

Прежде всего относительно разрыва пузыря при *hydramnion*. Всѣ авторы согласны съ тѣмъ, что истеченіе околоплодныхъ водъ должно совершаться медленно. Чрезмѣрно быстрое истеченіе водъ опасно для матери и ребенка; благодаря быстрому опорожненію матки и образованію вслѣдствіе этого пустого пространства въ брюшной полости, сосуды послѣдней наполняются кровью, которая раньше распредѣлялась по всему тѣлу, и поэтому у матери легко можетъ наступить коллапсъ. Съ другой стороны, благодаря внезапному опорожненію матки, легко происходитъ преждевременное отдѣленіе послѣда, какъ это было въ нашемъ случаѣ, со всѣми его тяжелыми послѣдствіями для матери и ребенка и наступающей затѣмъ атоніей, которая является уже опасной для жизни. Кромѣ того ребенку грозитъ опасность вслѣдствіе часто встрѣчающагося выпаденія пуповины. Какъ Вы видите, существуетъ достаточно причинъ, чтобы какъ можно осторожниже выпускать околоплодные воды при искусственномъ разрывѣ пузыря. Не всегда удается сдѣлать это, даже при помощи такого тонкаго инструмента, какъ зондъ. Это Вы видѣли на нашемъ случаѣ. Въ послѣднее время мнѣ помогаль одинъ приемъ, который я Вамъ и рекомендую. Теперь при *hydramnion* я всегда вскрываю пузырь при помощи метрейринтера (*Cham-*

retier), захваченнаго шипцами, какъ показано на рис. 149. Прежде чѣмъ разорвать указаннымъ способомъ пузырь, я приспособляю къ метрейринтеру шприцъ или ирригаторъ, поручивъ акушеркѣ или помощнику наполнить баллонъ до опредѣленной черты. Какъ только вышло достаточное количество околоплодныхъ водъ, наполненный баллонъ помѣщаетъ дальнѣйшему ихъ отхожденію. Кромѣ того способъ этотъ имѣетъ еще слѣдующія преимущества:

1. Баллонъ вызоветъ расширеніе маточнаго зѣва и такимъ образомъ приготовить пути для поворота, который можетъ понадобится впоследствии.

2. Онъ вызоветъ схватки и вслѣдствіе этого уменьшится опасность атоніи.

3. При примѣненіи баллона въ маткѣ останется еще нѣкоторое количество околоплодныхъ водъ и такимъ образомъ, съ одной стороны, можно избѣгать опасности, связанной съ внезапнымъ опороженіемъ матки, а съ другой стороны, улучшатся условія для производства поворота, который можетъ быть необходимъ.

4. Въ томъ случаѣ, если произойдетъ внезапно преждевременное отдѣленіе послѣда, потягиваніе за баллонъ поможетъ расширить зѣвъ и окончить роды.

Кто примѣнялъ этотъ хорошій и вѣрный способъ при hydramnion, тотъ никогда отъ него не откажется.

Всѣ остальные симптомы въ нашемъ случаѣ, каковы преждевременное отдѣленіе послѣда и атоническое кровотеченіе, — являются послѣдствіями быстраго истеченія водъ. Въ настоящее время, благодаря примѣненію жгута Mottburg'a, мы получили бы возможность справиться съ начальнымъ кровотеченіемъ и этимъ прежде всего выиграть время. Въ высшей степени сомнительно, чтобы такимъ путемъ можно было спасти пациентку, пораженную сахарной болѣзью. Часто приходится наблюдать, что при діабетѣ больные погибаютъ отъ сепсиса при самыхъ простыхъ операціяхъ. Кромѣ того послѣродовой періодъ самъ по себѣ оказываетъ плохое вліяніе на теченіе сахарной болѣзни.

Вспоминая объ этомъ случаѣ, Вы будете болѣе осторожны при hydramnion, а также при родахъ двойнями, столь схожихъ съ нимъ въ клиническомъ отношеніи. И на самомъ дѣлѣ, атоническія кровотеченія, наблюдающіяся въ обоихъ случаяхъ, принадлежатъ вообще къ болѣе опаснымъ въ акушерствѣ.

При тѣхъ и другихъ родахъ угрожаетъ также преждевременное отдѣленіе послѣда. Поэтому, поставивъ діагнозъ, подумайте хорошенько, насколько Вы вооружены, и если не чувствуете въ себѣ достаточно увѣренности, лучше своевременно позаботьтесь объ опытной помощи.

Случай 46-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Z., 32 лѣтъ, восьмые роды.

Сообщеніе: Кровотеченіе во время родовъ.

Анамнезъ: Безъ особенностей.

Прежніе роды: Трое безъ особенностей; трое при ягодичномъ предлежаніи, произвольные; 1 разъ двойни Живыхъ дѣтей—7.

Послѣднія регулы: 19-го декабря.

Начало схватокъ: 16-го августа, 11 ч. веч.

Пузырь вскрылся: 17-го августа, 5 ч. 30 м. веч.

Родовая дѣятельность: Сначала плохая, послѣ вскрытія пузыря хорошая.

Statu s: Безъ особенностей.

Температура: 37.

Пульсъ: 80.

Наружное изслѣдованіе: Окружность живота 120 см. Плотная крупная часть во входѣ въ тазъ, вторая плотная часть у правой подвздошной кости.

Сердцебиеніе: Слѣва ниже пупка и справа около пупка.

Размѣры таза: Безъ особенностей.

Внутреннее изслѣдованіе: Зѣвъ на ладонь. Пузырь иѣлъ, слѣва предлежитъ большая кровотокающая доля плаценты. За пузыремъ прощупывается головка. Вскорѣ послѣ изслѣдованія произошло самопроизвольное вскрытіе пузыря, головка опустилась, прижала плаценту и кровотеченіе остановилось.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

1. Здѣсь имѣются роды двойнями. Первый плодъ лежитъ въ I черепномъ положеніи, второй— во II поперечномъ; кромѣ того, здѣсь имѣется placenta praevia lateralis. Такъ какъ послѣ разрыва перваго околоплоднаго пузыря кровотеченіе прекратилось, то нужно выжидать произвольнаго окончанія родовъ. Поперечное положеніе втораго плода требуетъ вмѣшательства. Благодаря значительному растяженію зѣва послѣ родовъ перваго плода для поворота здѣсь можно ввести всю руку и затѣмъ или ждать произвольнаго окончанія родовъ, или сдѣлать осторожное извлеченіе.

2. Съ этимъ обстоятельствомъ отвѣтомъ совпадаютъ въ существенныхъ чертахъ и остальные отвѣты.

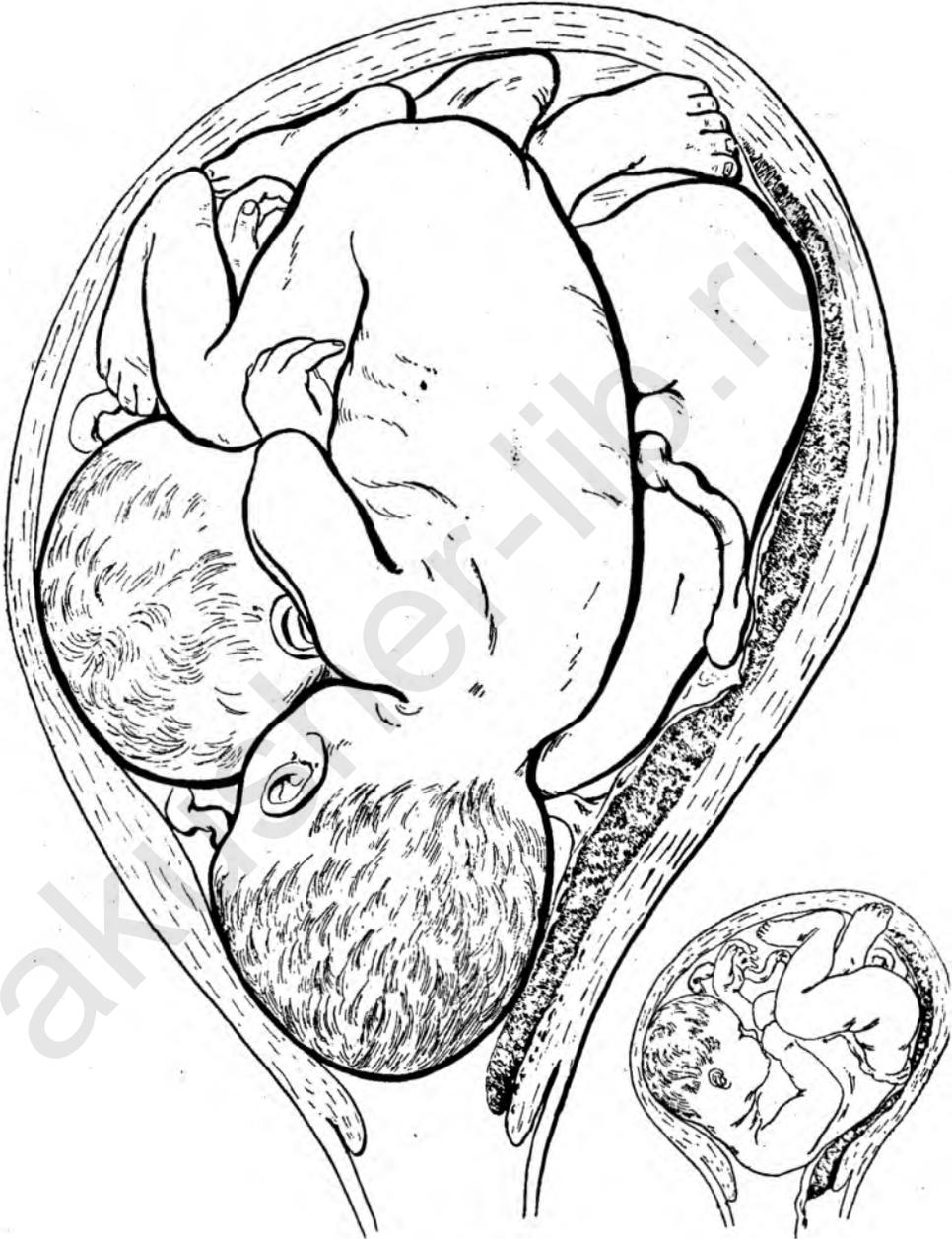


Рис. 180 и 181 (случай 46-й). Послѣ рожденія перваго плода.

Отвѣтъ одного изъ Васъ такъ точенъ и хорошъ, какъ будто бы онъ присутствовалъ при родахъ. Диагнозъ «двойни» въ этомъ случаѣ былъ очень легкимъ, потому что одинъ плодъ былъ въ продольномъ положеніи, а другой въ поперечномъ. Одновременное присутствіе при этомъ *placentae praeviae lateralis* объясняется громадной величиной двойного послѣда, который, какъ показываетъ рис. 180, занималъ большое пространство отъ *fundus* до края маточнаго зѣва. Теченіе родовъ представляло мало интереснаго. Послѣ разрыва перваго пузыря кровотеченіе остановилось, такъ какъ опустилась головка. Въ двѣ сильныхъ схватки съ веселымъ крикомъ родился ребенокъ—мальчикъ въ 50 см. длины. Тотчасъ снова началось кровотеченіе. При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось, что имѣется задній видъ II поперечнаго положенія (рис. 181). Практикантъ ввелъ правую руку, вскрылъ второй пузырь, стараясь не повредить послѣда, и безъ особыхъ затрудненій сдѣлалъ поворотъ на ножку. Кровотеченіе немедленно остановилось. Затѣмъ мы выждали спокойно нѣсколько схватокъ, второй ребенокъ родился такъ же быстро, какъ и первый. Ручки мы освободили по способу Müller'a, головку вывели Пражскимъ способомъ. Послѣдовательнаго кровотеченія не было. Но бѣдные люди, съ трудомъ кормившіе 7 человѣкъ дѣтей, не очень-то обрадовались увеличенію семейства на два новыхъ члена.

Этотъ случай даетъ мнѣ возможность сообщить нѣкоторыя практическія указанія относительно веденія родовъ при двойняхъ.

Роды перваго ребенка ведутся по общимъ правиламъ акушерства. Какъ только первый ребенокъ родился и пуповина его перерѣзана, рекомендуется еще разъ произвести изслѣдованіе, и если какія-либо показанія, напр., предлежаніе пуповины, конечностей, поперечное положеніе, *placenta praevia* и т. п., сдѣлаютъ необходимымъ вмѣшательство, то я рекомендую дѣлать это не немедленно, но подождать около $\frac{1}{2}$ часа. Въ нашемъ предыдущемъ случаѣ Вы видѣли, что слѣдствіемъ столь быстраго опорожненія матки было преждевременное отдѣленіе послѣда и тяжелое атоническое кровотеченіе. Въ такихъ случаяхъ поворотъ всегда проще и лучше, чѣмъ щипцы. Если бы были показанія къ операциі при родахъ первымъ ребенкомъ, я тоже отказался бы отъ щипцовъ и примѣнилъ бы пріемъ, который я могу Вамъ рекомендовать при недоноскахъ, *anepcephalus* и маленькихъ дѣтяхъ. Лѣвую руку акушеръ вводитъ во влагалище и обхватываетъ головку ребенка, какъ кегельный шаръ, сильно надавливая правой рукой на *fundus uteri*, а слѣдовательно и на ягодицы, совершенно такъ же, какъ при способѣ *Cristeller'a*. Конечно, это надавливаніе наружной рукой слѣдуетъ производить во время сокращенія матки. Въ то же время внутренней рукой растягиваются мягкія части и низводится головка. На рис. 182 изображенъ этотъ пріемъ. Если головка стоитъ еще въ поперечномъ размѣрѣ входа, то внутренняя рука поворачиваетъ ее соответственно естествен-



Рис. 182. Комбинированный приемъ для извлеченія маленькихъ плодовъ.

ному турбинальному движенію, пока малый родничокъ не появится изъ-подъ лонной дуги. Такимъ способомъ мнѣ удалось очень легко освободить головку приблизительно въ 12 случаяхъ. При осторожномъ примѣненіи этого способа никогда не бываетъ поврежденія мягкихъ частей. Щипцы становятся излишними; они легко соскальзываютъ, особенно у начинающихъ врачей, при операціяхъ на недоношенныхъ дѣтяхъ и плодахъ съ маленькой головкой; при этомъ получаютъ поврежденія промежности. Слушателей, которымъ я демонстрировалъ этотъ приѣмъ, всегда удивляло, что можно «вытащить» ребенка безъ всякихъ инструментовъ, просто, «такъ сказать, за волосы». Краткой иллюстраціей къ моему приѣму можетъ служить слѣдующій примѣръ:

Г-жа L., 27 л., рожаеть четвертый разъ. Послѣднія регулы въ концѣ октября. Начало схватокъ 9-го іюля въ 8 час. вечера. Пузырь вскрылся 11-го іюля въ 5 час. пополудни.

Температура была 39,3°, пульсъ 110. Сердцебиеніе плода было ясное, 120. При внутреннемъ изслѣдованіи 11-го іюля, въ 6 ч. 30 м. веч., маточный зѣвъ былъ величиною въ ладонь; головка стояла плотно во входѣ въ I положеніи. Показаніемъ къ вмѣшательству служило лихорадочное состояніе у матери. Практикантъ и вольнослушатель совѣтовали расширить зѣвъ при помощи Champetier, попытаться наложить щипцы, и, если понадобится, сдѣлать перфوراцію.

Я ввелъ всю руку во влагалище, осторожно растянулъ зѣвъ, обхватилъ описаннымъ способомъ головку, а наружной рукой дно матки и уже черезъ 5 минутъ мнѣ удалось извлечь дѣвочку длиною въ 45 см., съ окружностью головки въ 32 см. Итакъ, я окончилъ роды прежде, чѣмъ акушерка успѣла опустить въ кипятокъ Champetier, щипцы, инструменты для перфораціи п швы.

При родахъ двойнями, особенно у первородящихъ, получаютъ плохіе результаты при наложеніи щипцовъ другъ за другомъ. Я наблюдалъ при этомъ значительные разрывы промежности, такъ какъ маленький разрывъ, происшедшій при первыхъ родахъ, конечно, значительно увеличивался при вторыхъ. Поэтому старайтесь дѣйствовать, какъ можно болѣе консервативно при родахъ перваго плода.

Однажды меня пригласили черезъ 9 часовъ послѣ рожденія перваго плода, такъ какъ послѣдъ не выходилъ. Акушерка совѣмъ не замѣтила присутствія втораго плода. Я не думаю, чтобы съ Вами могло произойти что-либо подобное. Достаточно положить руку на животъ роженицы, чтобы ощупать части плода, а если у Васъ есть еще сомнѣнія, то при внутреннемъ изслѣдованіи Вы можете убѣдиться въ присутствіи втораго плода, найдя предлежащій пузырь или предлежащую часть.

Лекція XVII.

Случай 47-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа М. В., 26 лѣтъ, первородящая.

Причина приглашенія: Узкій тазъ. Лихорадочное состояніе матери, плохое сердцебіеніе. Научилась ходить одного года.

А н а м н е з ъ :

Послѣднія регулы: 1-го марта.

Первое движеніе ребенка: Конецъ іюня.

Начало схватокъ: 20-го декабря, 10 ч. 30 м. пополудни.

Пузырь вскрылся: 20-го декабря, 11 ч. 15 м. пополудни (!).

Полное открытіе зѣва: 22-го декабря, 9 ч. у. (по показанію перваго врача).

Прибытіе врача: 22-го декабря, 9 ч. 15 у.

Родовая дѣятельность: чрезвычайно сильная, судорожныя боли.

Status: Женщина средняго роста, крѣпкая, хорошо развитая.

Температура: 39,0°.

Пульсъ: 140.

(Примѣчаніе: Послѣднія сношенія 19 и 20-го декабря!).

Н а р у ж н о е и з с л ѣ д о в а н і е : Размѣры таза: Sp. 26, Ст. 27, Тг. 31, С. ext. 18, С. diag. не измѣряется. II черепное предлежаніе. Головка плотно во входѣ.

С е р д ц е б і е н і е : Не выслушивается. Тоны, прослушанные акушеркой, синхронны съ пульсомъ матери.

В н у т р е н н е е и з с л ѣ д о в а н і е : Промежность очень высокая. Влагалище узкое. Зѣвъ совершенный. Стрѣловидный шовъ въ поперечномъ, малый родничокъ въправо, нѣсколько ниже. Головка плотно прижата ко входу.

Т е р а п і я : ?

Отвѣты слушателей.

1. Такъ какъ ребенокъ умеръ и есть, кромѣ того, настоятельное показаніе со стороны матери,—нужно сдѣлать перфорацию.

2. Умеръ ли ребенокъ, навѣрное неизвѣстно, попытаться поэтому наложить щипцы, а при неудачѣ сдѣлать перфорацию.

