

ХИРУРГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

АТЛАСЪ

Dr. Oskar Schaeffer

ТОМЪ I

Атласъ и основы

ученія о родовомъ актѣ

оперативнаго акушерства

ИЗДАНИЕ ЖУРНАЛА

(ПРАКТИЧЕСК. МЕДИЦ.) В. С. ЗТТИНГЕРЪ.

№ 114. УЛ. ИМ. ЧЕРНЫШОВА 13.

Dr. Oskar Schaeffer,

АТЛАСЪ И ОСНОВЫ
УЧЕНІЯ О РОДОВОМЪ АКТѢ
И
ОПЕРАТИВНАГО АКУШЕРСТВА.

Съ 18 раскрашенными таблицами по оригиналамъ художника А. Schmitson'a и 139 рисунками.

Переводъ съ 5 дополненнаго вѣмецкаго изданія
д-ра **В. Ф. Зибольда.**

РУССКОЕ ИЗДАНИЕ ТРЕТЬЕ.

Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshilfe von Dr. Oskar Schaeffer, Privatdozent der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Heidelberg. Mit 16 bunten Tafeln nach Originalen von dem Maler A. Schmitson und 139 Abbildungen. Fünfte erweiterte Auflage. Muenchen 1900.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе журнала «Практическая Медицина» (В. С. Эттингеръ).

Улица Жуковскаго, 13.
1903.

Дозволено цензурою. Спб., 4 Февраля 1903 г.

Тилографія В. С. Эттингера, улица Жуковскаго, 13

Предисловіе къ пятому изданію.

Относительно «программы» этого атласа, болѣе подробнаго изложенія родового акта и оперативнаго акушерства путемъ быстро понимаемыхъ рисунковъ, я отсылаю къ прилагаемому предисловію къ 4-му изданію.

Это пятое изданіе отличается отъ предыдущихъ приложеніемъ многочисленныхъ раскрашенныхъ таблицъ, придерживаясь взгляда, изложеннаго въ атласѣ II, привести данныя ощупыванія въ комбинацію съ данными, полученными на разрѣзахъ замороженныхъ препаратовъ. Только эти разрѣзы вовсе не даютъ намъ точной картины, отвѣчающей живой эластичности и функціи; лишь сравненіе съ многочисленными точными наблюденіями у постели даетъ возможность судить о посмертныхъ, фиксированныхъ немедленнымъ оплотненіемъ анатомическихъ данныхъ.

Текстъ пополненъ лишь нѣкоторыми, научно подтвержденными наблюденіями.

Но и при дополненіи этого изданія я долженъ принести искреннюю благодарность какъ издателю, такъ и художнику А. Schmitson'у.

Гейдельбергъ, январь 1900 г.

O. Schaeffer.

Предисловіе къ четвертому изданію.

Необходимость столь быстраго подготовленія этого, четвертаго изданія ясно указываетъ намъ, что идея, доставить какъ практику, такъ и учащемуся практическія основы оперативнаго акушерства, оказалась весьма удачною. Въ виду этого, придерживаясь той же тенденціи, я увеличилъ это изданіе на нѣсколько главъ, обнимающихъ собою вкратцѣ самыя вѣрные способы искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, а также хирургически - акушерскія вмѣшательства. Кромѣ того, текстъ просмотрѣнъ согласно новѣйшихъ воззрѣній, наблюденій и способовъ.

Распредѣленіе текста слегка разнится отъ распредѣленія въ другихъ учебникахъ; я руководствовался при этомъ практическими причинами. Такимъ образомъ произведено дѣленіе родовыхъ положеній не только на благопріятныя и неблагопріятныя, но и на условно благопріятныя — значить, на три группы.

Операции описаны мною въ видѣ «чисто - акушерскихъ на ребенкѣ и яйцѣ» и «хирургически-акушерскихъ на матери», далѣе раздѣлены на 1) подготовительныя, 2) способствующія разрѣшенію и 3) на производимыя тотчасъ послѣ родовъ, начиная каждый разъ съ самой нѣжной, кончая самымъ энергичнымъ, опаснымъ способомъ. При этомъ я имѣлъ въ виду не только болѣе легкое изученіе, но и напоминаніе, начинать всегда съ самаго нѣжнаго, консервативнаго способа, что для практика болѣе удобно и даетъ больше шансовъ на благопріятный результатъ.

Гейдельбергъ, 1896 г.

O. Schaeffer.

Отдѣлъ А.

Родовой актъ въ практически-акушерскомъ отношеніи.

Введеніе.

Представляется-ли «положеніе, вставленіе, позиція» ребенка благопріятнымъ для рожденія, зависитъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ отъ формы и величины плода и родового канала, значить, главнымъ образомъ таза. Хорошо развитый, вполнѣ доношенный ребенокъ выталкивается черезъ тазъ обыкновенныхъ *физиологическихъ* размѣровъ и формы при нормальномъ въ остальномъ отношеніи мягкихъ частей легче и благопріятнѣе всего при *предлежащей головкѣ*, т. е. при *черепномъ положеніи*, причемъ при прорѣзываніи черезъ тазъ ниже всего стоитъ задняя темянная часть. Это «*задне-темянное вставленіе*» является самымъ благопріятнымъ для *нормальныхъ* тазовъ (табл. I и III). *Совершенно иначе обстоитъ дѣло при патологическихъ тазвахъ; при общесъуженныхъ* тазвахъ опускается затылокъ еще больше; наступаетъ *затылочное* вставленіе (рис. 23); это прорѣзаніе представляется самымъ благопріятнымъ, такъ какъ голова можетъ быть при этомъ вытянута въ длинную, узкую пирамиду, соотвѣтственно общесъуженной формѣ таза. Иначе при *плоскомъ* тазѣ; *лобнозатылочный* діаметръ дѣтской головки могъ бы совершенно *удобно* пройти черезъ поперечный діаметръ тазового входа: но головка слишкомъ *широка* для *конъюгаты*. Очевидно, является довольно частой разновидностью обыкновеннаго черепного положенія (болѣе часто, чѣмъ до сихъ поръ предполагалось), если лежащая кзади темянная кость какъ-бы подымается кверху по *promontorium*, такъ что сагитальный шовъ приближается болѣе къ

последнему. Это такъ наз. „косое направление *Nägele*“ оказывается, однако, при плоскомъ тазѣ самымъ благопріятнымъ вставленіемъ головки! (Табл. IX и рис. 10 въ текстѣ).

Только что описанныя условія очень простыя и могутъ быть изучены почти механически: *аналогичныя и часто болѣе сложныя размышленія приходится производить при всякой дистокіи, а также при каждой аномалии положенія, вставленія и позиціи ребенка, пока акушеромъ будетъ оставлено, основанное на его наблюденіяхъ, выжидательное положеніе и приступлено къ оперативному вмѣшательству, къ усиленію естественныхъ силъ!*

Съ другой стороны, существуютъ положенія и вставленія, которыя уже сами по себѣ служатъ безусловными показаніями къ оперативному вмѣшательству. Аномалии членорасположенія получаютъ значеніе для родовъ лишь въ томъ случаѣ, если этимъ вызывается неправильное положеніе или вставленіе подлежащей крупной части.

Такимъ образомъ можно различать 3 группы положеній и вставленій ребенка при родахъ ¹⁾:

¹⁾ Раздѣленіе положеній и вставленій.

A. Продольныя положенія.

| I. Головные положенія. | | II. Тазовыя положенія. | |
|---|---------------------------------|------------------------|--|
| а. Черепныя пол. | б. лицевыя пол. | 1. Вставленіе копчика. | |
| 1. Вставл. затылка. | 1. Подбород. 3. | 2. » • коц. и пятокъ. | |
| 2. » передн. части гол. | спереди. 4. неполн. ножное пол. | 3. » колѣнъ. | |
| 3. » лба | 2. » сзади. 5. полное » » | | |
| вмѣстѣ съ косыми 2. полож., вставл. затыл. кости и низкимъ поперечн. положеніемъ. | | | |

B. Косыя (плечевыя) и поперечныя положенія.

Частота положеній:

- 93,0% черепное положеніе (I:II = 2:1),
- 0,8 » лицевое и лобное положенія,
- 4,6 » ягодичное положеніе (I:II = 1,2:1),
- 1,6 » косыя и поперечныя положенія.

Группа I. Благоприятныя для эйтокіи (при фізіологическихъ отношеніяхъ родового канала и ребенка) положенія и вставленія ребенка:

1. **Черепныя положенія.**

- а) **Затылочныя положенія** или I и II черепныя положенія (табл. I—VII, рис. 1—14, 24, и 1, 2 въ текстѣ) и ихъ разновидности (§ 1);
 - б) **темянныя** положенія, характеръ выхожденія I съ приближеннымъ къ груди подбородкомъ или III и IV черепныя положенія (рис. 25, 26, и 5 и 6 въ текстѣ) (§ 2).
2. **Лицевыя положенія**, подбородокъ спереди (рис. 34—39 и 7 въ текстѣ) (§ 3).
3. **Тазовыя положенія** (рис. 60—70 р.р., и 9 въ текстѣ) (§ 4).
- а) Копчиковое положеніе (табл. VIII, рис. 60);
 - б) копчико-пяточное положеніе (рис. 59);
 - в) колѣнное положеніе;
 - г) полное (рис. 44) и
 - д) неполное ножное пол. (рис. 86)
- } менѣе благоприятны!

Группа II. Обусловленныя патологическими формами или другими типичными причинами, но для нихъ специфически благоприятныя (или неблагоприятныя) положенія:

1. „**Косыя**“ (косости) **черепныя положенія**, наблюдаемыя въ меньшей степени часто и при нормальныхъ тазяхъ:

- а) косое положеніе *Solayrès'a* (стрѣловидный шовъ въ *косомъ* діаметрѣ тазового входа (рис. 24)—какъ разновидность при пояснично-крестцово-кифотическомъ воронкообразномъ тазѣ съ *переднеовальнымъ* тазовымъ входомъ или также при общесъуженномъ тазѣ;
- б) поворотъ стрѣловиднаго шва въ *conjugata introitus pelvis* (§ 6);
- в) передне-темянное вставленіе *Nägele* (переднее ушное вставленіе) (рис. 21 и 10 въ текстѣ) (§ 7);
- г) задне-темянное вставленіе *Litzmann'a* (заднее ушное вставленіе), обыкновенно менѣе благоприятное! (рис. 22 и 11 въ текстѣ) (§ 8);

- e) *болше низкое опусканіе большого* родничка (табл. IX, рис. 27) (§ 9); эти три с—е при плоскомъ (прямо-сѣуженномъ) тазѣ;
 - f) затылочное вставленіе *Roederer'a* (рис. 23), при обще-равномѣрно-сѣуженномъ тазѣ, часто въ комбинаціи съ а и b (§ 10).
2. *Болше низкое поперечное стояніе* при черепныхъ (рис. 12 въ текстѣ) и лицевыхъ положеніяхъ (§ 11).
 3. При малыхъ плодахъ въ косомъ положеніи: «саморазвитіе» и выходженіе «*conduplicato corpore*» (рис. 52—56) (§ 12).

Группа III. Положенія и вставленія ребенка, обусловливающія *дистокію* сами по себѣ:

1. При *головномъ положеніи*—положенія дефлексіи:
 - a) *боковое упирание* на одну изъ подвздошныхъ костей (срав. § 23 c) и послѣдующія дефлексіи b—d;
 - b) *передне-темянное* вставленіе, характеръ выходженія II съ отдаленнымъ отъ груди подбородкомъ (при ненормальныхъ сопротивленіяхъ, рис. 27, 28) (§ 13);
 - c) *лобное* вставленіе при большой головкѣ, въ особенности если подбородокъ сзади (рис. 29—33, и 13 въ текстѣ) (§ 14);
 - d) *лицевое* вставленіе, подбородокъ сзади (рис. 40—42, и 8 въ текстѣ) (§ 15);
 - e) среднее упирание на тазовой входъ (§ 23 c) и крайняя его дефлексіа f;
 - f) *переднее* и *заднее* ушное вставленіе (§ 16);
 - g) *плотное упирание* между *promontorium* и *os ilei* (плоскій тазъ);
 - h) *втискиваніе* въ малый тазъ (обще-сѣуженный) = *paragomphosis* (ср. затылочное вставленіе и § 23 c);
 - i) *затираніе* (предлежащая головка съ выпаденіемъ конечности).
2. При *тазовыхъ положеніяхъ*:
 - a) съ поворачиваніемъ послѣдующаго затылка *сзади* (§ 18);

- а) подбородокъ приближенъ къ груди; сначала рождается лицо (рис. 93) (болѣе благоприятно);
 - б) подбородокъ *удаленъ* отъ груди, сначала рождается затылокъ (рис. 92).
 - в) Втискиваніе лежащей впереди руки (§ 18).
 - с) Ножныя положенія (табл. XI, рис. 44 и 86 (§ 17)).
3. *Косыя и поперечныя* положенія (обыкновенно плечевое вставленіе), табл. X, рис. 48 р.р., 75 р.р. (§ 19).

Группа I: Благоприятныя для зйтокіи положенія ребенка (позиціи, положенія, вставленія).

ГЛАВА I.

Черепныя положенія

бываютъ *прямыя* или *продольныя положенія*, т. е. продольная ось ребенка лежитъ по направленію продольной оси родового канала (=опредѣленіе продольныхъ положеній) и находится «прямо», т. е. вертикально надъ тазовымъ входомъ.

Самыми частыми положеніями являются черепныя: *задняя темянная часть* черепа «вставляется» въ малый тазъ, прощупывается при изслѣдованіи какъ «предлежащая» часть. Эти *положенія* (*situs*) представляются самыми *благоприятными*, такъ какъ головка, въ виду равномернаго своего округленія, растягиваетъ при этомъ мягкія части самымъ нѣжнымъ образомъ (послѣ плоднаго пузыря), а также вслѣдствіе того, что послѣ выхода этой самой *крупной* части тѣла легко слѣдуетъ туловище ребенка. *Вставленіе темени* является самымъ благоприятнымъ, такъ какъ периферія прорѣзанія головы представляется самой меньшей ихъ всѣхъ вставленій (*peripheria suboccipito-bregmatica* = 32 см.) и

такъ какъ головка при этомъ положеніи шейной части позвоночнаго столба обладаетъ самой большей экскурсионной способностью соотвѣтственно искривленію тазовой линіи ¹⁾).

Спинка ребенка лежитъ въ два раза чаще въ лѣвой половинѣ матки ²⁾); при *всѣхъ продольныхъ положеніяхъ* мы называемъ эту *positio*—I «подраздѣленіемъ», спинка справа—II. Такимъ образомъ мы различаемъ здѣсь I и II черепное положеніе.

Значить, при I черепномъ положеніи мы находимъ спинку ребенка слѣва, мелкія части справа, именно при покоѣ матки *спинка* направлена *кзади*, такъ что сердечные тоны слышны прямо отъ груди ребенка между прощупываемыми конечностями (ср. табл. II и IV). Обыкновенное членорасположеніе ребенка, т. е. отношенія положенія отдѣльныхъ частей ребенка къ туловищу и другъ къ другу,—получается вслѣдствіе приживанія дѣтскаго организма къ яйцевидной маточной полости въ виду разницы въ податливости и гибкости, существующей между головой и туловищемъ съ конечностями и при условіи группировки на возможно

¹⁾ Дугообразная линія, отвѣчающая соединенію срединъ всѣхъ конъюгатовъ отъ тазового входа къ выходу.

²⁾ Причина: *Косое положеніе матки*, лѣвый край которой направленъ чаще впереди, въ комбинаціи съ лумбальнымъ лордозомъ позвоночнаго столба и съ физиологической *dextropositio uteri*. Къ концу беременности *кзади* лежитъ и *спинка*; значить, только что описанныя анатомическія причины наступаютъ полностью лишь вслѣдствіе *потугъ*, въ формѣ отгѣсненія *спинки* впереди, между тѣмъ какъ до этого все зависитъ отъ *тяжести ребенка* (вслѣдствіе большей тяжести печени, значить, *правой половины*) (ср. табл. II и IV съ I, III, V и т. д.). При II черепномъ положеніи (*спинка* справа) *спинка* поворачивается вправо менѣе интенсивно; вслѣдствіе этого наступаютъ болѣе легко повороты передней части головы впереди (предлежанія передней части головы). У японокъ отношеніе I:II положенію обратное. При пояснично-крестцово-кифотическихъ воронкообразныхъ тазахъ наблюдаются оба положенія одинаково часто и гораздо чаще, чѣмъ положенія передне-темянныя въ тазовомъ входѣ.

маломъ пространствѣ. Ребенокъ относится къ этому почти пассивно; эластичность матки допускаетъ отклоненія во всѣ стороны, но одновременно *активное сокращеніе* матки *вдвигаетъ* ту часть, на которую сила можетъ дѣйствовать энергичнѣе всего и которая менѣе гибкая, въ нижній, менѣе сократимый сегментъ матки; этой частью оказывается голова (ср. табл. II, III, VI).

Чѣмъ больше увеличивается въ отдѣльные мѣсяцы беременности головка въ *объемъ* и *плотности*, тѣмъ больше при раннихъ родахъ число *черепныхъ* положеній къ нормальному концу беременности.

Такимъ образомъ получается *прямое положеніе* ребенка, именно *черепное положеніе*. Причиной служитъ грушевидная форма матки. Спинка сгибается; конечности, флектированныя во всѣхъ частяхъ, выполняютъ вогнутость передней поверхности туловища, между согнутой—прилегающей подбородкомъ къ груди—головой и тазовымъ концомъ. Руки сложены на груди крестомъ, ноги прилегаютъ къ животу (табл. I).

Это *физиологическое членорасположеніе* (рис. 4) ребенка одинаково важно для полученія благоприятнаго родового положенія, какъ и соответствующее вставленіе черепа въ тазъ для изгнанія, т. е. *отношеніе различныхъ діаметровъ предлежащихъ частей къ діаметрамъ таза* (напр. стрѣловидный шовъ, вертикальная лицевая линія, поперечный діаметръ таза ребенка), или также при *изслѣдованіи* характерно *прощупываемыхъ частей* (напр. роднички, подбородокъ) (рис. 1—13 въ текстѣ).

§ 1. Затылочные положенія (I и II черепныя положенія) и нормальное теченіе родовъ вообще, а также его леченіе (рис. 1—20, табл. I—VII).

Роды начинаются съ *отдѣленія верхушки яйца отъ маточной стѣнки* (констатированіе плодной оболочки въ каналѣ шейки, начало растяженія внутренняго маточнаго зѣва,—незначительное кровотеченіе) и у I р. съ *открытія наружнаго маточнаго зѣва* (табл. III и IV, рис. 1) (у многорожавшихъ зѣвъ открытъ въ теченіе послѣднихъ 5 мѣсяцевъ, рис. 2); головка вступаетъ въ

Табл. I. Данныя ощупыванія къ концу беременности у *pluripara*: Брюшные покровы дряблые, даже *отвислый животъ*, между тѣмъ какъ матка еще удовлетворительной эластичности и соответственно этому крѣпкой формы (*uterus fusiformis*) Матка отклонена, какъ обыкновенно, вправо и повернута *кпереди* своимъ лѣвымъ краемъ, вслѣдствіе чего ясно прощупывается лѣвая круглая связка. Какъ послѣдствіе отвислаго живота мы прощупываемъ въ *fundus* весь копчикъ и оба бедра, какъ-бы надвигающіяся на изслѣдующій палецъ, и брюшную стѣнку. *Спинка* направлена въ сторону и вправо, такъ что прощупывается лишь лѣвый ея край. *Головка* прошла уже черезъ *тазовой входъ*—послѣдствіе напряженности маточныхъ волоконъ; мы прощупываемъ лишь малenkій плотно стоящій сегментъ. *Сердечные тоны* слышны справа бѣлой линіи, *соответственно лѣвому краю спинки* (II черепное положеніе). Замѣчательно еще физиологическое расположеніе конечностей къ туловищу.

Табл. II. Данныя ощупыванія къ концу беременности у много-рожавшей съ упругими брюшными покровами и съ дряблою маткой: *Спинка* ребенка, соответственно тяжести (при спинномъ положеніи беременной) направлена *кзади* и вправо, такъ что *спереди* мы ясно прощупываемъ всѣ 4 конечности и слышны *сердечные тоны*, повидимому, не отвѣчая правостороннему положенію (II) спинки, болѣе по срединной линіи и болѣе равномерно ясно по большей плоскости брюшной стѣнки. *Головка* находится, какъ это обыкновенно бываетъ у многорожавшихъ, въ это время, еще до потугъ, *подвижно* надъ и въ тазовомъ входѣ; прямой ея діаметръ находится поперекъ таза. Дряблость маточной стѣнки узнается по крайне легкому прощупыванію конечностей и по ихъ *свободной* подвижности, какъ это видно, напр., на нашей таблицѣ, гдѣ лѣвая, почти выпрямленная конечность растягиваетъ лѣвую сторону передней стѣнки дна матки.

«нижній сегментъ матки», у многорожавшихъ въ большинствѣ случаевъ лишь теперь въ малый тазъ, гдѣ у I р. онъ находится уже въ это время (послѣдствіе напряженныхъ еще брюшныхъ покрововъ) (ср. табл. II съ I, III и т. д., рис. 1, 2). Вслѣдствіе наступленія теперь «истинныхъ потугъ открыванія» (*dolores praeparantes*, узнаются по сильному сокращенію отвердѣвающей матки) подымается кольцо сокращеній (табл. VI и VII) выше тазового входа ¹⁾).

¹⁾ Если кольцо сокращеній находится на ладонь выше симфиза или даже на уровнѣ пупка, то существуетъ опасность для чрезмѣрно растянутого «нижняго сегмента матки».





Разница начала родовъ ¹⁾

у I пара (рис. 1) и многопложавшихъ (рис. 2).

Vulva: мало зияеть,
Vagina: узкая, грубая,
Portio: мягкій, разрыхлен-
ный сосокъ.

Наружный маточный зѣвъ:
закрѣтъ острымъ краемъ
до IX мѣсяца; послѣ этого
открытъ для ногтевого
фаланга,

если проходимъ: роды че-
резъ нѣсколько дней.

Внутренний маточный зѣвъ:
закрѣтъ, часто открытъ
раньше, чѣмъ наружный;
открывается *sub partu*
вмѣстѣ съ *servix* раньше,
чѣмъ наружный маточ-
ный зѣвъ.

Головка находится къ концу
беременности въ маломъ
тазу.

Зияеть, бываютъ рубцы.
широкая, мягкая, гладкая.
не сосокъ, а мягкій рас-
пухшій лоскутъ.
открытъ съ V мѣсяца, не
имѣется остраго края, съ
выемками.

если каналъ шейки легко
проходимъ: роды черезъ
14 дней.

открывается на IX мѣсяцѣ.

до наступленія родовъ надъ
тазовымъ входомъ и мало
вступила въ малый тазъ,
такъ что еще совершенно
подвижна.

Производство наружныхъ и внутреннихъ *способовъ из-
слѣдованія* описано въ атласѣ II, 2 изд., гл. I—III!

Наружное изслѣдованіе (ощупываніе и аускультация) должно выяснитъ *существованіе* ребенка (именно живого!), *положеніе* его и *вставленіе* подлежащей части, значитъ, въ данномъ случаѣ головы, *въ малый тазъ*: спинка слѣва, мелкія части справа; сердечные тоны *слѣва* по серединѣ между пупкомъ и Sp. ant. sup. Такъ какъ черезъ утончающуюся стѣнку матки (*segmentum chartaceum*) прощупываются въ переднемъ влагалищномъ сводѣ къ концу беременности уже ясно швы и роднички, то уже съ этого времени мы въ состояннн, безъ вставленнаго плоднаго мѣшка, опредѣлить положеніе подлежащей части.

¹⁾ *Partus maturus* наступаетъ на 38—41 недѣлю, считая 3 мѣсяца и 7 дней назадъ отъ послѣдней менструаціи. Средняя продолжительность беременности 265—280 (—302) дней.

Табл. III. I черепное положеніе въ періодъ раскрытія во время потуги (сагиттальный разрѣзъ черезъ туловище): матка выпрямлена; спинка ребенка повернута *кпереди* (влѣво); туловище выпрямлено; fundus uteri плотно прилегаетъ къ копчику. Каналь шейки расширяется потугой изнутри кнаружи; плодный пузырь вдается въ каналъ. Головка находится вся въ маломъ тазу, затылокъ *слѣва*—спереди.

Табл. IV. II черепное положеніе въ періодъ раскрытія во время паузы послѣ потуги: матка *дряблая* и утерла свое выпрямленіе; матка слѣдуетъ формамъ ребенка и прилегающихъ органовъ матери и *перегибается* напр. надъ симфизомъ, образуя здѣсь *вытягиваніе*. Спинка ребенка повернулась снова на правую *сторону* (II положеніе) и слегка *кзади*, какъ это мы наблюдали къ концу беременности и еще во время начала родовъ. Но и *положеніе ребенка флектировано въ сторону*, какъ-бы спалось, что сказывается *вставленіемъ головки временнымъ экстрамедианнымъ* отклоненіемъ стрѣловиднаго шва. Головка находится самой большей окружностью по діагонали тазового прохода; правая темянная кость прощупывается на большемъ протяженіи вслѣдствіе лѣвосторонняго отклоненія сагиттальнаго шва. Разслабленной представляется и шейка матки съ плоднымъ пузыремъ.

Данныя ощупыванія при вхожденіи головки въ I. затылочномъ положеніи въ тазовой входъ (таб. I и II, рис. 3): маточный зѣвъ у I- и ригора какъ указано выше! Стрѣловидный шовъ въ *поперечномъ* діаметрѣ таза, малый родничекъ (и спинка) *слѣва*! Ниже всего предлежить: стрѣловидный шовъ между большимъ и малымъ родничками. Темянныя кости стоятъ одинаково низко, стрѣловидный шовъ обыкновенно по серединѣ между симфизомъ и promontorium.

Довольно часто наблюдаются косыя направленія (Obliquität) Naegele, Litzmann'a и Solayrès'a, рѣже Roederer'a: NO = стрѣловидный шовъ ближе къ promontorium, значить, передняя (правая) темянная кость болѣе низко;—LO = стрѣловидный шовъ ближе къ симфиу, значить, задняя (лѣвая) темянная кость болѣе низко;—RO = малый родничекъ болѣе низко, вслѣдствіе чего прямо предлежить (значить, подбородокъ ближе къ груди);—SO = стрѣловидный шовъ въ I *косомъ* діаметрѣ тазового входа (рис. 21, 22, 24, 28 въ текстѣ).

Въ это время родильница можетъ еще ходить.





При болѣе глубокомъ опусканіи въ малый тазъ происходитъ I поворотъ головки *вокругъ поперечной оси*:¹⁾ болѣе низкое опусканіе *малого родничка* (рис. 4)—послѣдствіе «давленія позвоночнаго столба плода».

Вступленіе въ узкую часть таза ведетъ къ II повороту, *вокругъ малаго косою діаметра головы*; *перемѣщеніе кпереди малаго родничка* (табл. III и IV, рис. 5)—послѣдствіе увеличенія прямого діаметра въ маломъ тазу къ выходу, причемъ вдающіяся въ тазовой просвѣтъ *spinae ischii* увеличиваютъ препятствіе. Самая большая окружность черепа находится теперь въ наружномъ маточномъ звѣвѣ, такъ что плодный пузырь вдается во влагалище (рис. 4). Родильницы, въ особенности *pluriparae*, должны лечь въ постель, обыкновенно на спину. (Окончаніе періода раскрытія: боли меньше; съ этого момента участіе принимаетъ брюшной прессъ, вслѣдствіе чего родильница краснѣетъ, потѣетъ—характерные стоны при натуживаніи).

Данныя ощущенія при вступленіи въ узкую часть таза (I и II поворотъ головы) (рис. 1 въ текстѣ): плодный пузырь стоитъ низко во влагалищѣ и лопається при маточномъ звѣвѣ въ 5—7 см., т. е. величиною въ ладонь. Головка немедленно обхватывается маточнымъ звѣвомъ, она препятствуетъ вытеканію околоплодной жидкости, покрываетъ *интерспинальную линію*.

Съ этого момента начинаются повороты: (начало періода изгнанія) малый родничекъ прощупывается болѣе низко и болѣе влѣво *спереди* (рис. 1 и 3 въ текстѣ); *стрѣловидный шовъ въ I или въ правой тазовой діагонали* (отъ правой *articul. sacroil.* къ лѣвому *tuberc. ileorub.*).

Къ *тазовому выходу* попадаетъ находящаяся теперь во влагалищѣ головка при законченномъ «внутреннемъ поворотѣ» (I и II) и начинаетъ растягивать *vulvam*

¹⁾ Головка производитъ 3 поворота *sub partu*: 1) опущеніе, 2) винтообразное движеніе, 3) дугообразное движеніе.

(табл. V и VI, рис. 5, 6, 7). Возобновление болей (dolores conquassantes вследствие давления на plexus sacrales), позывъ на низъ (вслѣдствіе сокращенія mm. levatores ani по причинѣ давленія на мышцы кишекъ). Стрѣловидный шовъ въ *прямомъ* диаметрѣ (рис. 4 въ текстѣ).

Данныя ошупыванія при вступленіи въ тазовой выходъ (рис. 5): малый родничекъ находится позади симфиза; стрѣловидный шовъ въ conjugata; vulva зіяетъ, область промежности и заднего прохода выпячены (табл. V и VI, рис. 7). *Предохранить промежность* (рис. 9—11).

III поворотъ, т. е. поворотъ вокругъ поперечной оси головки при удаленіи подбородка отъ груди (рис. 6, 8),—происходитъ при *выхожденіи* такимъ образомъ, что шея упирается въ симфизъ, затылокъ ротирруется вокругъ послѣдняго и голова принимаетъ положеніе экстензіи,—послѣдствіе препятствія тазового дна. Прорѣзающаяся periph. subocc.-bregmat. = 32 см. (табл. VI и VII).

Родильницѣ можно придать *лѣвое боковое положеніе*.

Данныя во время предохраненія промежности (рис. 9): сначала въ vulva показывается волосистая часть, затылокъ; правымъ большимъ и указательнымъ пальцами защищаютъ уздечку, которая находится въ самой большой опасности, стягивая съ боковыхъ частей губъ кожную ткань, прикладывая одновременно thepat къ промежности и прижимая головку къ симфизу, поворачивая его вокругъ послѣдняго. Если вслѣдствіе напряженія frenulum становится тѣмъ не менѣе безкровнымъ, то его разрѣзаютъ *боковымъ надрѣзомъ* возможно глубже (въ случаѣ необходимости черезъ фасцію и m. constrict. cunnii) при помощи ножницъ Cowper или пуговчатого ножа для эпизиотоміи. При этомъ запрещаютъ натуживаться. Необходимо еще замѣтить, что раны вслѣдствіе эпизиотоміи заживаютъ часто болѣе плохо, чѣмъ разрывы промежности

незначительной степени, — далѣе, что разрывы часто не предупреждаются производствомъ эпи-зиотомии.

Во время потугъ головку удерживаютъ другой (лѣвой) рукой пока не родится большой родничекъ. Выхождение головки удается регулировать въ это критическое для промежности время натуживаніемъ внѣ потугъ. Во время паузы потугъ промежность оттягиваютъ къзади, такъ что послѣдовательно выступаютъ передняя часть головы, лобъ, носъ, подбородокъ. Лицо поворачивается къ правому бедру матери. Головная опухоль находится на правой темянной кости (рис. 12, 13).