Мм. Гг. По моему мнѣнію, сегодняшній случай, чрезвычайно простой въ терапевтическомъ отношеніи, представляетъ съ клинической стороны нѣчто новое и интересное для насъ. Какъ только мы вошли въ комнату, гдѣ лежала роженица, намъ бросилось въ глаза значительное лихорадочное состояніе ея. Взявъ ее за пульсъ, мы нашли необычайную частоту его, 140 ударовъ въ минуту; термометръ, поставленный утромъ, около $\frac{1}{4}$ 10, показалъ 39°. Несомнѣнно, слѣдовательно, здѣсь имѣется тяжелая инфекция матеря.

Первое, что нужно сдѣлать при лихорадочномъ состояніи роженицы это выяснить, отъ чего зависитъ лихорадка. Исключивъ путемъ тщательнаго изслѣдованія всего организма ¹⁾ всѣ острыя лихорадочныя заболѣванія, не относящіяся къ половой сферѣ (острыя инфекціонныя заболѣванія, otitis media и т. д.), мы должны выяснить, какого рода лихорадочное заболѣваніе имѣется у нашей больной. Нужно умѣть строго отличать лихорадку вълѣдствіе интоксикаціи отъ лихорадки вслѣдствіе инфекціи; нужно знать также, цѣль ли пузырь и какъ давно прошли околоплодныя воды.

Наши познанія относительно лихорадочнаго состоянія во время родовъ были бы значительно шире, если бы можно было въ каждомъ случаѣ дѣлать бактериологическое изслѣдованіе. Но даже въ клиникѣ это трудно, такъ какъ только въ исключительныхъ случаяхъ можно ждать, пока получатся результаты посѣва культуръ; а въ частной практикѣ это совершенно невозможно. Попытаюсь по крайней мѣрѣ изложить Вамъ основанія клиническаго діагноза и леченія лихорадки во время родовъ. Мои взгляды на **лихорадку во время родовъ** основаны какъ на собственныхъ наблюденіяхъ, такъ и на выводахъ изъ диссертациі г-жи Sebur, написанной по моему предложенію (126 случаевъ лихорадки на 1216 родовъ въ женской клиникѣ Charité).

Незначительныя повышенія температуры во время родовъ—около 38°—можно разсматривать въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ физиологическія повышенія t° вслѣдствіе мышечной работы, но въ большинствѣ случаевъ эти повышенія бактериальнаго происхожденія. Вначалѣ при такихъ подлихорадочныхъ состояніяхъ цѣлесообразно примѣнять выжидательный снособъ. Если же съ каждымъ часомъ t° повышается, а пульсъ учащается, то бактериальное происхожденіе заболѣванія является уже несомнѣннымъ, и Вы должны поступать такъ же, какъ поступаетъ каждый хирургъ, которому приходится имѣть дѣло съ оумкованнымъ гнойникомъ, а именно Вы должны прежде всего задать

¹⁾ Слѣдующій случай показываетъ, что можетъ произойти при отсутствіи тщательнаго изслѣдованія: у молодой дѣвушки появились головныя боли, сильное лихорадочное состояніе и потрясающій ознобъ; приглашенный врачъ, специалистъ по ушнымъ болѣзнямъ, поставилъ діагнозъ otitis media и посовѣтовалъ радикальную операцію. Послѣ операціи температура не упала, наступили новые потрясающіе ознобы и дѣвушка умерла. На вскрытіи причиной лихорадки оказался **септический абортъ!**

себѣ вопросъ, какимъ образомъ лучше всего удалить изъ организма вредное начало.

Лихорадка *intra partum* при цѣломъ пузырьѣ наблюдается рѣдко. Часто при такой лихорадкѣ Вы можете убѣдиться, что разрывъ пузыря представляетъ хорошій способъ для пониженія температуры. Доказательствомъ служитъ кривая слѣдующаго случая (рис. 183). Вы видите, что тотчасъ послѣ вскрытія пузыря t° упала съ $39,5^{\circ}$ до $38,6^{\circ}$, затѣмъ до $38,1^{\circ}$, а послѣ рожденія ребенка понизилась до $37,5^{\circ}$. Въ этомъ случаѣ имѣлось дѣло съ рожавшей восьмой разъ, и такъ какъ маточный зѣвъ былъ открытъ на величину ладони, то, вскрывъ пузырь, мы достигли двоякой цѣли:

- 1) паденія температуры,
- 2) ускоренія родовъ.

Если температура упала тотчасъ послѣ вскрытія пузыря, какъ было въ этомъ случаѣ, то несомнѣнно имѣется дѣло съ интоксикаціей,

т. е. съ резорпціонной лихорадкой, зависящей отъ всасыванія продуктовъ жизнедѣятельности безвредныхъ сапрофитовъ. Если температура не спадаетъ, то имѣется уже дѣло съ тяжелой формой инфекціи, т. е. съ внѣдреніемъ бактерій въ ткани.

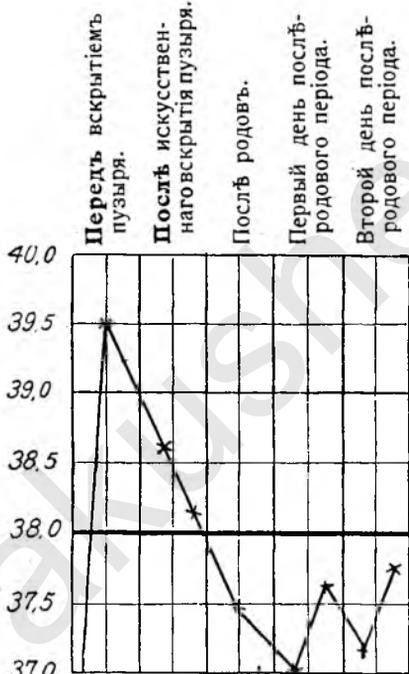


Рис. 183. Паденіе температуры послѣ вскрытія пузыря.

Гораздо труднѣе рѣшить вопросъ въ тѣхъ случаяхъ, когда, какъ въ нашемъ случаѣ, насъ пригласили къ лихорадящей роженицѣ спустя продолжительное время послѣ разрыва пузыря. Здѣсь только въ исключительныхъ случаяхъ можно клинически поставить дифференціальныи діагнозъ между интоксикаціей и инфекціей. Въ тѣхъ случаяхъ, когда до Вашего прибытія было оказано какое-либо оперативное пособіе, а также въ тѣхъ случаяхъ, когда у Васъ нѣтъ увѣренности въ асептичности аку-

шерки, нужно всегда предположить худшее, т. е. инфекцію.

На основаніи опытовъ, поставленныхъ мною совмѣстно съ д-ромъ Нікмед'омъ, я считаю важнымъ во всѣхъ подобныхъ случаяхъ узнать о времени послѣдняго полового сношенія. Такъ какъ почти въ 75% изслѣдованныхъ нами случаевъ въ препуціальномъ мѣшкѣ оказались стрептококки, отчасти гемолитическіе и, по всей вѣроятности,

вирулентные, то нужно имѣть въ виду возможность зараженія этимъ путемъ, какъ было, напр., въ нашемъ случаѣ.

Болѣе половины всѣхъ случаевъ лихорадки во время родовъ обусловлено преждевременнымъ вскрытіемъ пузыря. При постоянномъ истеченія водъ, при удлиненіи теченія родовъ, которые у первородящихъ въ 64,6⁰/о продолжаются болѣе 20 часовъ, а въ 20,7⁰/о болѣе 50 часовъ, при многократныхъ изслѣдованіяхъ, производимыхъ за это время акушеркой или врачомъ, дана полная возможность для того, чтобы болѣзнетворные микробы проникли вверхъ.

Спрашивается, что слѣдуетъ дѣлать въ такихъ тяжелыхъ случаяхъ? Здѣсь выжидательную терапію я считаю опасной. Точно такъ же, какъ заботятся хирурги объ оттоку задержавшагося гноя, такъ же и мы должны заботиться объ опорожненіи матки.

Но это надо дѣлать всегда самымъ бережнымъ образомъ. Всякая, даже самая незначительная травма матери увеличиваетъ опасность. Такимъ образомъ здѣсь не можетъ быть и вопроса, по моему мнѣнію, ни о кесарскомъ сѣченіи, ни о гебостеотоміи и даже просто о надрѣзахъ зѣва и влагалища, такъ какъ послѣдніе являются въ такихъ случаяхъ слишкомъ опасными. Умѣстными можно считать здѣсь самый осторожный метрейризь и простые щипцы, какъ при предлежаніяхъ въ разгибаніи, т. е. не высокіе и не трудные Поворотъ, который можно рекомендовать только для многорожавшихъ, примѣнимъ въ рѣдкихъ случаяхъ; съ момента отхожденія водъ большею частью прошло уже много времени, между тѣмъ разрывъ зараженной матки относится къ самымъ опаснымъ осложненіямъ. Такимъ образомъ во многихъ случаяхъ врачу-практику останется сдѣлать только перфорацию, даже живого ребенка. И при этой операціи нужно обратить главное вниманіе на то, чтобы не нанести поврежденій матери. Обратите также вниманіе на то, нѣтъ ли хотя бы ничтожныхъ пораненій на Вашихъ пальцахъ. Я самъ около года хворалъ благодаря полученной при подобномъ случаѣ септической инфекціи; поэтому не оставляйте безъ вниманія малѣйшей царапины на пальцахъ.

Самымъ настоятельнымъ образомъ совѣтую Вамъ не накладывать высокихъ щипцовъ у рожениць съ сильной лихорадкой, какъ, напр., въ нашемъ случаѣ, хотя самъ я много разъ накладывалъ ихъ. Вы можете попробовать осторожно наложить ихъ только въ томъ случаѣ, если вполне увѣрены въ своей техникѣ и въ томъ, что Вы не причините поврежденій матери. Не такъ трудно рѣшиться на перфорацию живого ребенка, если мать заражена, такъ какъ почти половина изъ этихъ дѣтей погибаетъ въ теченіе первыхъ дней жизни отъ септическихъ заболѣваній, септического пораженія пуповины или септической пневмоніи.

Чѣмъ спокойнѣе пульсъ матери, тѣмъ медленнѣе и осторожнѣе Вы можете вести роды; чѣмъ чаще пульсъ, тѣмъ больше нужно приложить стараній, чтобы окончить роды возможно быстрѣе и бережнѣе.

Случай 46-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г-жа Th., 33 лѣтъ, вторые роды.

Сообщеніе: Порокъ сердца и беременность. Кровотеченіе.

Анамнезъ: 1894 г. инфлуэнца; съ тѣхъ поръ врачомъ діагносцированъ порокъ сердца.

Прежніе роды: 1895 г. нормальные роды безъ оперативной помощи.

Послѣднія регулы: 10-го мая.

Начало схватокъ: 17-го ноября, $\frac{1}{2}$ 12 пополудни.

Пузырь вскрылся: 16 го ноября, въ 3 ч. утра.

Прибытіе врача: 18-го ноября, въ 1 ч. ночи.

Родовая дѣятельность: Хорошая.

Status: Сильная dyspное, такъ что пациентка можетъ свободно дышать только сидя. Ясно выраженный застойный бронхитъ. Содержаніе бѣлка въ мочѣ 8 pM.

Температура: 36,9°.

Пульсъ: 80.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: нормальны. Матка на выcotѣ пупка.

Внутреннее изслѣдованіе: Пузыря нѣтъ. Зѣвъ пропускаетъ 2 пальца. Предлежанія плаценты нѣтъ; изъ влагалища выдѣляется кровь въ довольно значительномъ количествѣ, темнаго цвѣта, венозная.

Терапія: ?

Случай 49-й.

Имя, возрастъ, сколько разъ рожала: Г. К., 35 лѣтъ, десятыя роды.

Сообщеніе: Порокъ сердца.

Анамнезъ: Въ началѣ посяѣдной беременности были незначительные симптомы разстройства сердечной дѣятельности. Въ теченіе послѣднихъ часовъ одышка настолько усилилась, что роженица можетъ лежать только съ приподнятой верхней частью тѣла. Порокъ сердца развился на почвѣ тяжелаго суставнаго ревматизма 8 лѣтъ назадъ.

Прежніе роды: 7 нормальныхъ, безъ оперативнаго пособія, послѣдніе 5 лѣтъ назадъ; 2 выкидыша.

Послѣднія регулы: Въ концѣ февраля.

Начало схватокъ: 22-го ноября, 4 ч. утра.

Пузырь вскрылся: Еще цѣлъ.

Прибытіе врача: 22-го ноября, 12 ч. дня.

Родовая дѣятельность: Хорошая.

Status: Границы сердца: вправо до середины sternum, влѣво — на 1 палецъ за сосковую линію. На верхушкѣ систолическій шумъ. На pulmonalis рѣзкій акцентъ.

Температура: 37,8°.

Пульсъ: 80.

Наружное изслѣдованіе: Размѣры таза: нормальны. I черепное предлежаніе.

Сердцебиеніе: 120.

Внутреннее изслѣдованіе: Полное открытіе зѣва. Пузырь цѣлъ и такъ сильно напряжень, что черезъ него нельзя ничего опредѣлить.

Терапія: ?

Отвѣты слушателей.

Отвѣты къ случаю 48.

1. Можно думать, что кровотеченіе произошло или вслѣдствіе низкаго прикрѣпленія послѣда, или вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія его; возможно также, что здѣсь имѣется placenta velamentosa или лопнувшій варикозный узелъ. Вслѣдствіе порока сердца нужно ускорить роды введеніемъ метрейринтера.

2. Вслѣдствіе порока сердца нужно сдѣлать поворотъ на ножку маленькаго плода безъ наркоза.

Отвѣты къ случаю 49.

1. Вскрыть пузырь. Сначала ждать, затѣмъ, смотря по случаю, или вывести головку ручными приемами, или наложить щипцы.

2. Поворотъ и осторожное извлеченіе.

Въ обоихъ случаяхъ у рожениць имѣется порокъ сердца. Прежде, чѣмъ перейти къ обсужденію этого важнаго отдѣла, мы должны отыскать источникъ кровотеченія въ первомъ случаѣ и постараться остановить его.

Имѣются слѣдующія группы (см. также отдѣлъ «кровотеченія» въ Указателѣ) **кровотеченій во время беременности** (въ данномъ случаѣ шестой мѣсяць беременности: матка на уровнѣ пупка):

1. Кровотеченія при угрожающемъ выкидышѣ.

- a) при *placenta praevia*,
- b) при низкомъ прикрѣпленіи плаценты,
- c) при преждевременномъ отдѣленіи ея,
- d) при *placenta velamentosa*.

2. Кровотеченія послѣ выкидыша.

3. Кровотеченія изъ лопнувшихъ варикозныхъ узловъ.

4. Кровотеченія при *placenta praevia*, а также при карциномѣ во время беременности.

Простой осмотръ шейки зеркаломъ (см. рис. 192, стр. 305) дастъ намъ возможность исключить здѣсь группы 1, 2 и 4. Источникомъ всѣхъ этихъ кровотеченій является плодное яйцо и вслѣдствіе этого кровь должна выйти наружу черезъ цервикальный каналъ. Здѣсь не можетъ быть также кровотеченія послѣ выкидыша, такъ какъ яйцо находится еще въ маткѣ.

Какъ только мы введемъ зеркало, кровотеченіе останавливается, если же слегка приподнимемъ нижнюю створку, то кровотеченіе возобновляется. Источникомъ кровотеченія является здѣсь лопнувшій варикозный узелъ, помѣщающійся около *columna rugarum posterior*; такое кровотеченіе можно немедленно остановить, наложивъ швы изъ кэтгута¹⁾. Точно также данныя изслѣдованія и осмотръ шейки зеркаломъ указываютъ, что здѣсь нѣтъ карциномы (ср. рис. 192 съ рис. 158).

Остановивъ кровотеченіе, обратимся къ изслѣдованію общаго состоянія больной.

Веденіе родовъ при порокахъ сердца будетъ рѣзко различнымъ въ зависимости отъ того, имѣется ли разстройство компенсаціи или нѣтъ. У сердечныхъ больныхъ безъ разстройства компенсаціи лучше всего вести роды такъ же, какъ у здоровыхъ рожениць; конечно, нужно особенно внимательно слѣдить за родами. У беременныхъ съ нарушеніемъ компенсаціи до начала родовъ нужно попробовать обойтись назначеніемъ однихъ внутреннихъ средствъ. Въ теченіе многихъ лѣтъ я получалъ хорошіе результаты отъ примѣненія слѣдующаго рецепта, который я прописываю также при *nephritis gravidarum*:

¹⁾ Тампонада влагилица въ нѣкоторыхъ случаяхъ вызоветъ усиленіе кровотеченія, благодаря тому, что получится болѣе сильное сдавливаніе того отдѣла влагилица, который находится выше кровотокащаго мѣста, и увеличится застой крови. Поэ. ому я предпочитаю сдѣлать обкалываніе.

Rp. Diuretin. 1,0
Folior. digital. pulv.
Camphor. trit. aa 0,1
M. D. dos. № XXIV.
S. 3 раза въ день по 1 псрошку.

Рекомендуютъ также T-ra digitalis и T-ra Strophanthi aa, черезъ 2 часа по 15 капель. Если желательно болѣе быстрое дѣйствіе digitalis, впрыскиваютъ подъ кожу или въ вену 1 Прусацевскій шприцъ (1 куб. см.) дигалена Cloetta.

Если эти назначенія и діететическія мѣры не достигаютъ цѣли, то въ первые мѣсяцы беременности является вопросъ объ искусственномъ выкидышѣ (см. слѣдующую лекцію). Какъ при искусственномъ выкидышѣ у туберкулезныхъ, такъ и здѣсь одновременно съ выкидышемъ нужно сдѣлать стерилизацію или посредствомъ резекціи трубъ, или посредствомъ полного удаленія матки. Наиболѣе бережнымъ способомъ мнѣ, какъ и моему учителю Виттму, представляется операція полного удаленія матки, которую можно сдѣлать въ нѣсколько минутъ, примѣнивъ поясничную анестезію по Вегу. Вообще говоря, нельзя совѣтовать производить въ такихъ случаяхъ искусственный выкидышъ, такъ какъ онъ подвергаетъ жизнь матери еще большей опасности. Если въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ Вамъ все-таки придется примѣнять его, то я рекомендую Вамъ сдѣлать расширение Негар'ами (ср. лекцію XVIII) и ввести маленькаго размѣра Champetier,—это будетъ самый скорый способъ. О влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи не можетъ быть и рѣчи въ частной практикѣ.

Во время родовъ нужно стремиться по возможности сократить періодъ изгнанія. Здѣсь можетъ быть вопросъ о шипцахъ или о поворотѣ. Для наркоза лучше всего примѣняйте эфиръ (save при освѣщеніи). Но, оказывая какое-либо акушерское пособіе у больныхъ съ пороками сердца, помните, что критическій моментъ наступаетъ только послѣ изгнанія плода. Чтобы компенсировать пониженіе внутрибрюшного давленія, наступающее послѣ опорожненія матки, нужно положить тяжелый мѣшокъ съ пескомъ на матку, которая лежитъ здѣсь кпереди. Можетъ быть, въ этихъ случаяхъ полезно примѣнить жгутъ Момбург'а.

Въ нашихъ обоихъ случаяхъ мы дѣйствовали въ такомъ же направленіи. Въ первомъ случаѣ мы ввели маленькій Champetier (ширина верхушки 7 см.) и съ удовольствіемъ увидали, что уже черезъ $\frac{1}{2}$ часа совершился произвольно выкидышъ.

Во второмъ случаѣ мы сдѣлали наружный поворотъ, что удалось легко, вскрыли пузырь, низвели ножку и окончили роды также бережно и въ самое короткое время. Приемъ, рекомендованный однимъ изъ Васъ, мы примѣнили съ успѣхомъ при другомъ случаѣ порока сердца. Тамъ мы прибыли въ тотъ же періодъ родовъ, но ребенокъ былъ меньше, чѣмъ въ сегодняшнемъ случаѣ, а именно 50 см. длины и 3000 грм. вѣсомъ, тогда какъ длина этого ребенка 53 см., а вѣсъ 3400 грм.

Въ заключение привожу Вамъ нѣсколько весьма интересныхъ сфигмограммъ, снятыхъ мною въ этихъ двухъ случаяхъ (рис. 184—188).

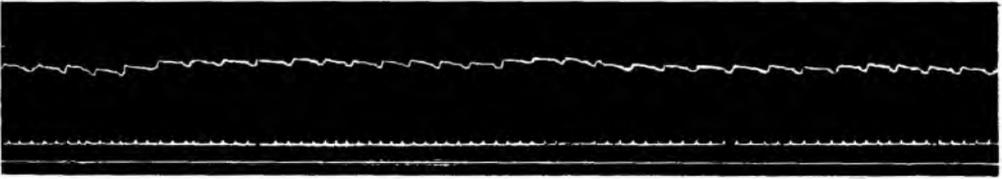


Рис. 184 (случай 48-й).
Сфигмограмма во время родовъ.

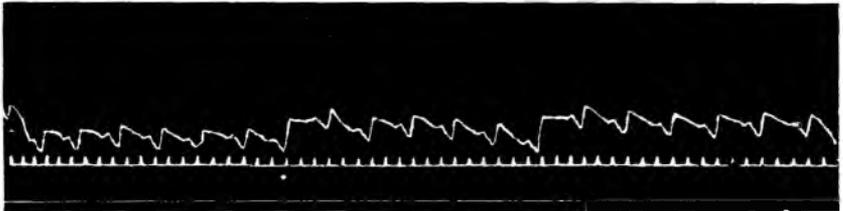


Рис. 185 (случай 48-й).
Послѣ родовъ.

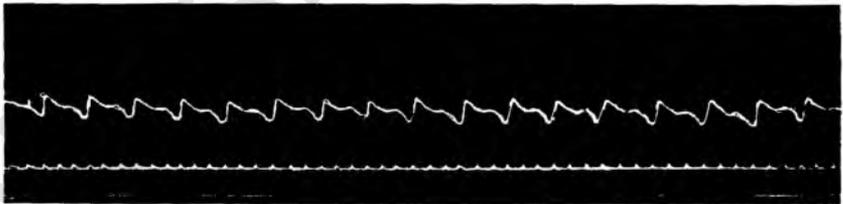


Рис. 186. Сфигмограмма нормального пульса.

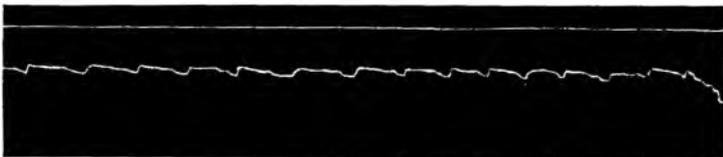


Рис. 187 (случай 49-й).
Во время родовъ.

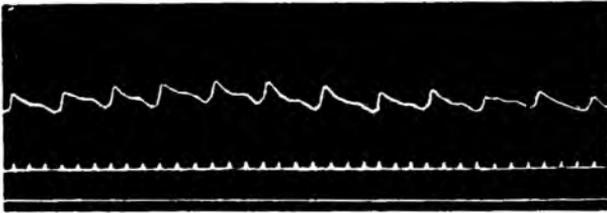


Рис. 188 (случай 49-й).
Послѣ родовъ.

При сильномъ развитіи туберкулезнаго процесса примѣнны тѣ же положенія: въ первые мѣсяцы беременности искусственный выкидышъ вмѣстѣ со стерилизаціей, стараться, по возможности, обойтись безъ вызыванія преждевременныхъ родовъ; затѣмъ выбрать самый бережный способъ родоразрѣшенія. Для наркоза примѣняютъ здѣсь, конечно, вмѣсто эфира, хлороформъ.

Въ нашемъ второмъ случаѣ (случай 49) въ послѣдовомъ періодѣ произошло еще осложненіе. Оказалось, что не хватаетъ дольки послѣда. Поэтому мы должны были снова войти въ матку и удалить ее ручнымъ способомъ. Какъ Вамъ извѣстно, Вы обязаны въ каждомъ случаѣ тщательно осмотрѣть послѣдъ; раньше я сообщилъ Вамъ все относящееся сюда. Прибавлю еще одно, — что задержаніе маленькой дольки послѣда я не считаю настолько опаснымъ, какъ многіе другіе авторы. Довольно часто мнѣ приходилось видѣть, что такая долька или была извергнута въ первые дни послѣродового періода безъ всякаго вреда для матери, или же организовалась. Задержаніе остатковъ послѣда становится опаснымъ только въ томъ случаѣ, когда присоединится еще инфекция. Поэтому я сначала спокойно выжидаю въ сомнительныхъ случаяхъ, т. е. въ такихъ, гдѣ нельзя сказать съ увѣренностью, есть задержка плаценты или нѣтъ. Если кровотеченія нѣтъ, t^0 и пульсъ не представляютъ ничего особеннаго, то я избавляю роженицу отъ опасности внутриматочнаго вмѣшательства и, какъ оказывалось впоследствии, поступаю вѣрно. Только не поймите меня неправильно. Конечно, нужно тотчасъ же послѣ родовъ войти въ матку, принявъ всѣ предосторожности, разъ есть увѣренность, что не весь послѣдъ вышелъ. При задержаніи оболочекъ, конечно, не требуется внутриматочнаго вмѣшательства. Въ такихъ случаяхъ Вы можете способствовать выдѣленію ихъ въ послѣродовомъ періодѣ, назначивъ эрготинъ (рецептъ см. выше) и пузырь со льдомъ.

Лекція XVIII.

Мм. Гг. Въ послѣдней лекціи этого семестра мы займемся тѣмъ отдѣломъ акушерства, съ которымъ приходится постоянно встрѣчаться врачу-практику, особенно живущему въ большомъ городѣ или промышленномъ центрѣ, а именно, мы займемся вопросомъ о леченіи выкидыша. Не утруждая Васъ длинными исторіями болѣзни, совершенно ненужными въ этомъ случаѣ, я попрошу Васъ только взглянуть на наши рисунки, выслушать краткія объясненія къ нимъ и назначить соотвѣтственное леченіе.

Случай 50-й.

(См. рис. 189).

Г-жа R. S. Кровотеченіе въ продолженіе 3 дней послѣ трехкратной задержки менструацій. Каналь шейки пропускаетъ 2 пальца. Не знаетъ, вышелъ ли плодъ во время кровотеченія.

Температура 36,6°.

Случай 51-й.

(См. рис. 190).

Г-жа J. Кровотеченіе въ продолженіе 8 дней. Кормить своего послѣдняго ребенка, съ тѣхъ поръ, въ теченіе 9 мѣсяцевъ, менструаціи не возобновлялись. Величина матки соотвѣтствуетъ 3 мѣсяцу беременности. Каналь шейки закрытъ. Довольно сильное кровотеченіе.

Температура 37,3°.

Случай 52-й.

(См. рис. 191).

Г-жа Sch. Кровотеченіе въ продолженіе 2 дней. Послѣдняя менструація 3 мѣсяца назадъ. Насъ пригласилъ домашній врачъ, чтобы сдѣлать выскабливаніе по поводу аборта. Величина матки соотвѣтствуетъ какъ-разъ второму мѣсяцу. Негативскаго признака беременности нѣтъ. Справа отъ матки мягкая опухоль удлинненно-овальной формы.



Рис. 189 (случай 50-й).



Рис. 190 (случай 51-й).

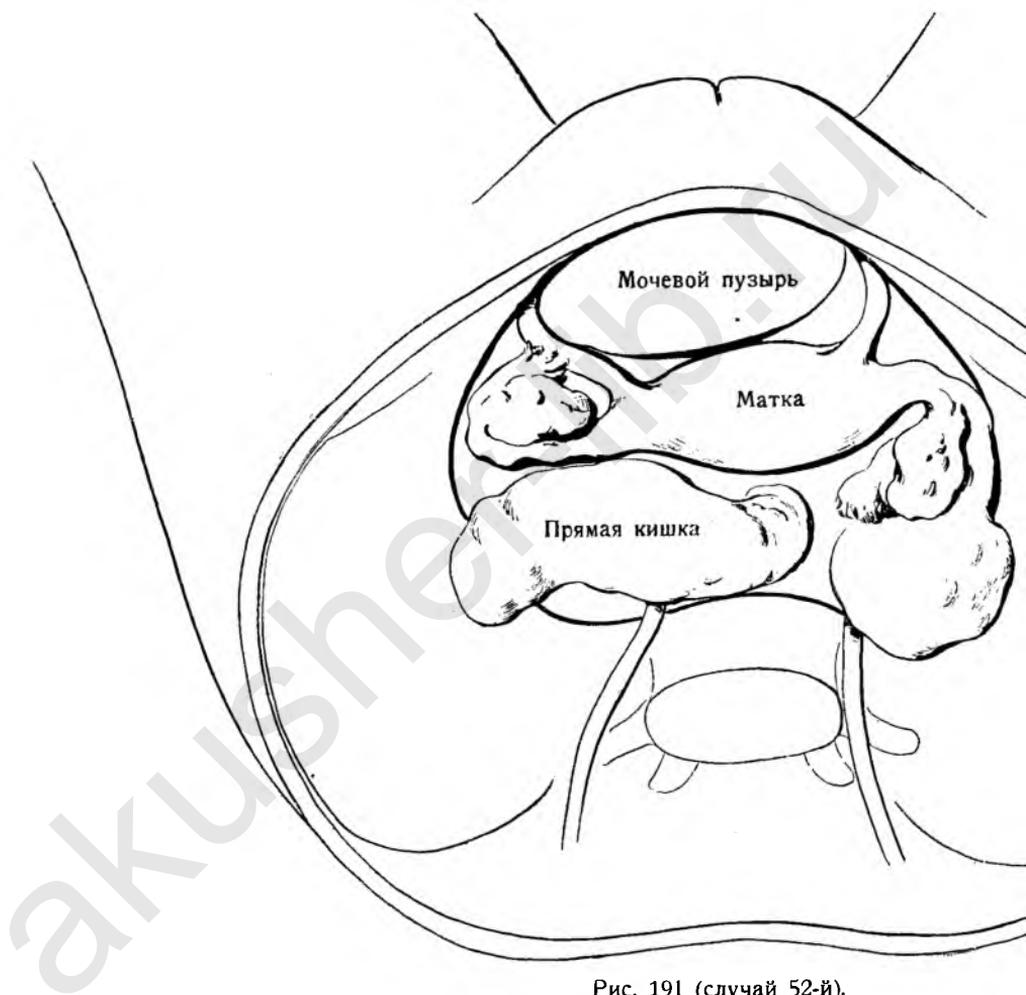


Рис. 191 (случай 52-й).
Срисовано съ гинекологического фантома автора.

akusher-lib.ru

Мм. Гг. Если бы я хотѣлъ высказать однимъ предложеніемъ основы нашей терапіи при выкидышахъ, то оно должно было быть таково: «**при выкидышахъ нельзя дѣлать выскабливанія, пока не произведено изслѣдованія полости матки пальцемъ!**»

Если Вы будете придерживаться этого правила, то Вы избѣгнете многихъ ошибокъ, которыя до сихъ поръ, къ сожалѣнію, встрѣчаются повседневно и которыя стоили жизни многимъ женщинамъ цвѣтущаго возраста. Въ первомъ случаѣ наше принципиальное требованіе выполнено, такъ какъ можно было проникнуть въ полость матки 2 пальцами черезъ шейку. Если быстро и увѣренно идти къ дѣли, то въ такихъ случаяхъ можно обойтись безъ наркоза; но я не рекомендую это начинающему. Иначе придется ограничиться полумѣрами у беспокойныхъ пациентокъ, не удастся удалить всѣхъ остатковъ послѣда и значительно нарушить гладкое теченіе послѣродового періода.

Если хотите, сдѣлайте предварительно дезинфекцію влагалища, но это не обязательно. Проведите затѣмъ указательный и средний палецъ лѣвой руки до наружнаго зѣва подъ руководствомъ ихъ крѣпко захватите пулевыми щипцами переднюю губу, передайте держать щипцы акушеркѣ. Я заставляю всегда держать ихъ такъ, какъ показано на рис. 192. Когда въ рукоятки щипцовъ просунуть мизинецъ, тогда нельзя нанести поврежденія щипцами. Теперь съ помощью главнымъ образомъ наружной руки Вы начинаете надѣвать матку, какъ перчатку, на указательный и средний палецъ внутренней руки. Затѣмъ отдѣляйте постепенно остатки дѣтскаго мѣста, захватите ихъ обоими пальцами и выведите наружу. Въ тѣхъ случаяхъ, когда каналъ шейки былъ нѣсколько уже, чѣмъ въ нашемъ, и имѣлись затрудненія при удаленіи остатковъ послѣда, мнѣ часто помогаль слѣдующій способъ:

Какъ только всѣ остатки послѣда отдѣлены, быстрымъ движеніемъ сразу выводить изъ шейки оба пальца и въ то же время наружной рукой надавливаютъ на матку. При этомъ способѣ часто вслѣдъ за пальцами выходятъ и отдѣленные куски послѣда. Послѣ того, какъ пальцемъ будутъ отдѣлены всѣ куски болѣе значительной величины, — но не раньше, — можно удалить ложечкой приросшіе остатки decidua. Ложечка въ нормальную величину изображена на рис. 193. Держать ложечку нужно, какъ зондъ (см. рис. 195), ладонью кверху, свободно, такъ, чтобы при малѣйшемъ толчкѣ она отскочила отъ стѣнки матки. Если возьмете одну изъ маленькихъ ложечекъ, встрѣчающихся въ продажѣ, то легко можете сдѣлать перфорацию, особенно при неопытности (рис. 194).

Такъ какъ эта женщина не лихорадитъ, то Вы можете отказаться отъ дальнѣйшихъ мѣропріятій, къ каковымъ принадлежатъ промываніе и тампонада. Кровотеченіе совершенно прекратилось, и въ заключеніе,



Рис. 192. Portio обнажена зеркалами. Передняя губа захвачена щипцами, которые удерживаются мизинцем, чтобы не разорвать шейки.



Рис. 193 (случай 50-й). Видно, какъ удаляются ложечкой Витт'a остатки плода и обрывки decidua, оставшіеся въ маткѣ послѣ удаленія пальцемъ остатковъ плоднаго яйца.

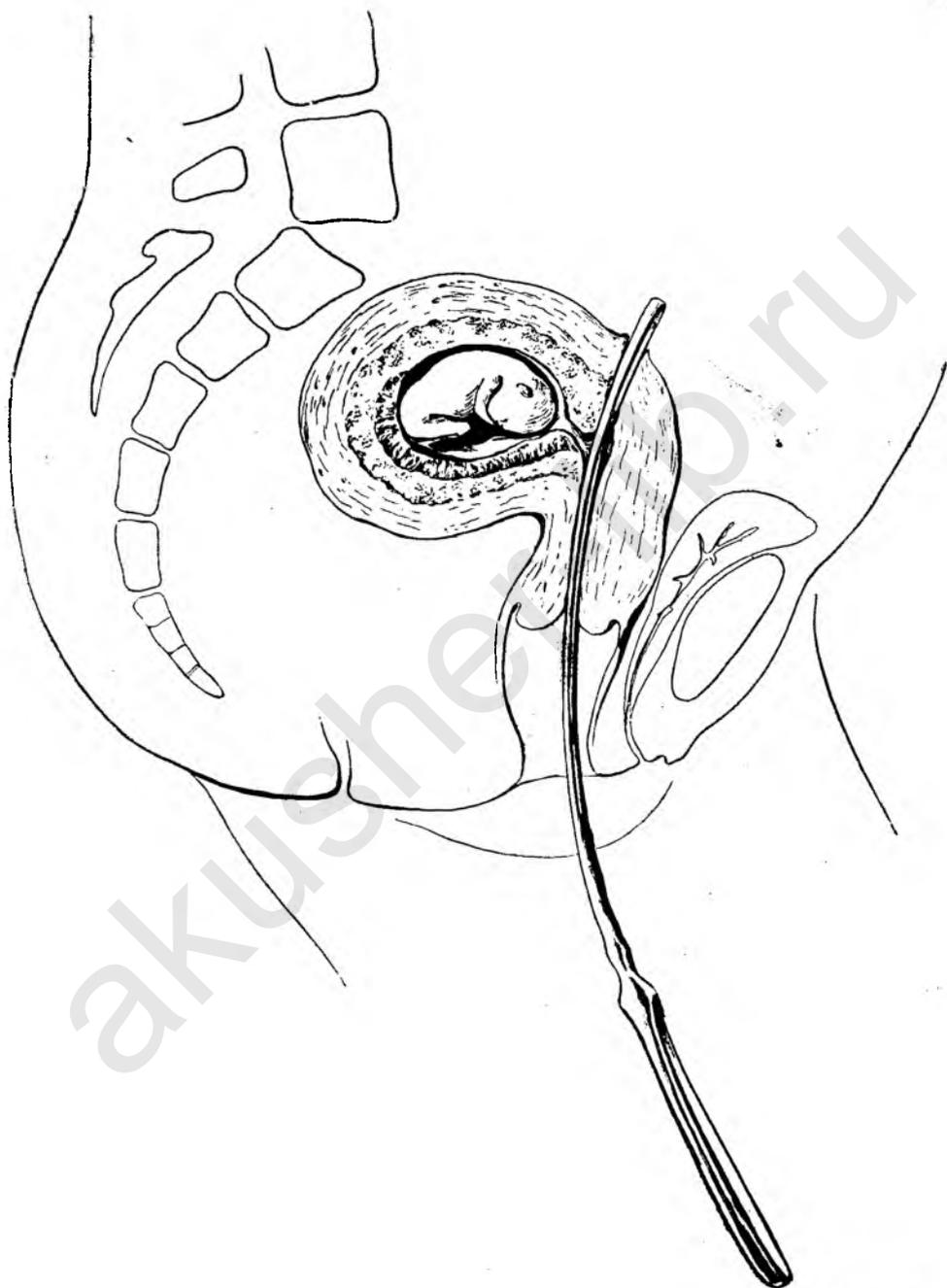


Рис. 194. Перфорация маленькой ложечкой при нераспознанной *retroflexio uteri gravidi*.