При такъ наз. «чрезмѣрномъ поворотѣ» показывается малый родничекъ въ послѣдній моментъ подъ правой вѣтвью лобковой кости, такъ что лицо поворачивается къ лѣвому бедру, но болѣе къзади; плечи прорѣзаются какъ при II черепномъ положеніи. Чрезмѣрный поворотъ начинается нерѣдко уже въ раннемъ стадіи родовъ (см. табл. III).

Рожденію лица способствуютъ 3 ручными приѣмами, изъ которыхъ первые два предохраняютъ одновременно промежность и прижимаютъ лобъ и лицо къ симфизу и выворачиваютъ ихъ черезъ промежность.

а) При приѣмѣ *Ritgen-Fehling's* нажимаютъ рукой подъ крестцовой костью снаружи (рис. 10);

б) при приѣмѣ *Smellie-Ritgen's* вводятъ указательный или два пальца въ rectum выше лица и производятъ давленіе на подбородокъ (рис. 11);

с) при приѣмѣ *Hohl's* проводится головка черезъ симфизъ при помощи захватыванія за большой родничекъ.

Прорѣзаніе туловища (рис. 12, 13) происходитъ такимъ образомъ, что переднее плечо выступаетъ изъ подъ симфиза, послѣ чего проходитъ по промежности заднее плечо и слѣдуетъ туловище. Все туловище покидаетъ тѣло матки уже въ то время, когда головка давитъ на промежность (табл. VI и VII). Матка обхватываетъ туловище при этомъ такъ крѣпко, что оно выпрямляется, послѣ чего кольцо сокращенія отходитъ кверху, преимущественно вдоль спины ребенка, такъ что въ концѣ концовъ кончикъ выходитъ сбоку (слѣва) и тотчасъ позади круглой связки подъ валикомъ и

Табл. V. I черепное положение въ периодѣ изгнанія послѣ разрыва пузыря (сагиттальный разрѣзъ черезъ туловище): выпрямленная матка прилегаетъ дномъ къ копчику выпрямленного ребенка. Вставленная почти въ conjugata тазового служенія головка начинаетъ растягивать промежность. Спинка находится слѣва.спереди (I положеніе); туловище находится еще цѣликомъ въ маткѣ.

вступаетъ въ нижній сегментъ матки. Въ это время со-
держитъ тѣло матки лишь нижнія конечности и около-
плодную жидкость, а также брюшную поверхность ре-
бенка (табл. VII).



Рис. 1. I затылочное положеніе. Стрѣловидный шовъ на-
ходится въ I косомъ діаметрѣ тазового служенія.

Болѣе часто, чѣмъ вышеприведенный «чрезмѣрный по-
воротъ» наблюдается еще, что головка рождается нормально;
между тѣмъ какъ плечи прорѣзаются въ обратномъ косомъ
діаметрѣ, значитъ, здѣсь, напр., выходитъ лѣвое плечо изъ
подъ симфиза.

Способствованіе выхожденію туловища (рис. 13):
какъ только родилась головка, то немедленно не-
обходимо ощупать на шеѣ *пуповину*, расслабляя
ее въ случаѣ необходимости (рис. 12), т. е. при
обвиваніи оттягиваютъ ее назадъ черезъ голову
и плечи.

Производимымъ при ручномъ приѣмѣ *Kristeller'a* дав-
леніемъ черезъ брюшные покровы на дно матки и ту-
ловище, способствуютъ дальнѣйшему изгнанію (рис. 13).
Прорѣзаніе плеча ускоряютъ соотвѣтствующимъ легкимъ



оттягиваніемъ и наклоненіемъ головы или введеніемъ указательнаго пальца въ болѣе легко доступную (обыкновенно заднюю) подмышковую впадину (со стороны спины) (рис. 110). Послѣ выведенія задняго плеча



Рис. 2. II затылочное положеніе. Стрѣловидный шовъ находится во II косомъ діаметрѣ тазового суженія.



Рис. 3. I затылочное положеніе при разсмотрѣніи сверху. Положеніе отвѣчаетъ рис. 2.

(значить, при I черепномъ положеніи лѣваго) черезъ промежность, наклоняють голову и вытаскивають изъ подъ симфиза переднее плечо безъ или съ вытягиваніемъ за подмышковую впадину; если рождается вторымъ заднее плечо, то головку приподымають.

Табл. VI. I черепное положеніе при врѣзаніи головки въ vulva во время сильной потуги (сагитальный разрѣзъ черезъ туловище): между тѣмъ какъ затылокъ становится видимымъ въ половой щели надъ сильно выпяченной и растянутой промежностью, отходить сократившееся дно матки по туловищу ребенка вдоль спинки кверху и выталкиваетъ туловище вмѣстѣ съ копчикомъ въ нижній сегментъ матки; *утолщенное дно сидитъ на ребенкѣ въ видѣ шапки и содержитъ лишь конечности и околоплодную жидкость.*

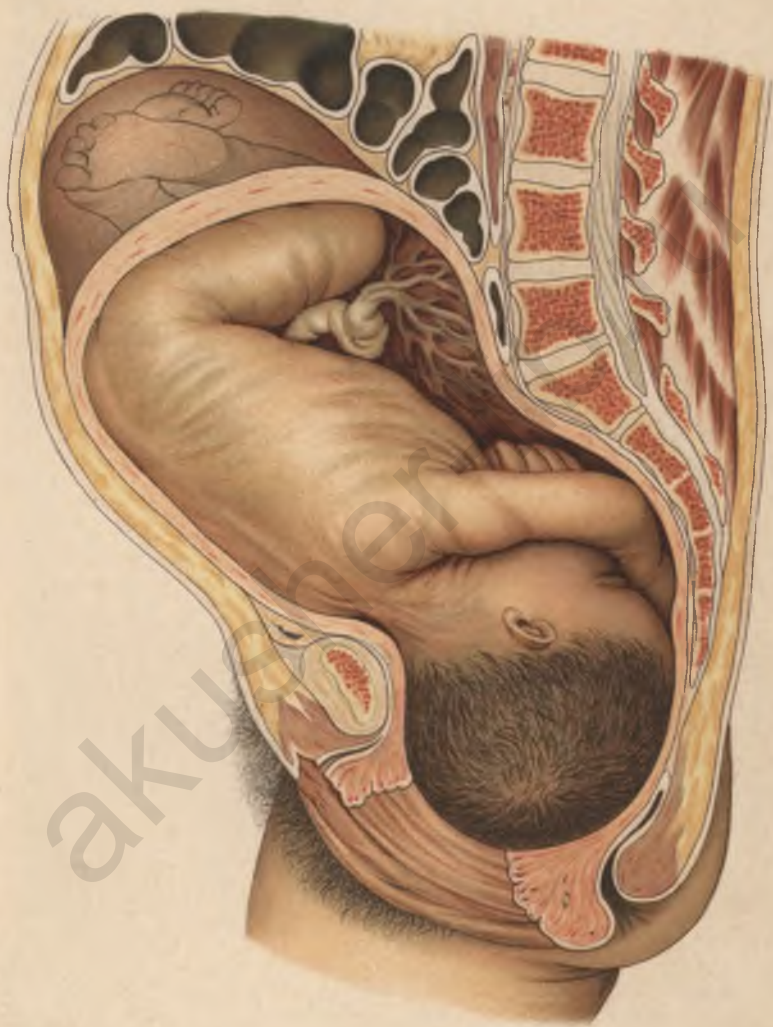


Рис. 4. Затылочное положеніе. Головка прямымъ діаметромъ въ conjugata тазового выхода. (NB. Головка, для большей ясности рисунка, изображена слишкомъ высоко въ отношеніи малаго таза).

Послѣ рожденія ребенка и очистки глазъ (въ случаѣ необходимости послѣ впусканія 1—2 кап. 2^o/_o раствора ляписа) *перевязываютъ пуповину на двухъ мѣстахъ* (рис. 14) (на разстояніи 2—3 пальцевъ отъ пупка) и разрѣзаютъ ее между лигатурами. Вторая лигатура (около самой vulva) служитъ мѣриломъ опусканія плаценты, причемъ дѣлаетъ ее одновременно богатой кровью и этимъ вызываетъ болѣе сильныя сокращенія матки; кромѣ того, при существованіи близнеца, она предохраняетъ послѣдняго отъ истеченія кровью.

Продолжительность періода раскрыванія у I пара: 12—20 часовъ; у pluripara: 1—12 часовъ; продолжительность періода изгнанія у I пара: 1¹/₂—7¹/₂ час., у pluripara: 1¹/₄—1¹/₂ час.; продолжительность періода выходженія плаценты отъ 1¹/₄ до 14 часовъ, въ среднемъ: 2—2¹/₂ часа.

Выталкиваніе плаценты (рис. 15, 16) наступаетъ обыкновенно въ теченіе перваго получаса вслѣдствіе сокращеній матки: центральная часть serotinae отходитъ вмѣстѣ съ краевой частью отъ стѣнки матки; развивается здѣсь *ретроплацентарная гематома* и такимъ образомъ выводится яйцо *in situ* во внут-



ренный маточный зъвъ, изъ него, *посль полною* отдѣленія плаценты со всей зародышевой поверхностью во влагалице. Плодные оболочки загибаются черезъ болѣе толстую *serotina* въ сторону *fundus*; зародышевая поверхность плоднаго мѣшка опускается (рис. 16). Оставшеся въ «проходѣ», плацента выталкивается при помощи *брюшного пресси*! *Посль этого изслѣдуютъ* плодные оболочки и плаценту, *имѣются-ли оныя полностью*. Ретроплацентарное количество крови равняется въ среднемъ 225 grm. (болѣе подробно см. Атласъ II, 2 изд., стр. 95).



Рис. 5. II передне-темянное положеніе. Стрѣловидный шовъ находится въ правомъ косомъ діаметрѣ тазового суженія.

Болѣе рѣдкій *Динсан'овскій способъ выхожденія* (рис. 17) наступаетъ вслѣдствіе того, что отдѣленіе при помощи ретроплацентарной гематомы происходитъ не центрально, а у края *serotinae*; значитъ, теперь выступаетъ *край материнской* плацентарной поверхности, плодные оболочки выступаютъ одновременно сбоку или надъ, или позади, вовсе не перегибаясь на материнскую поверхность (рис. 17).

Если плацента остается въ проходѣ, то ее выводятъ по способу *Crede* (рис. 18) *безъ растиранія во время одной изъ потугъ*. Если плацента задержана вслѣдствіе *сращеній при аномической маткѣ* или вслѣдствіе *циркулярной стриктуры* послѣдней или наступаетъ кровотечение при частичномъ лишь ея отдѣленіи, то плаценту *отдѣляютъ рукой*,—но не ранѣе 2 часовъ послѣ родовъ, конечно, если не имѣется ясной опасности (рис. 19). Слишкомъ раннее растираніе и слишкомъ раннія попытки выжиманія мѣшаютъ какъ механизму сокращенія, такъ и отдѣленію и выведенію плаценты.

Табл. VII. I черепное положеніе при вѣззаніи головки въ vulva во время сильной потуги (данныя ощупыванія): сильно сократившееся дно матки находится у праваго ребернаго края и сидитъ (см. табл. VI) на туловищѣ въ видѣ шапки. Туловище, вмѣстѣ съ копчикомъ, находится въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, или во влагалищѣ; дно матки выполнено исключительно конечностями, околоплодной жидкостью, пуповиной, плацентой, причемъ кольцо сокращенія идетъ косо подъ пупкомъ слѣва—сверху, вправо—книзу. *Левая крутая маточная связка* идетъ *спереди* туловища ребенка.

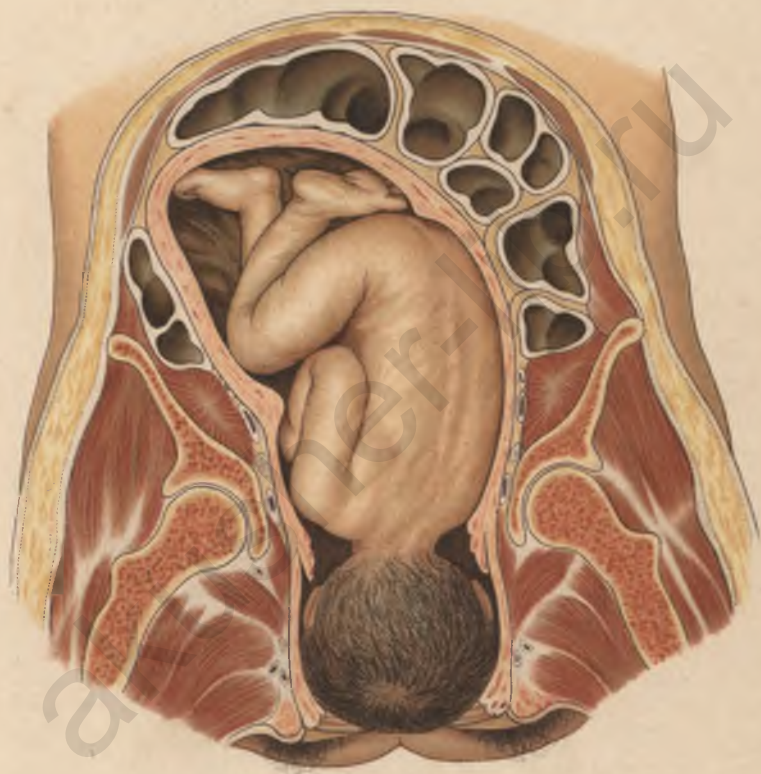
Теченіе родовъ при *второмъ* черепномъ положеніи (вставленіе затылка) (рис. 24 и 2 въ текстѣ) аналогично описанному, но при этомъ находится спинка и малый родничекъ справа и это II положеніе переходитъ легче въ III (въ передне-темянное положеніе, спинка справа, см. рис. 5 въ текстѣ), такъ какъ при II положеніи затылокъ всегда вставляется болѣе кзади. *Головная опухоль* находится на *левой* теменной кости.

§ 2. Передне-темянныя положенія (передне-головныя положенія, III и IV черепныя положенія), I способъ выхожденія съ приближеннымъ къ груди подбородкомъ (рис. 25 и 26).

При I передне-темянномъ положеніи находится спинка ¹⁾ слѣва, мелкія части справа,—сердечные тоны слышны слѣва по срединѣ между пупкомъ и spina ant. sup.—или другими словами: передне-темянное положеніе не представляетъ собою особаго, равнаго затылочному, положенія, а лишь разновидность I или II *черепного положенія*. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, напр. при пояснично-крестцовомъ—кифотическомъ тазѣ, спинка можетъ оказаться направленною *кзади*; въ подобномъ случаѣ передне-головное положеніе установилось уже *надъ* тазовымъ входомъ.

Причины способа I: ненормально слабое сопротивленіе, большой тазъ или маленькій ребенокъ.

¹⁾ *Kehrer* обозначаетъ это положеніе II, какъ болѣе рѣдкое.



Данныя ощупыванія при вставленіи головки въ I передне-темянномъ положеніи въ тазовомъ входѣ (рис. 25): стрѣловидный шовъ въ поперечномъ діаметрѣ таза, малый родничекъ и т. д., какъ при I затылочномъ положеніи. Болѣе рѣдко уже въ настоящее время стрѣловидный шовъ во II косомъ діаметрѣ; большой родничекъ справа спереди.

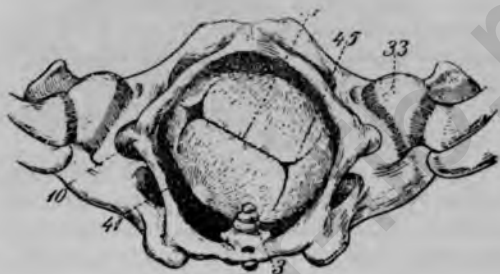


Рис. 6. I передне-темянное положеніе. Стрѣловидный шовъ во II косомъ діаметрѣ тазового суженія.

Теперь наступаетъ совершенно правильно I поворотъ вокругъ *поперечной оси съ приближеніемъ подбородка къ груди (рис. 26)*; послѣ этого, однако, при вступленіи въ тазовое суженіе вслѣдствіе малѣйшаго сопротивленія (со стороны таза или головки) головка или въ поперечномъ направленіи = *низкое поперечное положеніе*, или малый родничекъ отходитъ на уровнѣ *spinae ilei* къзади, *большой родничекъ* приходится *кпереди* (рис. 6 въ текстѣ); во время этого II поворота вокругъ вертикальнаго діаметра головки остается подбородокъ, аналогично I затылочному положенію, *приближеннымъ къ груди*.

Данныя ощупыванія при вступленіи въ тазовое суженіе (рис. 6 въ текстѣ; I и II поворотъ головки): малый родничекъ болѣе низко и слѣва, но уклоняется къзади, большой родничекъ прощупы-

вается *справа* болѣе *кпереди*; *стрѣловидный шовъ* поворачивается во II или лѣвомъ косомъ діаметрѣ.

У *тазового выхода* оказывается *внутренній поворотъ законченнымъ* въ вышеприведенномъ смыслѣ; растягиваніе vulvae представляется для *промежности болѣе опаснымъ* вслѣдствіе широкаго затылка!

Данныя ощупыванія, при *вступленіи* въ тазовой *выходъ* (рис. 26): *большой* родничекъ позади симфиза; *малый* родничекъ, хотя и стоитъ болѣе низко, направленъ къ промежности.

III поворотъ (вокругъ поперечной оси) происходитъ при *утираніи большого родничка въ симфизъ* (рис. 26): затылокъ выступаетъ надъ промежностью, передняя часть головы изъ-подъ симфиза. Проходящая *региръ*. suboss.-bregmat.=32 см.

Данныя во время защищенія промежности: во время прорѣзыванія видна лишь волосистая часть головы. Головная опухоль находится на правой *темянной* кости, на углу, прилегающемъ къ большому родничку.

Плечики выходятъ въ I или въ *правомъ* косомъ діаметрѣ, значить, въ противоположномъ стрѣловидному шву діаметрѣ.

Теченіе родовъ во *второмъ* передне-теменномъ положеніи (болѣе *частаго*, чѣмъ I) совершенно аналогично, лишь съ той разницей, что спинка прощупывается *справа*, *большой* родничекъ *слѣва*. Головная опухоль находится на *лѣвой* темянной кости, аналогично I передне-темянному положенію (рис. 5 въ текстѣ).

II способъ родовъ см. въ группѣ III (рис. 27 и 28).

Леченіе: придерживаясь правила, *укладываютъ родильницу на ту сторону, на которой лежитъ та часть ребенка, которую желаютъ опустить книзу и кпереди* (I затылочное положеніе=на лѣвую, I лицевое положеніе=на правую),—кладутъ родильницу при *II передне-*

темянномъ положеніи, напр. на *правую* сторону, такъ какъ при благоприятныхъ отношеніяхъ величины можетъ даже въ тазовомъ выходѣ перейти *малый* родничекъ справа—сзади направо—впередѣ (т. е. получается второе затылочное положеніе).

Если это не удастся, то останавливаются на *большомъ* родничкѣ, какъ на подлежащей выходу части,—значить *лѣвое* боковое положеніе.

Если угрожаютъ опасности: *форсѣрс* (рис. 112—114); при мертвомъ ребенкѣ: перфорация. При экстракціи остается *большой* родничекъ *спереди*. Если *лобъ* опустился болѣе низко и уперся въ діагонали тазового суженія въ переднюю тазовую стѣнку, то дѣтскій черепъ необходимо повернуть въ смыслѣ 7-операци (см. ниже).

ГЛАВА II.

Лицевыя положенія, подбородокъ спереди (рис. 34—39, 7 въ текстѣ)

тоже прямыя положенія и представляются, строго говоря, лишь *аномаліями членорасположенія* (появляющимися лишь во время родовъ), такъ какъ развиваются изъ затылочныхъ положеній вслѣдствіе *дефлексій*, одинаково, какъ и передне-темянныя и лобныя вставленія. Но такъ какъ въ данномъ случаѣ *измѣняется* болѣе сильно и постоянно, чѣмъ при первыхъ, *расположеніе туловища* вѣдряющимся сбоку затылкомъ (ср. рис. 35 съ 34), то можно остаться при употребляемомъ обыкновенно названіи «*лицевое*» положеніе.

Подбородокъ и лицо болѣе всего удалены отъ груди, шейный позвоночный столбъ флектированъ *ad maximum* въ затылкѣ, такъ что *лицо предлежитъ ниже всего*.

Спинка идетъ косо сверху внизъ, но такимъ образомъ, что грудь и мелкія части плотно прилегаютъ къ *передней* стѣнкѣ матки, вслѣдствіе чего сердечные тоны слышны прямо изъ дѣтской груди!

Лицевыя положенія, подбородокъ спереди, часто не принадлежатъ къ эйтокіямъ!



Рис. 7. I лицевое положеніе, подбородокъ справа—спереди. Вертикальная лицевая лиція во II косомъ діаметрѣ тазового суженія.

§ 3. I и II лицевыя положенія, подбородокъ спереди, и ихъ механизмъ родовъ.

Причины: узкій тазъ, большой ребенокъ въ комбинаціи съ отвислымъ животомъ.

При *наружномъ изслѣдованіи* оказывается при I *лицевомъ положеніи:* спинка косо сверху слѣва (копчикъ) книзу вправо; мелкія части справа; *сердечныя тоны справа* ниже пупка. Надъ лѣвой подвздошной костью маточная стѣвка выпячивается затылкомъ.

Данныя ошупыванія при *вступленіи* головки въ первое лицевое положеніе, подбородокъ *спереди*, въ *тазовомъ суженіи:* при начинающихся родахъ долгое время ничего не прощупывается во влагалищномъ сводѣ; въ послѣдствіи лицо поперекъ тазового входа, подбородокъ справа, лобъ слѣва. *предлежитъ правая половина лица* (рис. 34).

Вслѣдствіе I поворота вокругъ поперечной оси головки подбородокъ опускается болѣе низко (рис. 36); вслѣдствіе II поворота головки подбородокъ переходитъ справа вправо-кпереди (рис. 35, 36). Причины: сопротивление, на которое наталкивается болѣе длинный свободный рычагъ затылка.

Данныя ощупыванія при вступленіи въ тазовое сужженіе (I и II поворотъ) (рис. 7 въ текстѣ): лицо прощупывается; подбородокъ болѣе низко, сначала справа, впоследствии справа спереди (позади дуги правой лобковой кости), вертикальная лицевая линия во II или лѣвомъ косомъ діаметрѣ. Ротовая щель диагностируется легче всего по языку и величинѣ! Темняной бугоръ прощупывается на или подъ *linea innominata*, головка болѣе не подвижная! (NB. Осторожность при изслѣдованіи).



Рис. 8. I лицевое положеніе, подбородокъ справа сзади. Вертикальная лицевая линия въ I косомъ діаметрѣ тазового сужженія.

Въ выходѣ таза III поворотъ вокругъ поперечной оси, такъ что подбородокъ, вдоль лобковой дуги кверху, приближается къ груди и рождаются лобъ и затылокъ надъ промежностью. Значитъ, шея упирается въ симфизъ (рис. 37, 38). Прорѣзающаяся первой *periph. submentofront.* = 32 см.; прорѣзающаяся въ концѣ концовъ и отвѣчающая большому косому діаметру (*submentooccip.*) окружность = 36.5 см.!

Данныя при предохраненіи промежности: подбородокъ подъ симфизомъ, подымается спереди послѣдняго; лобъ прорѣзается надъ промежностью. (Осторожно, такъ какъ самая большая периферія головы проходитъ здѣсь черезъ *vulvam* (рис. 37, 38).

Лицо поворачивается къ правому бедру матери, какъ при I черепномъ положеніи, вслѣдствіе IV поворота вокругъ продольной оси дѣтскаго туловища во время прорѣзыванія *плечиковъ* (рис. 39). *Туловище* слѣдуетъ при поворотѣ вокругъ своей сагиттальной оси. *Лицевая опухоль* на *правой* половинѣ, сильное темнаго цвѣта опуханіе вблизи угла рта. Характерная форма черепа для лицевыхъ положеній.

Теченіе родовъ при *второмъ* лицевомъ положеніи (относительно чаще, чѣмъ I) *mutatis mutandis* аналогично I; сердечные тоны *слѣва* подъ пупкомъ, подбородокъ *слѣва*.

Вставленіе лица подбородокъ *сзади* см. группу III.

Предназаніе: часто эйтокія. Но весьма легко пере-кручиванія и ушибы материнскихъ мягкихъ частей (моче-половые свищи), легко разрывы промежности. Болѣе опасны для ребенка: вслѣдствіе чрезмѣрнаго перегиба шейнаго позвоночнаго столба; давленіе на яремныя вены съ мозговыми апоплексіями.

Леченіе: аналогично предпринимаемому при передне-темянныхъ положеніяхъ.

ГЛАВА III.

Тазовыя положенія (табл. VIII, рис. 59—74, и 9 въ текстѣ)

представляются прямыми положеніями съ подлежащимъ тазовымъ концомъ (копчиковыя, копчико-пяточные, полныя и неполныя, стопныя и колѣнные положенія). Находящаяся въ *fundus uteri* головка наклонена къ груди и вслѣдствіе этого наклонена слегка въ сторону. Мелкія части находятся болѣе низко, чѣмъ при черепныхъ положеніяхъ, *сердечные* тоны слышны около пупка или выше. Копчикъ—даже у I парае—остается до начала родовъ *надъ* тазовымъ входомъ. *Причины:*

незначительный размѣръ дѣтей, вслѣдствіе чего *partus im- и praematuri*, двойни, *Hydramnion*, неправильная форма дѣтей, мацерация,—незначительное развитіе «нижняго маточнаго сегмента», вялость матки.

§ 4. I и II тазовыя положенія и ихъ механизмъ родовъ.

Наружное изслѣдованіе при I копчиковомъ положеніи (табл. VIII, рис. 59): головка *справа* въ *fundus uteri*; спинка *слѣва* спереди; *сердечные тоны* слышны около пупка или слегка выше, почти по срединной линіи.

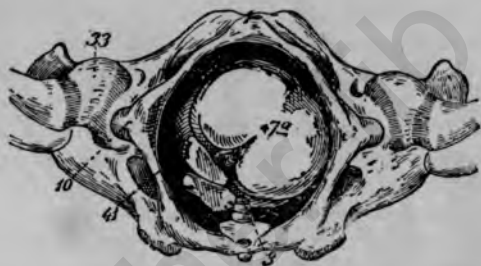


Рис. 9. Копчиково-пяточное положеніе. Ягодичная щель въ I косомъ діаметрѣ тазоваго суженія.

Данныя ощупыванія при *вступленіи* копчика въ I копчиковомъ положеніи (рис. 9 въ текстѣ) въ тазовой входъ: *задній проходъ* и *ягодичная щель* находятся поперечно или соотвѣтственно I косому діаметру по срединѣ тазоваго входа (апуд представляется самымъ вѣрнымъ діагностическимъ признакомъ, онъ меньше ротовой щели, характерныя сокращенія *m. sphincteris*, отхожденіе мессоніи при изслѣдованіи). Кончикъ копчика прощупывается *справа* апуд, половыя части—впослѣдствіи менѣе ясныя вслѣдствіе опуханія—находятся *слѣва*; тазовой поперечный діаметръ ребенка во II косомъ діаметрѣ матери. *Лѣвая ягодича* предлежитъ, причемъ иногда *справа спереди* (рис. 60).

Табл. VIII. I копчиковое положеніе къ концу беременности у primipara (по *Waldeyer'y*): весь каналъ шейки не раскрытъ; копчикъ находится надъ тазовымъ входомъ. *Передняя* ягодица опускается обыкновенно сначала въ тазъ; и здѣсь представляется *задняя* ягодица лишь на видъ болѣе низкой, такъ какъ весь foetus придвинуть къ симфизу вслѣдствіе перелома крестцовой части позвоночнаго столба. Матка влялая и прилегаетъ къ контурамъ ребенка и сосѣднихъ органовъ. Плодный пузырь стоитъ еще гладко надъ внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ. Спинка лежитъ сбоку (слѣва—I положеніе); всѣ конечности, а также позвоночный столбъ и затылокъ сильно *флектированы*.

Съ вступленіемъ въ тазъ наступаетъ I поворотъ вокругъ прямого діаметра дѣтскаго таза, вслѣдствіе чего опускается болѣе *низко* *предлежащая* *половина* *таза* (таб. VIII; рис. 61). Вслѣдствіе II поворота вокругъ продольной оси дѣтскаго туловища вступаетъ эта часть въ прямой діаметръ позади симфиза и опускается одновременно болѣе низко (рис. 62).

Данныя ощупыванія при вступленіи въ тазовое суженіе (I и II повороты): предлежащая лѣвая ягодица сначала справа спереди, впоследствии позади симфиза, опускаясь все ниже и ниже, чѣмъ задняя ягодица.

Въ тазовомъ выходѣ происходитъ III поворотъ вокругъ прямого діаметра дѣтскаго таза, вслѣдствіе чего правая, значить задняя половина таза опускается ниже и выступаетъ черезъ промежность, такъ какъ лѣвая упирается въ симфизъ (рис. 63).

Данныя во время защиты промежности: лѣвая предлежащая ягодица упирается лишь подъ симфизомъ; правая прорѣзается надъ промежностью, поелѣ этого лѣвая подъ симфизомъ; слѣдуя линіи таза выходитъ туловище, причемъ показывается обыкновенно задняя, потомъ передняя нога; при этомъ ноги *флектированы* (ср. рис. 59) въ физиологическомъ положеніи внутри матки, или *откидываются кверху* впоследствии, во время выхожденія копчика, и прилегаютъ, вытянутыми, въ не-



нормальномъ положеніи, къ туловищу ребенка (рис. 60, 61); внутри матки во время *беременности* это наблюдается крайне рѣдко! *Опухоль* на *лѣвой* ягодицѣ и на половыхъ частяхъ.

Съ этого времени, въ виду опасности прижатія пуповины, необходимо быстрое окончаніе родовъ; до этого необходимо спокойно выжидать, такъ какъ въ противномъ случаѣ откидываются кверху верхнія конечности или удаляется подбородокъ отъ груди, такъ что головкѣ пришлось бы прорѣзаться въ самомъ большемъ діаметрѣ черезъ тазъ.

Руки лежатъ на груди флектированными, такъ что сначала показываются локти (рис. 63), сначала передній лѣвый, потомъ задній. Что касается плечиковъ, то черезъ промежность выкатывается обыкновенно сначала заднее правое плечо. Вслѣдствіе IV поворота вокругъ продольнаго діаметра туловища, вставляется въ конъюгату находившаяся въ *поперечномъ* направленіи головка своимъ прямымъ діаметромъ, затылокъ спереди (!), причемъ послѣдній упирается въ симфизъ, такъ что лицо рождается надъ промежностью (рис. 65, 66)—вслѣдствіе V поворота вокругъ поперечной оси головки. Въ концѣ концовъ появляется затылокъ изъ подъ симфиза (рис. 66).

Предсказаніе: для матери обыкновенно эитокія;— для ребенка представляются *копчиковыя* положенія часто эитокіями; *ножныя* положенія, напротивъ, въ особенности полныя, обыкновенно дистокіями (ср. § 17).

Леченіе. Для ускоренія родовъ, какъ только родился копчикъ, выдавливается туловище и головка при помощи описаннаго § 1 приѣма *Kristeller*'а (рис. 110) и напряженія брюшнаго пресса. Если это не удастся сразу, то приступаютъ (рис. 67—71) къ высвобожденію нижнихъ конечностей, къ вытаскиванію туловища при ослабленіи пуповины и къ высвобожденію верхнихъ конечностей (ср. ручная экстракція § 27 и превращеніе копчиковаго положенія въ неполное ножное положеніе § 20).

Экстракцію головки можно произвести при помощи *Veit-Smellie*'вскаго (исторически вѣрнѣе *Mauriceau-Lachapelle*) *ручного приема* (рис. 73): лѣвой рукой захватываютъ плечи, подводя подъ нихъ указательный и четвертый палецъ правой руки, вводятъ въ полость рта и тянутъ ими за нижнюю челюсть, причемъ, однако, большой палецъ долженъ лежать на нижнемъ краѣ челюсти, точно отвѣчая мѣсту указательнаго пальца, избѣгая такимъ образомъ перелома или вывиха челюсти!—*другой ручной приемъ*—*Wigand-A. Martin-Winckel*'я состоитъ въ слѣдующемъ (рис. 72): между тѣмъ какъ лѣвой рукой тянуть совершенно аналогично правой при только что описанномъ ручномъ приемѣ, выжимаютъ головку правой рукой, лежащей на *fundus uteri* ¹⁾. Если эти попытки не удаются, то пользу приносятъ давление обѣими руками на *fundus uteri*,—въ противномъ случаѣ остаются еще форсированное вытягиваніе обѣими руками за плечики (*Fritsch*) или перфорация; подобное сопротивление могутъ представлять лишь ненормально устроенный черепъ или весьма сильное суженіе таза. Наложеніе щипцовъ при послѣдующей головкѣ лишь мало приносятъ пользы, если всѣ попытки остались безъ успѣха, исключая развѣ случаевъ, когда мы имѣемъ дѣло съ незначительно суженнымъ воронкообразнымъ тазомъ (*dist. tuber. ischii* не менѣе=8 стм., безъ значительнаго укороченія *conjugatae* выхода).

Приемъ *Wigand-Martin-Winckel*'я показуется если головка стоитъ еще высоко, приемъ *Veit-Smellie*—если головка находится уже ниже. Въ полость рта ребенка вводятъ обыкновенно тотъ указательный палецъ, которымъ легче всего доступнымъ оказывается отклоненное въ сторону лицо. Весьма нѣжнымъ, но очень слабымъ представляется Вѣнскій приемъ *Braun*'а (срав. рис. 94).

NB. Если головка не поддается вытягиванію или давленію, то конъюгату можно увеличить тѣмъ, что дадутъ висѣть ногамъ («висячее положеніе» *Walcher*'а).

¹⁾ *Пражскій ручной приемъ*, въ виду опасности, доказанной *Ahlfeld*'омъ и *Winckel*'емъ (разрывы шейной части позвоночнаго столба), слѣдуетъ оставить вовсе.

§ 5.

Таблица I.

| | Опускается ниже: | Упирается: | Опухоль при I положе- ніяхъ. |
|--|-------------------------------|------------------------|---|
| Затылочное по- ложеніе: | Малый род- ничекъ. — | Затылокъ. — | Правая темян- ная кость. |
| Передне - те- мянное встав- леніе: | I больш. родн. — | I больш. роднич. — | Большой род- ничекъ и пра- вая окруж- ность. |
| | II лобъ, больш. родн. — | II лобъ. — | |
| Вставл. лба: | Лобъ. — | Верхн. че- люсть. — | Правый родн. |
| Лицевое поло- женіе: | Подборо- докъ. — | Шея. — | Правая полови- на лица вок- ругъ угла рта. |
| Тазовое поло- женіе: | Передній бокъ. — | Передній бокъ. — | Лѣвая ягодица. |

Таблица II.

Конфигурація черепа.

- I. Затылочное по-
ложеніе: Головка вытянута къ задней части те-
мени; лежащая сзади лѣвая темянная
кость подъ правой и смѣщена вперед;
значить, правая темянная кость выдается
и на ней имѣется соотвѣтственно голов-
ная опухоль (carut succedaneum) (рис. 14).
- Передне - темян-
ное вставленіе: Голова шаровидная; передняя часть те-
мени закруглена.
- I. *Nägele*'вское пе-
редне-темянное
вставленіе: Лежащая позади лѣвая темянная кость
плоская, вдавлена и продвинута подъ со-
сѣднія кости; передняя правая темянная
кость выпячена, съ головною опухолью
(табл. 60 въ атласѣ II, 2 изд.).
- I. *Litzmann*'овское
задне-темянное
вставленіе: Передняя правая темянная кость плоская,
лѣвая выпячена.
- I. *Roederer*'овское
вставленіе заты-
лочной кости: Голова пирамидовидная, острая; малый
родничекъ = верхушкѣ пирамиды.
- Лицевое полож.: Крайняя долихоцефалія (рис. 42).

Вставленіе лба: Голова пирамидовидно заострена; лобъ = верхушкѣ, *regiph. submento-occip.* = широкое основаніе (рис. 33).

Тазовое положеніе: Шаровидная форма (рис. 65, 66).

Таблица III.

При I черепномъ положеніи *Клиническое теченіе и отношеніе мягкихъ частей:* *Акушерское анатомическое теченіе:*

Періодъ раскрытія

Начало родовъ: расширеніе внутр. маточнаго зѣва, образованіе соска плодной оболочки, истинныя потуги (матка твердая);

Наружный маточный зѣвъ открытъ совершенно, обыкновенно разрывъ пузыря;

Головка во влагалищѣ, брюшной прессѣ;

Выпячиваніе промежности;

При натуживаніи вѣзжаніе и

прорѣзаніе, затылокъ подъ лобкомъ, лицо выкатывается надъ промежностью;

у *pluripara* головка входитъ въ малый тазъ (у *I-para* уже закончено), — стрѣловидный шовъ въ поперечномъ діаметрѣ, — затылокъ опускается (стоитъ слѣва), спинка сбоку и поверочена кпереди.

головка занимаетъ интерспинальную линію, въ косомъ діаметрѣ (малый родничекъ слѣва спереди) и стоитъ низко (*лобный бугоръ* находится *около* или *подъ lin. innominata*, прощупывается, при лицевыхъ положеніяхъ прощупываются темянные бугры!), значить, *болѣе не подвижна!*

головка поворачивается, въ тазовомъ выходѣ въ *conjugata* стрѣловиднымъ швомъ;

(малый родничекъ позади симфиза).

затылокъ поворачивается вокругъ симфиза,

упирается затылокъ, оттягиваніе кзади копчиковой кости.

Группа II: Обусловленная патологическими формами таза или другими типичными причинами, но при этомъ специфически благоприятныя или неблагоприятныя вставленія.

ГЛАВА I.

«Косости» черепныхъ положеній ¹⁾

представляютъ собою обусловленныя неправильностями таза, асимметрическія вставленія подлежащей головки въ тазовой *входъ*. Они наблюдаются и при нормальныхъ родахъ, такъ какъ верхнимъ тазовымъ кольцомъ еще недостаточно фиксируется головка. При *правильномъ* вставленіи черепа въ тазовой входъ находится стрѣловидный шовъ въ поперечномъ или косомъ діаметрѣ, на равномъ разстояніи отъ promontorium и симфиза или лишь съ небольшимъ отклоненіемъ; большой и малый родничекъ находятся на одинаковой высотѣ, значить, опустились равномерно.

§ 6. Косость *Sotayrès'a* = вставленіе стрѣловиднаго шва въ *диагонали* тазового входа (рис. 24).

Она развивается вслѣдствіе отклоненія черепа у promontorium до вступленія въ болѣе тѣсную связь съ тазовымъ входомъ, въ особенности если туловище поворачивается при сокращеніяхъ матки или при движеніяхъ родильницы.

Иногда приходится наблюдать ранній поворотъ стрѣловиднаго шва въ *conjugata*, именно уже въ *тазовомъ входѣ*.

Причины: общестуженный тазъ (комбинація съ вставленіемъ затылочной кости) и *пояснично-крестцово-кифотическій воронкообразный тазъ съ переднеовальнымъ входомъ*, при которомъ подобное вставленіе представляется естественнымъ уже а priori.

¹⁾ Ср. также боковое и среднее *упираніе, връзаніе* (paragomphosis) и *закупориваніе* въ § 29, С, в въ «показанія».

§ 7. Косость *Nägele* = передне-темянное вставление (рис. 21, и 10 въ текстѣ): задняя темянная кость подымается кверху по *promontorium*; стрѣловидный шовъ приближается къ послѣднему; *передняя* темянная кость опускается въ тазъ. Соответственно этому представляется послѣ родовъ темянная кость плоской, иногда даже вдавленной, надломленной (ср. атласъ II, 2 изд., рис. 130—132) и подходитъ подъ переднюю, которая представляется сильно выпуклой. Передняя часть темени стоитъ обыкновенно *ниже*.



Рис. 10. Косость *Nägele* = предне-темянное вставленіе: стрѣловидный шовъ приближень къ крестцовой кости.

Причины: отвислый животъ, суженная *conjugata* и боковая флексія дѣтскаго туловища, такъ что оси матки и дѣтскаго туловища не приходятся вертикально къ тазовому входу, напротивъ, головка стоитъ ближе къ поясничной части позвоночнаго столба.

Высшую степень отклоненія мы называемъ «*переднимъ ушнымъ положеніемъ*»; оно крайне неблагоприятно при суженіи таза! (ср. § 16).

Данныя ощупыванія (рис. 10 въ текстѣ) при I спинной позиціи съ передне-темяннымъ вставленіемъ и болѣе низкимъ стояніемъ передней части головы: стрѣловидный шовъ вблизи *promontorium*; малый родничекъ слѣва высоко, большой родничекъ справа низко; *предлежитъ* правая темянная кость.

Головка заходитъ въ подобномъ ненормальномъ по-

ложеи до тазового дна, причеъ, однако, производитъ обыкновенные повороты.

Предсказаніе: Благопріятно, если не имѣется сильнаго суженія таза. При *нормальныхъ* въ остальномъ отношеніяхъ (тазъ, форма матки и т. д.) временно наблюдается въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ.

Леченіе: Отвислый животъ съ антевертированной маткой подвязать (въ остальномъ ср. § 8).

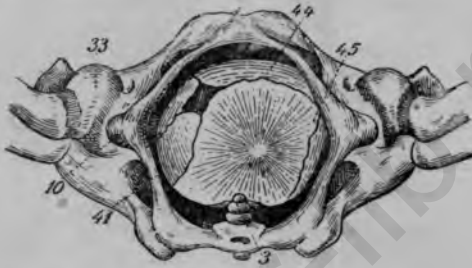


Рис. 11. *Litzmann*'овская косость = задне-темянное вставленіе: стрѣловидный шовъ приближенъ къ симфизу.

§ 8. *Litzmann*'овская косость = задне-темянное вставленіе (рис. 22 и 11 въ текстѣ): стрѣловидный шовъ приближенъ къ симфизу; задняя темянная кость выступаетъ въ тазъ. Передняя часть головы опускается иногда болѣе низко (табл. IX).

Причины: Суженіе таза (обыкновенно въ *conjugata*) и боковая флексія шейной части дѣтскаго позвоночника или оси матки съ приближеніемъ къ задней брюшной стѣнкѣ при боковомъ положеніи роженицы и дряблыхъ, растянутыхъ брюшныхъ покровахъ, но и при *нормальномъ* тазѣ.

Самую сильную степень мы обозначаемъ «задне-ушное положеніе»; при суженіяхъ таза оно крайне неблагопріятно!

Данныя ощущенія (рис. 11 въ текстѣ) въ I спинной позиціи: стрѣловидный шовъ приближенъ къ симфизу; малый родничекъ слѣва, большой родничекъ справа; задняя (лѣвая) темянная кость предлежитъ.

Табл. IX. II задне-темянное вставление съ опущениемъ большого родничка при плоскорахитическомъ тазѣ и выпаденіи лежащей сзади ручки, (сагиттальный разрѣзъ черезъ туловище): лежащее между promontorium и симфизомъ суженіе таза головка можетъ преодолѣть лишь въ случаѣ прониканія въ него болѣе узкимъ поперечникомъ, т. е. битемпоральнымъ, при опущеніи передней части головы (большого родничка), при вступленіи какъ бы одной боковой половиной, значить, одной темянной костью—обыкновенно лежащей впереди = передне-темянное вставление (косость *Naegele*). Здѣсь произошло болѣе рѣдкое вступленіе задней темянной кости, задне-темянное вставление (косость *Litzmann'a*), очевидно подъ влияніемъ выпавшей сзади ручки. Выпаденіе конечностей или пуповины происходитъ особенно легко при плоскомъ тазѣ, такъ какъ головка удерживается выступающимъ promontorium въ то время, когда спереди лежащихъ сзади крыльевъ крестцовой кости большая часть околоплодной жидкости перешла въ передней пузырь, чѣмъ дана возможность выпадеію мелкихъ частей. Пока пузырь «стоитъ», то мы говоримъ о «предлежаніи» мелкихъ частей; съ разрывомъ пузыря наступаетъ «выпаденіе». Выпаденіе конечностей легко ведетъ къ боковому или другому экстремедианному уклоненію *предлежащей крупной части* (головки).

Передняя темянная кость опускается позади симфиза, пока задняя половина головы не вступитъ въ вогнутость крестцовой кости.

Предсказаніе: Благопріятно безъ суженія таза; временно наблюдается даже въ началѣ вставленія приблизительно въ $\frac{1}{3}$ *всѣхъ нормальныхъ родовъ*, въ особенности у I-para. Одинаково благопріятно при лишь мало укороченной *conjugata*. Совершенно неблагопріятно уже при среднихъ степеняхъ суженія таза и при болѣе низкомъ опущеніи передней части головы, въ особенности при обще-суженномъ рахитическомъ тазѣ.

Леченіе: Вмѣшательство зависитъ отъ степени суженія таза (болѣе подробно см. атласъ II, 2 изд., глава VI):

1. Если головка стоитъ *высоко* и еще *подвижна*, ребенокъ *живой*, *conj. vera* до 7—8 см.: поворотъ.

2. Если головка стоитъ болѣе *низко* и *неподвижна*, *conj. vera* до 7—8 см.: наложеніе щипцовъ; или ребенокъ мертвый: перфорация и краніотракція.



3. Conj. vera 5,5—7 стм. (при плоскомъ тазѣ; при обще-сѣуженномъ тазѣ лишь между 6,5—7 стм.): перфорация или эмбриотомія, или—*symphysectomia* при conj. vera 6,0—7,5 стм.; — ниже 5,5 (или 6,5) нельзя болѣе удалить раздробленнаго ребенка ¹⁾: *sectio caesarea*.

§ 9. Опусканіе большого родничка (табл. IX, рис. 27) (не смѣшивать съ передне-головнымъ положеніемъ) можетъ произойти при всѣхъ видахъ черепного положенія и вставленія черепа—даже при совершенно нормальныхъ родахъ во время вступленія въ тазовой ходъ. Чаще всего при *плоскомъ* тазѣ въ комбинаціи съ *Naegелевскимъ* передне-темяннымъ вставленіемъ.

Между тѣмъ какъ стрѣловидный шовъ подымается кверху вдоль *promontorium* и удерживается болѣе длинный, бипаріетальный поперечный діаметръ въ сѣуженной *conjugata*, опускается болѣе узкая передняя часть головы болѣе *низко*, т. е. болѣе узкій битемпоральный діаметръ можетъ пройти черезъ *conjugata*. Подобное вставленіе благоприятно при плоско-рахитическомъ тазѣ.

Причины: Прямо-сѣуженные тазы—при нормальныхъ родахъ болѣе часто послѣ прохожденія сѣуженія *proatis* и прониканія въ слѣдующее, болѣе широкое тазовое пространство.

Данныя ощупыванія (II передне-темянное вставленіе въ тазовомъ входѣ при низко стоящемъ большомъ родничкѣ): большой родничекъ прощупывается легко слѣва спереди; малый родничекъ стоитъ высоко, справа сзади.

Затылокъ слѣдуетъ лишь болѣе поздно, послѣ вступленія передней части головы, иногда болѣе низкое опусканіе въ малый тазъ при *поперечномъ* стояніи стрѣловиднаго шва.

¹⁾ Эти показанія по величинѣ *conj. verae* слѣдуетъ, конечно, ставить, руководствуясь потугами, подготовленіемъ родового канала, величиною ребенка и другими сопутствующими моментами. При *рахитическомъ* тазѣ слѣдуетъ отъ *conj. diagon.* отсчитывать *больше* въ виду большей отлогости симфиза, именно: 2—2,5 стм.—сѣуженіе таза I степени *conj. vera* 8½—10 стм., II степени 7—8½ стм., III степени 5½—7 стм.

Предсказаніе: Само по себѣ благоприятно, въ зависимости отъ степени *прямого* суженія таза; неблагоприятно при обще-суженномъ тазѣ.

Лечение: см. § 8.

§ 10. Вставленіе затылочной кости (*Roederer*) (рис. 23) происходитъ вслѣдствіе того, что при равномерно обще-суженномъ тазѣ опускается затылокъ особенно круто въ тазѣ (при чрезмѣрной флексіи головки въ сторону груди). Вслѣдствіе того, что затылокъ сильно вытягивается—пирамидообразно, причемъ occiput образуетъ верхушку—прорѣзается соответственно сдавленная *наименьшая* периферія головки (*suboccipito-bregmatica*) (значить, самое благоприятное приспособленіе къ патологической формѣ таза). Часто въ комбинаціи съ косостью *Soluyrès'a* или съ еще большимъ поворотомъ стрѣловиднаго шва во входную *conjuncta*, или при обще-суженномъ, плоско-рахитическомъ тазѣ въ комбинаціи съ задне-темяннымъ вставленіемъ.

Причины: Равномерно обще-суженные тазы, ригидность родового канала (*servix* и *vagina*), иногда при прохожденіи суженія *proatis*.

Данныя ощупыванія (рис. 23): при комбинаціи II затылочнаго положенія съ косостью *Roederer'a*: головка прошла черезъ тазовой входъ; стрѣловидный шовъ во II косомъ діаметрѣ; *малый* родничекъ легко достижимъ, косо справа спереди; *большой* родничекъ вовсе не прощупывается или весьма трудно слѣва сзади, высоко.

Предсказаніе: Само по себѣ самое благоприятное вставленіе при обще-суженномъ тазѣ. При болѣе сильныхъ степеняхъ суженія таза весьма легко *ragocephosis*, вслѣдствіе чего преждевременное ослабленіе потугъ, весьма рѣдко разрывы, но зато весьма часты *некрозы* вслѣдствіе давленія или тренія. Весьма часто *эклампсія* (давленіе на мочеточники). Весьма сильная опухоль.

При обще- и прямо-суженномъ рахитическомъ тазѣ относительно благоприятнѣе всего комбинированіе съ

задне-темяннымъ вставленіемъ, но зато очень поздно ротация вокругъ малаго косога діаметра (малый родничекъ впереди); весьма легко поврежденія прилегающей къ промонторіумъ темянной кости (подкожные и субдуральные гематомы, переломы и надломы).

Леченіе: Головку плотно втискивать сверху въ тазовой входъ, если *conjugata vera* болѣе 9 см. (профилактически слѣдуетъ это производить уже въ послѣднія недѣли беременности, нѣсколько разъ въ недѣлю въ теченіе нѣсколькихъ минутъ; ср. атласъ II, 2 изд. §§ 18 и 19), послѣ этого выждать, роды въ боковомъ положеніи, соответственно одноименной сторонѣ, на которой предлежитъ затылокъ. Въ противномъ случаѣ щипцы (ср. § 7). Поворотъ на тазовой конецъ лишь въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ.

При обще- и прямосъуженномъ тазѣ: щипцы, если имѣется комбинація съ задне-темяннымъ вставленіемъ.

ГЛАВА II.

Низкая поперечная позиція при черепныхъ и лицевыхъ положеніяхъ.

§ 11. При *черепныхъ положеніяхъ* мы находимъ въ подобныхъ случаяхъ стрѣловидный шовъ въ *интраспинальной линіи* вмѣсто въ одной изъ діагоналей; значить, одной шаровидной частью головка прошла уже тазовое суженіе; оба родничка стоятъ на одинаковой высотѣ. Но и при *лицевыхъ* положеніяхъ вертикальная лицевая линія.

Причины: *Передне-темянное вставленіе*, при которомъ однако, малый родничекъ старается въ маломъ тазу повернуться впереди; но головка не въ состояніи на этой глубинѣ пройти прямымъ діаметромъ между *spinae ischii*.

Далѣе, при *плоскихъ* тазахъ, при которыхъ обыкновенно всѣ остальные діаметры нормальны или даже увеличены въ маломъ тазу. Такъ какъ стрѣловидный шовъ проходитъ черезъ тазовой входъ лучше всего въ его наибольшемъ діаметрѣ, т. е. поперечномъ и не находитъ вполнѣдствіи ни-

какого препятствія, то этотъ шовъ доходить легко при сильныхъ потугахъ до тазового суженія.

Выпаденіе передней ручки. Слабость потугъ при передне-темянномъ вставленіи. Воронкообразный тазъ, если стрѣловидный шовъ не прошелъ уже по conjugata переднеовальнаго тазового входа. Слишкомъ большіе тазы или слишкомъ малыя головки.

Данныя ощупыванія: Стрѣловидный шовъ поперекъ при низкомъ стояніи головки, такъ что закрытой оказывается интерспинальная линія. Роднички одинаково низко (рис. 12 въ текстѣ).

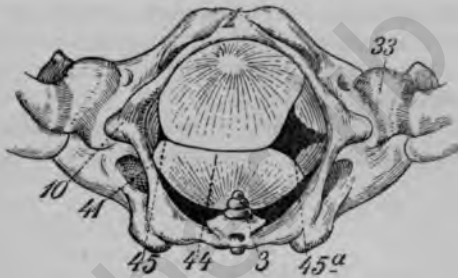


Рис. 12. Низкая поперечная позиція головки въ тазовомъ суженіи при II черепномъ положеніи.

Предсказаніе и леченіе: благоприятное положеніе роженицы на сторону малаго, — при первоначальномъ передне-темянномъ положеніи на сторону большаго родничка; если головка неподвижна: щипцы въ косомъ діаметрѣ; иногда достаточно рычаговидныхъ движеній одной ложкой.

Если не удается экстракція въ затылочномъ положеніи, то накладываютъ щипцы въ другомъ косомъ діаметрѣ и вытаскиваютъ въ передне-темянномъ положеніи.

ГЛАВА III.

«Самоповороты» и выходение «*conduplicato corpore*» при маленькихъ плодахъ въ косомъ положеніи.

§ 12. Незрѣлые плоды могутъ въ косомъ положеніи рождаться тройкимъ образомъ:

1. путемъ *естественнаго поворота* (рис. 57—59) изъ косога положенія въ одно изъ прямыхъ положеній (чаще тазовое положеніе);

2. вслѣдствіе *самоповорота* (самопроизвольное выходение) (рис. 55, 56): головка зацѣпляется за *lin. innoh.* и копчикъ и туловище выходятъ послѣдовательно изъ таза мимо головки; значить, происходитъ поворотъ въ маломъ тазу;

3. «*conduplicato corpore*» (рис. 51—54): при положеніи плечиками и подлежащей рукъ вдавливаются головка и туловище въ тазъ и проходятъ черезъ него вмѣстѣ.

Предсказаніе и леченіе: при незрѣлыхъ плодахъ, но и при сильно мацерированныхъ зрѣлыхъ, происходитъ прорѣзываніе безъ всякой опасности, причемъ, лучше всего, не слѣдуетъ вмѣшиваться вовсе; единственное что допускается, это слабое потягиваніе за подлежащую ручку, дѣйствуя такимъ образомъ на постепенное растягиваніе и расширеніе половыхъ частей.

Группа III: Положенія и вставленія ребенка, обусловливающія сами по себѣ дистокію.

ГЛАВА I.

Дистокія вслѣдствіе дефлексій при головныхъ положеніяхъ.

Эти аномаліи развиваются обыкновенно лишь во время родовъ; значить, названіе ихъ вставленій будетъ въ большинствѣ случаевъ отвѣчать лишь механизму

выхожденія. Этимъ объясняется столь частое измѣненіе положенія между затылочнымъ, передне-темяннымъ, лобнымъ и лицевымъ вставленіями и обратно. Отдѣльныя могутъ развиваться другъ изъ друга въ только что приведенномъ порядкѣ (ср. рис. 46 и слѣд.).

§ 13. Передне-темянное вставленіе, способъ выхода II съ удаленнымъ отъ груди подбородкомъ (рис. 27, 28; ср. § 2).

Причины: чрезмѣрно сильныя препятствія вслѣдствіе малыхъ размѣровъ таза или большой и твердой головы или опухолей или другихъ уродливостей родового канала или ребенка. Передне-черепное положеніе уже въ тазовомъ входѣ при воронкообразномъ тазѣ (ср. главу I, черепныя положенія, примѣчаніе, далѣе § 2).

Данная оцѣнка, если самая большая, опустившаяся ниже окружность головы достигла интerspинальной линіи: *большой* родничекъ стоитъ *ниже всего*; причеиъ спереди у симфиза; стрѣловидный шовъ въ косомъ диаметрѣ, малый родничекъ сзади, высоко.

Надъ самымъ тазовымъ суженіемъ поворачивается головка такимъ образомъ вокругъ своей поперечной оси, что подбородокъ *удаляется* отъ груди; *лобъ* опускается ниже и упирается здѣсь при болѣе значительныхъ суженіяхъ таза уже въ *диагонали* въ переднюю тазовую стѣнку; это ведетъ къ весьма опасной дистокіи. Въ другихъ, обыкновенныхъ случаяхъ поворачивается лобъ въ *conjugata* и упирается въ лобковое сращеніе. Такимъ образомъ прорѣзается наибольшая окружность головы (periph. frontoocc. = 34 см.) (рис. 27, 28). Весьма легко наступаютъ разрывы промежности вслѣдствіе прорѣзающагося сзади широкаго затылка.

Предсказаніе: менѣе благоприятно, чѣмъ при I способѣ выхода, причеиъ или вслѣдствіе того, что головка вбивается *in toto* или вслѣдствіе того, что въ тазовомъ суженіи упирается спереди исключительно лобъ.

Леченіе: ср. § 2.

§ 14. Лобное вставленіе (рис. 29—33, и рис. 13 въ

текстѣ). Лобное и лицевое положенія имѣютъ тѣсную генетическую связь; послѣднее происходитъ нерѣдко изъ перваго; въ виду это получаютъ въ началѣ родовъ нерѣдко одинаковыя данныя изслѣдованія. Болѣе частымъ и относительно болѣе благоприятнымъ представляется положеніе лба *спереди*.

Данныя ощупыванія при вступленіи головки въ I лобное вставленіе: стрѣловидный шовъ на лѣвой сторонѣ (матери) въ поперечномъ діаметрѣ; предлежитъ лобъ; справа прощупывается лицо вмѣстѣ съ носомъ, слѣва—большой родничекъ и часть стрѣловиднаго шва.



Рис. 13. Лобное вставленіе; лобный шовъ въ среднемъ положеніи между поперечнымъ и II косымъ діаметромъ тазового суженія.

Вслѣдствіе I поворота головки вокругъ поперечной оси опускается лобъ еще ниже; вслѣдствіе II поворота вокругъ малаго косога діаметра попадаетъ лобъ кпереди въ лѣвый (II) косой діаметръ (рис. 30).

Данныя ощупыванія при вступленіи въ тазовое суженіе (I и II поворотъ): ясное низкое стояніе лба, болѣе легкое ощупываніе верхней половины лица, болѣе трудное—темени; лобъ справа рядомъ съ симфизомъ.

Въ тазовомъ выходѣ III поворотъ вокругъ поперечной оси, такъ что лобъ — при упираніи верхней челюстью

въ симфизъ—поворачивается вокругъ послѣдняго и выступаетъ затылокъ надъ промежностью (рис. 31, 32).

Соотвѣтственно этому данныя во время весьма важнаго здѣсь предохраненія промежности. Лицо и подбородокъ выходятъ послѣдними изъ-подъ лобка (рис. 33). Характерная конфигурація черепа (cf. табл. I въ § 5).

Предсказаніе и леченіе см. въ § 15.

§ 15. Лицевое вставленіе, подбородокъ сзади (рис. 40—42, и 8 въ текстѣ).

Боковое уклоненіе подлежащаго черепа, которое ведетъ въ большинствѣ случаевъ къ неблагоприятному лобному вставленію, можетъ, quoad eutokiam, исправиться тѣмъ, что головка опускается ниже въ томъ же направленіи, такъ что при болѣе низкомъ опусканіи и перемѣщеніи кпереди подбородка, получается обыкновенно благоприятное лицевое вставленіе. *Неблагоприятнымъ*, однако, становится это дальнѣйшее уклоненіе въ томъ случаѣ, если подбородокъ вставляется *кзади* или если, кромѣ того, удерживается въ крестцовой впадинѣ еще часть груди. Въ тазовомъ суженіи вертикальная лицевая линія въ косомъ діаметрѣ, подбородокъ сзади.

Причины: Упомянутыя въ §§ 13—15 положенія дефлексіи обуславливаются тѣми же причинами: большой, мало-подвижный, мало-податливый ребенокъ (съ твердымъ черепомъ, при незначительномъ количествѣ околоплодной жидкости) въ болѣе или менѣе сильно суженномъ тазѣ и при болѣе или менѣе косомъ положеніи продольной оси плода (отвислый животъ, неправильное положеніе женщины, оперативныя вмѣшательства, напр., неправильное направленіе вытягиванія щипцами и т. п.).

Данныя ощупыванія при I лицевомъ положеніи, спинка слѣва спереди, здѣсь-же и сердечные тоны, подбородокъ справа *сзади* въ тазовомъ суженіи (рис. 12 въ текстѣ и рис. 40): спереди слѣва лобъ, сзади справа подбородокъ; подбородокъ находится низко.

Роды, послѣ того какъ подбородокъ уперся въ крестцовую впадину, могутъ продолжаться лишь въ томъ случаѣ, если ребенокъ недоношенный или мертвый,

вслѣдствіе чего сталь болѣе податливымъ. Черепная крышка сплющивается о переднюю тазовую стѣнку (см. рис. 42) и въ концѣ концовъ вертикальная лицевая линія поворачивается въ прямомъ діаметрѣ (рис. 41); подбородокъ *прощупывается* прямо спереди кончика крестцовой кости.

Стоящій ниже всего подбородокъ показывается надъ промежностью раньше всего, послѣ этого слѣдуютъ лобъ и затылокъ изъ-подъ симфиза (рис. 42) (предохраненіе промежности!). Лицо поворачивается къ правому бедру матери.

Предсказаніе: Почти нельзя ожидать самопроизвольнаго рожденія живыхъ дѣтей, одинаково мало совершенно зрѣлыхъ дѣтей при неблагоприятныхъ лобныхъ вставленіяхъ.