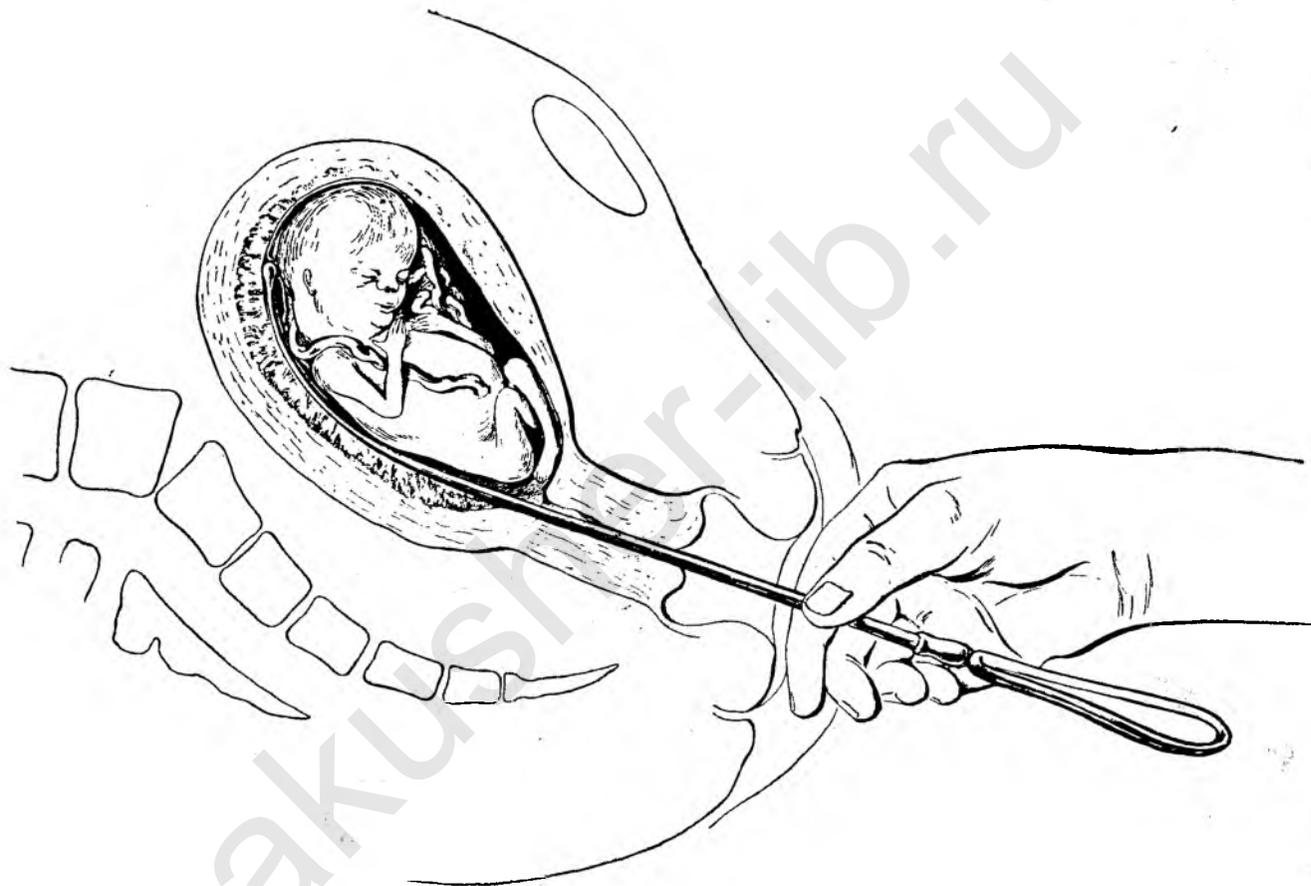


Рис. 195. Правильное положение руки при зондировании.

для лучшаго сокращенія матки, можно положить ледъ на животъ и назначить эрготинъ ¹⁾).

Совершенно иныя отношенія въ случаѣ 51. Здѣсь первикальный каналъ совершенно еще закрытъ, но, несмотря на это, мы должны рѣшиться на вмѣшательство, такъ какъ кровотеченіе продолжается уже 8 дней и температура нѣсколько повышена. Прежде чѣмъ начать леченіе такихъ тяжелыхъ случаевъ при выкидышѣ, не забудьте произвести предварительно тщательное гинекологическое изслѣдованіе. Благодаря такому тщательному изслѣдованію Вы можете опредѣлять состояніе придатковъ, исключить опухоли ихъ или внѣматочную беременность; но особенно обратите вниманіе на возможность преступнаго выкидыша и поврежденій при этомъ. Вы должны помнить, что по крайней мѣрѣ 50% всѣхъ выкидышей, подлежащихъ Вашему леченію, особенно въ большомъ городѣ, вызваны искусственными манипуляціями. Если при первомъ изслѣдованіи Вы просмотрите нанесенное поврежденіе, а дальнѣйшее теченіе окажется плохимъ, то вся вина ляжетъ на Васъ. Поэтому относитесь ко всякому выкидышу съ величайшимъ недоувѣріемъ и приступайте къ операціи только тогда, когда Вы убѣдитесь въ отсутствіи всякихъ поврежденій, вызванныхъ при производствѣ преступнаго выкидыша. Для этого, произведя изслѣдованіе двумя руками, обнажите шейку зеркалами и, насколько позволяетъ освѣщеніе, тщательно осмотрите ее (см. рис. 192). Когда Вы такимъ образомъ исключите всякое осложненіе, введите зондъ и съ помощью его ориентируйтесь относительно величины и положенія матки, а также и мѣста перфорациі, если она была кѣмъ-нибудь сдѣлана (см. рис. 195). Если, напр., при бимануальномъ изслѣдованіи Вы просмотрѣли retroflexio, то при зондированіи Вы замѣтите измѣненіе положенія матки. Рис. 194 показываетъ Вамъ, насколько легко сдѣлать перфорацию ложечкой, особенно маленькой, при retroflexio uteri gravidi, если не распознанъ загибъ матки назадъ.

На рис. 196 Вы видите, что получится при выскабливаніи маленькой ложечкой безъ предварительнаго расширенія матки. Это decidua reflexa была выскоблена. Но само плодное яйцо выскользнуло изъ кюретки, застряло въ маткѣ и образовало какъ бы шаровидный клапанъ. При благополучномъ теченіи такого случая отдѣленное яйцо извергается черезъ нѣкоторое время съ помощью схватокъ. Но при мѣнять такой способъ, извѣстный даже профанамъ, для врача нужно считать постыднымъ.

1) Rp. Extr. fluid. Sec. corn.
Aq. Cinnamom. aa 7,5
MDS. Черезъ 2 часа по 15 капель.

Или:

Secacornin La Roche, который часто также оказывался полезнымъ.

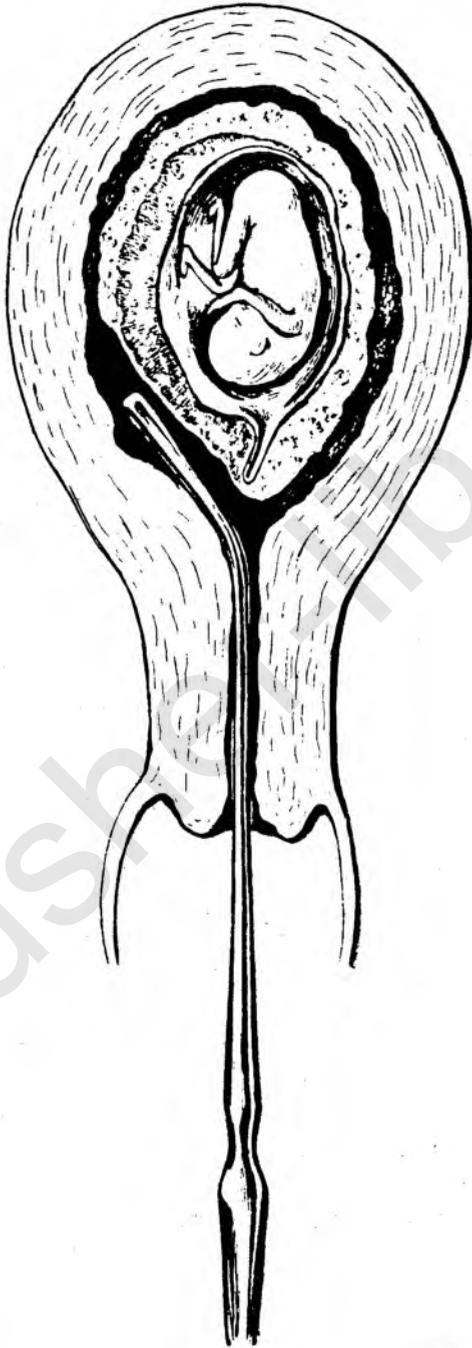


Рис. 196. Неправильный способъ: выскабливаніе безъ предварительнаго расширенія и удаленія остатковъ яйца пальцемъ. Маленькой ложечкой соскоблена только decidua. Яйцо осталось въ маткѣ въ видѣ шаровиднаго клапана.

Итакъ, нельзя предпринимать никакого внутриматочнаго вмѣшательства безъ предварительнаго расширенія матки, и нельзя дѣлать расширенія безъ предварительнаго зондированія!

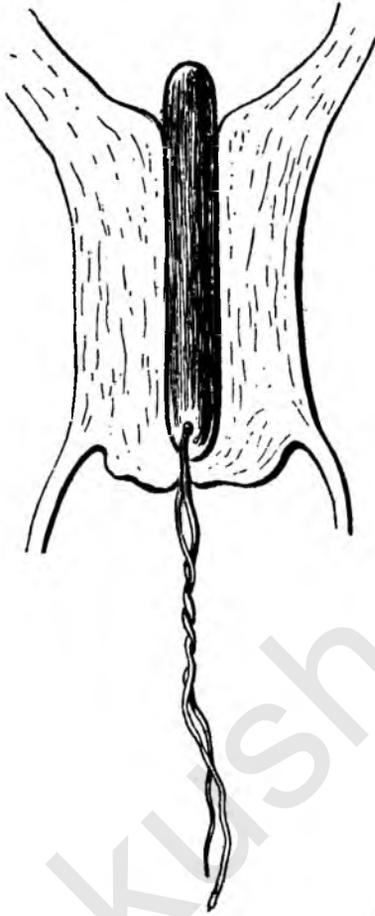


Рис. 197. Палочка ламинаріи продвинута слишкомъ далеко, для удаленія ея нужно разсѣчь переднюю губу. (Ср. съ этимъ правильное положеніе ламинаріи на рис. 203).

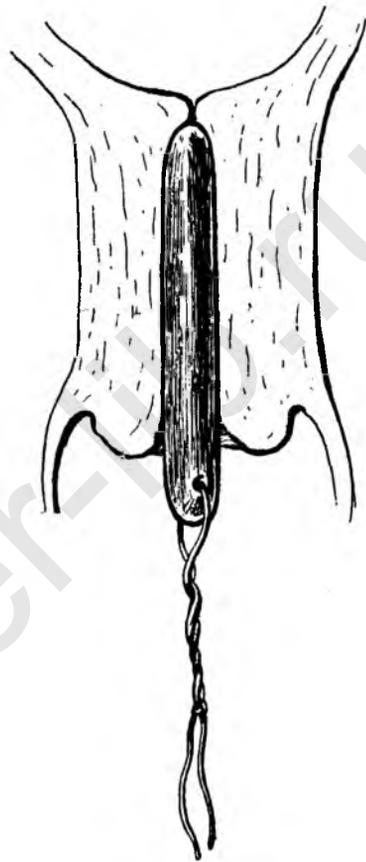


Рис. 198. Плохо вставленная палочка ламинаріи. Палочка разбухла, но такъ какъ она была проведена только до внутренняго зѣва, то и не произошло расширенія его. (Ср. съ этимъ правильное положеніе на рис. 203).

А теперь Вамъ нужно рѣшить, какой способъ расширенія Вы желаете выбрать: медленный, комбинированный или форсированный.

Медленное расширеніе состоитъ въ томъ, что въ шейку вводятся полоски стерилизованной іодоформенной марли, или еще лучше стерилизованной віоформной марли, которая не имѣетъ запаха; затѣмъ плотно тампонируютъ влагалище. На слѣдующій день—самое позднее

черезь сутки—нужно положить свѣжій тампонъ; такимъ образомъ выкидышь можетъ затянуться на нѣсколько дней; отъ смѣны тампоновъ страдаетъ, кромѣ того, асептика.

Или же пользуются ламинаріями.

Совѣтую Вамъ выбирать палочки ламинаріи подлиннѣе, иначе она можетъ проскользнуть, въ цервикальный каналъ не растянувъ наружнаго зѣва (рис. 197), и Вамъ придется сдѣлать надрѣзы на шейкѣ, чтобы вынуть ламинарію. Или же она будетъ правильно проведена въ наружный зѣвъ, но не дойдетъ до внутренняго (рис. 198), такъ что, несмотря на введеніе ламинаріи, Вы на слѣдующій день не можете проникнуть въ полость матки. Введеніе палочки производится при помощи зеркалъ, подъ руководствомъ зрѣнія. Лучше всего захватить конецъ ламинаріи Collin'овскими щипцами à cremaillière (рис. 199), ввести, какъ зондъ, и фиксировать тампономъ. Стерилизуютъ палочки лучше всего слѣдующимъ способомъ: непосредственно передъ употребленіемъ кладутъ палочку ламинаріи въ крутой кипятокъ на 2—3 минуты и затѣмъ переносятъ ее стерилизованнымъ пинцетомъ въ холодный спиртосулемовый растворъ (спиртъ 96°/о и сулема 1:1000 поровну).

Настоятельно совѣтую Вамъ отказаться отъ примѣненія продажныхъ, уже простерилизованныхъ палочекъ, такъ какъ я слышалъ уже отъ 2 коллегъ, что послѣ введенія такихъ палочекъ развились симптомы тяжелаго септического перитонита.

Въ нашемъ случаѣ первую палочку можно было бы взять наименьшаго размѣра (см. рис. 199); но черезь сутки Вамъ пришлось бы ввести тогда вторую болѣе толстую, такъ что и этотъ способъ растянулся бы на нѣсколько дней.

Способъ форсированнаго расширенія имѣетъ то большое преимущество передъ описанными выше, что расширеніе можно произвести въ одинъ приемъ и такимъ образомъ выскабливаніе пріобрѣтаетъ характеръ хирургической операціи. Существуютъ два обстоятельства, заставляющія меня настаивать, чтобы Вы не дѣлали этой операціи, которую я примѣняю лишь въ исключительныхъ случаяхъ и только въ клиникѣ:

1. Почти каждый разъ при этой операціи происходятъ тяжелые разрывы шейки, которые опредѣляются съ трудомъ и которые могутъ дать опасное для жизни кровотеченіе.
2. Извлеченіе плода чрезвычайно трудно.

Если Вы производите расширеніе въ одинъ приемъ, то вначалѣ при введеніи расширителей, положимъ до № 12, Вамъ приходится преодолѣвать все большія препятствія. Вдругъ это препятствіе исчезаетъ, напр. при введеніи № 13, и затѣмъ Вамъ уже легко расширить каналъ шейки до 2 пальцевъ (Negar № 25, см. рис. 200). Что же здѣсь произошло? На нашемъ рисункѣ видно, что здѣсь происходитъ внезапно



Рис. 199. Тонкая палочка ламинарии, правильно захваченная Соллип'овскими щипцами.

разрывъ тканей, большою частью между внутреннимъ зѣвомъ и серединой канала шейки; при этомъ получается впечатлѣніе, что ткани рыхлы, какъ трутѣ. Эти разрывы трудно достижимы благодаря своему анатомическому положенію. Снаружи Вы, конечно, ничего не увидите, такъ какъ эти разрывы не достигаютъ до влагалищной части матки. Часто они не даютъ даже никакихъ симптомовъ. Но если они кровоточатъ, то крово-

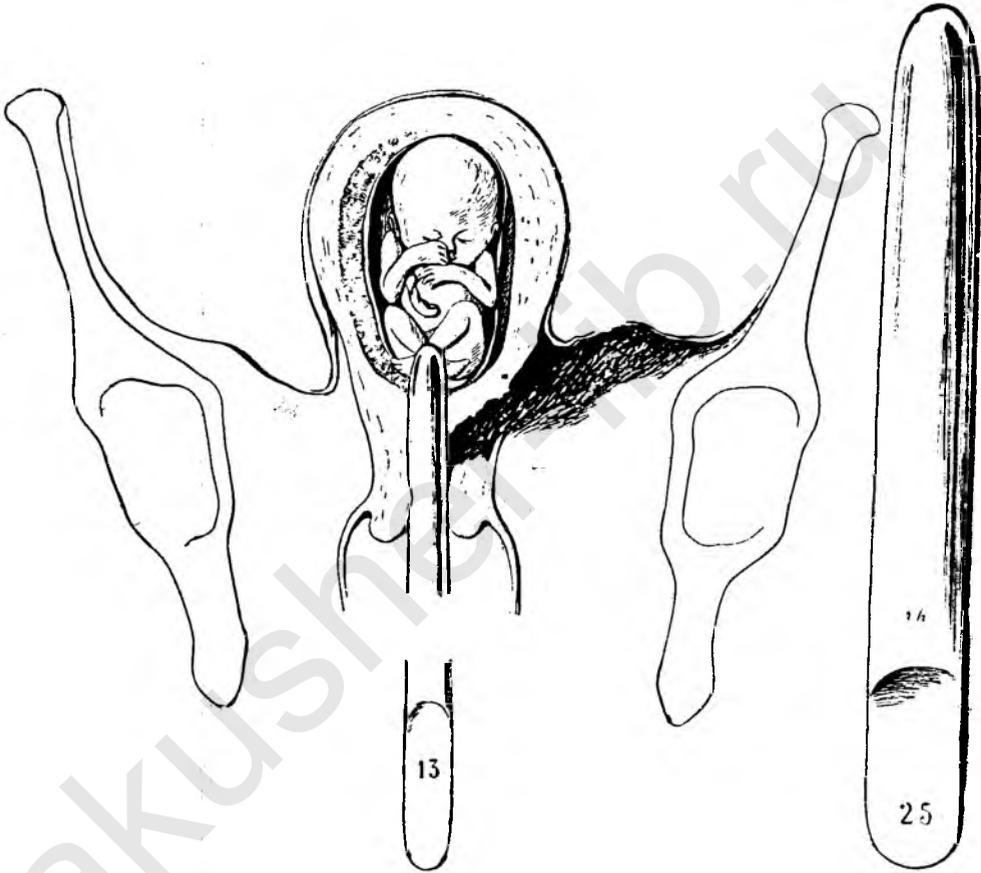


Рис. 200. Разрывъ шейки при форсированномъ расширеніи. Подбрюшинная гематома. Справа рядомъ расширитель Негатъа № 25, размѣромъ въ 2,5 см.