Леченіе: При *высоко* стоящей головкѣ: поворотъ; въ остальномъ—если не имѣется показаній къ болѣе быстрому вмѣшательству—*попытки* исправленія вставленія руками или инструментами (щипцами), достигнуть затылочнаго положенія. Если это не удается и головка находится неподвижно, то остаются только перфорация, краниоклязія и краниотракція, конечно, если не удается при лобныхъ вставленіяхъ оттянуть подбородокъ внизу,— при лицевыхъ положеніяхъ съ подбородкомъ сзади, оттянуть послѣдній впереди, получая такимъ образомъ благоприятныя для экстракціи щипцами вставленія (ср. 20 I).

§ 16. Переднее и заднее ушное вставленіе.

Они представляются крайностями тѣхъ положеній дефлексій, которыя мы обозначаемъ переднимъ и заднимъ темяннымъ вставленіемъ (§§ 7 и 8). Вначалѣ *прощупывается* еще стрѣловидный шовъ, но постепенно онъ подымается кверху вдоль *promontorium* или позади симфиза. Это можетъ наблюдаться и при лобныхъ и лицевыхъ положеніяхъ.

Что касается предсказанія, то эти вставленія—обусловлены ли они болѣе сильнымъ суженіемъ таза, или чрезмѣрно большой головкой—безусловно неблагоприятны и требуютъ оперативнаго вмѣшательства (см. § 8).

ГЛАВА II.

Неблагоприятныя вставленія при тазовыхъ положеніяхъ.

§ 17. Ножныя положенія (табл. XI, рис. 44, 45, 86—89 и слѣд.).

Ножныя положенія, въ особенности полныя, неблагоприятны вслѣдствіе того, что при нихъ растягивается маточная шейка значительно слабѣе, чѣмъ при копчиковыхъ положеніяхъ. Вслѣдствіе этого головка подвергается гораздо легче опасности застрѣванія. Кроме того, пуповина лежитъ не столь защищенной, какъ при откинутыхъ кверху бедрахъ.

Причины: Существуетъ или уже съ самаго начала *тазовое* положеніе и ножки выпадаютъ—или туловище ребенка стоитъ *косо* къ тазовому входу, такъ что кончикъ упирается въ одну изъ подвздошныхъ костей и ножки находятся надъ маточнымъ звѣвомъ или тазовымъ входомъ. При головныхъ положеніяхъ мы наблюдаемъ это съ верхнею конечностью. Но между тѣмъ какъ въ первомъ случаѣ подобное боковое упирание ведетъ къ полному уклоненію до косога или поперечнаго положенія, развивается въ послѣднемъ случаѣ вслѣдствіе большей массивности подлежащей конечности обыкновенно простое *тазовое* положеніе, причемъ подобное положеніе можно считать законченнымъ въ томъ случаѣ, если колѣни показываются въ vulva. Это наблюдается тѣмъ чаще, чѣмъ болѣе патологичны условія, напр., таза.

Данныя ощупыванія: Необходимо обращать вниманіе на положеніе большого пальца къ остальнымъ и къ *planta pedis*, а также не имѣется-ли «колѣннаго положенія» — направленіе колѣннаго сгиба—съ цѣлью опредѣленія, которая предлежитъ ножка. Положеніе спинки окончательно рѣшаетъ вопросъ.

Леченіе: Воздержаться по возможности дольше отъ всякихъ вмѣшательствъ, чтобы дать маточному звѣву возможно медленнѣе и сильнѣе раскрыться — слѣдуетъ тщательно контролировать сердечные тоны. Экстракція руками, какъ только ребенокъ родится до пупка.

§ 18. Ненормальное выходение послѣдующей головки и верхних конечностей (рис. 92, 93).

Спинка лежитъ обыкновенно сбоку или сбоку спереди. Если она поворачивается кзади, то и затылокъ поворачивается къ крестцовой кости. При прорѣзаніи черезъ тазовой входъ упирается или *лобъ*, или задѣваетъ *подбородокъ*, удаляясь отъ груди, *надъ симфизомъ*. Послѣдній способъ болѣе рѣдкій, но и болѣе неблагопріятный; проходитъ болѣе значительная периферія головки.

Лечение: Пока копчикъ находится *подвижнымъ надъ тазовымъ входомъ*, необходимо выжидать достаточнаго расширенія маточнаго зѣва, такъ какъ сильныя потуги въ состояніи повернуть спинку кпереди. При *расширеніи* маточномъ зѣвѣ высвобождаютъ лежащую кпереди ножку.

Если копчикъ находится *неподвижно*, но *высоко* въ маломъ тазу, то накладываютъ петлю въ передній бедренный сгибъ и стараются его передне-боковымъ вытяженіемъ оттянуть кпереди.

Если копчикъ находится *неподвижно* и *низко* въ тазовомъ сѣуженіи, головка находится лбомъ у симфиза, то туловище поворачиваютъ введеніемъ пальца въ передній бедренный сгибъ, между тѣмъ какъ головку передвигаютъ *Wigand-Martin-Winckel'*евскимъ ручнымъ приемомъ отъ брюшныхъ стѣнокъ, по крайней мѣрѣ, въ поперечный діаметръ, оттѣсняя при этомъ лицо въ тазовой входъ.

Если *головка* находится уже *неподвижно* въ маломъ тазу, то вводятъ палецъ въ ротъ и устанавливаютъ головку поперекъ, поворачивая затылокъ кзади, комбинируя въ случаѣ необходимости, какъ и вышеприведенный ручной приемъ съ вытяженіемъ за шею (см. приемъ *Mauriceau-Veit-Smellie*), чѣмъ выводится черезъ промежность *сначала* затылокъ (см. § 27 В).

Но исправляющій поворотъ, въ особенности у мертвыхъ дѣтей, можетъ быть достигнуть тѣмъ, что тупой крючокъ вводятъ по пальцу осторожно въ *fossa sacina*.

Передняя ручка ущемлена или закинута на затылок.

Между тѣмъ какъ послѣ высвобожденія лежащей кзади ручки (см. § 27 В) вполне достаточно $\frac{1}{4}$ тазового поворота ребенка вокругъ продольной оси (т. е. отъ передняго конца одной тазовой діагонали къ переднему концу другой) для перемѣщенія кзади другой ручки, остается въ другихъ, болѣе рѣдкихъ случаяхъ эта ручка спереди позади затылка.

Лечение: Туловище поворачиваютъ на $\frac{3}{4}$ тазовой периферіи, сначала спинкой въ сторону крестца, потомъ въ другую сторону.

ГЛАВА III.

Косыя и поперечныя положенія (положенія плечиками) (табл. X, рис. 48 и слѣд., 75 и слѣд.).

При косыхъ положеніяхъ находится продольная ось дѣтскаго туловища косо къ продольной оси матки, но во всякомъ случаѣ косо къ плоскости тазового входа. По частотѣ они раздѣляются слѣдующимъ образомъ:

I видъ = головка слѣва; 1 подраздѣл. = спинка спереди;
II * » = » справа; 2 » = » сзади.

Самыми частыми представляются положенія *плечиками* (локоть, верхнее плечо, кисть).

Причины: Ненормально большія или малыя препятствія при родахъ; со стороны *матки*: сильное растяженіе и дряблость стѣнокъ (*plagi- и multiparae*), ненормальная ихъ форма (аномаліи развитія, опухоли) и положеніе (*anteflexio* при отвисломъ животѣ); со стороны *ребенка* и *плода*: *placenta praevia*, *Hydramnion*—слишкомъ большой или малый ребенокъ (преждевременные роды), уроды, неправильное членорасположеніе (выпаденіе конечностей сбоку головы), роды двойнями, мацерация; со стороны *таза*: суженіе таза какъ самая частая причина.

Обыкновенно дѣйствуетъ нѣсколько моментовъ одновременно, къ чему можетъ еще присоединиться внезапное отхожденіе околоплодной жидкости или неправильное положеніе роженицы, или внезапное ея поворачиваніе.

§ 19. *Данныя наружнаго изслѣдованія при комъ положеніи, головка слѣва, спинка спереди* (чаще всего): *матка* представляется очень широкой и незначительной величины. На лѣвой подвздошной кости прощупывается кругловатое, плотное возвышеніе: *головка*. На правой прощупывается бугристая масса — *копчикъ* и область тазобедреннаго сустава. Между ними слышны *сердечные тоны*, соотвѣтственно широко прощупываемой *спинки*.

Данныя ощупыванія въ началѣ родовъ: Вначалѣ представляются пустыми тазовой входъ и маточный зѣвъ; впоследствии продвигается мелкая часть, если не произошло «самоповорота»; въ подобномъ случаѣ прощупываютъ или *плечико*, или *локоть*, или *кисть*. Если послѣдняя не представляется перевернутой, то уже на основаніи этого легко распознаваніе всего положенія. Если, напр. въ нашемъ случаѣ, большой палецъ направленъ влѣво, *palma manus* кзади, то мы имѣемъ дѣло съ *правой* рукой (рис. 49) или наоборотъ; но такъ какъ по направленію большого пальца должна находиться головка, по направленію *palma manus* брюшная сторона ребенка, то мы имѣемъ I косою положеніе, головка слѣва, спинка спереди. Для контроля необходимо изслѣдовать подкрыльцовую впадину и плечевое выпячиваніе; послѣднее показываетъ намъ направленіе головки, — отношеніе между лопаткой и ключицей выясняетъ намъ положеніе спинки и т. д. Въ нашемъ случаѣ находится такимъ образомъ плечо на лѣвой материнской сторонѣ, подкрыльцовая впадина открывается въ правую сторону, лопатка смотритъ къ симфизу.

Дальнѣйшее теченіе родовъ можетъ быть различнымъ:

а) вследствие естественнаго *частичнаго поворота* можетъ изъ косою положенія получиться прямое положеніе; смотря по части, стоящей болѣе

Табл. X. Затыжное поперечное положеніе I съ переходомъ въ *conduplicato corpore* (данныя наружнаго и внутренняго изслѣдованія). Головка упирается въ лѣвую подвздошную кость, спинка лежитъ спереди, плечико въ тазовомъ входѣ, выпаденіе ручки, которая сильно опухша, покрыта экскоріаціями вслѣдствіе мацерации кожи послѣ умиранія ребенка *sub partu*. Если косое положеніе послѣ преждевременнаго разрыва пузыря не переходить при сильныхъ потугахъ быстро путемъ «естественнаго поворота» въ копчиковое или головное положеніе, что мало вѣроятно въ особенности при выпаденіи ручки, то головка и туловище попадаютъ въ тазовой входъ одновременно, значитъ, получается «сложенное тѣло». Выпавшая ручка опухаетъ вслѣдствіе нарушенія кровообращенія и затрудняетъ необходимыя мѣры. Опасность состоитъ въ затрудненіи вытеканія околоплодной жидкости, въ наступленіи гніенія послѣ умиранія плода и въ возможности разрыва чрезмѣрно растянутаго «нижняго маточнаго сегмента». Лишь недоношенные плоды рождаются безъ опасности *conduplicato corpore*.

низко, развивается головное или тазовое положеніе. Если-же сначала существовало головное положеніе и развивается изъ него тазовое положеніе, то подобный поворотъ мы называемъ *полнымъ*.

Этотъ *естественный* (такъ наз. *само-*) поворотъ наступаетъ чаще всего при недоношенныхъ плодахъ и широкомъ тазѣ (рис. 57—59);

b) путемъ саморожденія (см. § 12, рис. 55, 56). Оно наступаетъ въ томъ случаѣ, если маточный зѣвъ достаточно расширенъ, тазъ широкій и потуги сильныя послѣ вставленія плечика. $\frac{1}{7}$ часть всѣхъ родившихся такимъ образомъ дѣтей остается въ живыхъ; саморожденіе представляетъ собою естественный поворотъ въ *тазовомъ выходѣ* или въ *маломъ* тазу;

c) *conduplicato corpore* (см. § 12, рис. 51—54).

Всѣ доношенные дѣти умираютъ.

Общее теченіе родовъ и предсказаніе: Предсказаніе для матери и ребенка при предоставленныхъ самимъ себѣ косыхъ положеніяхъ вполне доношенныхъ дѣтей



и при значительныхъ препятствіяхъ крайне неблагопріятно и тѣмъ болѣе, чѣмъ дольше продолжались роды. *Естественная помощь* въ формѣ вышеприведенныхъ 3 способовъ *гораздо опаснѣе, чѣмъ оперативное* раціональное вмѣшательство, въ особенности *ручнымъ поворотомъ!*

Опасности для матери: Обусловленное ребенкомъ поперечное растяженіе матки ведетъ къ весьма сильнымъ потугамъ и главнымъ образомъ къ преждевременному натуживанію, что въ свою очередь ведетъ къ *преждевременному* ¹⁾ разрыву пузыря. Такъ какъ тазовой входъ и маточный зѣвъ не выполнены, то большая часть околоплодной жидкости вытекаетъ, что въ свою очередь ведетъ къ опасности прониканія воздуха въ полость матки. Болѣе сильное раздраженіе маточныхъ стѣнокъ ведетъ къ опуханію половыхъ частей (болѣе значительная опасность поврежденія и инфекціи) и къ усиленію потугъ. Дно матки вслѣдствіе самостоятельныхъ сокращеній оттягивается кверху надъ головкой, «нижній маточный сегментъ» сильно напрягается, кромѣ того, сдавливается, такъ какъ головка въ него упирается. Если подобное состояніе продолжается, то мы говоримъ о «затяжномъ поперечномъ положеніи» (см. табл. X); «кольцо сокращенія» ²⁾ подымается на ладонь выше пупка и болѣе; имѣется опасность разрыва матки. Потуги становятся тетаническими, вслѣдствіе чего становится невозможнымъ введеніе руки для оперативныхъ вмѣшательствъ (противопоказаніе для поворота!).

Кромѣ разрывовъ вслѣдствіе натяженія и давленія происходятъ еще ушибы и протиранія у *promontorium* или на костныхъ выступахъ рахитическихъ тазовъ (см. атласъ II, 2 изд. § 20, № 12, стр. 241).

Что касается діагноза и профилактики этихъ от-

¹⁾ *Преждевременный* разрывъ пузыря происходитъ до наступленія потугъ, *ранний* разрывъ до полного открытія маточнаго зѣва.

²⁾ См. атласъ II, 2 изд. § 6 и § 20.

дѣльныхъ опасностей, то ср. атласъ II, 2 изд. § 6, 18, 20 и табл. 67—71, рис. 16—18 въ текстѣ.

Опасности для ребенка: Онѣ еще больше, чѣмъ для матери. При затыжныхъ родахъ ребенокъ легко умираетъ вслѣдствіе задушенія (преждевременное отдѣленіе плаценты, тетаническое сокращеніе приводящихъ сосудовъ въ маточныхъ стѣнкахъ, выпаденіе пуповины и прижатіе ея, продолжительное сдавленіе мозговыхъ центровъ).

Леченіе: До отхожденія околоплодной жидкости *исправление* положенія наружными, впослѣдствіи комбинированными приемами—въ случаѣ необходимости *поворотъ*. Если поворотъ противопоказуется: перфорация или амбриотомія (ср. § 8, показанія, обусловленные conjugata).

Отдѣлъ В.

Акушерскія операціи.

Группа I: Чисто акушерскія операціи на ребенкѣ и яйцѣ.

A. Подготовительныя «чисто акушерскія» операціи (на ребенкѣ и яйцѣ).

а) Операціи, улучшающія положеніе.

1. превращеніе лицевыхъ и лобныхъ вставленій въ затылочные вставленія (рис. 95—97) (§ 20 I);
2. превращенія неблагоприятныхъ лицевыхъ и лобныхъ вставленій, въ благоприятныя лицевыя вставленія (§ 20 II);
3. превращенія копчиковыхъ положеній въ неполныя ножныя положенія (§ 20 III).

б. Вправление выпавшихъ частей (§ 21):

1. при выпаденіи пуповины;
2. при выпаденіи конечностей (рис. 46, 49, 55, 86, 98, 122).

- с) Разрывъ пузыря и проколъ оболочекъ (§ 22).
- д) Повороты (§ 23):
1. Наружный поворотъ (способъ *Wigand'a*) (рис. 75);
 2. комбинированный, прямой и косвенный поворотъ съ 1—3 пальцами при недостаточно открытомъ маточномъ зѣвѣ (рис. 76, 79—81) (способы *Hohl-Braxton Hicks* и *v. Hecker'a*);
 3. комбинированный прямой и косвенный внутрѣнный поворотъ всей рукой при вполнѣ открытомъ маточномъ зѣвѣ (рис. 43, 77, 78, 82—86):
 - а) на головку (по *D'Outrepoint'u* рис. 77 и *Busch'u* рис. 78);
 - б) на одну или обѣ ножки (по *Ambroise Paré* рис. 43, 82—85);
- е) перфорация и краниоклязія, кефалотрипсія (рис. 119—121, 126) (§ 24);
- ф) эмбриотомія (декапитация, экзентерация, клейдотомія) (рис. 118, 122, 126d) (§ 25).

В. Способствующія рожденію «чисто акушерскія» операціи (на ребенкѣ и яйцѣ).

- а) Extractio живого ребенка:
1. Выжиманіе черезъ брюшныя покровы (§ 26) и т. п.:
 - а) головки со стороны промежности по *Ritgen-Fehling'u* и *Smellie-Ritgen'u* (§ 1, рис. 10 и 11);
 - б) туловища по *Kristeller'u* (§ 1 и 4, рис. 13 и 110);
 - γ) послѣдующей головки по *Wigand-Martin-v. Winkel'ю* (§ 4, рис. 72); *
 - δ) плаценты по *Credé* (§ 1, рис. 18).
 2. Ручная экстракція (§ 27):
 - а) при копчиковыхъ положеніяхъ (рис. 65, 67, 68);

- β) при ножныхъ положеніяхъ (рис. 44, 45, 62—64, 69—71, 87—91);
 - γ) при послѣдующей головкѣ по *Veit-Smellie (Lachapelle-Mauriceau)* (§ 4, рис. 73, 74);
 - δ) за плечико (§ 1, рис. 13 и 110);
 - ε) плаценты потягиваніемъ за пуповину (§ 1).
3. Инструментальная экстракція (§ 28):
- α) при помощи щипцовъ:
 - при черепныхъ положеніяхъ (рис. 99—101, 105—110) и
 - передне - темянныхъ вставленіяхъ (рис. 112—114);
 - при лицевыхъ положеніяхъ (рис. 115—117);
 - при низкомъ поперечномъ стояніи;
 - при послѣдующей головкѣ (рис. 118);
 - β) при помощи тупого крючка, петли (§ 27 А, рис. 68) (полоски іодоформ. марли).
4. Ручное отдѣленіе плаценты (§ 1, рис. 19).
- б) Экстракція уменьшеннаго ребенка при помощи краниотрактора (—кляста) или костныхъ щипцовъ или остраго крючка (§ 24, 25) (рис. 120, 126 а, б, в).

Группа II: Хирургически-акушерскія операціи и пр. на матери.

- А. *Искусственные преждевременные роды* (§ 31):
 - а) расширеніе и подготовленіе шейки;
 - б) возбужденіе потугъ, отдѣленіе яйца.
- В. *Хирургическое расширеніе естественныхъ родовыхъ путей* (§ 32):
 - а) *episiotomia* для растяженія промежности (или влагалища);
 - б) надрѣзы маточнаго зѣва и *portionis vaginalis* или влагалищнаго свода, и *accouchement forcé*.

- C. *Выведеніе ребенка искусственнымъ путемъ:*
1. *sectio caesarea* (рис. 123—125) (§ 33);
 2. *amputatio uteri supravaginalis* (по *Porro*) (§ 33);
 3. *koeliotomia* послѣ *ruptura uteri*, при опухоляхъ или же внѣматочной беременности (§ 33);
 4. *symphyseotomia* (§ 34).
- D. *Хирургическія и акушерскія вмѣшательства тотчасъ послѣ родоразрѣшенія:*
1. первичный шовъ разрыва промежности и поврежденій у *introitus vaginae*, или надрѣзовъ (§ 35);
 2. послѣ разрывовъ шейки и влагалищнаго свода, изъ надрѣзовъ (§ 36);
 3. тампонація матки и влагалища (§ 36);
 4. промываніе матки безъ и съ удаленіемъ остатковъ яйца (§ 36);
 5. *atmokaussis* (*vaporisatio*) (§ 36).

Группа I. Производство „чисто акушерскихъ“ операций на ребенкѣ и яйцѣ.

ГЛАВА I.

Подготовительныя «чисто акушерскія» операции (на ребенкѣ и яйцѣ).

§ 20. Операции, улучшающія положеніе.

I. Превращеніе лицевыхъ и лобныхъ вставленій въ затылочные вставленія (рис. 95—97).

Показанія: Лицевое вставленіе, подбородокъ *сзади*; всѣ лобныя вставленія.

Условіе: Головка высоко, значить *подвижна* надъ тазовымъ входомъ; незначительныя препятствія со стороны *родового канала*; отсутствіе опасности, требующей немедленнаго вмѣшательства.

3 способа:

1. *Маточный зъвъ мало или вовсе не проходимъ; плодный пузырь цѣль*: наружными приёмами (способъ *Schatz'a*) исправляютъ лордозъ позвоночнаго столба такимъ образомъ, что одной рукой оттягиваютъ плечо къ дѣтскому затылку и отодвигаютъ отъ тазового входа, между тѣмъ какъ другой рукой перемѣщаютъ копчикъ въ противоположную сторону (рис. 95).

Вслѣдствіе достигнутаго такимъ образомъ нормальнаго кифотическаго положенія шейнаго позвоночника отходитъ лицо кверху отъ тазового входа; затылокъ вставляется или вдавливается въ тазовой входъ!

Операторъ стоитъ на сторонѣ дѣтскаго затылка. По окончаніи операціи роженицу кладутъ на *противоположную* дѣтскому затылку сторону и лишь послѣ вставленія головки въ тазъ на сторону малаго родничка.

2. *Маточный зъвъ открытъ на 2 пальца*: комбинированными внутренними (2—3 пальца) и наружными ручными приёмами (способъ *Vaudelocque'a*) оттягивается снутри подбородокъ кверху и отъ тазового входа—снаружи прижимаютъ книзу затылокъ. Этотъ способъ можно комбинировать съ первымъ (рис. 96).

3. *Маточный зъвъ проходимъ для всей руки, плодный мышокъ только что лопнулъ или вскрытъ искусственно*: введеніемъ всей руки (способъ *Playfair-Partridge'a*) головку спускаютъ непосредственно. Лучшимъ оказывается способъ *Thorn'a* въ слѣдующей модификаціи: сначала поднимаютъ косвенно, одновременно снутри подбородокъ и перемѣщаютъ снаружи плечо въ сторону спинки; послѣ этого захватываютъ снутри затылокъ всей рукой и проводятъ его книзу, между тѣмъ какъ наружной рукой переводятъ туловище со стороны копчика въ кифотическое положеніе. Вводитъ руку не одноименную материнской сторонѣ, въ которой находится затылокъ, значить, при I спинной позиціи (слѣва) правую руку (рис. 97).

Этотъ способъ, при участіи ассистента, можно комбинировать съ первымъ и вторымъ способами: значить, снаружи приподымаютъ туловище и смѣщаютъ соотвѣт-

ствующимъ образомъ (ассистентъ), причемъ приподымають одновременно снизу лицо кверху, послѣ чего опускають затылокъ (*Ziegenspeck*).

II. Превращеніе неблагопріятныхъ лицевыхъ и лобныхъ вставленій въ благопріятныя лицевыя вставленія.

Показанія: Лицевое вставленіе подбородокъ *сзади*; всѣ лобныя вставленія.

Условіе: Головка неподвижна въ тазу, ребенокъ *живой*, въ противномъ случаѣ перфорация и краниотракція.

2 способа:

1. *При лобныхъ вставленіяхъ*: Большимъ пальцемъ смѣщаютъ кверху лобъ, другими пальцами оттягиваютъ книзу подбородокъ, такъ что при постепенномъ поворотѣ головки вокругъ поперечнаго діаметра получается лицевое вставленіе (*Rose*).

2. *При лицевыхъ вставленіяхъ подбородокъ сзади*: Между потугами поворачиваютъ головку приставленіемъ большого и остальныхъ пальцевъ ко лбу и подбородку такимъ образомъ, что 6—8 тракціями оттягивается послѣдній впереди. Во время потуги удерживаютъ подбородокъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ онъ смѣстился бы снова кзади (*Volland*).

III. Превращеніе копчиковаго положенія въ неполное ножное' положеніе.

Условія: 1. Копчикъ еще подвижной въ маломъ тазу.—2. Маточный зѣвъ проходимъ для руки.—3. Цѣлый (или только что лопнувшій) пузырь, значить, отсутствіе сильнаго растяженія «нижняго маточнаго сегмента».

Показанія: 1. Механическое несоотвѣтствіе между ребенкомъ (слишкомъ большой) и родовымъ каналомъ (суженіе таза, ригидности).—2. Неблагопріятное вста-

вление (копчикъ уклонился въ сторону, стѣнка сзади—лицо спереди, вслѣдствіе чего легкое задѣваніе подбородка за симфизъ).—3. Опасность для ребенка (выпаденіе пуповины, асфиксія).—4. Опасность для матери (кровотеченіе, эклампсія).

Выполненіе: *Переднюю* ножку необходимо вытащить книзу, чтобы спинка повернулась кпереди; вводятъ одноименную съ ножкой руку (рис. 87). Слѣдуетъ тянуть лишь за ножку, такъ что выпрямленное (болѣе рѣдко) колѣно необходимо предварительно согнуть.

§ 21. Вправление выпавшихъ частей.

I. *Выпаденіе пуповины.*

Причины: Недостаточное выполненіе тазового входа и маточнаго зѣва предлежащей дѣтской частью (косое положеніе, тазовыя положенія, отклоненная въ сторону головка).

Леченіе: А) *При головныхъ положеніяхъ:*

1. При мало открытомъ маточномъ зѣвѣ:

а) *Инструментальное* вправление (репозиториі, напр., апотетеръ Braun'a—каучуковая палочка длиною въ $\frac{1}{2}$ метра съ петлей на концѣ, черезъ которую проходятъ концы тесьмы).

б) Комбинированный поворотъ при безрезультатности а.

2. Маточный зѣвъ проходимъ для *руки*;

а) *Ручное* вправленіе: роженицу кладутъ на сторону, отвѣчающую выпавшей пуповинѣ; пуповину проводятъ настолько высоко, что не подвергается давленію между маточной стѣнкой и предлежащей дѣтской частью. Послѣ этого перекадываютъ роженицу осторожно на другую сторону, такъ какъ вслѣдствіе отклоненія туловища въ эту сторону вдавливаются предлежащая часть болѣе плотно въ тазъ.

Вправленіе показуется:

При *головныхъ* положеніяхъ (включая и *лицевыя*.)

При недостаточно расширенномъ маточномъ зѣвѣ (инструментально);—если маточный зѣвъ проходимъ для руки, но противопоказуется еще немедленное разрѣшеніе;

При *копчиковыхъ* положеніяхъ:

если маточн. зѣвъ еще не открытъ достаточно;

При *косыхъ* положеніяхъ:

» » » » » » » »

Условія для вправленія:

1. Живой ребенокъ; 2. маточный зѣвъ проходимъ для руки (въ противномъ случаѣ инструментальное вправленіе); 3. головка подвижная; (4. наркозъ у I-рага и укладываніе на сторону, въ которую произошло выпаденіе пуповины).

Вправленіе *удалось*, если пуповина находится надъ тою частью матки, которою обхватывается подлежащая часть (resp. кольцо сокращенія), если пуповина выведена изъ малаго таза за *lineam innominatam*. Послѣ этого кладутъ роженицу немедленно на другую сторону (осторожно!).

б) *Поворотъ на ножку и немедленная экстракція*: при угрожающей для ребенка опасности (слабая пульсація пуповины).

Условія: 1. Головка еще подвижная и находится въ неблагоприятномъ вставленіи (при узкомъ тазѣ); 2. если имѣется, кромѣ того, еще выпаденіе одной конечности.

с) *Щипцы при низкомъ стояніи головки* (маточный зѣвъ совершенно расширенъ; не захватить пуповину!).

В) *При тазовыхъ положеніяхъ*:

а) *Вправленіе при копчиковыхъ положеніяхъ*, если маточный зѣвъ еще не открытъ окончательно (инструментально).

б) *Экстракція*, если существуетъ опасность и маточный зѣвъ достаточно открытъ для послѣдующей головки; при копчиковыхъ положеніяхъ слѣдуетъ высвободить ножку.

Если foetus сидитъ верхомъ на пуповинѣ, то плацентарную ея часть оттягиваютъ черезъ ножку и ягодицу (рис. 64).

С) *При косыхъ положеніяхъ*:

а) *Вправленіе*, если маточный зѣвъ открытъ недостаточно (инструментально).

б) *Поворотъ на ножку и экстракція*, если маточный зѣвъ расширенъ достаточно.

Подъ предлежаніемъ пуповины мы подразумѣваемъ положеніе ея рядомъ и подъ лежащей дѣтской частью при *стоящемъ* пузырьѣ.

Леченіе (профилактически и противъ выпаденія пуповины): роженицу немедленно укладываютъ, именно на ту сторону, въ которую наклонилась выпавшая часть (туловище отклоняется тогда въ эту сторону и направляетъ головку болѣе къ тазовому входу благодаря давленію позвоночника ребенка и измѣненному направленію оси матки); въ случаѣ необходимости колѣбно-локтевое положеніе. Запрещаютъ слишкомъ раннее натуживаніе; предохраняютъ плодный пузырь.

II. Выпаденіе конечностей (рис. 46, 49, 55, 86, 98, 122).

Выпаденія конечностей представляют собою аномалію членорасположенія плода; сюда относятся и ненормальныя вставленія головки. Подъ выпаденіемъ конечностей въ болѣе тѣсномъ акушерскомъ смыслѣ мы подразумѣваемъ при *головныхъ положеніяхъ* такія, если рядомъ съ подлежащимъ *затылкомъ*, *передней частью головки* или *лицомъ* имѣются еще одна или нѣсколько конечностей. *Безъ вліянія* на теченіе родовъ остается выпаденіе верхнихъ конечностей при *копчиковыхъ* и *косыхъ положеніяхъ*.

Здѣсь, какъ и при пуповинѣ, мы различаемъ *предлежаніе* и *выпаденіе*. Самымъ благоприятнымъ представляется при *стоящемъ* пузырь *предлежаніе* одной или обѣихъ рукъ рядомъ съ головкой; менѣе благоприятнымъ оказывается предлежаніе локтей.

Если при этомъ происходитъ разрывъ пузыря, то конечность проникаетъ во влагалище, получается *выпаденіе* ея, обыкновенно въ крестцовой впадинѣ, часто въ комбинаціи съ выпаденіемъ пуповины.

Этіологія. Неправильное положеніе и вставленіе ребенка вслѣдствіе ненормальной формы матки (аномаліи развитія или опухоли или смѣщенія ея при отвисломъ животѣ—Hydramnion, двойни) или суженія таза (рядомъ съ выдающимся promontorium образуется значительный пузырь околоплодной жидкости, въ который можетъ попасть одна изъ конечностей); незрѣлые плоды.

Неблагоприятное положеніе или внезапное движеніе роженицы значительно могутъ способствовать состоянію.

Неблагоприятное положеніе или внезапное движеніе роженицы значительно могутъ способствовать развитію.