теченіе можетъ быть настолько сильнымъ, что приходится сдѣлать полное удаленіе матки чрезъ влагалище. Такъ было однажды со мною, когда я былъ приглашенъ въ качествѣ консультанта коллегой, который сдѣлалъ операцію форсированнаго расширенія зѣва и не могъ остановить кровотеченія, несмотря на плотную тампонаду. Въ другомъ случаѣ подобнаго расширенія, сдѣланнаго однимъ изъ врачей, больная при мнѣ умерла отъ кровотеченія. Изъ анатомическихъ отношеній этого разрыва ясно, что тампонада, при которой происходитъ расхожденіе краевъ

разрыва, может оказаться действительной только въ тѣхъ случаяхъ, когда обнажены кровотокащія вены, но она можетъ оказаться прямо вредной, когда кровь брызжетъ изъ вѣтви art. uterina.

По причинамъ, приведеннымъ выше, конечно, и жгутъ Momburg'a не сотворить здѣсь чуда; съ его помощью можно только временно остановить кровотечение.

Вторая причина, не менѣе важная именно для практическаго врача, состоитъ въ затрудненіяхъ при извлеченіи плода. Даже послѣ самаго основательнаго расширенія область внутренняго зѣва при форсированномъ расширеніи имѣетъ склонность снова сокращаться. Поэтому извлеченіе маленькаго, легко рвущагося плода чрезвычайно затруднительно, особенно легко отрывается головка; это бываетъ даже у опытныхъ врачей; и тогда приходится работать въ темнотѣ, что представляетъ большую опасность. Довольно часто удается сжать головку пальцами и извлечь ее, захвативъ указательнымъ и среднимъ пальцами, какъ извлекаютъ обыкновенно остатки послѣда. Но въ болѣе трудныхъ случаяхъ даже опытному врачу приходится **прибѣгнуть къ инструменту, столь часто, къ сожалѣнію, примѣняемому при леченіи выкидышей и въ высшей степени опасному,—къ корнцангу.** На рис. 201 показано, что корнцангъ можетъ легко проскользнуть мимо мягкой головки плода и захватить, вмѣсто нея, маточныя мышцы. Почти ежегодно въ большія клиники доставляютъ такихъ больныхъ, у которыхъ, вмѣсто остатковъ плоднаго яйца, была извлечена часть кишекъ. При отсутствіи немедленной помощи все эти женщины умираютъ благодаря подобной ошибкѣ. Теперь Вы поймете мое настоятельное желаніе предостеречь Васъ отъ этого приема, тѣмъ болѣе, что онъ является излишнимъ, такъ какъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ необходимости спѣшить, Вы прекрасно обойдетесь обоими способами медленнаго расширенія (тампонадой или ламинаріями). Въ случаяхъ, требующихъ болѣе быстраго вмѣшательства вслѣдствіе напр. сильнаго лихорадочнаго состоянія или по какимъ-либо другимъ причинамъ, Вы достаточно быстро и безопасно достигнете цѣли съ помощью комбинированнаго способа, къ описанію котораго я и перехожу теперь. Я называю этотъ способъ комбинированнымъ расширеніемъ, потому что онъ состоитъ изъ 2 моментовъ, изъ которыхъ первый относится къ форсированному способу расширенія, а второй — къ медленному.

1-й моментъ: Расширяютъ зѣвъ до № 8; при такомъ расширеніи нѣтъ опасности разорвать шейку (рис. 202).

2-й моментъ: Послѣ расширенія до № 8 вводятъ толстую палочку ламинаріи и плотно тампонируютъ влагалище вѣоформной марлей (рис. 203); на слѣдующій день, часто уже черезъ 12 часовъ, самопроизвольно изгоняется яйцо вмѣстѣ съ палочкой ламинаріи и тампономъ; или же каналъ шейки



Рис. 201. Неправильный способ: извлечение ребенка без достаточнаго предварительнаго расширения. Головка оторвана. Корнцангъ проскользнулъ мимо и захватилъ, вмѣсто головки, часть маточныхъ мышцъ.

настолько расширяется и становится доступнымъ, что Вы легко можете дойти до плода и извлечь его, а также отдѣлить послѣдъ вышеописаннымъ способомъ.

Начиная съ 4-го мѣсяца и дальше, Вашъ образъ дѣйствія долженъ быть такой же, какъ при нормальныхъ родахъ, т. е. надо сдѣлать поворотъ и извлеченіе плода, или вывести головку по способу, указанному выше. Выдѣленіе послѣда предоставьте силамъ природы. Къ ручному удаленію послѣда со всѣми извѣстными уже намъ выше предосторожностями можно приступить только въ томъ случаѣ, если способъ Стедѣ не удастся и подъ наркозомъ.

Что касается выскабливанія, то я рекомендую примѣнять его только въ случаяхъ ранней беременности, до 4-го мѣсяца. Позже оно слишкомъ опасно благодаря истонченію маточныхъ стѣнокъ, даже при примѣненіи большой кюретки; обыкновенно при тщательности въ манипуляціяхъ удается ручнымъ способомъ удалить всѣ остатки. Если Вамъ кажется, что въ маткѣ остались еще отдѣленные уже частички яйца, сдѣлайте промываніе матки спиртомъ (вода пополамъ со спиртомъ), перекисью водорода или слабымъ растворомъ марганцовокислаго калия (саве: бѣлье), чтобы механически удалить маленькіе обрывки. **При септическихъ выкидышахъ** я во всякомъ случаѣ совѣтую Вамъ сдѣлать такое промываніе; но, если возможно, лучше направьте больную съ септическимъ выкидышемъ въ больницу, чтобы предохранить себя отъ дальнѣйшихъ послѣдствій.

Что касается техники промыванія матки, то Вы должны при этомъ принять во вниманіе 2 момента:

1. Промывная жидкость должна проникнуть во всѣ уголки маточной полости.
2. Нужно создать хорошій оттокъ для промывной жидкости.

Первое достигается примѣненіемъ, вмѣсто такъ называемаго маточнаго катетера, простой трубочки (рис. 204) для собиранія выдѣленій, которую Вы вставляете и вынимаете, какъ зондъ, орошая всѣ уголки маточной полости. Хорошій стокъ жидкости при нашемъ способѣ обезпеченъ благодаря предварительному достаточному расширенію зѣва и, вторыхъ, благодаря захватыванію передней губы пулевыми щипцами, какъ показано на рис. 192.

Точно также мы дѣлаемъ промыванія матки и *post partum*, но особенно слѣдимъ при этомъ, чтобы въ полость матки не проникли пузырьки воздуха; нужно сперва пустить струю воды, а потомъ уже ввести наконечникъ ¹⁾.

При малѣйшемъ подозрѣніи о прободеніи Вы должны

¹⁾ Здѣсь я не рекомендую Вамъ примѣненіе перекиси водорода благодаря образующимся пузырькамъ. Лучше всего алкоголь; даже слабые растворы лизола вызываютъ нерѣдко явленія отравленія.

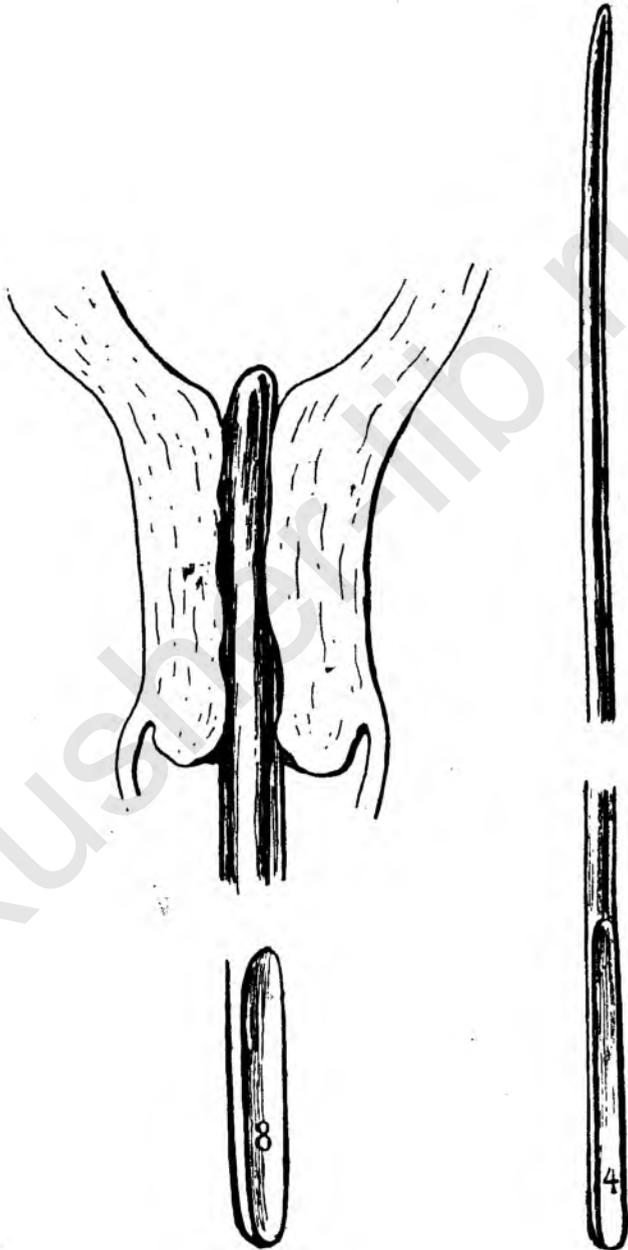


Рис. 202. Расширение посредством расширителей Негга до № 8 (рядомъ № 4).

отказаться от всякаго промыванія. Если же вы сами сдѣлали перфорацию, сейчасъ же уложите больную въ постель, положите на животъ пузырь со льдомъ, дайте *tinct. opii simpl.*, 3 раза въ день по 15 капель. Въ остальномъ придерживайтесь строго выжидательнаго образа дѣйствій.

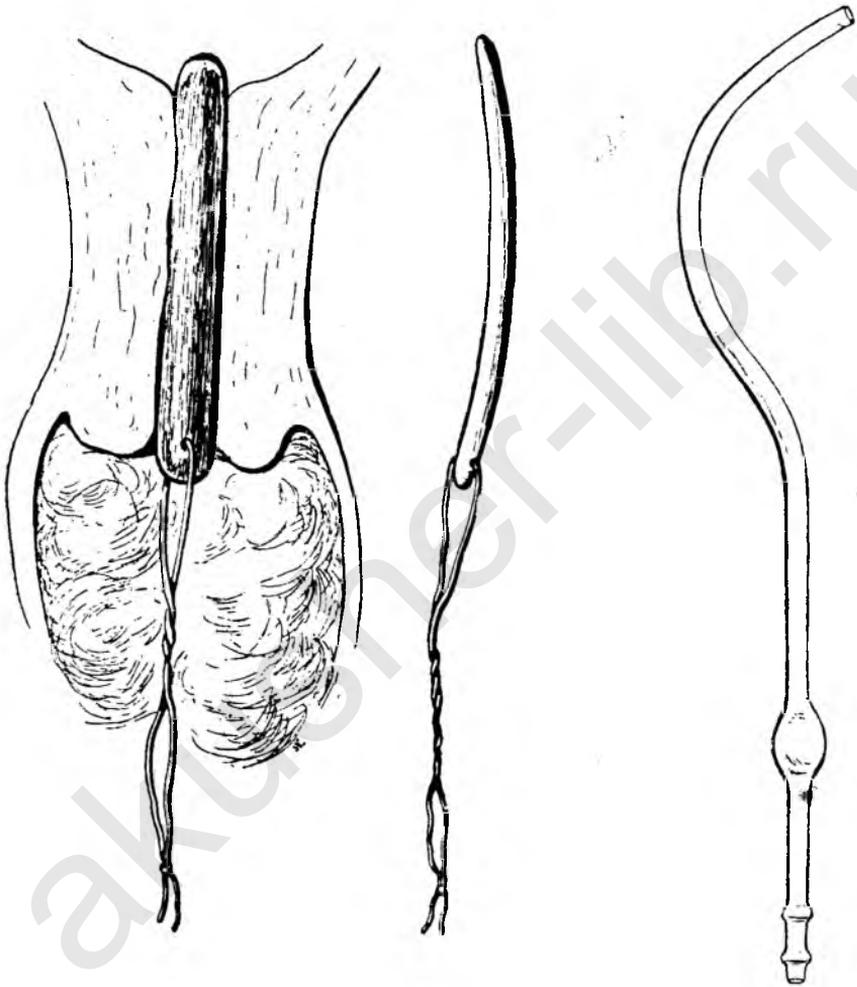


Рис. 203. Послѣдующее (ср. рис. 202) вставленіе толстой ламинаріи, удерживаемой *in situ* тампонадой влагалища (рядомъ для сравненія тонка я ламинарія).

Рис. 204. Трубочка для собиранія выдѣленій, болѣе удобная для промыванія матки, чѣмъ такъ назыв. маточный катетеръ. Модель женской клиники Charité.

Если у больной еще до перфорациі было лихорадочное состояніе, то благодаря переносу септического содержимаго въ брюшную полость является настолько серьезная опасность, что я совѣтую Вамъ тотчасъ направить больную въ клинику или къ специалисту для влагалпщнаго уда-

ленія матки. Затѣмъ нужно дренировать брюшную полость черезъ влагалище. Такимъ путемъ возможно иногда спасти больную отъ смертельнаго перитонита.



Рис. 205. Перфорация задняго свода влагалища при удаленіи выкидыша пальцемъ. Перфорационное отверстие прикрыто выпавшимъ лѣвымъ яичникомъ.



Рис. 206. Послѣ наложенія узловатаго шва изъ кѣтгута.

На рис. 205 и 206 представленъ рѣдкій случай перфорации во время беременности влагалищнаго свода, особенно легко подверженнаго разрыву благодаря разрыхленію тканей въ это время. Поврежденіе

это было сдѣлано однимъ изъ бывшихъ слушателей моего курса для врачей.

Опредѣливъ это поврежденіе и убѣдившись при осмотрѣ зеркалами, что имѣется выпаденіе яичника (рис. 205), а слѣдовательно, вскрыта и брюшина, я съ величайшей осторожностью самъ очистилъ полость матки и затампонировалъ стерильной марлей перфораціонное отверстіе. Спустя 3 дня, въ теченіе которыхъ у больной не было никакой реакціи ни со стороны температуры, ни со стороны пульса, я зашилъ рану (рис. 206). На 8-й день пациентка выписалась здоровой. Особенную осторожность я рекомендую въ случаяхъ пузырьнаго заноса, который легко распознается по выдѣляющимся пузырькамъ. Выскабливаніе нужно производить здѣсь съ величайшей осторожностью, а еще лучше его не дѣлать совсѣмъ, потому что, какъ Вы знаете, ворсинки имѣютъ наклонность къ разрушенію маточной стѣнки, и здѣсь чрезвычайно легко происходятъ перфораціи на большомъ протяженіи. **Искусственный выкидышъ** не дѣлайте безъ консультаціи съ другимъ врачомъ и только при туберкулезѣ, порокахъ сердца, короче, только тогда, когда беременность угрожаетъ опасностью жизни матери. О томъ, что обыкновенно въ такихъ случаяхъ дѣлаютъ и стерилизацію, говорилось уже въ предыдущей лекціи. Операцію лучше всего дѣлать по способу, точно описанному выше.

Переходимъ теперь къ случаю 52, который даетъ Вамъ классическій примѣръ правильности того положенія, что именно при леченіи выкидыша правильный діагнозъ можетъ непосредственно спасти жизнь пациентки. Въ этомъ случаѣ меня пригласилъ домашній врачъ, чтобы сдѣлать выскабливаніе по поводу наступившаго выкидыша. При бимануальномъ изслѣдованіи я тотчасъ же прощупалъ справа опухоль колбасовидной формы, тѣстоватой консистенціи, опредѣлилъ также, что величина матки соответствуетъ не 3-му мѣсяцу беременности, но только 2-му мѣсяцу; такимъ образомъ я поставилъ діагнозъ «трубнаго выкидыша» и посоветовалъ направить больную въ клинику. Мое предложеніе было отклонено. На слѣдующее утро меня снова позвали къ больной, причѣмъ увѣдомили, что теперь «все-таки вышло яйцо». Я тотчасъ распозналъ, что дѣло идетъ о характерной формѣ decidua, патогномичной для трубной беременности. Переведя эту даму въ свою частную клинику, я убѣдился при лапаротоміи, что здѣсь былъ правосторонній трубный заносъ со свѣжимъ кровоизліяніемъ въ брюшную полость. Если не отнестись къ этому случаю критически и сдѣлать выскабливаніе, что бы тогда произошло? Благодаря манипуляціямъ въ маткѣ могло бы внезапно наступить тяжелое внутреннее кровотеченіе, могла даже наступить смерть прежде, чѣмъ успѣли бы перевезти больную въ клинику. Я еще ясно помню подобный же случай изъ моей частной практики. Описаніе различныхъ видовъ трубной беременности, различающихся по ихъ клиническимъ и анатомическимъ отношеніямъ, діагностическіе признаки и раз-

личные способы леченія, въ зависимости отъ различныхъ случаевъ,— все это Вы найдете въ учебникахъ, и поэтому я ограничусь сегодня слѣдующимъ сопоставленіемъ:

Различаютъ:

I. По мѣсту беременности:

- a) Graviditas ampullaris (наиболѣе частая форма) въ ampulla tubae.
- b) Graviditas isthmica s. tubaria propria (въ средней части трубы).
- c) Graviditas interstitialis (въ той части трубы, которая проходитъ черезъ стѣнку матки, рѣдкая форма).
- d) Graviditas ovarica (чрезвычайно рѣдко).
- e) Graviditas abdominalis (не вполне доказана).

II. По клиническимъ отношеніямъ:

- a) Трубный выкидышъ, особенно при graviditas ampullaris; яйцо сокращеніями трубы изгоняется въ свободную брюшную полость. Пустая труба выполняется кровью: haematosalpinx.
- b) Трубный заносъ; при затянувшемся трубномъ выкидышѣ, какъ и при внутриматочномъ, образуется заносъ.
Выступающая при этомъ масса крови образуетъ отложенія клиновидной формы въ окружности трубы (haematocoele peritubaria) или опускается въ Дугласово пространство— haematocoele retrouterina.
- c) Разрывъ трубы; похожъ на разрывъ матки; очень опасенъ благодаря внезапному кровотеченію, особенно при graviditas isthmica.