Послѣдствіемъ можетъ явиться боковое отклоненіе подлежащей части; изъ затылочнаго положенія можетъ произойти передне-темянное или лицевое вставленіе, при высокомъ стояніи даже косое положеніе (см. рис. 46—49). Если ручка находится позади симфиза, то

стрѣловидный шовъ отклоняется въ сторону ретро-
totium: передне-темянное вставленіе; такимъ же обра-
зомъ обратно заднее темянное вставленіе. При выпаденіи
ножекъ головка можетъ отклониться въ сторону
вслѣдствіе сильнаго кифоза позвоночнаго столба.

Лечение: При косыхъ и тазовыхъ положеніяхъ ни-
чего не предпринимаютъ; единственное—накладываютъ
петлю на выпавшую конечность. *Профилактически*
кладутъ роженицу на сторону отклоненной головки.

При *головныхъ положеніяхъ:*

А) Выпаденіе *верхней* конечности:

1. Головка *подвижная* въ тазовомъ входѣ или от-
клонена въ сторону:

а) *ручное вправление:* въ боковомъ положеніи, со-
отвѣтственно выпавшей конечности, такъ какъ
отклоняющаяся еще больше головка освобож-
даетъ проходъ. Головка, конечно, отклоняется
всегда въ противоположную выпаденію сторону.
При этомъ положеніи усиливается отклоненіе
перегибаніемъ туловища ¹⁾.

Всей рукой оттѣсняютъ ручку за локоть
кверху (рис. 98), послѣ чего вдавливаютъ го-
ловку снаружи въ тазовой входъ (въ случаѣ не-
обходимости наркозъ или колѣбно-локтевое по-
ложеніе). *Послѣ* вправленія укладываютъ роженицу
на противоположную выпаденію сторону. Отно-
сительно удавагоса вправленія см. выпаденіе
пуговины.

Показанія: Отклоненіе головы вслѣдствіе предлежанія
конечности, что распознается по неправильному вставленію
головки въ тазовой входъ и по опуханію ручки. Противо-
показуется вправление въ томъ случаѣ, если грозитъ опас-
ность для матери или ребенка (кровотеченія, Tetanus uteri).

Условія: 1. Ручка не должна находиться спереди vulva.
2. Отсутствіе сильнаго поворота «нижняго маточнаго сег-

¹⁾ Въ другихъ случаяхъ оказывается лучше противопо-
ложная выпавшей конечности сторона, такъ какъ рука
оттягивается туловищемъ кверху, причѣмъ головка опу-
скается болѣе низко.

мента». 3. Подвижная головка. 4. Маточный зѣвъ проходимъ для всей руки.

в) *Поворотъ* на ножки при безрезультатности а) и если головка еще подвижная.

2. Головка *неподвижна*, низко въ маломъ тазу: выжидательно; при наступленіи опасности: щипцы, не захватывая при этомъ выпавшей ручки.

В) Выпаденіе *нижней* конечности, обыкновенно лишь у мертвыхъ или недоношенныхъ дѣтей.

Лечение какъ при А. Если *ручное вправление* не удастся, то производятъ *экстракцію* (рис. 86) послѣ отдѣленія вверху головки. (Предварительно необходимо исключить роды двойнями, такъ какъ одинъ ребенокъ можетъ представляться въ головномъ, другой въ ножномъ положеніи). Вправление производятъ при захватываніи колѣна. Если же головка и нижняя конечность ущемлены, то приходится прибѣгать или къ *щипцамъ*, или къ *перфорации*.

§ 22. Разрывъ пузыря и проколъ плодныхъ оболочекъ.

Искусственный разрывъ пузыря мы вправѣ производить лишь въ томъ случаѣ, если цѣлость его при полномъ открытіи маточнаго зѣва затрудняетъ опусканіе головки или ведетъ къ отдѣленію плаценты (кровотеченіе, задушеніе ребенка) или если этимъ желаютъ достигнуть твердаго вставленія головки въ тазовомъ входѣ (*немедленно изслѣдовать пальцами*).

Слѣдуетъ строго различать между весьма *эластичными* и *плотными* яйцевыми оболочками. Первые, при сильномъ скопленіи околоплодной жидкости, могутъ выходить изъ vulva—*выпаденіе пузыря* (рис. 4). Онѣ служатъ препятствіемъ для родовъ рѣже, чѣмъ *твердые* яйцевыя оболочки. Последнія вскрываютъ мандриномъ или дезинфицированной вазальной иглой, избѣгая при этомъ сосудовъ въ оболочкахъ (истеченіе кровью). Симптомомъ, служащимъ показаніемъ для вскрытія пузыря, представляется болѣзненность *тѣла* матки при дотрогиваніи—послѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія мышечной оболочки.

Проколъ оболочекъ производится для вызова искусственныхъ преждевременныхъ родовъ¹⁾, онъ оказываетъ свое

¹⁾ Остальные способы, а также показанія и т. д. для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ см. § 31.

дѣйствию обыкновенно черезъ 1—2 дня. Беременная должна спокойно оставаться въ спинномъ положеніи, чтобы препятствовать чрезмѣрному вытеканию околоплодной жидкости, отчасти въ виду того, что ребенокъ подвергается опасности, вслѣдствіе повышеннаго давленія, отчасти по причинѣ того, что половыя части вслѣдствіе отсутствія выпячивания пузыря растягиваются менѣе бережно. Уколъ дѣлаютъ мандриномъ или троакаромъ во внутреннемъ маточномъ зѣвѣ (способъ *Scheel*'я) или по возможности выше *надъ* внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ (*Hopkins-Meissner*).

§ 23. Повороты.

Повороты раздѣляются на *полные* и *частичные*, смотря по тому, дѣлаютъ-ли поворотъ изъ одного продольнаго положенія въ другое (напр. лицевое положеніе въ ножное)—или превращается лишь косое положеніе въ продольное.

Повороты раздѣляются, кромѣ того, на производимые *наружными* ручными приемами и на *комбинированные* способы, т. е. производимые при помощи наружныхъ и внутреннихъ приемовъ. Положенія, смотря по ширинѣ маточнаго зѣва, могутъ быть произведены при помощи 2—3 пальцевъ или всей рукой—кромѣ того, ими можно косвенно или прямо дѣйствовать на опустившуюся дѣтскую часть, смотря по тому, оттягивается-ли эта часть внутренней рукой *прямо* или оттѣсняется ею поочередно подлежащая часть, такъ что болѣе благоприятная часть уже сама по себѣ приобретаетъ косвеннымъ путемъ способность опускаться или оттѣсняется книзу наружной рукой.

А. Наружный поворотъ (способъ Wigand'a) (рис. 75).

Условія: 1. Цѣлость пузыря (всего благоприятнѣе къ концу періода раскрыванія, или тотчасъ послѣ разрыва пузыря.—2. Отсутствие опасныхъ для матери и ребенка моментовъ⁴⁾.—3. Отсутствие моментовъ, препятствующихъ изгнанію въ полученномъ положеніи (напр. значительное суженіе таза).—4. Наружные приемы должны быть примѣнимы съ извѣстной увѣренностью и легкостью (не слишкомъ богатые жиромъ брюшные покровы, отсутствіе оухолой, асцита, болѣзненности матки и пр.).

⁴⁾ *v. Winkel* не причисляетъ сюда выпаденіе пуповины при косомъ положеніи; онъ рекомендуетъ въ данномъ случаѣ производство головного положенія и выправлять послѣ этого пуповину вмѣсто внутренняго поворота.

Приготовление: Разслабленіе брюшинныхъ покрововъ укладываемъ высоко верхней части тѣла при поднятыхъ нижнихъ конечностяхъ, въ случаѣ необходимости наркозъ; *опорожненіе* мочевого пузыря и кишечника; поворотъ между потугами; спинное положеніе.

Показанія: 1. Косыя положенія зрѣлыхъ и почти доношенныхъ дѣтей;—(2. въ рѣдкихъ случаяхъ продольныхъ положеній, если другая продольная линія можетъ вставиться болѣе благопріятно, или даны болѣе удовлетворительные моменты для искусственнаго окончанія родовъ).

Выполненіе: Роженица сначала въ спинномъ положеніи. Чаще дѣлаютъ поворотъ на *головку*, такъ какъ условія для подобнаго поворота самыя благопріятныя; если это не удастся, то останавливаются на тазовомъ концѣ. Въ потуги (запрещаютъ натуживаніе!) захватываютъ головку всей рукой и устанавливаютъ надъ тазовымъ входомъ, между тѣмъ какъ другой рукой направляютъ кверху копчикъ (рис. 75). Послѣ этого вдавливаютъ при каждой потугѣ затылокъ въ тазовой входъ.

Если поворотъ удался (ислѣдованіе пальцемъ, между тѣмъ какъ другая рука фиксируетъ головку снаружи), то роженицу укладываютъ на сторону, на которой лежить затылокъ; въ случаѣ необходимости можно выпустить первыя воды. Для подпиранія матки подкладываютъ подушку.

В. Комбинированный, прямой и косвенный поворотъ 1—3 пальцами при недостаточно расширенномъ маточномъ зѣвѣ (рис. 76, 79—81).

- а) *Косвенный* способ *Hohl*'я и *Braxton Hicks*'а: въ маточный зѣвъ вводятъ 1—2 пальца и смѣщаютъ въ сторону подлежащую часть (плечико); другой рукой оттѣсняютъ книзу ту часть, которая должна встаться въ тазъ (копчикъ). Послѣ этого проводятъ въ каналъ шейки ножку. Этотъ поворотъ возможенъ уже въ раннемъ стадіи родовъ; роженицу не приходится, какъ и въ предыдущемъ способѣ, наркотизировать.

(1. На головку, рис. 76).

2. На ножки (1 или 2) (рис. 79 и 80).

Условія: 1. Пузырь цѣлый или только что лопнулъ;
2. маточный зѣвъ проходимъ для 1—2 пальцевъ.

Показанія: 1. *Placenta praevia* ¹⁾ (табл. XI); 2. при косыхъ положеніяхъ, если разрывъ пузыря произошелъ при мало расширенной шейкѣ; 3. при головныхъ и косыхъ положеніяхъ съ выпаденіемъ пуповины и при недостаточно расширенномъ маточномъ зѣвѣ.

б) *Прямой способъ в. Hecker'a* (рис. 81).

Показанія: Если при недостаточно расширенномъ маточномъ зѣвѣ не исполнимы только что описанные способы по прошествіи болѣе продолжительнаго времени послѣ вытекания околоплодной жидкости вслѣдствіе плотнаго обхатыванія ребенка маткой, и если *предлежитъ плечико*, то слѣдуетъ помнить, что 2—3

¹⁾ *Лечение placenta praeviae* (= прикрѣпленіе въ «нижнемъ маточномъ сегментѣ»; причина: эндометритъ). *Симптомы:* кровотеченія, уже во время беременности (ср. атласъ II, 2 изд., стр. 200). *Леченіе:* а) Шейка не проходима для *пальцевъ:* тампонація (іодоформовой, итроловой, позофеновой марлей), въ боковомъ положеніи. б) *Шейка* проходима для 1—2 пальцевъ, разрывъ пузыря, комбинированный поворотъ на 1 ножку (*Braxton-Hicks*) и заѣтимъ тампонація, выжидать, при продолжающемся кровотеченіи притягивать ножку и тампонировать копчикомъ. Въ частной практикѣ весьма раціонально и въ это время дѣйствовать экспектативно и дѣйствовать при помощи марлевой тампонаціи или гистерейриза; авторъ получалъ отличные результаты какъ для матери, такъ и для ребенка. Но предлежащій конецъ туловища долженъ быть плотно вставленъ, марлевая тампонація должна быть произведена плотно и высоко. *Гистерейризмъ* ведетъ различной толщины номерами каучуковыхъ шаровъ *постепенно* или путемъ отягощенія трубокъ шаровъ *форсированно* къ расширенію канала шейки. Часто прекращается съ лопаніемъ или разрывомъ пузыря натяженіе и этимъ кровотеченіе изъ предлежащей доли; въ подобномъ случаѣ достаточно *кольпейриза* (влагалища). с) Маточный зѣвъ проходимъ для *руки:* внутренній поворотъ на ножку и экстракція. Если маточный зѣвъ расширенъ—экстракція въ интересахъ ребенка (см. гл. II, А).

При кровотеченіяхъ во время *беременности:* искусственные преждевременные роды и *Braxton-Hicks*; при *plac. praev. centr.*—прободеніе плаценты.

Табл. XI. Рис. 1. *Situs placentae praeviae marginalis* у внутренняго маточнаго зѣва до начала потугъ (отчасти по препарату *Ahlfeld'a*): начинающееся давленіе плоднаго пузыря вдавливаетъ передній пузырь въ каналъ шейки, между тѣмъ какъ потуги расширяютъ одновременно внутренній маточный зѣвъ и каналъ шейки. Низко сидящая, отчасти покрывающая внутренній маточный зѣвъ, доля плаценты вслѣдствіе этого отдѣляется, что въ свою очередь ведетъ къ зіянію кровеносныхъ сосудовъ, чѣмъ дана возможность кровотеченій. Разрывъ пузыря уничтожилъ бы такимъ образомъ причину отдѣленія и этимъ самымъ кровотеченіе.—Рис. 2. Послѣ разрыва передняго пузыря поворачиваютъ плодъ, введя 2 пальца по *Braxton Hicks'у*, изъ головного положенія на ножки и выводятъ черезъ недостаточно еще раскрытый каналъ шейки во влагалище. Нижняя конечность прижимаетъ отдѣленную долю плаценты къ маточной стѣнкѣ, чѣмъ совершенно прекращается кровотеченіе.

пальцами легко удается проникнуть, сбоку плеча, къ заднему кольцу. Оттягивая кольцо прямо книзу выдвигаютъ наружной рукой тазовой конецъ.

С. Комбинированный прямой и косвенный внутренній поворотъ всей рукой при совершенно открытомъ маточномъ зѣвѣ (рис. 43, 77, 78, 82—86).

а) На головку (рис. 77, 78).

Условія:

Общія условія для внутренняго поворота:

1. Маточный зѣвъходимъ для всей руки.
2. Головку можно еще оттѣснить за тазовой входъ.
3. «Нижній маточный сегментъ» растянуть не очень сильно, кольцо сокращенія не выше 5—7½ стм.
4. Тазъ суженъ не особенно сильно (см. § 8) (граница conj. verae = 7,5).
5. Пузырь еще цѣлый или только что лопнулъ.
6. Нормальный тазъ (такъ что головка можетъ вставиться легко и не требуется поворота на ножки).
7. Отсутствие причинъ для быстрого родоразрѣшенія (относительно выпаденія пуговины ср. условія для способа *Wigand'a*).

Частныя условія для поворота на головку:



Fig. 1.



Fig. 2.

Показанія: Безрезультатность обозначенныхъ подъ А и В способовъ при *косыхъ* положеніяхъ.

Выполненіе (рѣдко) всегда въ *боковомъ положеніи* соотвѣтственно отгѣсненной книзу части; вводится рука разноименная сторонѣ, на которой лежитъ роженица:

а) Комбинированный *прямой* внутренній поворотъ (способъ *Busch-Braun*'а рис. 78): введенной рукой обхватываютъ затылокъ и вставляютъ его въ тазовой входъ; наружная рука помогаетъ отгѣсненіемъ кверху копчика. Исполнимъ при цѣломъ или только что лопнувшемъ пузырьѣ, значитъ, когда вытекло лишь мало околоплодной жидкости.

б) Комбинированный *косвенный* внутренній поворотъ (способъ *d'Outrepoint*'а рис. 77); введенной рукой отгѣсняютъ въ сторону подлежащее плечико; наружной рукой вдавливаютъ затылокъ въ малый тазъ. Этотъ способъ примѣняется въ томъ случаѣ, если послѣ обильнаго истеченія околоплодной жидкости туловище и головка уже сильно обхвачены маткой.

в) *На одну или обѣ ножки* (*Ambroise Paré* въ 1550 г.; рис. 43, 82—85).

Условія: Общія какъ и при поворотѣ на головку—sub 1—4; дальѣ:

Частныя условія для поворота на *ножки*:

5. *Тазъ* достаточной величины для рожденія дѣтскаго туловища (значитъ, во всякомъ случаѣ проходимъ для руки; соп. 7—8 см.).

6. *Маточный звъз* долженъ у I-рага быть совершенно открытымъ (у *plurip* почти совершенно открытымъ, т. е. въ діаметрѣ не менѣе 6 см.), въ противномъ случаѣ головка застрѣваетъ.

7. Ребенокъ долженъ быть доношенный или почти доношенный; недоношенные рождаются самопроизвольно (ср. § 12).

Показанія.

а) Какъ улучшение положенія при *косыхъ* и *поперечныхъ* положеніяхъ дѣтей старше 28 недѣль, даже мертвыхъ (при мацерации III°. Попытка разрѣшенія *conduplicato coepto*).

В) при *головномъ* положеніи (головка подвижная въ тазовомъ входѣ):

1. При *неправильномъ вставленіи* ¹⁾ черепа и лица (при кососъуженномъ тазѣ даже въ случаѣ, если затылокъ находится надъ болѣе узкой стороной)—(ср. §§ 7, 8, 14, 15), въ особенности лобныя и лицевыя положенія, подбородокъ *сзади!*—сначала выжидательно, если не грозитъ опасность.
2. При *незначительномъ суженіи таза*, если головка повторно мѣняетъ свое положеніе, или если изъ анамнеза вытекаетъ, что въ прежнее время протекали тазовыя положенія благополучно, головныя—неблагополучно (*профилактическій поворотъ*).
3. При *нормальномъ тазѣ и внезапной опасности*, если головка еще подвижная, но не занимаетъ удобнаго для наложенія щипцовъ положенія,—этимъ даны указанія для немедленной во всякое время экстракціи. Такъ, напр., при *placenta praevia*.
4. При *выпадении* конечностей или пуповины, если не удалось вправление.
5. При двойныхъ уродствахъ.
6. Послѣ перфораци и раздробленія черепа, если не удастся экстракція за остатки черепа.
7. При *ruptura uteri* съ выходеніемъ ребенка въ брюшную полость.

Выполненіе: Роженицу кладутъ на бокъ, на которомъ находится подлежащая выведенію часть (рис. 82); операторъ стоитъ позади роженицы и вводитъ разноименную сторонѣ руку (конически сложенную); другой рукой способствуютъ повороту черезъ брюшные покровы. Наркозъ! Конечности удастся захватить легче въ боковомъ положеніи, при извѣстныхъ обстоятельствахъ въ колѣнно-локтевомъ положеніи.

а) При *костяхъ положеніяхъ* (рис. 82—85):

Если спинка *спереди*, то высвобождаютъ лежащую *внизу* ножку (предлежащую), послѣ чего производятъ поворотъ (рис. 83);

если спинка находится *сзади*, то высвобождаютъ лежащую *внизу* (предлежащую) ножку (рис. 84), но послѣ этого выводятъ и *верхнюю* ножку, за которую и дѣлаютъ поворотъ (рис. 85)!

¹⁾ Срав. стр. 6 и 7.

Причина состоитъ въ томъ, что экстракція производится удачнѣе въ томъ случаѣ, если спинка находится *спереди* (значить смотреть къ симфизу; въ противномъ случаѣ легко задѣваніе за послѣдній направленнымъ впереди подбородкомъ); этотъ поворотъ впереди преслѣдуется вышеприведенными манипуляціями. Если при съ направленной кзади спинкой косомъ положеніи не удается высвобожденіе верхней ножки, то туловище вытаскиваютъ поворотомъ высвобожденной голени. Уже *предлежащая* части обвязываютъ петлей (рис. 82). Слѣдуетъ вытягивать равномернo и по соответствующему направлению. (Спинка должна оставаться сбоку спереди или занять это положеніе!).

Поворотъ *законченъ*, если колѣно находится въ vulva, такъ какъ лишь въ этомъ случаѣ произошло вставленіе въ тазъ копчика, т. е. получено дѣйствительно продольное положеніе).

β) При *головныхъ положеніяхъ* (рис. 43, 86):

Высвобождаютъ лежащую *впереди* ножку или *объ ножки* (рис. 43); другой рукой производятъ давленіе на fundus uteri, оттѣсняя книзу копчикъ и головку кверху. Если поворотъ натывается при этомъ на затрудненія, такъ что предлежащую часть не удается достаточно оттѣснить отъ тазового входа, то подобную часть оттѣсняютъ въ сторону изнутри, производя одновременно вытяженіе за обхваченную петлей ножку, такъ наз. «двойной ручной приѣмъ *Siegemund'овой*» 1690 (рис. 86). Вмѣсто этого приѣма можетъ оказаться достаточнымъ оттѣсненія головки въ сторону большимъ пальцемъ, между тѣмъ какъ ножку захватываютъ указательнымъ и среднимъ пальцами.

§ 24. Перфорация и краниоклизія, нефалотрипсія (рис. 119—121, 126).

Перфорация: По двумъ пальцамъ прободается головка при помощи *рѣжущихъ* (рис. 119, ножницевидные перфораторы *Levret'a* и *Nägele*) или *буравящихъ* (трепанъ *Kwisch'a*) инструментовъ; головку удерживаютъ черезъ брюшные покровы. При рѣжущихъ инструментахъ оста-

навливаются на родничкахъ и швахъ; при трепанакъ— на костяхъ (темянная). Отверстіе увеличиваютъ крестообразно, мозгъ разрѣзаютъ по всѣмъ направленіямъ и удаляютъ отчасти пальцами, отчасти влагалитшной трубкой, доходя до *punct vital* продолговатаго мозга. При *лицевомъ положеніи* прободается лобная кость, послѣ чего вводятъ въ ротъ внутреннюю ложку краниокляста, другую прикладываютъ къ шеѣ, такъ что нижняя челюсть приходится между ложками (*Kehrer*). При *послѣдующей* головкѣ отыскиваютъ *задній боковой родничекъ* позади уха. Туловище ребенка удерживаютъ въ сторону. Роженица лежитъ на *поперечной кровати*, т. е. поперекъ кровати, верхняя часть туловища приподнята, копчикъ у края постели, ноги удерживаются внѣ постели и раздвинуты. Наркозъ, отчасти вслѣдствіе этическихъ причинъ.

Краниоклязія: Разрѣзавъ мозговія оболочки и мозгъ во всѣхъ направленіяхъ и удаливъ послѣдній изъ черепа, вводятъ внутреннюю ложку *краниокляста* (*v. Braun'a* рис. 120, *Kehrer'a*, *Award'a*) по двумъ пальцамъ въ пробуравленный черепъ. Вторая, наружная ложка прикладывается къ наружной поверхности черепа (не захватить материнскія части или яйцевыя оболочки!) (рис. 121), послѣ чего завинчиваютъ обѣ ложки. Этимъ раздробляется черепъ и плотно захватывается.

Непосредственно къ этому присоединяется *экстракция* (*краниотракція*). Она должна быть произведена по линіи таза, при слабомъ натяженіи, чтобы инструментъ не соскользнулъ.

Бываютъ случаи, въ которыхъ соскальзываніе происходитъ весьма часто, такъ что въ концѣ концовъ остается лишь *basis cranii* и не за-что захватить. Въ подобныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ *кефалотриктору*. Этотъ инструментъ употреблялся въ прежнее время исключительно для раздробленія (между тѣмъ какъ краниоклясть исключительно для тракцій), но *Busch*'емъ придана ему ложкообразная форма, безъ отверстій, но на внутренней поверхности снабженъ зубцами, причѣмъ ложки завинчиваются винтомъ, какъ и при краниоклястѣ, до того сильно, что плотно захватываютъ

при экстракции раздробленную головку. Въ остальномъ кифалотрипторъ употребляется лишь рѣдко.

Но и стоящій высоко и не спускающійся при тазовомъ суженіи *копчикъ* можетъ при невозможности тракцій при помощи петли или тупого крючка или высвобожденія одной ножки служить причиной къ производству *перфорации* и наложенію *краниотрактора*.

Другимъ, весьма опаснымъ для тракціи инструментомъ, но и совершенно излишнимъ, въ особенности послѣ удаленія всей черепной крышки, представляется *крючокъ Levret'a* (рис. 126, b). Въ случаѣ, въ которомъ не имѣлось подобнаго крючка, авторъ прибѣгъ къ тому, что акушеркѣ предоставилъ произвести приемъ *Kristeller'a*, между тѣмъ какъ самъ обхватилъ сзади шею двумя пальцами и вывелъ такимъ образомъ плечики постепенно черезъ маточный зѣвъ и промежность, причемъ тракціи пришлось производить долгое время, часто и довольно сильно.

Крючокъ *Levret'a* употребляется также для удаленія головки послѣ *decapitatio*. Для отдѣленія отдѣльныхъ костей служитъ *костный тиллетъ Voer'a* или *щипцы* (рис. 126, a). Въмѣсто краниокляста можно для краниотракціи употреблять *щипцы Mesnard'a*, усовершенствованные *L. Winckel'emъ* (рис. 126, c).

Условія: Тазъ не долженъ быть абсолютно суженнымъ, такъ что туловище могло бы пройти (ср. § 8, сопj. vera 6,5 или minimum 5,5).

Показанія: 1. При мертвомъ или находящемся въ большой опасности ребенкѣ, если мать подвергается опасности при рожденіи не уменьшеннаго ребенка.

2. При живомъ ребенкѣ, если имѣется *основательное показаніе* къ *Sectio caesarea*, значить, если ребенка нельзя провести черезъ тазъ безъ уменьшенія и если мать не соглашается на *Sectio caesarea* (см. § 33).

§ 25. Embryotomia (Decapitatio, Exenteratio) (рис. 119, 122, 126 d).

Decapitatio производится при помощи *крючка Braun'a* (рис. 122) или *серповиднаго ножа B. S. Schultze* (рис. 126, d) или изогнутыхъ длинныхъ *ножницъ Siebold'a*.

Условія: Соjуг. vera 5,5 или 6,5 стм. (см. § 8) и маточный зѣвъ удобно проходимъ для руки.

Показанія: У дѣтей младше 7 мѣсяцевъ въ затычномъ косямъ или поперечномъ положеніи, а также въ кончиковомъ положеніи (см. § 20 II) (растянутый «нижній маточный сегментъ», кольцо сокращенія 5—7 стм. надъ симфиозомъ), при двойныхъ уродахъ.

Выполненіе: Подъ прикрытіемъ указательнаго и среднего пальцевъ лѣвой руки накладываютъ крючокъ на шейку

со стороны спинки, предварительно сильно натянувъ предлежащую ручку. Послѣ этого поворачиваютъ медленно и непрерывно крючокъ вокругъ длинной оси и переламываютъ такимъ образомъ шейную часть позвоночнаго столба. Серповидный ножъ накладывается такимъ же образомъ и разрѣзаетъ подообразно, щипцами *Siebold'a* разрѣзаютъ короткими ударами между двумя прикрывающими пальцами. Оставшаяся головка или выдавливается, или вытаскивается при помощи крючка *Levret'a* или краніокляста, при одновременномъ давленіи на брюшные покровы.

Exenteratio (**Evisceratio**) производится при помощи ножицевиднаго перфоратора (рис. 119) или ножницъ *Siebold'a*, именно въ томъ случаѣ, если не удастся достигнуть дѣтской шейки, или при вздутіяхъ живота (кистовидная почка или другія опухоли) или при двойныхъ уродахъ; условія и показанія какъ при **descapitatio**.

Конечности ампутируются лишь очень рѣдко, если мѣшаютъ эмбриотоміи. *Kleidotomia* производится, если плечики составляютъ препятствіе.

ГЛАВА II.

Способствующія разрѣшенію чисто акушерскія операціи (на ребенкѣ и яйцѣ).

До сихъ поръ мы разсматривали *подготовительныя* операціи. Способствующія разрѣшенію возможны 3 путями:

1. Подражаніемъ естественнымъ изгоняющимъ силамъ, т. е. *давленіемъ сверху*, черезъ брюшные покровы; онѣ представляются самыми нѣжными и безопасными, такъ какъ въ матку не заносятся никакіе зародыши; но, къ сожалѣнію, ихъ не всегда достаточно. Сюда относятся ручные приемы *Kristeller'a*, *Wigand-Martin-Winkel'*я,—приемъ *Credé*;

2. потягиваніемъ на находящіяся *снаружи* или глубоко во влагалищѣ части, напр. за пуповину, производя рычагообразныя движенія родившимися уже частями (головка) для высвобожденія плечиковъ, примѣненіемъ ручного приема *Veit-Smellie* и пр.;

3. ручнымъ и инструментальнымъ натяженіемъ прямо

внутри за части, которыя должны выступить, напр., forceps, краниотракція, введеніе пальца въ паховой сгибъ при копчиковомъ положеніи, ручное отдѣленіе плаценты.

Въ виду увеличивающейся опасности, весьма рационально дѣйствовать строго по указаніямъ и продѣлывать поочередно эти три приема.

А) Экстракція живого ребенка.

§ 26. Выжиманіе черезъ брюшныя покровы и т. п.

- а) Туловища по *Kristeller*'у, ср. § 1 и 4, рис. 13 и 110;
- б) послѣдующей головки по *Wigand-Martin-Winckel*'ю, см. § 4, рис. 72, а также аналогичное исправляющее вставленіе послѣдующей головки въ тазовой входъ, см. § 18;
- с) головки по *Ritgen-Fehling*'у и *Smellie-Ritgen*'у см. § 1, рис. 10 и 11;
- д) плаценты по *Credé*, см. § 1, рис. 18.

А. При копчиковыхъ положеніяхъ (рис. 65, 67, 68).

1. При естественныхъ тазовыхъ положеніяхъ.
2. При искусственныхъ тазовыхъ положеніяхъ послѣ поворота.

Экстракцію немедленно за поворотомъ слѣдуетъ производить лишь при угрожающей опасности.

Условія:

Общія условія для экстракціи при всѣхъ тазовыхъ положеніяхъ.

Частныя условія при копчиковыхъ положеніяхъ.

1. Маточный зѣвъ совершенно или почти совершенно открытъ (въ противномъ случаѣ разрывы шейки или ущемленіе головки).
2. Пузырь лопнулъ.
3. Незначительныя препятствія со стороны мягкихъ и костныхъ путей.
4. Одна ягодица должна быть легко доступной.

Показанія: Опасность для матери или ребенка (сердечные тоны все время ниже 100 или выше 160—отхожденіе меконія вслѣдствіе прижатія пуговины—асфиксія (СО₂ дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на кишечную перистальтику).

Выполненіе: Роженица на поперечной кровати (см. § 24); наркозъ при чувствительныхъ и узкихъ половыхъ органахъ.

Одноименный указательный палець вводится въ *передній* бедренный сгибъ, большой палець плотно прикладывается къ промежности и крестцовой кости, среднимъ пальцемъ удерживается бедро (для предупрежденія абдукціи — вывихъ, переломъ). Другой указательный палець вводится возможно скорѣе въ задній, тазобедренный сгибъ, въ случаѣ необходимости послѣдній сгибъ можно отыскать съ самаго начала (рис. 67).

Если не удастся плотно задѣть указательнымъ пальцемъ, то прибѣгаютъ къ петлѣ или къ полоскѣ іодоформовой марли, которую вводятъ кверху при помощи снабженнаго мандриномъ катетера (рис. 68; тупой крючокъ употребляется лишь у мертвыхъ плодовъ).

Если копчикъ родился совершенно, то направленную кверху голень *не* оттягиваютъ книзу (возможны переломы); при дальнѣйшей экстракціи онъ выпадаютъ самопроизвольно (рис. 55), стоитъ только слегка приподнять и опустить туловище.

Дальнѣйшее см. ножныя положенія!

В. При ножныхъ положеніяхъ (рис. 44, 45, 62—64, 69—71, 87—91).

Условія и показанія какъ при копчиковомъ положеніи; при ножныхъ положеніяхъ предсказаніе менѣе благоприятно.

Выполненіе: При предлежаніи *обтисъ* ножекъ ихъ захватываютъ такимъ образомъ, что спинка остается всегда сбоку, слегка *спереди* (рис. 44, 45). Если колѣни находятся уже въ *vilva*, то намъ извѣстно, что копчикъ вошелъ въ тазовой входъ. Послѣ этого захватываютъ бедро и выводятъ тазъ соответствующими движеніями (подыманіе и опусканіе) (рис. 62, 63).

Если предлежитъ только *одна* ножка, то экстракцію производятъ ва нее (рис. 87), обхватывая одноименнымъ большимъ пальцемъ Ахиллесово сухожиліе, указательный палець кладутъ на тыльную поверхность

стопы, средній палець подъ подошву. Спину, даже при выпаденіи *задней* ножки, необходимо всегда направить *вперед* и слегка въ сторону. *Если копчикъ стоитъ еще высоко* (колѣно еще не въ vulva), то можно высвободить другую ножку (рис. 91), въ особенности, если задняя ножка находится уже во влагалищѣ.

Вытягиваніе производятъ за одно бедро до тѣхъ поръ (рис. 88), пока не удастся ввести палець въ другой бедренный сгибъ (рис. 90). Такимъ образомъ и здѣсь высвобождаютъ копчикъ.

Послѣ этого обхватываютъ язь обѣими руками, укладывая большіе пальцы на подвздошныя кости рядомъ съ крестцовой костью (рис. 45), послѣ чего производятъ экстракцію, пока не покажутся *anguli scapulae* (рис. 69). Пуповину слегка ослабляютъ оттягиваніемъ книзу. Если ребенокъ сидитъ на пуповинѣ, то послѣднюю перетягиваютъ черезъ ногу и ягодицу (рис. 64).

Теперь наступилъ моментъ «высвобожденія ручки»; сначала высвобождаютъ *заднюю* ручку такимъ образомъ, что ее захватываютъ большимъ, указательнымъ и среднимъ пальцами на-подобіе писчаго пера и выводятъ ее, лицо и грудь, значить, не вертикально книзу (рис. 70). Ручку, лежавшую до сихъ поръ спереди, слѣдуетъ высвободить въ впадинѣ крестцовой кости, такъ какъ здѣсь имѣется достаточно мѣста. Для этой цѣли дѣлаютъ поворотъ на $\frac{1}{4}$ периферіи тазового входа, причемъ дѣтская спинка переводится отъ передняго конца одной тазовой діагонали на конецъ другой, значить, проходитъ при этомъ мимо симфиза. Если ручка закидывается при этомъ за затылокъ, то дѣлаютъ $\frac{3}{4}$ поворотъ, т. е. спинка проходитъ мимо крестцовой кости. Эти повороты исполнимы лишь въ томъ случаѣ, если ручка и головка слегка подвижны. Последнее достигается тѣмъ, что дѣтское туловище вталкиваютъ въ матку въ вертикальномъ направленіи (рис. 71), послѣ чего уже производятъ поворотъ; ребенка захватываютъ двумя руками, большіе пальцы кладутъ на лопатки. Что высвобожденіе и поворотъ ручки удалась узнается

по тому, что исчезает складка на лопаткѣ. Если передняя ручка предлежитъ низко локтями, то ее можно вытянуть тотчасъ позади симфиза.

Откидыванія руки кверху можно избѣжать тѣмъ, что въ потуги энергично захватываютъ дно матки (*E. Martin, Pincus*).

Въ заключение слѣдуетъ:

С. Экстракція послѣдующей головки.

По способу *Veit-Smellie (Mauriceau-Lachapelle)* см. § 4, рис. 73, 74. Вытяженіе слѣдуетъ произвести не особенно сильно, такъ какъ растяженіе спинного мозга и незначительныя поврежденія тканей сопровождаются нерѣдко смертельными функциональными расстройствами,—оставляя въ сторонѣ разрывы позвоночнаго столба или болѣе обильныя кровотеченія въ позвоночный каналъ. (О способѣ выжиманія, одновременно и вытяженія по *Wigand-Martin-Winckel*'ю мною было уже упомянуто). Лучше и нѣжнѣ всего дѣйствуютъ оба ручныхъ приема комбинированно!

Если при тазовыхъ положеніяхъ и при находящейся уже въ тазовомъ выходѣ головкѣ спинка находится *сзади*, то примѣняютъ ручной приемъ *Veit-Smellie*, съ указанной въ § 18 модификаціей.

Д. Экстракція за плечики (см. § 1, рис. 13 и 110).

Е. Сюда относится также *отдѣленіе плаценты* слабымъ *потягиваніемъ* за пуповину (§ 1).

§ 28. Инструментальная экстракція.

А. Щипцы.

Исторія: Щипцы придуманы англійскимъ врачомъ *Chamberlen*'омъ въ концѣ 17 столѣтія. Секретъ этихъ щипцовъ былъ опубликованъ *Palfyn*'омъ въ 1723 году (сообщеніе Академіи наукъ). *Levet* присоединилъ къ головному искривленію еще тазовое; кромѣ того еще т. наз. *французскій замокъ*, который состоитъ изъ винтового стержня, вставляемаго въ соответствующее отверстіе другой ложки (трудно замыкается).

Smellie открылъ *англійскій замокъ*: замыканіе простымъ вставленіемъ подъ выдающійся валикъ.

Но лучшимъ усовершенствованіемъ щипцы подверглись къ концу 18 и въ началѣ 19 столѣтія, благодаря нѣмецкимъ

акушерамъ. Въ 1796 году *Busch* придѣлалъ крючкообразные выступы подъ замкомъ для облегченія экстракціи. *Brüninghausen* открылъ *нѣмецкій замокъ* (1802), который примѣняется еще и въ настоящее время; на одной ложкѣ (*левой* или нижней или мужской) имѣется *стержень съ пластинкой*, куда вставляется другая (*правая* ложка или верхняя или женская) ложка съ *выемкой*. *Naegele* придаль щипцамъ, которые употребляются въ настоящее время почти всеми, болшую легкость.

Tarnier и *Bruns* устроили щипцы по осямъ вытяженіи для *высоко* стоящихъ головокъ; сила вытяженія дѣйствуетъ здѣсь не косвенно дугообразно черезъ рукоятку, но прямо ложками путемъ прировненныхъ осей вытяженія.

Способъ дѣйствія.

1. *Вытяженіе*: слѣдуетъ избѣгать давленія! (Поврежденія черепа и мозга).

2. *Динамическое дѣйствіе* — подкрѣпленіе брюшного прессы; рефлекторное усиленіе послѣдняго.

3. *Рычагообразныя движенія*, которыми подкрѣпляютъ происходящіе естественнымъ путемъ 2 поворота: 1) вокругъ малаго косога діаметра головки (малый родничекъ спереди), 2) вокругъ поперечнаго діаметра головки (малый родничекъ вокругъ симфиза). Маятникообразныя движенія слѣдуетъ производить лишь слабо и только въ сторону.

Условія: 1. *Маточный звѣзъ* совершенно или (*у pluripara*), почти совершенно открытъ; 2. пузырь лопнулъ, т. е. яйцевыя оболочки не слѣдуетъ захватывать; 3. головка должна своимъ болшимъ діаметромъ находиться въ маломъ тазу (покрываетъ *lin. interspinal.*; *tubera frontalia* при затылочныхъ, *tubera parietalia* при лицевыхъ положеніяхъ находятся около или подъ *lin. innominata!*); головка, въ удобномъ для наложенія щипцовъ положеніи, находится неподвижно и въ нормальномъ вставленіи; 4. головка не слишкомъ велика или мала (діаметръ щипцовъ=7,5 стм.): напр. при *Hydrocephalus*, незрѣломъ плодѣ; 5. тазъ лишь незначительно суженъ (*conj. vera* не менѣе 8 стм., срав. § 8).

NB. При *высокомъ* стояніи головки щипцы не накладываются, такъ какъ происходитъ ушибъ мягкихъ частей, далѣе мертвый ребенокъ и т. д. Если наложеніе щипцовъ затруднено, то ребенокъ долженъ остаться живымъ, въ противномъ случаѣ перфорация представляется болѣе нѣжной операцией для матери.

Показанія.

При головныхъ положеніяхъ экстракція щипцами показуется, если при вышеприведенныхъ условіяхъ существуетъ опасность для матери или ребенка.

А. Прерываніе родовъ (наложеніе щипцовъ лишь при угрожающей опасности, такъ какъ слабость потугъ послѣ быстрого окончанія родовъ легко ведетъ къ атоніи и кровотеченіямъ! Въ виду этого впрыскивать до операции 0,1 эрготина):

- a) первичная слабость потугъ;
- b) вторичная слабость потугъ, т. е. сначала сильныя потуги, въслѣдствіи, однако, утомленіе, напр. въслѣдствіе пренатальнаго для родовъ. Предварительное впрыскиваніе морфія.

В. Угрожающая для матери опасность:

a) *Общія состоянія:*

1. Острая анемія (въслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія плаценты, разрыва варикознаго узла и т. д.) и состоянія коллапса.
2. *Sopor*, бредъ (острые психозы).
3. *Eclampsia*.
4. Сильная одышка (болѣзни легкаго и сердца, *struma*).
5. Лихорадка выше $38,5^{\circ}$ С.

b) *Мѣстныхъ состоянія:*

1. Опасность разрыва варикознаго узла, острый отекъ *vulvae*.
2. Гнойное и ихорозное воспаленіе матки и ея придатковъ (напр., въ связи съ продолжительными родами).
3. Невправимыя или ущемленныя грыжи.

С. Опасность для ребенка: Угрожающая асфиксія (замедленіе сердечныхъ тоновъ виѣ потугъ ниже 160 или постоянное учащеніе выше 160).

Причины: 1. Продолжительное низкое стояніе головки (уменьшеніе матки);

2. преждевременное отдѣленіе плаценты;
3. прижатіе *пуповины* (напр. при выпаденіи);
4. ненормальное мозговое давленіе (при узкомъ тазѣ).

Выполненіе:

І. При черепныхъ положеніяхъ.

1. *При низко стоящей, ротированной или почти ротированной головкѣ при затылочномъ положеніи* (рис. 99—101, 105, 106—110): Стрѣловидный шовъ въ прямомъ или косомъ діаметрѣ.

Щипцы захватываютъ поперечный діаметръ головки; вслѣдствіе чего щипцы накладываются только въ поперечномъ или косомъ діаметрѣ таза. Что касается ложекъ, то см. вышеприведенные рисунки и текстъ. *Вогнутость* тазового искривленія щипцовъ должна всегда быть направлена по подлежащимъ опущенію частямъ (малый родничекъ или большой родничекъ, или подбородокъ — при затылочныхъ положеніяхъ, а также при передне-темянныхъ или лицевыхъ положеніяхъ). Верхушка щипцовъ лежитъ на *basis cranii*. Щипцы своими тремя позиціями (см. рис. и текстъ) производятъ естественные повороты опускающейся и ротируемой головки.

2. *При низкомъ поперечномъ стояніи*: Стрѣловидный шовъ въ поперечномъ діаметрѣ; щипцы накладываются въ косомъ діаметрѣ таза, причемъ прямо, безъ предварительнаго отыскиванія передней ложкой. Вогнутость тазового искривленія щипцовъ направлена къ затылку; поворотъ малаго родничка *кпереди* во время тракціи (см. также § 11). Послѣ этого открываютъ ложки слегка и накладываютъ въ поперечномъ діаметрѣ головки. Щипцы накладываютъ лишь при существованіи показаній къ окончанію родовъ!

3. *При высоко стоящей головкѣ*: Стрѣловидный шовъ въ поперечномъ или косомъ діаметрѣ; щипцы накладываются исключительно по діагонали (щипцы *Breus'a*). Обѣ ложки вводятся въ вогнутость крестцовой кости, причемъ, чтобы проникнуть высоко, съ сильно опущенными рукоятками = 1 позиція (см. рис. 103, 104, 111). Предварительно слѣдуетъ испытать понизить возможно больше головку (черезъ брюшные покровы), такъ что *promontorium* становится болѣе недоступнымъ, причемъ стрѣловидный шовъ отъ него отходитъ и малый родничекъ опускается болѣе низко и кпереди. При опущеніи головки слегка раскрываютъ щипцы, чтобы головка могла произвести поворотъ. Если поперечное стояніе головки продолжается еще до тазового дна, то необходимо, тѣмъ не менѣе, накладывать щипцы въ косомъ діаметрѣ.

Табл. XII. Ручное отдѣленіе плаценты въ fundus uteri; самопроизвольное отдѣленіе плаценты произошло по *Duncan*'у (см. стр. 19); верхній край остался у праваго трубнаго угла до fundus uteri (обусловлено геморрагіями, происшедшими будто бы послѣ поднятія трудной больной на III—IV мѣсяцѣ беременности). Отдѣленіе производилось краемъ пальцевъ, но не ногтями, царапающими движеніями, причемъ до и во время отдѣленія матку заставляли сокращаться массажемъ черезъ брюшныя стѣнки, такъ что мягкія части плаценты и стустки легко отличить отъ мышцъ матки.

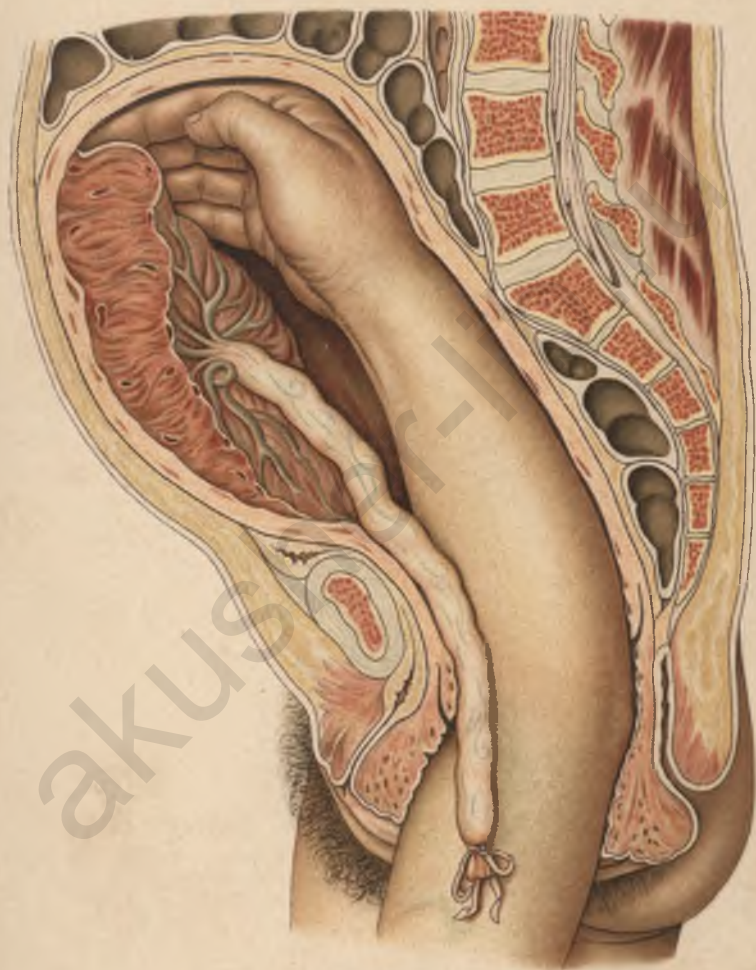
Табл. XIII. Если плацента отдѣлена всюду, то при удаленіи руки мы ясно ощущаемъ сокращеніе маточныхъ стѣнокъ позади руки, между тѣмъ какъ дряблый еще нижній сегментъ матки вмѣщаетъ руку, плаценту и стустки. Послѣдніе необходимо удалить весьма тщательно, а также и отдѣльные куски плаценты.

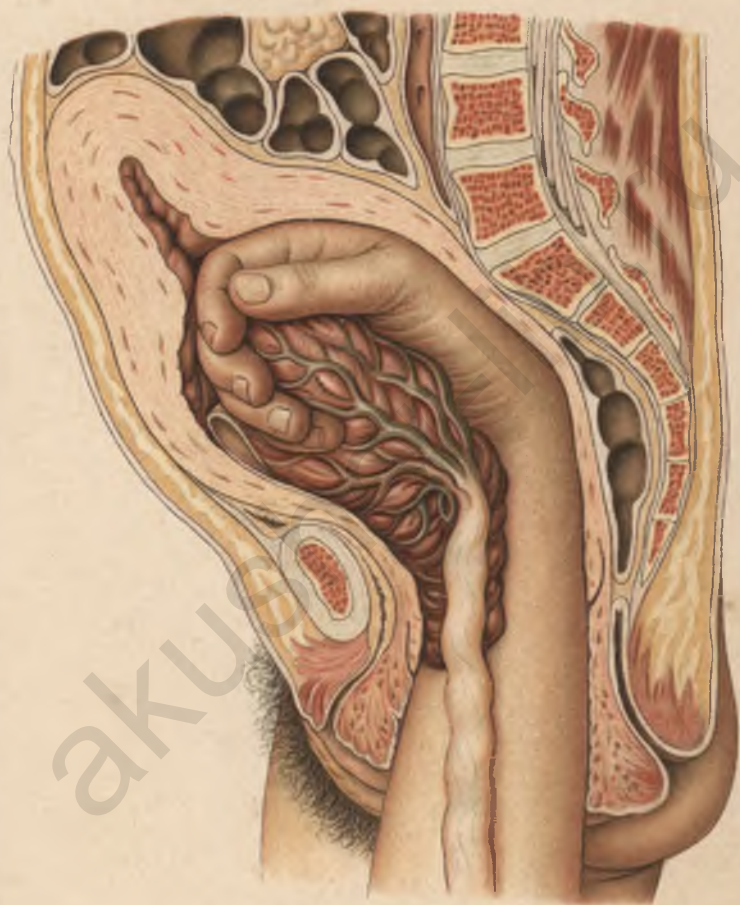
NB. При совершенно подвижной головкѣ, когда лобные бугры находятся еще надъ *lin. innominata*, никогда не слѣдуетъ накладывать *forcers*. Необходимо выжидать также въ случаѣ, если ребенокъ уже мертвый. «Висячее положеніе» *Walcher*'а (§ 4) въ состояніи усилить при узкомъ тазѣ дѣйствіе щипцовъ.

При ригидной или узкой половой щели, въ особенноти у первородящей, у которой можно ожидать сильнаго разрыва промежности; удаляются ложки по дуговой линіи въ обѣ стороны, какъ только черепъ до большого родничка или лба прорѣзался у *frenulum perinaei*. При удаленіи ложекъ защищаютъ промежность и головка удерживается большимъ пальцемъ.

4. При *передне-темянномъ вставленіи*: Головка захватывается въ поперечномъ діаметрѣ и оттягивается книзу (I позиція), пока лобъ не выкатится изъ подъ лобка, послѣ чего сильно приподымають рукоятку (въ III позиціи) (ср. рис. 112 — 114), и высвобождаютъ рычагообразными движеніями въ горизонтальномъ направленіи большой родничекъ и лицо изъ-подъ симфиза (II позиція).

Если лобъ упирается въ вѣтвь лобковой кости (§ 13), то отгѣсняютъ головку слегка кзади, поворачивають въ сторону, гдѣ находится лицо, послѣ чего оттягива-





ютъ книзу въ косомъ направленіи, именно въ противоположную сторону, въ I, II—III позиціи (*Kehrer*). Такимъ образомъ описываетъ лобъ при I передне-темянномъ положеніи *Kehrer*'а (спинка справа) T-образную, при II—Г-образную линію.

II. При лицевыхъ положеніяхъ.

Если головка стоитъ высоко, такъ что возможно исправленіе или поворотъ, то никогда не слѣдуетъ накладывать щипцовъ; оно показуется лишь въ томъ случаѣ, если темянные бугры уже прошли черезъ тазовой входъ и если подпородокъ стоитъ спереди.

1. *При низко стоящемъ, ротированномъ или почти ротированномъ лицѣ*: Вертикальная лицевая линія въ прямомъ или косомъ діаметрѣ таза; щипцы по поперечному діаметру головки; тянуть внизъ (I позиція), пока подбородокъ не выйдетъ изъ-подъ симфиза, рукоятку замыкаютъ предварительно во II позиціи, послѣ чего немедленно тянуть въ I позиціи съ цѣлью немедленнаго пониженія подбородка. Наконецъ поднимаютъ въ III позиціи, вслѣдствіе чего затылокъ выкатывается черезъ промежность (см. рис. 115—117).

2. *При низко поперечномъ стояніи*: Вертикальная лицевая линія по *linea interspinalis*. Щипцы накладываютъ по косому діаметру, вогнутость поворачиваютъ во время тракціи въ сторону подбородка.

III. На послѣдующую головку при тазовыхъ положеніяхъ.

Туловище ребенка поднимаютъ кверху; щипцы накладываютъ по поперечному діаметру таза; сначала тянуть кзади-книзу (I позиція, рис. 118). При нахожденіи головки въ тазовомъ выходѣ поднимаютъ рукоятки щипцовъ. Примѣняется рѣдко; накладываются лишь въ случаѣ, если *ротъ* при направленномъ кзади затылкѣ еще не доступенъ для ручныхъ приемовъ *Veit-Smellie* и *Wigand-Martin-Winckel*'я,—или остаются безъ результатовъ, невзирая на «висячее положеніе» *Walcher*'а

(см. § 4), значить, въ особенности при *воронкообразномъ тазѣ* (при 8 стм. *distantia tuberculorum ischii* какъ наименьшая мѣра), причемъ необходимо еще разъ упомянуть, что первый приемъ слѣдуетъ производить лишь со слабымъ усиленіемъ. Щипцы не накладываются при высоко стоящей головкѣ!

II. Экстракція при помощи тупого крючка или петли

(ср. § 27 А и рис. 68).

§ 29. Ручное отдѣленіе плаценты (ср. § 1, табл. 12 и 13, рис. 19).

В) Экстракція уменьшеннаго ребенка

(ср. кромѣ того §§ 26 и 27).

§ 30. Экстракція при помощи краніотрактора или костныхъ щипцовъ или остраго крючка (ср. §§ 24 и 25).

Группа II: Выполненіе хирургически-акушерскихъ операций и пр. на матери.

Глава I. Искусственный выкидышъ и преждевременные роды.

§ 31. Способы и показанія.

1. Расширеніе и подготовленіе шейки: *механическое растяженіе* при помощи гистерейринтера, кольпейринтера, *laminaria, turelo*, тампоновъ (іодоформовая, итроловая, нозофеновая марля).

2. Возбужденіе потугъ; отдѣленіе яйца. *Примѣненіе раздраженій*: термическихъ (души въ 37—40° R. или попеременно холодные (5—10°)—теплые), — электрическихъ (постоянный токъ), — химическихъ (глицериновый тампонъ), — механическихъ (бужи или катетеры—или зонды—проколъ яйцевыхъ оболочекъ, тампонація влагалища).

При всѣхъ этихъ способахъ необходимо соблюдать строжайшую антисептику и асептику! Влагалище и каналъ шейки слѣдуетъ промывать и вытирать. Іодоформовую, итроловую и нозофеновую марлю слѣдуетъ стерилизовать паромъ. Палочки *laminaria* и *turelo* слѣдуетъ сохранять въ іодоформовомъ эфирѣ или салициловомъ алкоголѣ (оба раствора концентрированные) или стерилизовать (въ теченіе 2—5 минутъ) передъ самымъ употребленіемъ въ кипящемъ 5% карболовомъ растворѣ или въ 1% растворѣ лизола.

Искусственный выкидыш въ первые два мѣсяца производится въ 2 приема: сначала послѣ вышеприведеннаго подготовленія расширение шейки введениемъ палочекъ *laminaria* (оставлять каждый разъ на 2—6 часовъ); это производится при помощи зеркала, при фиксации передней маточной губы шаровидными щипцами (рис. 126;g). Выпаденію препятствуютъ влагалищнымъ тампономъ. По прошествіи обыкновенно 24 час. удаляютъ яйцо пальцемъ или остатки при помощи *кюретки*; если развилась уже *серотинальная плацента* (значитъ съ наступленіемъ IV мѣсяца), то удаляютъ рукой; часто удается удалить яйцо изъ матки при помощи ручного приема, весьма сходнаго съ приемомъ *Credé*: два пальца прижимаются къ тѣлу матки во влагалищномъ сводѣ (*Höning*). Слѣдуетъ упомянуть еще о двухъ обстоятельствахъ: 1) послѣ расширенія шейки выталкивается довольно часто яйцо (въ особенности съ III мѣсяца) *in toto* самопроизвольно или послѣ приема спорыньи, 2) вовсе не опасно, если остается только *decidua*.— Тампонація въ теченіе 24 часовъ. Покой въ постели въ теченіе 8 дней, ежедневныя промыванія влагалища.

Показанія: 1) *Абсолютное суженіе таза* (отъ 5,5 см., самый короткій прямой діаметръ); 2) тазъ, занятый опухолями, конечно, лишь въ томъ случаѣ, если эти опухоли нельзя вылущить или раздробить, или удобно смѣстить въ сторону; эти показанія приходится наблюдать крайне рѣдко, но зато они существуютъ всегда при раковыхъ опухоляхъ матки; 3) *неправильныя измѣненія положенія матки* вслѣдствіе разлитыхъ фиксацій (иногда съ гнойными фокусами); 4) *Мухома multiplex ворсистаго шогіон* (гидатидовый заносный пузырь).

При искусственныхъ преждевременныхъ родахъ все дѣло сводится главнымъ образомъ къ вызову потугъ безъ или съ одновременнымъ искусственнымъ расширеніемъ шейки. Это подражаніе естественнымъ родамъ и дальнѣйшее окончаніе естественными силами является съ 4 мѣсяца единственнымъ вѣрнымъ способомъ; болѣе рано часто вовсе не удается достигнуть полного отдѣленія всѣхъ яйцевыхъ оболочекъ.

Одновременное расширеніе съ возбужденіемъ потугъ

достигается тампонаціей шейки іодоформовой, итроловой или нозофеновой марлей ¹⁾, смоченной глицериномъ, или при помощи *истерейриза*. Возбужденіе только потугъ достигается введеніемъ закрытаго эластическаго *бужа* (дезинфицированнаго въ теченіе нѣсколькихъ часовъ карболовой кислотой) между яйцомъ и передней маточной стѣнкой. Если этотъ способъ *Krause* не достигаетъ цѣли, то дѣлается разрѣзъ плоднаго пузыря по способу *Scheel*'я (§ 22).

Тонкостѣнный скришкообразный *маточный резиновый шаръ* (*Barnes, Tarnier, Fehling*) вводится на-подобіе бужа, наполняется стерилизованной водой и можетъ по способу *Mäurer-Dührssen*'а быть прикрѣпленъ снаружи такимъ образомъ, что кромѣ расширенія вызываетъ еще и вытяженіе. При прекращеніи потугъ послѣ изгнанія тампона первыя вызываются душами (черезъ 1—2 часа не менѣе 5 литровъ кипяченой воды при незначительномъ давленіи).

Значить, дальнѣйшіе роды должны происходить по возможности самопроизвольно; если только возможно, то преждевременные роды слѣдуетъ вызывать послѣ 34 недѣль!

Показанія: 1) *Сжуженіе таза*, причемъ по слѣдующимъ основнымъ положеніямъ: при соч. *vega* въ 8 стм. на 35 нед., 7½—8 стм. на 33—34 нед., 7—7½ стм. на 31—33 нед., 6—7 стм. раньше 30 недѣли. При соч. *vega* въ 6 стм. необходимъ обыкновенно *выкидышъ*. Необходимо еще упомянуть, что соотвѣтствующей и строго выполненной діетой (мало жидкости и жира, *Prochownik*) безусловно рождаются нерѣдко

¹⁾ По просьбѣ автора фабрика перевязочныхъ матеріаловъ *Evens*'а и *Pistor*'а въ *Kassel*'ѣ изготовила стерилизованную и дренирующую марлю, которая какъ при послѣродовыхъ кровотеченіяхъ, такъ и при вызовѣ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ не теряетъ своей эластичности и не всасываетъ крови, такъ что оказываетъ постоянное и вѣрное дѣйствіе, между тѣмъ какъ обыкновенная іодоформовая марля теряетъ эти качества въ нѣсколько минутъ (см. *Münch. m. W.*, 1896, № 40. Рефератъ, читанный въ собраніи естествоиспытателей въ *Frankfurt*'ѣ).

худощавыя дѣти, фактъ, на который слѣдуетъ обращать вниманіе своевременно ¹⁾).

2) *Placenta praevia* съ опасными кровотечениями; 3) *при-вычное умираше дѣтей въ извѣстное время*; 4) *Hydramnion* съ опасными послѣдствіями для матери (высокое стояніе грудобрюшной преграды).

Глава II. Хирургическое расширеніе естественныхъ родовыхъ путей.

§ 32. Эпизиотоміи, надрѣзы *portionis* и влагалищнаго свода, *Accouchement forcé*.

1. *Боковой надрѣзъ промежности или episiotomia*, срединно отъ *tuber ischii*, длиною 1—3 стм., глубиною 1 стм., при помощи пуговчатаго ножа (эпизиотомъ) или ножницъ *Cowper'a* (см. § 1). Въ случаяхъ, въ которыхъ нельзя ожидать разрыва промежности III (полный, проникающій въ самый *rectum*), а лишь средней степени, то слѣдуетъ предпочитать послѣдній, такъ какъ послѣ шиванія имѣется больше шансовъ на правильное заживленіе. Айроль.

2. При влагалище-промежностномъ надрѣзѣ по *Dührsen'u* разрѣзаютъ (по срединѣ между *anus* и *tuber ischii*) *m. constrictorem cunni* и надрѣзаютъ кромѣ того еще *levatorum ani* ножницами *Siebold'a* (дл. 4 стм., глуб. 3 стм., если на обѣихъ сторонахъ, но лучше на одной сторонѣ длиною въ 5—6 стм.).

Показаніе: быстрое разрѣшеніе при наложеніи щипцовъ или экстракція за ножку при противодѣйствіи вышеприведенныхъ мышцъ у *I-raa*.

При *рубцовыхъ и врожденныхъ* ригидностяхъ дѣлаютъ надрѣзы соотвѣтственно суженнымъ мѣстамъ.

Швомъ оттягиваютъ сначала книзу край раны, оттянутый разрѣзомъ кверху и въ сторону; аналогично перинеопластическимъ швамъ сшиваютъ послѣ этого влагалищную рану (отчасти погружнымъ) кѣгутумомъ, нижнюю рану промежности сшиваютъ *fil de Florence*

¹⁾ Авторъ нашелъ, что вѣсъ матери 55 клгрм. представляетъ крайнюю границу, ниже которой дѣти меньшаго вѣса и увеличиваются менѣе быстро (*Arch. f. Gynaek.*, 1896).