Мы не будемъ касаться сегодня терапевтическихъ мѣропріятій при внѣматочной беременности; за исключеніемъ случаевъ, требующихъ немедленнаго внѣшательства вслѣдствіе симптомовъ внутренняго кровотеченія ¹⁾, лечение остальныхъ случаевъ съ менѣ бурнымъ теченіемъ требуетъ значительной опытности. Поэтому я Вамъ совѣтую при подозрѣніи о внѣматочной беременности направить пациентку въ больницу или къ специалисту.

Въ заключеніе еще слѣдующій случай, интересный въ смыслѣ дифференціального діагноза, бывшій у меня на-дняхъ. Это была молодая женщина, у которой было кровотеченіе въ теченіе 2 недѣль, шейка была закрыта, матка находилась въ anteflexio и по величинѣ соответствовала 2-му мѣсяцу беременности. Слѣва выше матки прощупывалась ненапряженная мягкая опухоль. Такъ какъ придатки съ другой

1) Если у Васъ имѣется подозрѣніе о внутреннемъ кровотеченіи, то Вы можете безъ опасенія сдѣлать пункцію Правацевскимъ шприцемъ въ мѣстѣ наибольшаго притупленія, послѣ предварительной дезинфекціи брюшныхъ покрововъ. Шприцъ нужно сначала прокипятить. На основаніи результатовъ пункціи можно будетъ съ увѣренностью поставить діагнозъ.

стороны были нормальной величины, то я исключил воспалительную опухоль придатковъ, которая бываетъ большею частью двустороннею, а для односторонней опухоли яичника, напр. для маленькой кистомы, консистенція опухоли казалась мнѣ слишкомъ мягкой. Такимъ образомъ я поставилъ діагнозъ трубной беременности и приступилъ къ операціи, такъ какъ пациентка была чрезвычайно слаба. Во время операціи выяснилось, что имѣлось дѣло съ эндометритомъ послѣ выкидыша и что мягкая опухоль была тубо-оваріальная лѣвосторонняя киста.

Я намѣренно сообщилъ Вамъ объ этой діагностической ошибкѣ, потому что она нерѣдко случается именно при трубной беременности. Мнѣ извѣстны даже такіе случаи, когда опытные гинекологи при расположеніи яйца въ ранней стадіи развитія въ углу матки ставили діагнозъ внѣматочной беременности, дѣлали лапаротомію и находили нормальную беременность.

Какъ бы то ни было, настоятельно совѣтую Вамъ лучше предположить лишній разъ внѣматочную беременность, чѣмъ проглядѣть эту аномалію и потерять больную.

Я долженъ отказаться, къ сожалѣнію, отъ обсуждения интересныхъ случаевъ *retroflexio uteri gravidi* и отъ разбора дифференціального діагноза между выкидышемъ и карциномой. Обѣ аномаліи требуютъ гинекологической подготовки и не укладываются въ рамки нашихъ семинарскихъ упражненій по акушерству.

Прибавленіе.

I. Новѣйшія учебныя пособия для занятій на фантомѣ.

Значительную помощь акушерскому семинарію, главной задачей котораго служитъ выработать въ слушателяхъ способность правильной оцѣнки и постановки показаній въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, оказываютъ занятія на фантомѣ.

Но эти занятія не должны быть только практическими упражненіями въ операціяхъ—наложеніи щипцовъ, поворотѣ, извлеченіи. Для этихъ 3 операцій, которыя, къ сожалѣнію, только и требуются для государственнаго экзамена, и которыя поэтому почти исключительно избираются для упражненій, пользующійся заслуженной извѣстностью фантомъ Schultze даетъ все, что только требуется отъ фантома. Но кому такъ же часто, какъ мнѣ, приходилось видѣть, что начинающій не умѣетъ ни поставить катетеръ, ни обнажить шейку, ни правильно затампонировать влагалище, тотъ долженъ считать необходимымъ **во имя гуманности и тщательнаго образованія студентовъ**, чтобы такіе простые технические приемы показывались имъ сначала не на живыхъ, но на соотвѣтственно устроенныхъ фантомахъ.

Съ этой цѣлью я устроилъ фантомъ, пригодный какъ для гинекологическихъ, такъ и для акушерскихъ упражненій ¹⁾. Занятій по гинекологіи я не веду, но пользуюсь имъ для слѣдующихъ упражненій: заставляю сдѣлать катетеризацію, обнажить шейку зеркалами, захватить переднюю губу пулевыми щипцами (рис. 192), сдѣлать тампонаду влагалища и ввести зондъ (рис. 195). На немъ же можно упражняться въ бимануальномъ изслѣдованіи, имѣющемъ столь важное значеніе въ распознаваніи внѣматочной беременности (рис. 191) и въ исправленіи положенія беременной матки при загибѣ ея кзади.

Цѣнное значеніе расширяющихъ способовъ, въ особенности метрейриза, важность поворота по Braxton-Hicks'у въ леченіи placenta praevia, едва ли будетъ отрицаться кѣмъ-либо изъ гинекологовъ. Но гдѣ же однако изучаются систематически всѣ эти приемы, гдѣ требуютъ отъ молодого врача технической подготовки для этихъ трудныхъ способовъ?

На этотъ пробѣлъ въ акушерскомъ образованіи указывали также Blumreich и Pfannenstiel.

¹⁾ Archiv für Gynäkologie. Bd. 84, Heft 3.

Я устроилъ для Schultze'вскаго фантома резиновыя вставныя части, похожія на Blumreich'овскія, при помощи которыхъ можно представить различное состояніе цервикальнаго канала, а также упражняться въ пальцевомъ расширеніи зѣва, расширеніи Негар'ами, дилататоромъ



Рис. 207. Фантомъ приспособленъ для поворота по Braxton-Hiks'у, метрейриза и т. д.
(L. и H. Löwenstein, Berlin).
Шейка пропускаетъ 2 пальца.
Диаметръ: 19 см.
Зѣвъ: $3\frac{1}{2}$ см.
(Видъ сверху и сбоку).

Vossi, тампонадѣ матки и шейки, метрейризѣ и, наконецъ, поворотѣ по Braxton-Hiks'у ¹⁾).

¹⁾ Рис. 207 и 208 дѣлаютъ излишнимъ точное описаніе этихъ вставныхъ частей.

Также важно демонстрировать учащимся «ручное отделение» послѣда. Фантомъ Капанни весьма полезенъ для этой цѣли (рис. 210—212).

Гебостеотомія должна быть также демонстрирована студентамъ на анатомическихъ препаратахъ.

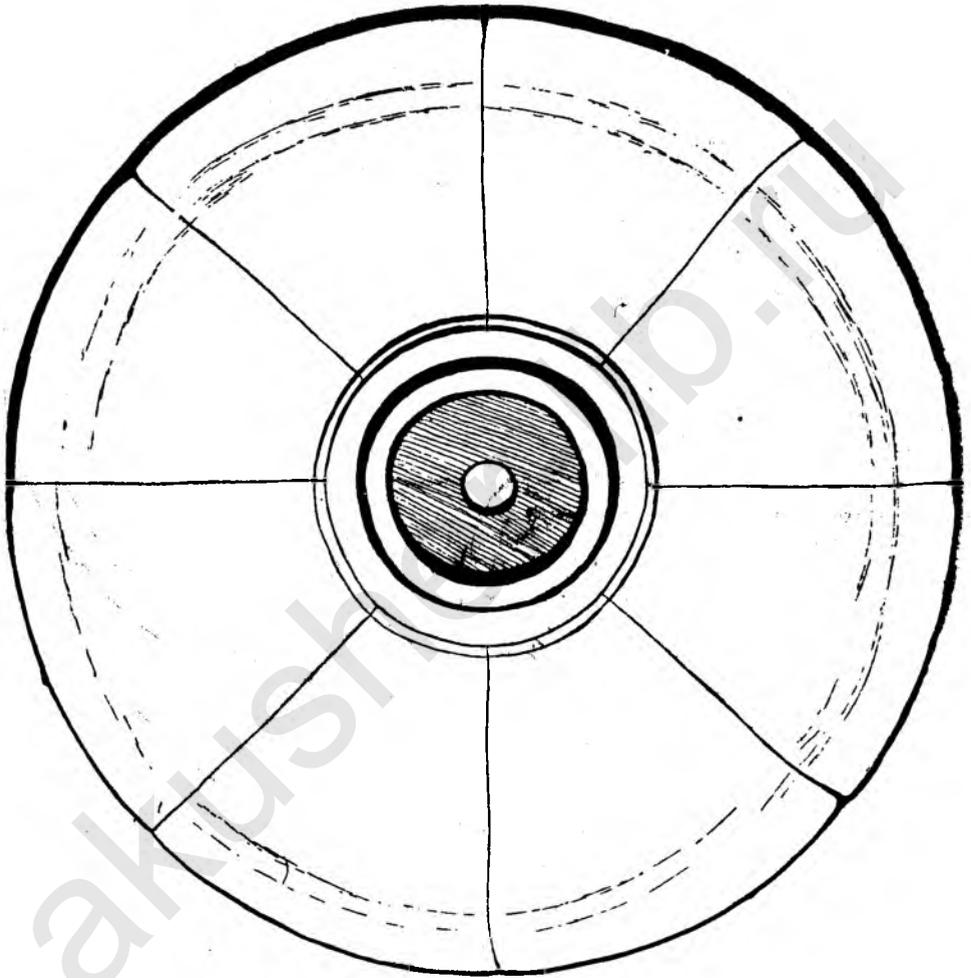


Рис. 208. Фантомъ приспособленъ для расширенія по Bossi и т. д.
Зѣвъ пропускаетъ кончикъ пальца.

Диаметръ: 14 см.

Влагалище: $3\frac{1}{2}$ см.

Зѣвъ: 1 см.

(Видъ сверху).

Мнѣ могутъ возразить, что всей этой техники можно научиться и научить другихъ только на живыхъ. Но въ маленькихъ университетахъ для этого не хватитъ матеріала. Кромѣ того, даже въ большихъ акушерскихъ клиникахъ нельзя же сразу предо-

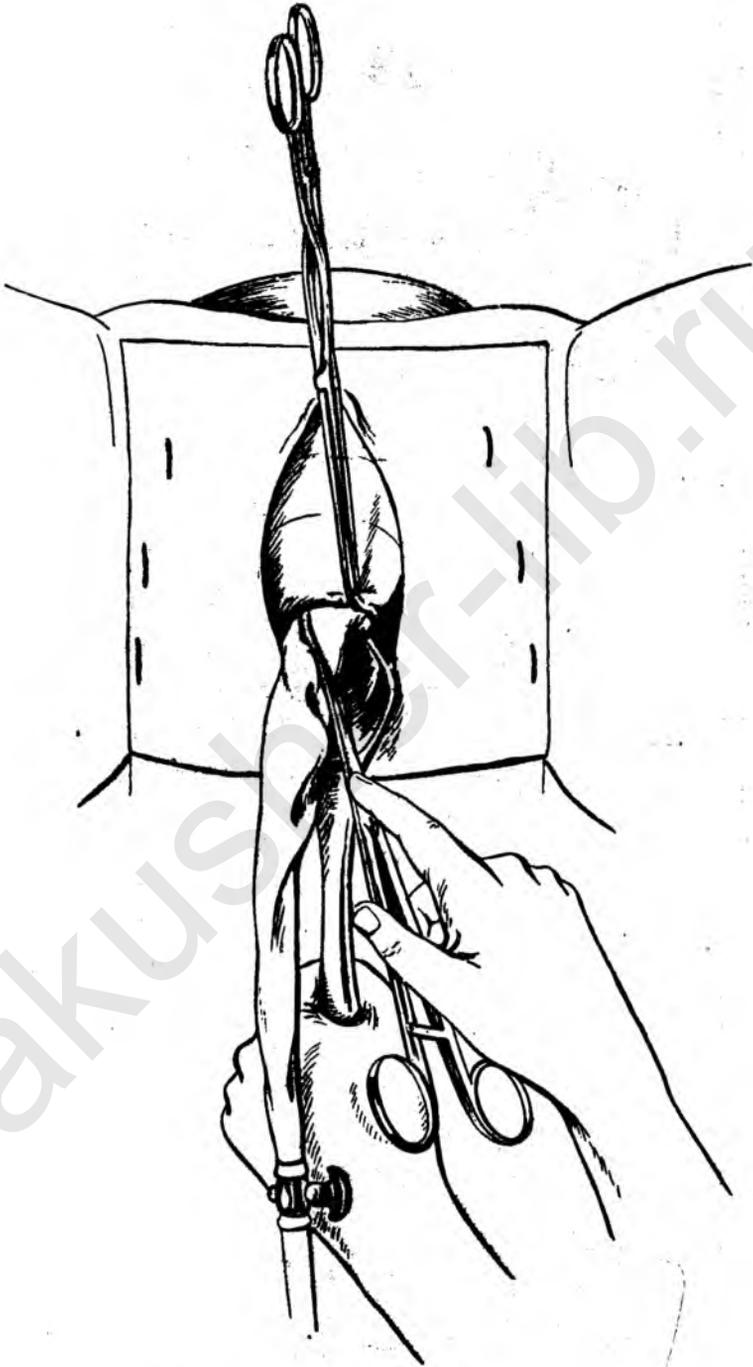


Рис. 209. Упражнение на фантомѣ. Вставныя части *in situ*. Передняя губа захвачена пулевыми щипцами, шейка обнажена зеркаломъ. Введенъ метрейринтеръ.

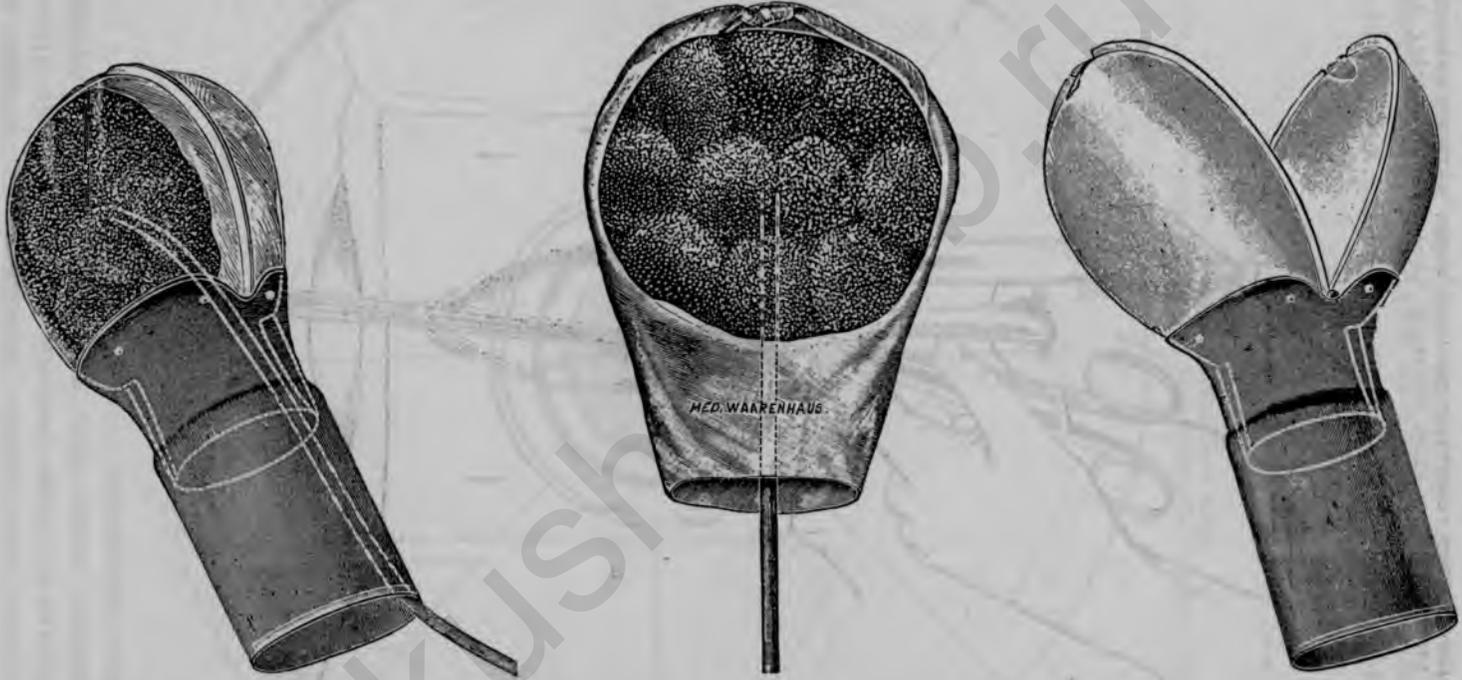


Рис. 210. Фантомъ Катанпа. Послѣдъ, плод-
ный мѣшокъ и пуповина *in situ*.

Рис. 211. Послѣдъ, плодный мѣшокъ
и пуповина вынуты изъ фантома.

Рис. 212. Тотъ же фантомъ, раскрытый,
безъ послѣда.

ставить живую женщину, какъ матеріалъ для перваго опыта начинающаго врача. Кто изъ клиническихъ преподавателей согласится взять на себя отвѣтственность въ подобномъ случаѣ? Кромѣ того, вѣдь, только небольшому количеству врачей посчастливится развить необходимую для этого технику. Каковы же будутъ результаты? Молодой врачъ приступитъ къ своимъ тяжелымъ обязанностямъ совершенно неподготовленнымъ и долженъ будетъ на своихъ пациенткахъ самостоятельно учиться тому, что такъ легко могли бы передать его учителя.

Если хотятъ воспитать дѣльныхъ врачей, то нужно расширить акушерское образованіе ихъ соотвѣтственно прогрессу науки: Должны быть устроены акушерскіе семинаріи; при упражненіяхъ на фантомахъ должны изучаться не только 3 или 4 главныхъ операціи, но по возможности всѣ приемы, обычно примѣняемые въ практикѣ,—а ихъ не мало, какъ показываетъ нижеприведенный обзоръ. То же относится къ повторительнымъ курсамъ для врачей. Семинарій и своевременно начатый курсъ на фантомахъ въ состояніи больше дать для ихъ акушерскаго образованія, чѣмъ клиническія демонстраціи.

I. Что проходится главнымъ образомъ при упражненіяхъ на фантомѣ:

1. Наложеніе щипцовъ.
2. Поворотъ.
3. Извлеченіе.
4. Перфорациа (въ послѣдній уже часъ занятій одинъ или два раза).
5. Декапитаціа (рѣдко).