Табл. XIV. Sectio caesarea; послѣ вскрытія брюшн
лости продольный разръзъ передней стѣнки вытянутой матки, остро-
жно (!), чтобы не поранить ребенка въ виду крайней
тонкости стѣнки,—до самаго кольца сокращенія, или до
нижняго маточнаго сегмента, болѣе бѣднаго мышечной обо-
лочкой. Верхній и нижній углы келіотоміи соединяются
нѣсколькими швами какъ только матка будетъ выворочена.
Ассистентъ сдавливаеъ съ обѣихъ сторонъ брюшныя стѣнки,
препятствуя такимъ образомъ выходу кишечныхъ пел-
тель. Вокругъ нижняго маточнаго сегмента можно наложить
эластичъ лигатуру.

(или шелкомъ) ¹⁾). Во время экстракціи ребенка кровоте-
чение останавливаютъ пинцетами *Péan*'а. Послѣдую-
щее лечение айроломъ, въ порошокъ или пастъ.

3. Поверхностные и крестообразные надръзы наруж-
наго маточнаго зѣва, если *ригиднымъ* *оказывается лишь*
постдній, т. е. лишеннымъ эластическихъ волоконъ
(вслѣдствіе старческаго исчезанія послѣ *klimakterium*,
при сифилитическомъ и начинающемся раковомъ пере-
рожденіи), а также при *conglutinatio* или вторичной
atresia orif. ext. Сглаженная *portio* плотно прилегаетъ
въ видѣ ободка къ подлежащей части; иногда не рас-
крывается часть кольца (обыкновенно передняя). Над-
ръзы дѣлаютъ по пальцу при помощи ножницъ *Siebold*'а.
При этомъ рѣдко наступаютъ кровотечения, требующія
наложенія шва.

4. Если существуетъ большая опасность, то дѣлаютъ
нѣсколько (4) глубокихъ надръзовъ до влагалищнаго прикрѣпленія
portionis (*Dührssen-Skutsch*). Передній (иногда и задній)
край маточнаго зѣва фиксируется 2 пальцами или 2 шаро-
видными щипцами и разръзается между ними 2 ударами но-
жницъ *Siebold*'а. Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ мы
имѣемъ дѣло съ болѣе пожилыми I-рага, то часто прихо-
дится комбинировать съ операціей 2.

Показанія: Эклампсія съ опасностью для матери при
недостаточно еще расширенномъ каналѣ шейки—преждевре-
менный разрывъ пузыря или отдѣленіе плаценты съ опас-
ными внутренними кровотечениями.

При частично тетанической стриктурѣ матки примѣня-

¹⁾ Аналогично недренирующей марли я приготовилъ
недренирующій шелкъ, желая препятствовать нагноенію и
смачиванію каналовъ укола (см. *Centr. f. Gynaek.* 1896,
№ 46).

Tab. 14.



ются наркотическія (глубокой наркозъ). При ригидности всей шейки избѣгать надрѣзовъ, а производить *sectio caesarea*, такъ какъ самой частой причиной является раковая инфильтрація.

5. Вскрытіе передней стѣнки шейки со стороны влагалища и вагинальная *sectio caesarea* по *Dührssen*'у¹⁾.

Эта операція стала необходимой въ виду того, что вагинофиксація матки при *retroflexio uteri* (по способамъ *Dührssen*'а и *Mackenrodt*'а) препятствовала въ нѣсколькихъ случаяхъ при наступленіи беременности слѣдовать передней стѣнкѣ за развитіемъ яйца. Вслѣдствіе этого растягивается чрезмѣрно задняя стѣнка и *оттливается сильно кзади и кверху portio*. При наступленіи потугъ вѣдряется въ виду этого опускающаяся часть ребенка въ нижній маточный сегментъ вмѣсто въ маточный зѣвъ; передняя маточная стѣнка сильно впячивается во влагалище, между тѣмъ какъ задняя, теперь верхняя, стѣнка сильно растягивается. Круглыя маточныя связки находятся тотчасъ надъ горизонтальной вѣтвью лобковой кости. Маточный зѣвъ достигается съ большимъ трудомъ; при попыткѣ оттянуть книзу переднюю маточную губу, послѣдняя напрягается какъ желѣзное кольцо (*Strassmann* и др.). Повороты часто невозможны. Перфорація затруднена; экстракція возможна лишь въ томъ случаѣ, если послѣ введенія пальца въ матку вскрыта вся передняя перегородка между *collum* и *vagina* (передняя маточная губа захвачена въ желобоватомъ зеркалѣ *Museux*'евскими щипцами) нѣсколькими ударами ножницъ; можно смѣло дѣлать продольные разрѣзы длиною въ 6—8 см. Края раны (толщ. въ 1 см.) соединяются временно лигатурами; послѣ этого экстрагируютъ головку. По удаленіи плаценты тщательно шивается рана послойно. Вскрытія передней брюшинной щели можно избѣгать тѣмъ, что при послойномъ разрѣзаніи всегда оттягиваютъ кверху раневую поверхность влагалища и шиваютъ ее съ раневой поверхностью маточной стѣнки. Самая тщательная антисептика. Швы не подрѣзываютъ и служатъ возжами. Кромѣ того можно разрѣзать и заднюю маточную стѣнку; но гораздо рациональнѣе болѣе широкій разрѣзъ только передней стѣнки. Кровотеченіе довольно сильное, но опасность устраняется быстрымъ дѣйствіемъ. Во всякомъ случаѣ существуютъ весьма рѣдкія и малочисленныя показанія!

¹⁾ Эту, а также предыдущую операцію не долженъ производить малоопытный или неувѣренный въ ея дѣйствіи или который не въ состояніи совладать съ могущими наступить въ любой моментъ неприятными послѣдствіями; опытный всегда съумѣетъ вывести необходимыя показанія.

Табл. XV. Кесарево сечение; ребенка вынимаютъ изъ матки: въ то время какъ ассистентъ захватываетъ углы маточной раны, съ цѣлью предупрежденія слишкомъ ранняго закрытія ея, операторъ вынимаетъ одной рукой рычагообразными движеніями копчикъ изъ матки, между тѣмъ какъ другой рукой входитъ въ матку и высвобождаетъ изъ глубины головку. Если разрѣзъ натывается на плаценту, то послѣднюю быстро отдѣляютъ, отбѣсняютъ въ сторону и быстро вытаскиваютъ ребенка. Послѣдній остается еще нѣкоторое время въ состояніи арпоеа. Если по удаленіи плаценты матка не сокращается въ достаточной степени, и продолжается кровотечение—въ особенности по удаленіи эластич. лигатуры,—то ассистентъ крѣпко сжимаетъ руками на обѣихъ сторонахъ края маточной раны и проходящія въ послѣдней art. uterinam и spermaticam.

Глава III. Рожденіе ребенка искусственнымъ путемъ.

§ 33. Разрѣзъ живота (Coeliotomia).

1. Кесарево сечение—*Sectio caesarea* (табл. XIV—XVI). *Sectio caesarea* представляетъ конкуренцію для перфорации и симфизеотоміи; чѣмъ лучше становятся результаты при первой, тѣмъ рѣже приходится жертвовать жизнью ребенка въ пользу матери.

Показанія: 1) *абсолютное* показаніе: если *раздробленіе* ребенка при прямомъ тазовомъ діаметрѣ *minimum* въ 5,5 (6,5) см. и меньше ¹⁾ не ведетъ къ экстракціи ребенка *per vias natur.*; 2) далѣе при опухоляхъ, выполняющихъ тазъ и не устранимыхъ; 3) *относительное* показаніе: если экстракція эмбриотомированного ребенка возможна, но мать желаетъ имѣть живого ребенка; 4) при *неправимой hysterocoele*; 5) при до того сильномъ рубцевомъ склеиваніи матки и влагалища, а также при такихъ уродствахъ матки и смѣщеніяхъ *portionis* послѣ вагинофиксациі, что повреждаются сосѣдніе органы при *partus per vias natur.* или невозможно немедленно удалить оперативное препятствіе; 6) у умершихъ беременныхъ съ живымъ, жизнеспособнымъ ребенкомъ (еще живой по прошествіи 25 минутъ послѣ смерти матери).

J. Veit рекомендуетъ въ случаяхъ съ относительнымъ показаніемъ принимать такіа мѣры, чтобы родовою каналъ остался безусловно асептичнымъ.

¹⁾ Ср. таблицу § 8.

Tab. 15.



Sänger возстановилъ снова права старой консервативной *sectio caesarea*, именно тѣмъ, что рекомендовалъ наложение швовъ на матку со стороны брюшной полости, при соблюденіи антисептическихъ способовъ. Въ до-антисептическое время смертность равнялась 54% и болѣе (*Zweifel, Meyer*); съ наложенія *Sänger*'овскаго шва до 1887 года—28% (по *Credé*); до 1889 г.—8,6% (въ то же время: искусственные преждевременные роды 2,8%, послѣ поворота и экстракціи 4,8%, послѣ перфорациі 2,8%) и до 1892 года лишь 6,4% въ клиникѣ *Leopold'a* и *Zweifel'я* вмѣстѣ (47 *sect. caesar.* съ 3 смертн. случаями, между тѣмъ какъ *Leopold* не имѣлъ ни одного смертельнаго случая при перфорациі съ *conj. vena* ниже 7,5 стм.),—между тѣмъ какъ остальные операторы 14 (—20)% смертности (по статистикѣ *Sänger'a*). Перфорациа 4—5%, симфизотомія 12% смертности.

Эта статистика представляетъ громадное значеніе относительно *предсказанія*, въ особенности въ отношеніи роженницы и окружающихъ, въ конкуренціи съ перфорацией, въ особенности при соблюденіи вышеприведенной предосторожности *Veit'a*.

Выполненіе: Тщательная антисептика; 2 ассистента (одинъ для наркоза); до разрыва пузыря и послѣ первой сильной потуги оперировать (впослѣдствіи для этого *впрыскиваніе эрготина*) (см. табл. XIV—XVI).

Вскрытіе какъ при *koeliotomia*; потомъ выворачиваніе матки — перетяжка шейки каучуковой трубкой толщиною почти въ мизинецъ или еще лучше толстымъ каучуковымъ шнуромъ (*Dohrn*, сохранять въ растворѣ карболовой кислоты)—брюшная полость закрывается на время (табл. XIV)—продольное вскрытіе матки по срединной линіи передней стѣнки до кольца сокращенія или поперекъ (или сагиттально) дна матки, отъ одного прикрѣпленія трубы до другого (*Fritsch, P. Müller*), между тѣмъ какъ приводящіе сосуды въ придаткахъ сдавливаются ассистентомъ,—если попадаютъ на плаценту (необходимо предварительно опредѣлить пункціей или ощупываніемъ), то ее отдѣляютъ въ сторону—ассистентъ держитъ открытымъ верхній или нижній уголь маточной раны (чтобы матка не сокращалась слишкомъ быстро и не удерживался слишкомъ сильно ребенокъ)—проколъ яйцевого мѣшка—входя одной рукой въ плодный мѣшокъ и отыскивая головку, вытас-

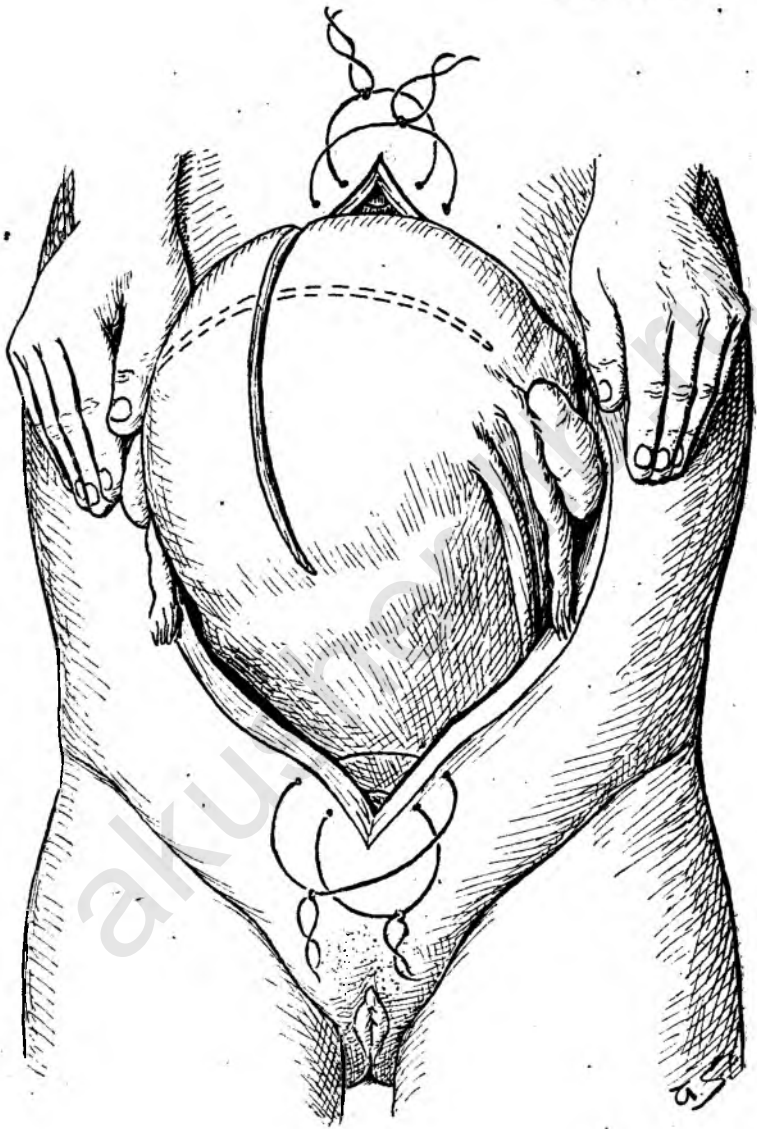
Табл. XVI. *Рис. 1:* Производство разрывов матки при *caesarea*: самые употребительные—*продольный* разрыв *передней* стѣнки мышечнаго слоя *дна* и, примѣняемый въ послѣднее время болѣе часто, *поперечный* разрыв *дна*, от мѣста прикрѣпленія одной трубы до мѣста прикрѣпленія другой (по *Fritsch*); менѣе значительныя кровотеченія. *Продольный* разрыв *задней* стѣнки представляется опаснымъ въ виду возможнаго нагноенія раны, которая непосредственно соприкасается съ кишками, между тѣмъ какъ къ *переднему* разрыву прилегаеть сальникъ. *Kehrer* предложилъ разрывъ въ нижнемъ маточномъ сегментѣ съ цѣлью точнаго самопроизвольнаго закрытія раны пуэрперальной антефлексіей.

Рис. 2: Сшиваніе раны матки (ср. текстъ на стр. 88).

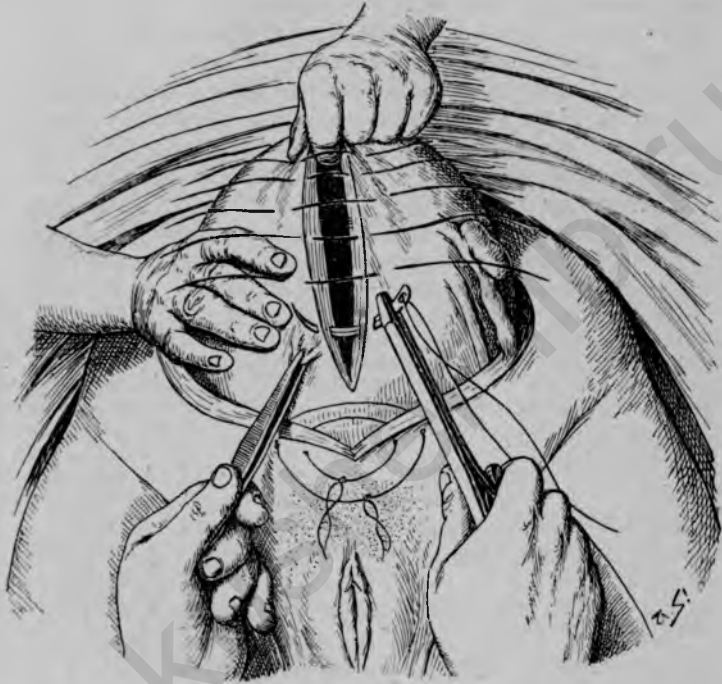
квиваютъ другой, остающійся снаружы копчикъ (табл. XV)—за копчикомъ слѣдуетъ головка (разрѣзая, въ случаѣ необходимости, маточную стѣнку еще больше при помощи пуговчатаго ножа)—перевязка пуповины—ручное отдѣленіе плаценты—дезинфекція полости матки.

Сшиваніе всей раны длиною приблизительно въ 15 см. (табл. XVI): 8—10 швовъ, идущихъ черезъ всю толщю маточной стѣнки и приблизительно 10—12 поверхностныхъ, т. е. захватывающихъ брюшину (наподобіе кишечнаго шва *Lembert'a*), швы ¹⁾ — удаленіе трубки (наступающую теперь атонію можно устранить тѣмъ, что впрыскиваютъ предварительно эрготинъ и вкладываютъ въ полость матки кусочки льда или впоследствии вкладываніемъ во влагалище тампона изъ іодоформовой марли)—уборка брюшной полости—сальникъ накладываютъ на переднюю рану матки, такъ что здѣсь наступаютъ склеиванія и предупреждается развитіе перитонита, сшиваніе брюшной стѣнки и т. д. *Послѣдующее леченіе:* въ случаѣ необходимости пузырь со льдомъ на животъ, клистиры съ поваренной солью противъ рвоты, жидкая пища. Содержаніе въ теплотѣ

¹⁾ Въ особенности если необходимо дѣйствовать быстро, то достаточно бываетъ близко и аккуратно расположенныхъ швовъ (узловатыхъ) (*Fritsch*).



Tab. 16. II.



(вызывать потъ, чтобы въ брюшной полости оставалось небольшое количество трансудата), мало пить. (Въ остальномъ см. атласъ III sub koelio-ovariotomia).

2. Частичная *hysterektomia* (суправагинальная ампу- тація) *per koeliotomiam*: суправагинальное отдѣленіе матки, перетянувъ предварительно шейку каучуковой трубкой—экстра- и ретроперитонеальное обращеніе съ культей, въ случаѣ необходимости покрываніе іодофор- мовой марлей со стороны влагалища и оставленіе от- крытой колыпоперинеальной раны (такимъ образомъ выздоровѣла больная автора 27 час. *post rupturam uteri completam* съ выходженіемъ ребенка въ брюшную по- лость, невзирая на начавшійся фибринозный перито- нитъ); въ первомъ случаѣ шиваютъ *peritoneum visce- rale* культи съ *peritoneum parietale* вижняго края раны.

Показанія: 1) одновременно какъ міотомія; 2) при *endo- metritis septica*, въ особенности при негладкомъ разрывѣ матки; 3) при неукротимомъ атоническомъ маточномъ кро- вотеченіи, если оно не происходитъ изъ болѣе глубоко ле- жащей части шейки матки (вмѣсто *sectio caesarea*); 4) при плотныхъ рубцевыхъ сращенияхъ влагалища; 5) при бере- менности одного изъ рудиментарныхъ роговъ матки; 6) при неправильной *hernia uteri gravidi bicornis inguinalis*; 7) при тяжелой пuerперальной остеомалациі.

3. *Koeliotomia* при внѣматочной беременности и при *ruptura uteri completa* съ выходженіемъ плода въ брюш- ную полость:

а) При внѣматочной беременности (см. атл. II, 2 изд. § 17 A sub «леченіе»).

1. Если въ теченіе *первыхъ трехъ мѣсяцевъ* послѣ двухъ впрыскиваній 0,03 морфія *яйцо продолжаетъ расти* или—въ особенности въ діагностически неяс- ныхъ случаяхъ—разстройства весьма сильны или ста- новятся опасными (вскрытіе влагалищнаго свода и *Douglasii* при ясно стебельчатыхъ, не приросшихъ *ма- ленькихъ* опухоляхъ).

2. При *болѣе развитой беременности*, если плодный мѣшокъ на ножкѣ.

3. *То же*, если плодный мѣшокъ не снабженъ нож- кой, но ребенокъ *мертвый* (такъ какъ кровотеченія *Schaeffer*.—Родовой актъ.

менѣе опасны—лучше всего по прошествіи 6 мѣсяцевъ).

4. При *лопнушемъ* плодномъ мѣшкѣ лишь въ томъ случаѣ, если *усиленіе анэмии* и *повторяющіеся коллапсы* указываютъ на дальнѣйшее существованіе кровотеченія, или если коллапсъ не особенно сильный и разрывъ наступилъ лишь нѣсколько часовъ тому назадъ.

5. При *живомъ* и *жизнеспособномъ* ребенкѣ (значить, начиная съ 34 недѣли), если мать крѣпкая и операцию можно произвести при благопріятныхъ наружныхъ условіяхъ и существуютъ условія правильного ухода за ребенкомъ. Операциа *до наступленія* потугъ.

Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ выжидательно, отчасти для наступленія смерти плода, отчасти для сохраненія матери крови путемъ всасыванія (пузырь со льдомъ, мѣшокъ съ пескомъ, покой въ постели, высокое положеніе таза, препараты опія—подкожно и per rectum впрыскиванія растворовъ поваренной соли, Analeptica).

При наступленіи *нагноенія*: разрѣзь со стороны влагалища и тампонація іодоформовой, итроловой или нозофеновой марлей.

Операцию производятъ при высокомъ положеніи таза по *Trendelenburg*'у.

Удаленіе яйцевого мѣшка со стороны влагалища можно рекомендовать лишь при ясно стебельчатыхъ и не приросшихъ трубныхъ мѣшкахъ, такъ какъ внезапно наступающія неприятыя случайности удастся устранить гораздо легче и быстрѣе при разрѣзѣ живота.

При *всесторонне приросшемъ плодномъ мѣшкѣ* и при богатыхъ кровью сращенияхъ мѣшокъ можетъ быть оставленъ цѣликомъ или частью: дренирующій марлевый тампонъ въ нижній уголь раны или вшиваніе экстраперитонеально въ брюшную рану.

Ради предосторожности можно зажать на время *vasa spermatica* и анастомозы съ маточными сосудами. При *haematocеле* необходимо кровяныя массы удалить по возможности съ капсулой, на-подобіе опухоли.

'b) При *ruptura uteri completa* (см. атл. II, 2 изд., § 20a):

1. При выходѣ ребенки или плаценты въ брюшную полость.

2. При неукротимыхъ кровотеченіяхъ, въ особенности при глубокихъ внутрисвязочныхъ разрывахъ.

Разрывъ закрываютъ консервативнымъ швомъ; брюшную полость дренируютъ къ нижнему углу брюшной раны. Если рана матки слишкомъ неправильной формы (въ особенности при одновременномъ вскрытіи влагалищнаго свода) или если больная слишкомъ ослабла или существуетъ уже септическій эндометритъ: *суправиагинальная операція по Porro*.

Во всѣхъ другихъ случаяхъ, въ особенности въ частной практикѣ: экстракція *per vias naturales* и тампонація разрыва и полости матки, при неукротимомъ кровотеченіи обрѣзаніе и отдѣленіе шейки матки, вскрытіе *Douglasii* и ущемленіе главныхъ сосудовъ или ихъ обкалываніе, и тампонація марлей.

с) При опухоляхъ (см. атл. II, 2 изд., § 21, d—f).

§ 34. Symphyseotomia (Morisani).

Условія: 1) Живой и жизнеспособный ребенокъ (хорошіе сердечные тоны); 2) мать крѣпкая (отсутствіе инфекціи); 3) тазъ не анкилотич. или кососъуженный или сердцевидный или почкообразный; 4) мягкій родовоу каналъ, достаточно расширенный, у I-рага лишь условно.

Показанія: 1) Съуженія таза при *conj. vera* 6—7½ см.; 2) задне-темяное вставленіе и неблагопріятныя условія со стороны таза; 3) лицевыя положенія, подбородокъ сзади; 4) громадныхъ размѣровъ ребенокъ и нормальный тазъ; 5) эклампсія при большой дѣтской головкѣ; 6) угрожающій разрывъ матки.

Симфизеотомію слѣдуетъ производить преимущественно взамѣнъ перфорациі или относительнаго кесарева сѣченія, значитъ, въ случаяхъ, въ которыхъ показуется собственно производство преждевременныхъ родовъ (послѣ 33 недѣли)—причемъ при правильномъ распознаваніи и необходимо производить послѣднюю (*Fritsch*).

Въ частной практикѣ приходится прибѣгать къ симфизеотоміи болѣе рѣдко, такъ что показанія, какъ-то: беременность, инфекція, преждевременный разрывъ пузыря могутъ скорѣе, чѣмъ въ клиникѣ, служить противопоказаніями (*Leopold*).

Необходимо по возможности сохранить *пузырь*, въ противномъ случаѣ слѣдуетъ замѣнить вафельринтеромъ или слизистыми впрыскиваніями; далѣе надрѣзы влагалища и промежности.

Предварительно можно осторожно испытать нало-

женіе щипцовъ; ложки оставляють лежать, послѣ симфизеотоміи немедленно экстракція (*Olshausen*).

Опасность состоитъ въ возможномъ дальнѣйшемъ разрывѣ мягкихъ частей и въ поврежденіяхъ мочевыхъ органовъ. *Смертность*: симфизеотомія—12%, перфорация 4—5%, *sectio caesarea* 15—20% (статистика *Leopold*'а).

Техника: Въ виду фізіологической асимметріи таза разрѣзъ необходимо производить немного влѣво отъ срединной линіи, разрѣзая лобковое соединеніе косо влѣво—внизъ. Сильныя кровотеченія останавливаютъ марлевыми компрессами ¹⁾). Немедленная экстракція въ висячемъ положеніи *Walcher*'а (§ 4) или съ надрѣзомъ влагалища и промежности. Тазъ необходимо удерживать съ обоихъ *trochanter*. Далѣе прилаживаніе симфиза; костные швы излишни, но зато накладываютъ швы на связочный аппаратъ. Лобковое соединеніе остается подвижнымъ еще въ теченіе нѣкотораго времени. Послѣ симфизеотоміи были наблюдаемы измѣненія формы таза въ благоприятную сторону.

Костные швы при помощи серебряной проволоки можно наложить производствомъ отверстій дрилемъ (подкладывая шпатель позади симфиза, *Schauta*), пока лобковое соединеніе еще зияетъ, и должны оставаться не менѣе 3 мѣсяцевъ (*Fritsch*).

Наложенный тотчасъ послѣ операціи поясъ отлично удерживаетъ тазъ.

Глава IV. Хирургическія и тому подобныя акушерскія вмѣшательства тотчасъ послѣ полного разрѣшенія.

§ 35. Первичный шовъ разрывовъ промежности и поврежденій у *Introltus vaginalis*, а также надрѣзовъ.

Швы разрывовъ промежности (см. атл. III, § 24) накладываются отъ *anus* и поперекъ, причѣмъ иглу вкалываютъ въ здоровыя части и проводятъ нити подъ раневой поверхностью (для предупрежденія скопленія отдѣленія въ пазухахъ) черезъ здоровыя части другой стороны кнаружи; швы узловатые или въ одинъ рядъ

¹⁾ См. § 31.

или погружные въ нѣсколько рядовъ (этажей). При полныхъ разрывахъ промежности накладываютъ самостоятельный катгутовый шовъ на слизистую оболочку прямой кишки.

Если prima reunio не удастся, въ особенности при дряб-лой, богатой варикозными расширеніями ткани, то оставляютъ всякія дальнѣйшія попытки и дѣйствуютъ (прибл. по прошествіи 6 недѣль послѣ родовъ) по правиламъ пластики промежности (атл. III, § 24). О возможности вторичнаго шва сравни атл. II, 2 изд., стр. 253.

Надрывы клитора кончались неоднократно смертельными кровотечениями; въ виду этого необходимо на это состояніе обращать самое строгое вниманіе.

Разрывы влагалища даютъ обыкновенно незначительныя кровотечения; сшиваніе ихъ производятъ въ поперечномъ направленіи по тѣмъ же правиламъ, какъ и разрывы промежности. Это относится и къ надрѣзамъ (см. § 32).

§ 36. Операциі post partum при вставленіи portionis въ зеркало.

Эти вмѣшательства оказываются нужными обыкновенно для

ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНІЙ.

Достаточное число ассистентовъ; роженица въ спинномъ положеніи на поперечной кровати или на соответствующемъ столѣ (въ настоящее время имѣются весьма легкіе портативные операціонные столы),—въ противномъ случаѣ Sims'овское боковое положеніе и введеніе задняго желобоватаго зеркала,—оттягиваніе portionis книзу за переднюю маточную губу (которая находится обыкновенно весьма низко, тотчасъ позади tuberculum vaginae) при помощи шаровидныхъ или *Museux'*евскихъ щипцовъ. Тщательная антисептика.

а) Приведенные въ § 22 sub 3 и 4 *надрѣзы влагалищной части* даютъ рѣдко такое кровотеченіе, что необходимо наложеніе швовъ; *глубокіе разрывы* проникаютъ часто до боковыхъ, болѣе крупныхъ сосудовъ, вслѣдствіе чего должны быть тщательно зашиты, причемъ лишь въ крайнемъ случаѣ безъ обнаженія влагалищной части.

Перфорирующие разрывы (rupturae) или некротимыя кровотеченія при *глубокихъ разрывахъ шейки* пользуются по правиламъ, указаннымъ въ § 33, 3 b и атл. II, 2 изд., § 20 с.

б) *Тампонація марлей*¹⁾ *влагалища и матки (Dührsen)* производится отчасти для выполнения, отчасти для вызова потугъ или для дренажа при разрывахъ. Этому, опасному въ виду возможности внесенія инфекціонныхъ зародышей, способу, всегда необходимо предпослать *бимануальный массажъ* дряблой матки.

Самой частой причиной является остановка *атоническихъ маточныхъ кровотеченій*. При этомъ необходимо помнить, что недостаточно можетъ сокращаться или вся матка, или лишь та часть маточной стѣнки, которая содержитъ мѣсто прикрѣпленія плаценты (ср. атл. II, 2 изд., § 23 и § 26 sub 7 метрофлеботромбозъ).

Тампонацію производятъ такимъ образомъ, что *стерилизованную*, имѣющуюся въ жестянкахъ (іодоформовую, итроловую и нозофеновую) марлю вводятъ *корнцангомъ* при помощи зеркала (по пальцу опасно въ виду возможности инфекціи) къ *мѣсту прикрѣпленія плаценты*, наполняя постепенно дно матки (туго); — лишь послѣ этого слѣдуютъ остальные части марли, пока не будутъ туго набиты матка и влагалище.

Въ качествѣ *кровоостанавливающихъ* (одновременно и антисептическихъ) средствъ прибавляютъ весьма рационально *Liqu. alumin. acet. (20%)*, *формалинъ (1%)*, *стерилизованную желатину (5—10%)*, или *Ferripyridinum (20%)*.

При возможности глубокаго надрыва шейки или свода необходимо всегда тщательно выяснить, не происходитъ-ли кровотеченіе изъ мѣста разрыва; въ положительномъ случаѣ соединяютъ разрывъ швомъ. Если это невозможно и тампонація недостаточно для остановки кровотеченія, то дѣйствуютъ по указаніямъ въ § 33, 2 и 3b.