II. Что, кромѣ того, должно бы проходиться при упражненіяхъ на фантомѣ:

1. Катетеризаціа.
2. Обнаженіе шейки и захватываніе губы пулевыми щипцами.
3. Тампонада влагалища.
4. Зондированіе.
5. Вимануальное изсмѣдованіе.
6. Исправленіе положенія беременной матки при retroflexio.
7. Расширеніе при помощи ламинарій.
8. Расширеніе Hegar'овскими расширителями.
9. Расширеніе при помощи тампонады.
10. Расширеніе дилататоромъ Bossi.
11. Расширеніе пальцемъ.
12. Расширеніе съ помощью метрейринтера.
13. Поворотъ по Braxton-Hicks'у при placenta praevia.
14. Тампонада матки.
15. Ручное отдѣленіе послѣда.
16. Наиболѣе частыя аномаліи, каковы hydrocephalus и anencephalus.
17. Способъ Martin-Wiegaud-Winckel'я при узкомъ тазѣ

(необходимыя для этого металлическія вставныя части для фантома можно получить всюду).

18. Оживленіе новорожденныхъ.

II. Образцовыя рѣшенія семинарскихъ задачъ.

На предшествующихъ страницахъ я привелъ вкратцѣ отвѣты моихъ слушателей, чтобы избѣжать повтореній и излишняго увеличенія объема книги. Насколько развивается акушерское мышленіе благодаря семинарскимъ упражненіямъ, лучше длинныхъ разсужденій доказываютъ образцовыя отвѣты, которые я привожу здѣсь въ несокращенномъ и неисправленномъ видѣ.

1. Отвѣтъ къ случаю 2, стр. 14.

«Соотвѣтственно сроку послѣднихъ регулъ роды должны наступить самое позднее въ концѣ іюня. 28 іюля имѣется, повидимому, уже переносенный ребенокъ съ большой головой. Имѣется, кромѣ того, плоскій тазъ со средней степенью суженія, на что указываютъ какъ свѣдѣнія о ходѣ прежнихъ родовъ, такъ и укороченіе века и треугольная форма ромба Michaelis'a.

Такъ какъ пузырь уже напрягается, хотя шейка еще не сглажена и пропускаетъ только 1 палець, то есть опасность преждевременнаго разрыва пузыря. Поэтому нужно рекомендовать роженицѣ боковое положеніе и запретить всякое натуживаніе.

Въ дальнѣйшемъ, чтобы предохранить пузырь отъ разрыва, нужно ввести во влагалище кольпейринтеръ.

Если затѣмъ головка правильно вставится во входъ, произойдетъ полное изглаживаніе шейки и тогда только вскроется пузырь, то при помощи бимануальнаго изслѣдованія слѣдуетъ ориентироваться относительно величины головки и отношенія ея къ тазу. Возможно, что здѣсь понадобится вдавленіе головки въ тазовой входъ по P. Müller'y.

Если несоотвѣтствіе не слишкомъ велико и головка вставилась соотвѣтственно механизму родовъ при плоскомъ тазѣ (т. е. большой родничокъ стоитъ нѣсколько ниже), то нужно ждать.

Если же имѣется мало шансовъ на самопроизвольные роды (особенно слѣдуетъ принять во вниманіе родовую дѣятельность), то у многорожавшей нужно сдѣлать профилактической поворотъ на ножку, по возможности вкорѣ послѣ полного открытія зѣва и при цѣломъ пузырьѣ. Поворотъ нужно закончить извлеченіемъ. Если при извлеченіи представятся затрудненія со стороны большой головки, нужно примѣнить способъ Martin-Wiegand-Winkel'я».

2. Отвѣтъ къ случаю 29, стр. 215.

«Здѣсь имѣются преждевременныя роды (схватки появились въ началѣ ноября вмѣсто начала декабря). Это предположеніе подтверждается еще тѣмъ, что схватки вялыя и неправильныя.

Предшествующія незначительныя кровотеченія, теперь ставшія болѣе сильными, говорятъ прежде всего за placenta praevia.

Такъ какъ каналъ шейки закрытъ, то ничего не остается больше, какъ остановить кровотеченіе давленіемъ снизу. Такъ какъ у меня не было съ собою кольпейринтера, то я послалъ въ ближайшую аптеку за большимъ ящичкомъ Dührssen'a и плотно затампонировалъ влагалище іодоформной марлей. Я остался около этой роженицы, наблюдалъ за схватками и состояніемъ введеннаго тампона, остался ли онъ желтымъ или покраснѣлъ. Если бы тампонъ былъ изгнанъ или черезъ него выступила кровь, то я сдѣлалъ бы во второй разъ изслѣдованіе, чтобы опредѣлить степень получившагося открытія зѣва и ориентироваться, имѣется ли здѣсь placenta praevia totalis или partialis. Если шейка пропускаетъ 3 пальца, то при placenta praevia partialis я долженъ попытаться остановить кровотеченіе простымъ вскрытіемъ пузыря. (Давленіе головки сверху на отдѣлившуюся плаценту). Если кровотеченіе не останавливается, нужно примѣнить или поворотъ по Braxton-Hicks'y, или метрейризмъ».

3. Отвѣтъ къ случаю, приведенному на стр. 161.

«Такъ какъ здѣсь имѣется нормальный тазъ, какъ показываетъ наружное измѣреніе таза и предшествующіе произвольные роды, такъ какъ ребенокъ, лежащій ножками, былъ уже мертвымъ, когда я пришелъ къ роженицѣ, а со стороны матери нѣтъ никакихъ тревожныхъ симптомовъ, то я долженъ ждать величія отсутствія показаній къ вмѣшательству. Мужу роженицы, который настаиваетъ на операціи, я скажу, что большую опасность для его жены представляетъ не выжиданіе, но именно операція безъ показаній.

Если при дальнѣйшемъ теченіи родовъ появится показаніе со стороны матери, то я сдѣлаю осторожно извлеченіе, но при этомъ буду тщательно контролировать состояніе маточнаго зѣва; если онъ окажется сильно сокращеннымъ, то я перфорирую послѣдующую головку, послѣ чего легко могу окончить роды».

(Примѣчаніе автора: Это тотъ самый случай, въ которомъ было сдѣлано форсированное извлеченіе, получился разрывъ шейки и затѣмъ при ручномъ отдѣленіи послѣда была вырвана и вся матка).

Алфавитный указатель.

А.

Ahlfeld'овскій предохранительный баллонъ 17, 18.

Акушерскій наборъ 25.

Акушерскій семинарій, назначеніе его 1;— необходимость упражненій 164.

Анамнезъ, значеніе при разрывѣ дна матки 264.

Анемія, леченіе 142, 232, 282;—аутотрансфузія 142, 233;—вливаніе солевыхъ растворовъ 142, 213, 233, 282;—камфора и кофеинъ 142, 213, 282;—солевые клистиры 142;—теплыя обертыванія 233.

— усиленная жгутомъ Momburg'a 233.

— при placenta praevia 219.

Apencephalus 237;—ручной приемъ при— 287.

Анкилотическій тазъ, косо-суженный 110.

Антисептика } см. Дезинфекція.

Асептика

Асфиксія новорожденныхъ 248.

— раздраженіе кожи купаніемъ 248;—вытягиваніемъ языка по Laborde'у 248.

Asphyxia livida 248;—pallida 248.

Atonia uteri, кровотеченіе въ послѣродовомъ періодѣ 126;—леченіе 128, 209, 229.

Аутотрансфузія 233.

Б. В*.

Bandl'евское кольцо 262, 264.

Беременность вѣматочная 322, 323;—трубная 322.

— Негар'овскій признакъ 300.

Bossl'евскій дилляторъ 201, 314.

Braxton-Hicks, поворотъ по—18, 220;—неправильный 225.

— упражненія на фантомѣ 222, 324, 329.

Braun'овскій крючокъ, ключевидный 134.

Брюшина въ концѣ беременности 81.

В. V*.

Vagina septa 275.

Варикозные узлы, причина кровотеченія 296.

Вдуваніе воздуха при оживленіи недоносковъ 251.

Влагалище, надрѣзъ 203, 293;—расширеніе 203;—тампонада 131, 224, 296, 311.

Влагалищное кесарское сѣченіе 87, 161.

Внутрибрюшинное кесарское сѣченіе 84.

Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе 80, 82;—грыжи 84;—инфекція 83;—кровотеченіе 83;—разрывъ матки 155.

Внѣматочная беременность 322, 323.

Воронкообразный тазъ 112.

Вправленіе пуповины 243.

Вскрытіе вены при эклампсіи 211.

Выкидышъ искусственный 297;—показанія 214, 297, 321;—при болѣзняхъ сердца и туберкулезѣ 297, 299.

— преступный 309.

— самопроизвольный 300;—бимануальное изслѣдованіе 309;—леченіе 300;—медленное расширеніе матки марлей или ламинаріей 311;—форсированное расширеніе Негар'овскими расширителями 312;—комбинированное расширеніе 315.

— септический 317, 319.

Выпаденіе конечностей 232, 252.

Выпаденіе пуповины при тазовомъ предлежаніи 242;—при черепномъ предлежаніи 159.

— вправленіе рукою 243;—колѣбно-локтевое положеніе 243;—поворотъ и извлеченіе 246;—примѣненіе кольпейринтера 15, 242;—примѣненіе метрейринтера 102.

Выскабливаніе 304;—въ раннемъ періодѣ беременности, до 4-го мѣсяца 317;—ложечкой 304.

— прободеніе матки при—307.

Высокое стояніе головки, прямое 58, 60, 61, 62.

Г. Н*. Г*.

Гебостеотомія, показанія 49;—у лихорадящихъ 293.

— на дому у больной 41.

Негар'овскій дилляторъ 205, 207.

— иглодержатель 26.

— признакъ беременности 300.

Haematocoele peritubaria 322;—retrouterina 264, 322.

Haematoma vulvae 279;—смѣшеніе съ нефритическимъ отекомъ 279.

Haematosalpinx 322.

Hydramnion, діагнос тика 281;—терапия 283, 284;—этиологія 283.

Hydramnion, одышка 281; — поперечное положение 133;—послѣродовое кровотечение 283;—разрывъ пузыря 283.
— вскрытіе зондомъ 281;—метрейризь 283.

Hydrocephalus 153; — послѣдующая головка 153;—черепное предлежаніе 153. — внѣбрюшинный разрывъ матки 155;—перфорация 156, 268.

Hysterotomia vaginalis anterior 87, 161;—при преждевременномъ отдѣленіи послѣда 239; — при рактѣ 236;—при эклампсіи 200.

Головка, высокое прямое стояніе 58, 60, 61, 62;—глубокое поперечное стояніе 56, 57, 59;—конфигурація ея 11, 12;—несоотвѣтствие съ тазомъ 9, 36, 52;—опредѣленіе величины 37;—опухоли 58;—положеніе въ тазовомъ каналѣ 53. — вдавленіе въ узкій тазъ 126;—извлеченіе щипцами при выкидышахъ 215;—наложеніе щипцовъ при высокомъ стояніи 11, 53;—отрѣзываніе, отрываніе 153, 155, 315.

Hofmeier'овскій приемъ 106.

Graviditas abdominalis 322;—ampullaris 322;—interstitialis 322;—isthmica 322;—ovarica 322;—tubaria 322.

Грыжи при кесарскомъ сѣченіи: внѣбрюшинномъ 84;—классическомъ 79.

Д. D*.

Двойни 281, 287;—у первородящихъ 288;—дифференціальный діагнозъ 281;—наложеніе щипцовъ 289;—при placenta praevia 287; — разрывъ промежности 289.

Дезинфекція акушера 19, 30; — влагилица при выкидышахъ 304;—инструментовъ 24;—роженицы 19, 73, 201.

Декапитация при поперечномъ положеніи 134.

Decidua 321.

Diabetes mellitus 282.

Digalen Cloetta 213, 297.

Digitalis при болѣзняхъ сердца 297;—при эклампсіи 213.

Дилляторъ Bossi 205, 207;—Negar'a 201, 314.

Diprosopus 153.

Диуретинъ при болѣзняхъ сердца 297;—при nephritis gravidarum 214; — при эклампсіи 213.

Дольки послѣда 257.

Doyen'овское зеркало 26.

Duncan'овскій способъ отдѣленія послѣда 255.

Дыханіе искусственное у новорожденныхъ, по Laborde'y 248;—по Prochownik'y 249.

— у экламптичекъ, по Silvester'y 214.

Dührssen, кесарское сѣченіе по—72, 87.

Dührssen'овская коробка для тампонады матки 28.

Dührssen-Solms, кесарское сѣченіе по—28.

Ж.

Жилище, обстановка въ бѣдномъ хозяйствѣ 43.

Жгутъ Momburg'a см. Momburg'скій жгутъ.

З. S*.

Задержаніе оболочекъ 299;—остатковъ 299;—послѣда 48.

Задне-теменное предлежаніе 91, 102;—опасность для жизни матери и ребенка 103, 104; поворотъ 107;—этиология 104.

Заячья губа у новорожденныхъ 184.

Sellheim, кесарское сѣченіе по—72, 81, 82.

Зеркало Doyen'овское 26.

Siegemund'овскій двойной приемъ 212.

Зондъ для вскрытія пузыря 281;—при выкидышахъ 309.

Зѣвъ, раскрытіе его 4.

И.

Иглодержатель Negar'овскій 26.

Извлеченіе 19; — маленькаго плода (выкидышъ) 315;—недоносковъ и апнеcephalus 287, 289;—при placenta praevia 224, 232;—послѣдующей головки 18. — неправильное 162, 164;—по A. Mueller'y 148, 179, 225, 232; — преждевременное 18;—съ разрывомъ шейки 18;—съ причиненіемъ поврежденій матери 18, 22, 102, 142, 162;—своевременное 18.

Измѣреніе головки, по P. Müller'y 37;—плода 36.

Исслѣдованіе матки при выскабливаніи 304; — при задержаніи остатковъ послѣда 299.

Инструментарій акушерскій 23, 24, 25.

Интотоксикація 292.

Инфекція брюшины при кесарскомъ сѣченіи: внѣбрюшинномъ 83;—классическомъ 78.

— отличіе отъ интотоксикаціи 292.

— септическая 293.

Истерія, дифференціальный діагнозъ съ эклампсіей и эпилепсіей 187, 199; — лечение 214.

К. C*.

Катетеръ металлическій 28.

Каучуковый клинъ для экламптичекъ 199.

Кесарское сѣченіе, обзоръ 71; — влагилицное 87, 161; — внѣбрюшинное 80, 82, 209;—классическое 76;—по Dührssen'y 72, 87;—по Dührssen-Solms'y 88;—по Frank'y 84;—по Latzko 72, 81, 82;—по Porro 78, 79;—по Sellheim'y 72, 81, 82;—по Veit'y 84.

— инфекция брюшины 78;—образованіе грыжъ 79; — опасность кровотеченія 79;—осложненія 78.

— при эклампсіи 203, 209;—у лихорадящихъ 293.

Кишки, поврежденія при выскабливаніи матки послѣ выкидыша 315;—при отдѣленіи послѣда 258.

Клиторъ, разрывъ его 64, 69.
 Коксальгическій косо-суженный тазъ 110.
 Коллапсъ при анеміи 214;—у экламптичекъ 200, 213.
 Collin'овскіе щипцы 26.
 Кольпейринтеръ при отклоненномъ черепномъ предлежаніи 18;—при placenta graevia 224;—при угрожающемъ выпаденіи пуповины 15, 242.
 Кольбно-локтевое положеніе при выпаденіи пуповины 243.
 Контроль надъ кровотеченіемъ при помощи полотенца 32, 248.
 Конфигурація головки 11, 12.
 Conjugata diagonalis 9; — externa 9; — vera 9.
 Корнцангъ 315.
 Косо-суженный тазъ 110, 111;—анкилотическій 110;—коксальгическій 110;—сколиотическій 110.
 Косер'овскій зажимной пинцетъ 26.
 Краниоклазія 98.
 Краниокласть, соскальзываніе его 100.
 Credé, ручной приемъ по—106, 127.
 Cristeller, ручной приемъ по—106.
 Кровотеченіе во время беременности, послѣ выкидыша 296, 300;—при placenta graevia 296;—при ракъ шейки 236;—изъ варикозныхъ узловъ 296.
 — во время родовъ, при placenta velamentosa 296;—при placenta graevia 218, 219;—вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія послѣда 224, 239.
 — въ послѣродовомъ періодѣ, вслѣдствіе вялости маточной мускулатуры 126;—вслѣдствіе задержанія послѣда въ углу трубы 48;—вслѣдствіе задержанія остатковъ послѣда 257;—при atonia uteri 126;—при hydramnion 283;—при кесарскомъ сѣченіи 79, 83;—при placenta graevia 218;—при retentio placentaе 48;—у экламптичекъ 211.
 — остановка его давящею повязкою Fritsch'a 131, 228;—жгутомъ Momburg'a 130, 161, 218, 252, 267;—прижатіемъ двумя руками 131;—промываніемъ матки 204, 319;—тампонадой влагалища 131, 228;—тампонадой матки 267, 282;—щекотаніемъ матки 126.
 Крючокъ ключевидный, Braun'овскій 134;—тупой 143, 211.
 Купаніе новорожденныхъ 248.
 Кэтгуть кумоловый 28.
 Кюретта 309.
 Küstner'овскій рахиотомъ 135.

Л. L*.

Laborde, искусственное дыханіе по—248.
 Ламинариі 311, 319.
 Laparo-kolpo-hysterotomia по Dührssen'y 72.
 Latzko, кесарское сѣченіе по—72, 81, 82.
 Liermann'овскій комбинируемый приемъ 283, 284, 287.
 Лихорадка во время родовъ 291; — при

выкидышахъ и преждевременныхъ родахъ 319.
 Лицевое предлежаніе 100, 169, 179;—перфорация при—179.
 Лобное предлежаніе 184; — перфорация при—187.
 Ложечка для выскабливанія 304;—Wuttm'a 306.
 Лягушечья голова у новорожденныхъ 236.

М.

Martin-Wiegand-Winckel'евскій ручной приемъ 21, 22, 106, 156, 246.
 Массажъ сердца у экламптичекъ 214.
 Матка, разрывъ 3, 90;—сокращенія 3, 90;—судорожная сокращенія 133.
 — полное удаленіе 266, 297, 299, 320;—промыванія 48, 209, 319;—тампонада 267, 282;—щекотаніе 126.
 Маточный зѣвъ, раскрытіе его 4.
 Маточный пинцетъ 26, 267.
 Междучелюстный клинъ 199.
 Меконій, отхожденіе его, какъ показаніе къ вѣшательству 103.
 Meningocele 272.
 Метрейризмъ, преимущества 203, 225; техника 37; — безъ прорыва пузыря 201;—для спасенія жизни плода 35.
 — при hydramnion 283; — при placenta graevia 224; — при предлежаніи пуповины 102, 161, 246;—при разрывѣ пузыря 225, 283;—у лихорадящихъ 293; — у экламптичекъ 201.
 Метрейринтеръ см. Метрейризмъ.
 Механизмъ родовъ, нормальный 58; — при воронкообразномъ тазѣ 112;—при косо-суженномъ тазѣ 111; — при плоско-рахитическомъ тазѣ 9, 11; — при предлежаніяхъ въ состояніи разгибанія 174.
 — родовъ conduplicato corpore 138.
 — самоповорота 134.
 Міома, какъ препятствіе для родовъ 164.
 Многородящія, показанія къ повороту 104.
 Momburg'скій жгутъ 28, 130, 161, 218, 233, 252, 267;—при преждевременномъ отдѣленіи послѣда 284;—при разрывѣ матки 267;—при разрывѣ шейки 315; —-профилактически 161;—у сердечныхъ больныхъ 297.
 Морфій въ акушерской практикѣ 160;—у экламптичекъ 199.
 Моча, изслѣдованіе ея 199.
 Mueller, A., извлеченіе по—148, 179, 225, 232, 252.
 Müller, P., ручной приемъ по—106.

Н. N*.

Наборъ акушерскій, устройство его 25.
 Надрѣзъ по Dührssen'y 204.
 Направленіе тракціи 63.
 Наркозъ рожицы 30;—при болѣзняхъ сердца 297;—при болѣзняхъ легкихъ 299;—при выкидышѣ 304;—при наложеніи щипцовъ 59;—при поворотѣ 123.

Наркозъ роженицы при эклампси 200.
 Naegele'вскіе шипцы 64.
 Недоноски, оживленіе ихъ 251; — вдуваніемъ воздуха 251; — по способу Prochownik'a 251.
 Несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ 9, 36, 52.
 Nephritis gravidarum 214; — одышка при —281;—при діабетѣ 282;—при порокахъ сердца 296;—смѣшеніе съ haematoma vulvae 274.
 Ногодержатель 28.
 Ножницы для перерѣзки пуповины 28.
 Новорожденные, оживленіе ихъ 32, 248, 249, 251;—уходъ за ними 251.

О.

Одышка при hydramnion 281;—при нефритѣ 281;—при порокахъ сердца 294.
 Оживленіе недоносковъ 251;—новорожденныхъ 32, 248;—вытягиваніемъ языка по Laborde'у 248;—купаніемъ 248;—по способу Prochownik'a 249;—Schultz'евскими качаніями 249.
 Oslander'овскій тазомѣръ 117.
 Околоплодные воды, разложеніе ихъ 186;—чрезмѣрное количество 281. См. также Hydramnion.
 Ohlshausen'скій приемъ 64.
 Операционное поле, освѣщеніе его 23.
 Операція Рогго 79, 80.
 Опухоль головки, опредѣленіе ея положенія въ тазовомъ каналѣ 58.
 — придатковъ 309, 323.
 Опухоли, препятствующія родамъ 164, 236, 272, 279.
 Остатки послѣда, удаленіе выскабливаніемъ 304;—промываніями 317.
 Отвислый животъ при передне-теменномъ предлежаніи 105.
 Отопленіе скорое 23.
 Отхожденіе водъ, преждевременное 4, 102.
 — меконія 103.

П. Р*.

Первородящія, консервативная терапія 104, — показанія 102, 103;—поворотъ 102, 186;—неправильный поворотъ 102.
 Перевозка роженицы 94;—экламптичекъ 199.
 Передне-теменное предлежаніе 42, 54, 100, 105, 177;—Hofmeier'овскій приемъ 106;—отвислый животъ при—105.
 Перепись водорода для промываній матки 317.
 Перерѣзка пуповины 30.
 Периодъ изгнанія плода 4. См. также Механизмъ родовъ; — конфигураціи головки 12; — раскрытія маточнаго зѣва 4.
 Перфораторъ, ссскальзываніе его 98.
 Перфорация живого плода 91; — hydrocephalus 156, 268; — послѣдующей головкы 103, 142.

Перфорация, описаніе операціи 94, 103; — поврежденія матери 98, 100.
 — при задне-теменномъ предлежаніи 91;—при лицевомъ предлежаніи 179;—при лобномъ предлежаніи 187; — при плоско-рахитическомъ тазѣ 91; — при узкомъ тазѣ 70.
 — задняго свода влагалища при метрейризмѣ 37;—пальцами 320;—щипцами 37.
 Петля, образованіе ея 212;—при предлежаніяхъ тазовымъ концомъ 143.
 Пинцетъ зажимной Kocher'овскій 26; — маточный съ острыми концами 267; — съ тупыми концами 26, 267.
 Placenta accreta 48, 254, 257; — lateralis 287; — succenturiata 127;—velamentosa 296.
 — praevia, centralis 219;—marginalis 219; — при двойняхъ 287;—при поперечномъ положеніи 225.
 — введеніе кольпейринтера 224;—вскрытіе пузыря 220;—извлеченіе 224, 232;—кровотеченіе 218;—метрейризмъ 224;—поврежденія матери 218;—терапія 219.
 Плодъ, измѣреніе его 36;—прогнозъ при лихорадящей матери 293; — сердцебиеніе 103, 122; — чрезмѣрная величина его 36.
 — живой, перфорация 91; — сохраненіе его жизни и жизни матери 293.
 Плоскій тазъ 101.
 Плоско-рахитическій тазъ 9, 14, 89.
 Плоскости таза 53.
 Поворотъ, способъ производства 19, 111; — наилучшій моментъ для производства 18;—подъ наркозомъ 123.
 — въ боковомъ положеніи роженицы 123; — комбинированный, по Braxton-Hicks'у 18, 220, 225; — наружный при placenta praevia 232; — профилактической 16, 111;—съ проведеніемъ ножки пулевыми щипцами 232;—Siegemund'овскимъ приемомъ 212.
 — при выпаденіи пуповины 246; — при задне-теменномъ предлежаніи 107; — при косо-сѣуженномъ тазѣ 111;—при лицевомъ предлежаніи 169, 179;—при лобномъ предлежаніи 184;—при поперечномъ положеніи 122, 134;—у много-родящихъ 104;—у первородящихъ 102, 103, 104, 186;—у сердечныхъ больныхъ 297.
 — опасность для матери 37, 91, 121, 122, 172;—поврежденія матери при—37, 91, 122, 267.
 Поврежденія матери вслѣдствіе неправильнаго веденія родовъ или ошибочности діагноза 261, 266; — вслѣдствіе продолжительности родовъ 104, 187, 261;—метрейринтеромъ 37;—острымъ крючкомъ 134;—тупымъ крючкомъ 143; — приемомъ Siegemund 213;—при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи 161;—при diprosopus или hydrocephalus 153; — при извлеченіи 18, 102, 142, 162; — при лобномъ предлежаніи 184; — при

- перфорации и краниоклазии 98, 100; — при placenta praevia 218; — при поворотѣ 37, 91, 122, 267; — при поворотѣ по Braxton-Hicks'у 222; — при предлежаніяхъ въ состояніи разгибания 174, 175, 187; — при расширеніи шейки 39, 201, 206; — при ручномъ отдѣленіи послѣда 162; — щипцами 12, 59, 175, 184, 187.
- Поврежденія ребенка при извлеченіи 18, 22; — петлей 143; — приемомъ Veit-Schmellie 182; — тупымъ крючкомъ 143; — Schultz'евскими качаніями 251; — щипцами 12, 153, 155, 184, 315.
- Повязка давящая по Fritsch'у 131, 228.
- Positio occipitalis pubica 60; — sacralis 60.
- Показанія къ вмѣшательству во время родовъ. общія 3; — при предлежаніяхъ тазовымъ концомъ 140, 148; — при уродствахъ плода 184; — у многородящихъ 104, 187; — у первородящихъ 102, 187.
- со стороны матери при общихъ заболѣваніяхъ: болѣзни сердца 296; — диабетъ 282; — лихорадочное состояніе 291; — нефритъ 214; — туберкулезъ 299; — хорея 214; — эклампсія 199
- со стороны матери при заболѣваніяхъ половыхъ органовъ: haematoma vulvae et vaginae 279; — сокращенія матки 3, 90.
- со стороны ребенка: выпаденіе пуповины 102; — измѣненіе сердцебіенія 103; — отхожденіе меконія 103.
- Положеніе головки при родахъ 58.
- Поперечное положеніе 121, 133; — запущенное 133; — развитіе изъ косога положенія 121; — вслѣдствіе вялости брюшинныхъ покрововъ 133; — одного плода при двойняхъ 287; — при hydramnion 133; — при миомѣ 164; — при placenta praevia 225; — при узкомъ тазѣ 121.
- поворотъ 122, 134; — самоповоротъ 134; — роды conduplicato corpore 138; — неправильное леченіе 164.
- Поперечное стояніе головки, глубокое 56, 57, 59.
- Пороки сердца въ теченіе беременности и родовъ 296; — искусственный выкидышъ 297; — кривья пульса 298; — леченіе 297; — наркозъ эфиромъ 297; — стерилизація 299.
- Рого, операція 79, 80.
- Послѣдъ, осмотръ его 127.
- задержаніе его 48; — задержаніе оболочекъ 299; — задержаніе остатковъ 299.
- стдѣленіе его, нормальное 255; — преждевременное 224, 239; — ручное 48, 162; — по Duncan'у 255; — по Schultz'у 255; — при выкидышахъ 317; — при двойняхъ 287; — при placenta acreta 257; — при преждевременныхъ родахъ 317; — при retentio placentae 257, 282.
- причина эклампсіи 189.
- Послѣродовой періодъ, способность организма къ рассасыванію 279.
- Правацевскій шприцъ для діагноза внутробрюшиннаго кровотеченія 322.
- Пражскій способъ 38, 106, 179, 182.
- Предлежаніе пуповины 242.
- Предохранительный баллонъ по Ahlfeld'у 17, 18.
- Предупрежденіе поврежденій матери 59.
- Прижатіе двуручное 131. См. также Кровотеченіе, остановка его.
- Приемъ Credé 106, 127; — Cristeller'a 106; — Hofmeier'a 106; — Liepmann'a 283, 284, 287; — Müller'a 106; — Martin-Wiegand-Winckel'я 21, 22, 106, 156; — Ohlshausen'a 64; — Пражскій 38, 106, 179, 182; — Ritgen'a 65; — Siegemund 212; — Thorn'a 170, 179, 182, 184, 211; — Veit-Smellie 20, 106, 148.
- Прободеніе влагалищнаго свода метрейринтеромъ 37; — пальцами 320.
- матки корнцангомъ 315; — ложечкой для выскабливанія 307; — маточнымъ пинцетомъ 267; — при ручномъ отдѣленіи послѣда 162, 258; — щипцами 264.
- Продолжительность родовъ 3.
- Промежность, разрывъ 174, 175, 187; — разрывъ по Dührssen'у 203.
- Промываніе матки 48, 209, 319; — при выкидышахъ 304, 317.
- Профилактическій поворотъ при угрожающемъ выпаденіи пуповины 16, 111.
- Prochownik'овскій способъ оживленія недоношенныхъ дѣтей 249.
- Пуботомія см. Гебостеотомія.
- Пузырно-влагалищные свищи 187.
- Пузырный заносъ 321.
- Пузырь, функція его 4.
- вскрытіе его 4, 102; — искусственное 220, 221, 283; — преждевременное 4; — зондомъ 281; — метрейринтеромъ 225, 283; — пулевыми щипцами 304.
- при hydramnion 283; — при косомъ положеніи 121; — при placenta praevia 220; — у лихорадящихъ 292; — у экламптичекъ 201.
- Пузырь со льдомъ 267, 299, 319.
- Пулевые щипцы взазмѣнъ роторасширителя 28, 200; — взазмѣнъ языкодержателя 28, 200; — вскрытіе ими пузыря 220, 304; — захватъ передней губы 304.
- Пуповина, вправленіе ея 243; — выпаденіе ея 15, 102, 159, 242; — предлежаніе ея 242.

P. R*.

- Разрывъ матки 3, 90, 172, 187, 213, 272; — внѣбрюшинный 156; — вслѣдствіе поворота 41; — въ Vand'евскомъ кольцѣ 262, 264; — послѣ внѣматочной беременности 264; — послѣ кесарскаго сѣченія 264; — послѣ удаленія міомы 264; — самопроизвольный 264; — у дна 263, 264; — діагностика 261, 266; — этиологія 213, 261, 264.
- клитора 64, 69.

Разрывъ промежности 59, 69, 174, 175, 187; — при двойняхъ 289.
 — трубы 322.
 — шейки 18; — метрейринтеромъ 203; — при быстромъ извлеченіи 161; — при лобномъ предлежаніи 187; — при placenta praevia 218; — при поворотѣ по Braxton-Hicks'у 222.
 Ракъ беременныхъ 236; — дифференціальный диагнозъ 236; — клиническое леченіе 236; — шейки 237.
 Растяженіе живота, чрезмѣрное, при двойняхъ или hydramnion 281.
 Расширеніе матки, медленное 311; — форсированное 312.
 — шейки дилататоромъ Bossi 205; — дилататоромъ Hegar'a 201; — метрейринтеромъ 18, 37, 203; — палочками ламинариі 203, 312; — пальцемъ 200, 201, 204; — при преждевременномъ отдѣленіи послѣда 239; — тампонадоу 311; — упражненія на фантомѣ 329.
 Рахиотомъ Küstner'a 135.
 Резекція трубъ 297.
 Retentio placentae 48.
 Retroflexio uteri gravidi 307, 309.
 Ritgen'овскій приемъ 65.
 Родовой механизмъ, нормальный 58.
 Роды, показанія къ вмѣшательству 3; — продолжительность ихъ 3.
 — искусственные, при эклампсіи, pueritis gravidarum и chorea 214; — преждевременные, при воронкообразномъ тазѣ 119.
 Роженица, дезинфекція 19, 73; — наркозъ 30; — перевозка 94, 199; — подготовленіе и укладываніе 28.
 Роторасширитель 28, 200.
 Ручное отдѣленіе послѣда см. Послѣдъ.

C. S*.

Самоповоротъ 134.
 Сахарное мочеизнуреніе у роженицъ 282.
 Secacornin 309.
 Сердечные тоны у плода, измѣненіе ихъ 103.
 Сердечныя средства въ акушерствѣ: при анеміи 233; — при болѣзняхъ сердца 297; — при эклампсіи 213.
 Silvester'овскій способъ искусственнаго дыханія 214.
 Сколіотическій косо-сѣуженный тазъ 110.
 Совокупленіе, какъ причина инфекціи роженицъ 292.
 Сокращенія матки 3, 90; — судорожныя 133.
 Солевыя вливанія 142, 282; — при анеміи 213, 233.
 Стерилизація 297.
 Strophantus при болѣзняхъ сердца 297.
 Стрѣловидный шовъ, признакъ для опредѣленія положенія головки 58.
 Сфигмограммы у сердечно-больныхъ роженицъ 298.

T.

Тазовое предлежаніе, выпаденіе пуповины 159; — неправильное леченіе 162; — остановка родовъ 153; — примѣненіе петли 143; — примѣненіе тупого крючка 143.
 Тазовой выходъ, измѣреніе его 116.
 Тазовыя плоскости 53.
 Тазомѣръ Oslander'a 117.
 Тазъ воронкообразный 112.
 — косо-сѣуженный 110; — анкилотическій 110; — коксальгическій 110; — сколіотическій 110; — механизмъ родовъ 111; — Martin-Wiegand-Winckel'евскій приемъ 111; — поворотъ 111.
 — плоскій 101; — плоско-рахитическій 9, 14, 89; — механизмъ родовъ 9, 11.
 — узкій 4, 8; — обще-равномѣрно-сѣуженный 51, 142, 174; — измѣреніе его 8; — несоотвѣтствіе съ головкой 9, 36, 52; — вдавленіе головки 126; — наложеніе щипцовъ 11; — низведеніе ножки 142; — перфорация 70; — поперечное положеніе 121.
 — сравненіе различныхъ формъ 113.
 Tarnier'овскіе щипцы 64.
 Тампонада влагалища 131, 224, 311; — при atonia uteri 131; — при варикозныхъ узлахъ 296; — при выкидышахъ 304, 311; — при placenta praevia 224.
 — матки 267, 282.
 Thogn'овскій приемъ 170, 179, 182, 184, 211.
 Тракція, направленіе ея 63.
 Трахеальный катетеръ 125; — правильное примѣненіе его 249; — упражненія на фантомѣ 249, 329.
 Thrombus vulvae et vaginae 279.
 Трубная беременность 322.
 Трубный заносъ 322.
 Туберкулезъ у беременныхъ 299; — искусственный выкидышъ 299; — стерилизація 299.

У.

Узкій тазъ 4, 8; — вдавленіе головки 126; — низведеніе ножки 142; — наложеніе щипцовъ 11; — перфорация 70; — поперечное положеніе 121.
 Укладываніе роженицы 28.
 Упражненія на фантомѣ 324.
 Уродство плода 184; — двойное 153.

Ф. F*. V*.

Фантомъ акушерскій 325; — для изученія ручного отдѣленія послѣда 328; — Kamann'a 328.
 Veit, кесарское сѣченіе по—84.
 Veit-Smellie, ручной приемъ по—20, 106, 148.
 Foetus maceratus 134.
 Frank, кесарское сѣченіе по—84.
 Fritsch'евская давящая повязка 131, 228.

X. Ch*.

Chorea 214.
 Хлоралгидратъ у экламптичекъ 199.

Ч.

Черепное предлежаніе, выпаденіе пуповины 242.

Ш. Ch*. Sch*.

Champetier de Ribes см. Метрейризь и Расширеніе.

Шейка, разрывъ ея 18; 161, 187, 203, 218, 222.

— расширение ея дилататоромъ Bossi 205; — Hegar'a 201; — ламинарией 203, 31; — метрейринтеромъ 18, 37, 203; — пальцемъ 200, 201, 204; — тампонадой 311.

Schultz'евскій способъ отдѣленія послѣда 255.

Schultz'евскія качанія 249.

Щ.

Щипцы Collin'овскіе 26; — Naegele'вскіе 64; — пулевые 28, 200; — Tarnier'овскіе 64; — для метрейринтера 226.

— наложеніе ихъ 61; — подъ наркозомъ 59; — при тазовомъ стояніи головки 11; — при глубокомъ поперечномъ

стояніи 59; — при двойняхъ 289; — при задне-теменномъ предлежаніи 91, 209; — при узкомъ тазѣ 11, 41, 91; — при ягодичномъ положеніи 209.

Щипцы, поврежденія ими матерч 12, 59, 175, 184, 187; — плода 12, 184.

Э.

Эпилепсія 214; — сравнительный діагнозъ съ истеріей и эклампсией 187.

Эклампсія 188 189, 149; — дифференціаль-ный діагнозъ 188; — лечение въ послѣ-родовомъ періодѣ 213; — предупрежде-ніе 214.

Экламптики, кровотеченіе 211; — лечение 213; — перевозка ихъ 199.

Эрготинъ при выкидышахъ 309; — форма назначенія, рецепты 148, 309.

— Bombelon 282.

Я.

Ягодичное положеніе 140; — низведеніе ножки при—140; — при эклампсіи 196.

Языкодержатель 28, 200.