¹⁾ См. примѣч. относит. недренирующей марли для тампонаціи § 31.

При весьма сильных кровотечениях *ex atonia uteri* дѣйствуетъ

с) простое оттягиваніе книзу влагалищной части спереди vulva при помощи крючковатыхъ щипцовъ кровоостанавливающимъ образомъ, сначала перегибомъ и растяженіемъ сосудовъ въ связкахъ. Обусловленное затрудненнымъ притокомъ крови скопленіе CO₂, а также раздраженіе цервикальныхъ гангліи дѣйствуютъ вторично вызывающимъ сокращенія образомъ. Во время неоднократнаго, медленнаго и постепеннаго оттягиванія portionis внизъ и нахожденія ея спереди vulva, она покрывается стерилизованными компрессами.

д) Промываніе матки безъ и съ удаленіемъ остатковъ яйца.

Промываніе производится, послѣ обнаженія влагалищной части, при помощи двойнаго маточнаго катетера (слабые антисептическіе растворы, 3—5% растворы карболовой или борной кислоты, 1% лизола или метакрезола, 1% салициловой кислоты; весьма удобнымъ послѣ выкидыша представляется аппаратъ, который дѣйствуетъ по принципу *Schultze* одновременно и какъ *расширитель*; самая строгая антисептика!

Примѣняется при *endometritis puerperalis*, причѣмъ всего 1—3 раза. Во всякомъ случаѣ довольно опасная мѣра, такъ какъ открываются снова трещины или можетъ попасть жидкость въ недостаточно тромбозированные сосуды мѣста прикрѣпленія плаценты. Въ подобныхъ случаяхъ наступаютъ сильныя повышенія температуры. При сильной инфекціи слизистой оболочки или при продолжительномъ повышеніи температуры вытирается полость матки *концентрированнымъ* растворомъ карболовой кислоты (см. атл. II, 2 изд. sub родильная горячка).

При *неудержимомъ выкидышѣ*, при *искусственномъ выкидышѣ* и при *задержкѣ частичекъ яйца* производится очищеніе путемъ *abrasio*, при помощи *плицентарныхъ щипцовъ* и руки (рис. 126, с, f, g), и заканчивается промываніемъ (см. § 31).

При обыкновенныхъ родахъ не приходится промы-

вать *влагалища*; лишь при сомнительной асептикѣ во время родовъ (при предшествовавшихъ сомнительныхъ изслѣдованіяхъ другихъ, при существующихъ воспаленіяхъ и пр.) или при долго продолжающихся кровянистыхъ или *зловонныхъ* очищеніяхъ, съ весьма сильными послѣдующими потугами, показуется примѣненіе антисептическихъ промываній *влагалища*. Одновременно *Secale cornutum*.

При *кровотеченіяхъ ex atonia* показываются *горячія* впрыскиванія въ 36—42° R.

При разрывахъ матки противопоказуются антисептическія промыванія *брюшной полости*.

е) *Atmokaussis* (*vaporisatio*) примѣняется съ успѣхомъ при осложненіяхъ *кровотеченіями* и *ихорознымъ распадениемъ* при неполномъ *выкидышѣ*. Авторъ примѣняетъ аппаратъ *Pincus'a*, весьма имъ доволенъ и рекомендуетъ этотъ способъ примѣнять всегда при достаточномъ числѣ ассистентовъ и послѣ достаточнаго подготовленія, у трусливыхъ больныхъ подъ наркозомъ и никогда амбулаторно. Для этой цѣли достаточно примѣненія въ теченіе $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ минуты 105—110°. Необходимо остерегаться прободенія мягкой стѣнки матки, — значитъ, предварительно необходимо опредѣлить длину матки, а также помнить, что органъ въ состояніи сокращаться достаточно энергично, вслѣдствіе чего можетъ наткнуться на аппаратъ. Кромѣ того необходимо лежащій въ маткѣ катетеръ двигать все время назадъ и впередъ, для избѣжанія полученія слишкомъ сильнаго дѣйствія (отъ соприкосновенія), которое въ шейкѣ можетъ вести къ стенозу или атрезіи. Для избѣжанія послѣдняго трубка покрывается на необходимомъ протяженіи марлей. Болѣе продолжительное и интенсивное примѣненіе ведетъ легко къ облитерации пуэрперальной полости матки, вслѣдствіе чего примѣненіе этого способа послѣ *partus maturus* или *praematurus* требуетъ величайшей осторожности.

Объясненіе цифръ на рисункахъ.

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Сямфизъ. | 16. Пуповина. |
| 2. Promontorium. | 17. Плацента. |
| 3. Копчикъ. | 18. Сократившееся тѣло матки. |
| 4. Cervix uteri | 19. Яйцевыя оболочки. |
| 4a. Наружн. маточный звъ. | 20. Наружныя половыя части, по- ловая щель. |
| 4b. Внутренній маточный звъ. | 21. Сильно растянутый «нижній сегментъ матки». |
| 5. Мочевой пузырь. | 22. Рукоятка щипцовъ. |
| 6. Влагалище. | 23. Ложка щипцовъ. |
| 7. Прямая кишка. | 24. Крючки. |
| 7a. Задній проходъ. | 25. Петля. |
| 8. Стѣнка и тѣло матки. | 33. Бедро. |
| 9. Spina oss. ilei. | 40. Lig. sacro-tuberosum. |
| 10. Tuber. oss. ischii. | 44. Стрѣловидный шовъ. |
| 11. Стоящій плодный пузырь. | 45. Малый родничекъ. |
| 12. Головная опухоль. | 45a. Большой » |
| 13. Дѣтскій черепъ. | 45b. Лобныя кости. |
| 14. Промежность. | |
| 15. Передняя стѣнка влагалища. | |

Алфавитный указатель.

А.

- Accouchement forcé 83.
Apus, давняя изслѣдованія 26.
Апотетеръ 56.
Arg. nitr., Sol. prophyl. 16.
Атмокаусис 96.
Атонія матки 17, 94, 96.

В. (В).

- Беременность, внематочная 89.
Braxton Hicks 63.
Брюшной прессъ 11.

С.

- Cervix, расширеніе 84.
— тампонація для выкид. 84.
— разрывы, шиваніе 94.
— стѣнка, вадръзы sub partu 87.

Д. (Д).

- Desarpatio 69.
Дистокія, положенія и вставленія 4.

Е.

- Embryotomia 69.
Episiotomia 12, 83.
Exenteratio 70.

Ж.

- Животъ, отвислый 22, 33, 42, 46.

Г.

- Гистерейризмъ 83.
Головка, периферія и діаметръ 5, 7, 12, 18, 21.
— неправильн. выходженіе при тазовомъ полож. 44.
— повороты 11—15.
— опухоль 18, 24.

Н.

- Haematoma retroplacentare 17.
Haemostatica 95.
Hydramnion 25.

Hysterektomia по Porro 89.

И.

- Измѣненія лицев. положеній 53.
— копчиковъ полож. 55.
— лобныхъ полож. 55.
Изслѣдованіе, наружное 9.

К. (С).

- Кефалотриптъ 68.
Kleidotomia 69.
Кольдрийтеръ 63.
Кольцо сокращеній 49.
Conduplicato corpore 48.
Конфигурація черепа 27.
Conjugata vera при сужен. тазъ какъ показ. для выкидыша (операция) 34.
— раздвленіе на степени при суженномъ тазъ 34.
Косости черепн. полож. 5.
— Maegele 10, 29.
— Litzmann'a 10, 29.
— Roederer'a 10, 29.
— Solayrès'a 10, 29, 31.
Костный пинцетъ 69.
— щипцы 69.
Краниоклясть 68.
Кровать, поперечная 72.
Кровотеченіе post partum 93.
Крючокъ, острый 68.
— тупой 70.
— Braun'a 69.

Л.

Linea interspinalis 11, 37.

М.

- Марля, недренирующая для тампонаціи 94.
Матка, промываніе 95.
Маточный язьвъ у I-para и pluripar. 8.

Н.

- Надръзы *portionis* у наружн. звѣа 84.
- *port. vaginalis* 84.
- передней стѣнки *servicis* 84.
- промежности и влагалища 12, 83.
- Ножъ, серповидный 70.

О.

- Оболочки яйца, плотныя эластичныя 60.
- — проколь 60.
- Операция, акушерскія, дѣленіе 50.
- измѣн. положенія 53.

Р. (П).

- Paragomphosis* 36.
- Partus maturus* 9.
- Peripheriae caritatis* 5, 7, 23, 36, 40.
- Перфорация 34, 50, 67.
- Періодъ изгнавія 14, 30.
- послѣродовой 16.
- раскрыванія 7, 10, 30.
- Пинцетъ, костный 69.
- Placenta*, выведение 16.
- ручное отдѣвленіе приросшей 17, 78.
- *praevia*, лечение 63.
- Плечики, выходженіе 46.
- экстракція 46.
- Поворотъ 34, 50, 57, 60, 61, 63, 64, 65.
- естественный 39, 47.
- профилактический 66.
- законченный 62, 67.
- головки 11.
- Положеніе, боковое, *Sims's* 94.
- затылочное 7, 9, 10, 19, 28.
- — дефлексиа 30, 39.
- дѣленіе 5.
- измѣненіе 39.
- продольное, опредѣленіе и этиологія 6, 7.
- колынное 44.
- копчиковое, поворотъ на ножку 44.
- лицевое, подбородокъ спереди 21, 42.

- Положеніе лицевое, подбородокъ свави 23, 42.
- — поворотъ 43.
- нормальное 5.
- переднетемьяное 17, 18.
- поперечное, ватяжное 46.
- тазовое 44.
- — моментъ опасности 44.
- — послѣдующ. головка 45.
- висячее *Walcher's* 79.
- черепное 5.
- — косость 31.
- косое 46.
- Поперечное стояніе, низкое 47.
- Потуги, начало 8.
- слабость 36, 76.
- возбужденіе 80, 81.
- Предлежаніе пуповины 57.
- конечностей 59.
- Промежность, надръзы 83.
- разрывы, шиваніе 83, 93.
- предохраненіе 78.
- — при *forceps* 78.
- Пуповина, прижатіе 27.
- обвиваніе 14.
- перевязка 16.
- выпаденіе 56.

Р. (Р).

- Разрывъ промежности 94.
- пузыря 60.
- — преждевременный 49.
- Родничекъ, большой, опущеніе 35.
- Роды двойными 25.
- начало 7.
- періоды 16.
- течевіе 16.
- опухоль 18.
- преждеврем., искусств. 60, 81.
- Ruptura uteri* 36.
- Ручной приемъ *Braxton Hicks's* 63.
- *Baudelocque's* 54.
- Вѣнскій, *Braun's* 28.
- *Credé* 70, 71.
- двойной, *Siegemund's* 67.
- *Hecker's* 63.
- *Fritsch's* 28.
- *Hohl's* 62.

- Ручной приемъ Kristeller'a 70, 71.
— Mauriceau-Veit-Smellie 28, 70.
— D'Outrepoint'a 65.
→ A. Paré 65.
— Ritgen-Fehling'a 71.
— Rose 55.
— Schatz'a 54.
— Smellie-Ritgen'a 71.
— Thorn'a 54.
— Volland'a 55.
— Wigand-Martin-Winckel'я 45, 70.
— Wigand'a 61.
— Ziegenpeter'a 55.
— Пражскій 28.

S. (C).

- Самоповоротъ 48.
Саморождение 48.
Sectio caesarea 86.
— — vaginalis 85, 89.
Symphyseotomia 35, 91.
Spinae ischii 11.
Способъ Baudelocque'a 54.
— Busch'a 65.

T.

- Тазъ, воронкообразный 80.
— нормальный 1.
— патологич., положенія и вставленія 1, 3, 31.
— обще-суженный 1, 34, 36.
— прямо-суженный или плоскій 1, 34, 35, 37.
— левя 6.
Тампонація марлей 94.
— шейки 82.
— матки 94.
Трепанъ 67.
Туловище, дѣтское, боковое отклоненіе 32.

У.

- Удаленіе остатковъ яйца 95.
Ушное вставленіе 32, 43.

V. (B).

- Vaporisatio 96.
Вправленіе выпавшей части 56.
Вставленіе затылочной кости 15.
— темянной кости 33.
— заднетемянное 33.
— лобное 40.
— переднетемянное 40.
— схема 2—5.
Выжиманіе по Wigand-Martin-Winckel'ю 45.
— — Credé 70.
— — Kristeller'у 69.
— — Ritgen-Fehling'у и Smellie-Ritgen'у 13, 71.
Выпаденіе конечностей 59.
— пуповины 56.
— плоднаго пузыря 61.

Ч.

- Черепъ, конфигурація 29.
— положенія 5.
— косости 31.

Щ.

- Щипцы 74.
— Wrenss'a 75.
— исторія и форма 74.
— примѣненіе 75.
— превратное направл. вытягиванія 75.
— костные 69.
— Siebold'a 83.

Э.

- Эйтокія, положенія и вставленія 5.
Эстракція, ручная 71.
— головки 74.
— туловища 74.
— головки по Mauriceau-Veit-Smellie 74.
— по Wigand-Martin-Winckel'ю 74.
— — Вьнскому способу 28.



Рис. 1. Первородящая на послѣдн. мѣсяцѣ; I черепное положеніе (затылочное): головка находится уже неподвижно въ маломъ тазу; шейка матки еще совершенно закрыта. Спинка слѣва; мелкія части справа (сердечные тоны слѣва по срединѣ между пупкомъ и *sp. il. ant. sup.*).



Рис. 2. Многорожавшая на послѣднемъ мѣсяцѣ; это-же положеніе ребенка; головка находится надъ тазовымъ входомъ, значить еще подвижна; внутренній маточный зѣвъ закрытъ, наружный—открытъ.

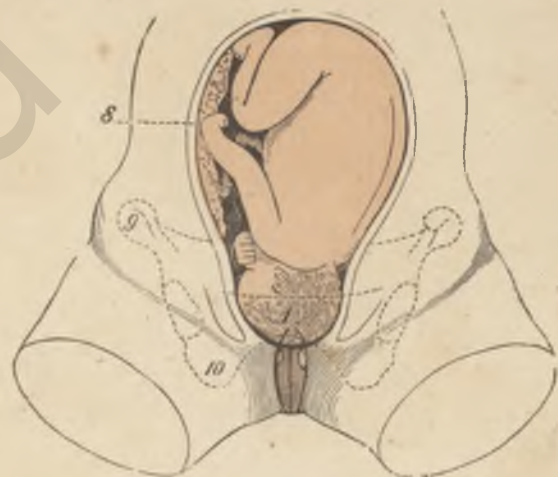


Рис. 3. Головка въ началѣ родовъ въ тазовомъ входѣ; стрѣловидный шовъ въ поперечномъ діаметрѣ таза.

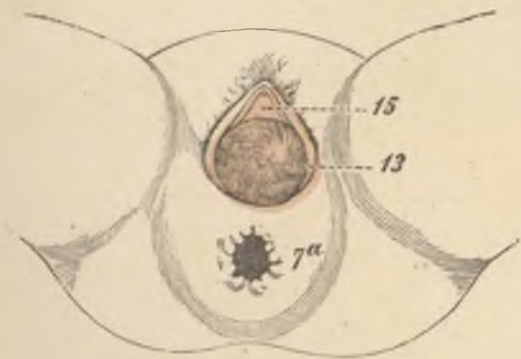


Рис. 7. Выпячиваніе промежности и задняго прохода при врѣзаніи головки.



Рис. 8. «Прорѣзаніе» головки; промежность сильно выпячивается; головка выкатывается изъ-подъ нижняго края симфиза. Большая прорѣзающаяся периферія головки — *suboccipito-bregmatica* = 32 см. съ *diam. obliq. min.* = 10—11 см.



Рис. 9. Защита промежности при прорѣзаніи головки, въ боковомъ положеніи.



Рис. 4. Периодъ изгнания (при находящемся еще въ vulva плодномъ пузырѣ): стрѣловидный шовъ проходитъ по правому (I) косому діаметру (затылокъ слѣва спереди). 1 поворотъ головки вокругъ поперечнаго діаметра законченъ, подбородокъ на груди, затылокъ опустился болѣе низко.



Рис. 5. Законченный 2 поворотъ вокругъ малаго косога діаметра: малый родничекъ вслѣдствіе этого впереди (позади симфиза). Пузырь лопнулъ. Первые воды отошли. Промежность снова отошла. Начало образованія головной опухоли.



Рис. 6. «Врѣзаніе» головки въ срамную щель, обыкновенно въ правомъ косомъ діаметрѣ, малый родничекъ впередъ, такъ что при I черепномъ положеніи правая теменная кость (головная опухоль) выходитъ первой изъ-подъ симфиза. 3 поворотъ головки вокругъ поперечнаго діаметра при удаленіи подбородка отъ груди.



Рис. 10. Предохраненіе промежности съ выжиманіемъ головки по Ritgen - Fehling'у; ладонью производятъ давленіе со стороны крестца подъ подбородокъ ребенка.



Рис. 11. Предохраненіе промежности съ выжиманіемъ головки по Smellie-Ritgen'у; 2 пальцами давятъ со стороны прямой кишки на подбородокъ ребенка.



Рис. 12. Прорывающаяся головка поворачиваетъ при I черепномъ положеніи лицо къ правой ноге матки; правое плечо подходит подъ симфизъ, послѣ этого лѣвое надъ промежностью (въ лѣвомъ косомъ діаметрѣ). Пуповина, обернутая на рисункѣ одинъ разъ вокругъ шеи, ослабляется натягиваніемъ и перетягивается черезъ голову.



Рис. 13. При затяжном прорезывании плечика вытаскивает правый указательный палец зацеплением лежащей сзади подмышечной впадины при одновременном давлении другой рукой (приемъ *Kristeller'a*) на копчик ребенка.



Рис. 14. Черепъ представляетъ характерную «форму черепного положенія». Пуповина перевязана на двухъ мѣстахъ — у пупка ребенка и впереди наружныхъ материнскихъ половыхъ частей. Отдѣленіе послѣда еще не началось. (Шематически).



Рис. 15. Сокращающаяся матка начинаетъ отдѣлять послѣдъ; позади послѣда наступаетъ развитіе «ретроплацентарной гематомы». (Шематически).

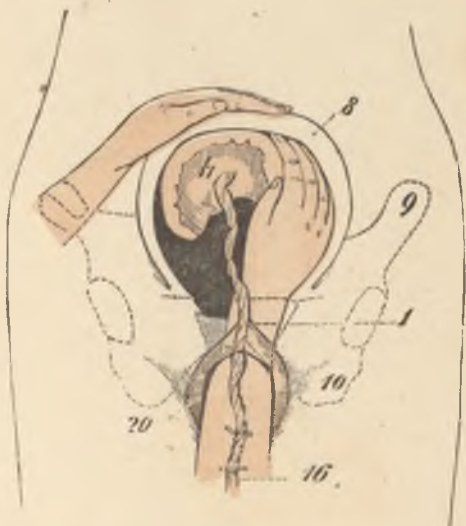


Рис. 19. Отдѣленіе послѣда рукой при его приращеніи.



Рис. 20. Хорошо сократившаяся, наклоненная кпереди матка послѣ родовъ.

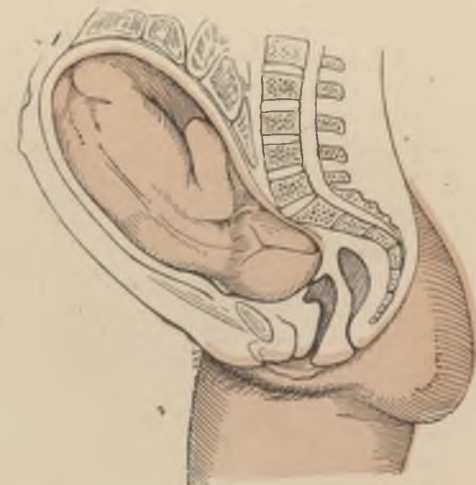


Рис. 21. Передне-теменное вставленіе (кость *Naegele*) развивается вслѣдствіе того, что а) при нормальномъ тазѣ становится часто головка не по серединѣ тазового входа, въ особенности у *plurip.*, б) при висячемъ животѣ сильно опущено тѣло и не стоитъ вертикально надъ тазовымъ входомъ, с) при плоскомъ тазѣ (прямо суженномъ) упирается головка въ ваднее плечо. Такимъ образомъ опускается предлежащая теменная кость въ тазъ вдоль симфиза, лежащая кзади подымается кверху по *promontorium*. Большой родничекъ стоитъ обыкновенно одновременно болѣе низко!



Рис. 16. Плацента вступила в нижний отрезок матки; тело матки сократилось достаточно; яйцевые оболочки заворачиваются на материнскую поверхность плаценты.



Рис. 17. Более рѣдкая форма отдѣленія плаценты (по *Duncan*'у); черезъ vulva проходитъ край. (Шематически).

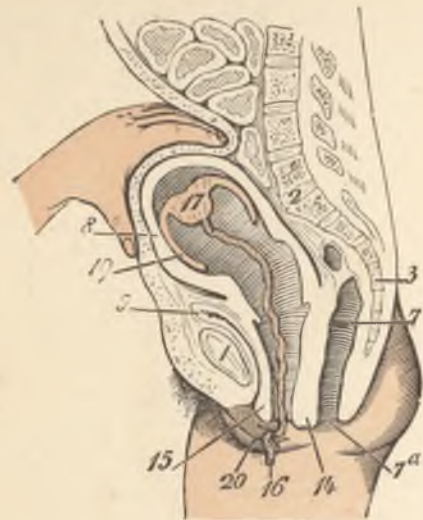


Рис. 18. Выжиманіе (expressio) плаценты на ранѣ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа послѣ родовъ, во время потуги (ручной приемъ *Crédé*).

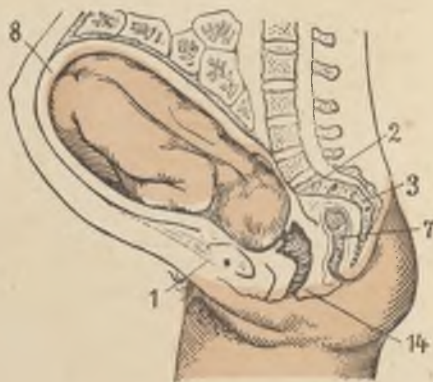


Рис. 22. Задне-теменное вставленіе (косость *Litzmann*'а) развивается а) при *нормальныхъ* тазахъ въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ, въ особенности у I-рага, б) при *плоскомъ* тазѣ. Стрѣловидный шовъ приближается къ лобку, такъ что прилегающая къ нему (лѣвая) теменная кость вступаетъ въ тазовой входъ первой, значитъ, предлежитъ болѣе «низко». Обыкновенно одновременно болѣе низкое опусканіе *большого* родничка.



Рис. 23. Задне-теменное вставленіе (косость *Roederer*'а), сильная флексія головки къ груди, такъ что малый родничекъ стоитъ ниже всего и отвѣчающая самому малому косому діаметру (10 см.) дѣтской головки (самая малая!) периферія головки (32 см.) вступаетъ въ *обще-суженный* тазъ, часто комбинируется съ косостью *Solayrès*'а.



Рис. 24. Комбинація II черепного положенія (спинка справа) и косости *Solayrès*'а, т. е. головка вступила въ тазовой входъ въ лѣвомъ косомъ, виѣсто въ поперечномъ діаметрѣ.

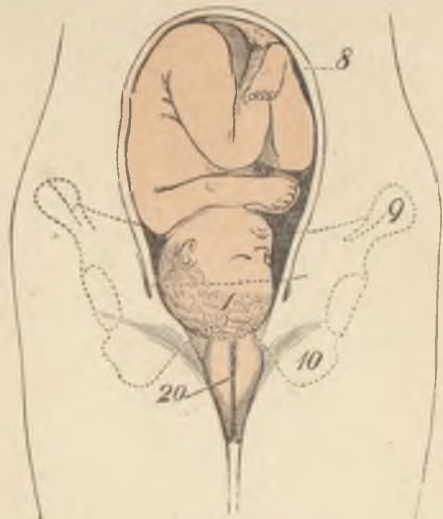


Рис. 25. II передне-теменное вставление (положение), спинка справа, более часто, чемъ слева, развивается (обыкновенно изъ II черепного положения) вследствие того, что затылокъ не производитъ въ маломъ тазу поворотъ впередъ, а скользитъ назадъ по spina ischii. (Причина: слишкомъ быстрое вхождение въ поперечномъ диаметръ при сильныхъ потугахъ, при отвисломъ животѣ или слишкомъ большомъ тазѣ, слишкомъ маломъ черепѣ; при плоскомъ тазѣ въ комбинаціи съ передне- или задне-теменными вставлениями).



Рис. 31. Верхняя челюсть упирается въ лонную дугу, затылокъ, при ощущеніи праваго лобнаго бугра, потомъ большого родничка, начинаетъ выкатываться надъ промежностью.



Рис. 26. I способъ выхождения: флексія черепа при передне-теменномъ вставленіи, такъ что при ненормально маломъ (!) сопротивленіи со стороны родового канала остается подбородокъ, во время поворота ватылка квадр, приближеннымъ къ груди. Малый родничекъ остается ниже всего, большой родничекъ (!) упирается въ лобокъ (снизу); затылокъ выкатывается черезъ промежность, лобъ изъ-подъ симфиза (самая большая прорывающаяся периферія почти шериф. tuboss.-bregm. = 32 см., но свадіи болѣе широкой затылокъ).



Рис. 32. Затылокъ прорывається надъ промежностью.

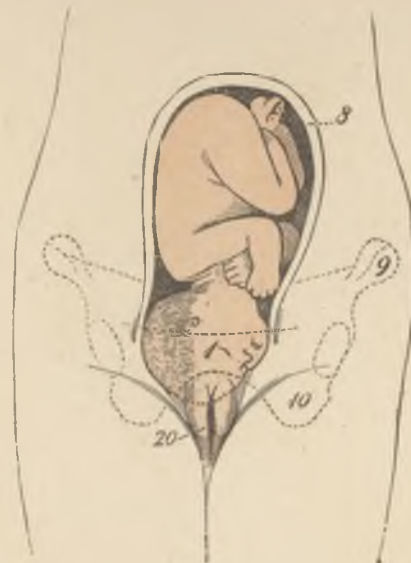


Рис. 27. II способъ выхождения: экстензія черепа при передне-теменномъ положеніи и весьма значительномъ (!) препятствіи со стороны родового канала; надъ самымъ тазовымъ суженіемъ лобъ опускается болѣе ниско, значить отходить отъ груди, послѣ чего происходитъ поворотъ лба впередъ.

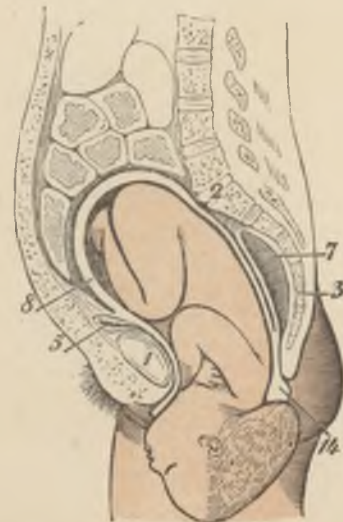


Рис. 33. Вся головка родилась, лицо и подбородокъ вышли изъ-подъ лонной дуги. Характерная форма черепа при лобномъ положеніи.



Рис. 28. Наконецъ упирается лобъ (!) подъ симфизъ и затылокъ выкатывается надъ промежностью (самая большая прорывающаяся периферія fronto-occipitalis = 34 см., съ діам. recta = 12 см.).



Рис. 29. I лобное вставление (лобное положеніе); вхожденіе стрѣловиднаго или лобнаго шва въ поперечномъ діаметрѣ.

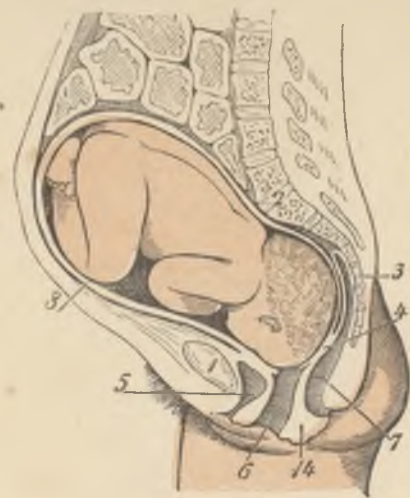


Рис. 30. Опускающаяся головка вставляется въ лѣвомъ косомъ діаметрѣ, лобъ кпереди.



Рис. 34. I лицевое положеніе. Подбородокъ спереди. Вступленіе головки въ тазовой входъ; вертикальная лицевая линія въ поперечномъ діаметрѣ (подбородокъ справа, спинка слѣва).

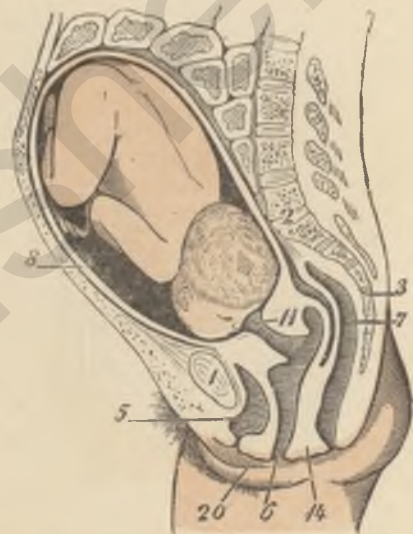


Рис. 35. Вставленіе лица вертикальной лицевой линіей въ лѣвомъ косомъ діаметрѣ (подбородокъ спереди справа).



Рис. 36. Подбородокъ опускается ниже, стоитъ справа спереди рядомъ съ лобковымъ соединеніемъ. Предлежитъ правая половина лица (родовая опухоль).



Рис. 37. Врѣзаніе головки въ половую щель; подбородокъ опускается позади лоннаго соединенія и упирается въ него. При этомъ выкатывается лицо лбомъ черезъ промежность.



Рис. 38. Значить, подбородокъ снова приближается къ груди.

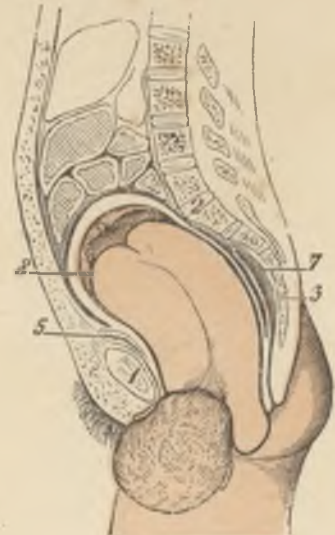


Рис. 39. Выступившее лицо поворачивается къ правому бедру матери. Лѣвое плечо—при поворачиваніи туловища вокругъ сагиттальной оси—выступаетъ вадъ промежностью. Туловище и нижнія конечности слѣдуютъ за плечиками по той же тазовой линіи.



Рис. 43. Поворотъ (комбинированный, прямой внутренній) при первомъ положеніи; подбородокъ направленъ высоко взади, находящейся надъ тазовымъ входомъ головка (щипцы еще примѣвмы) и совершенно расширенномъ маточномъ зѣвѣ. Отвѣтственно опускающейся части роженица лежитъ на правомъ боку; вводятъ лѣвую руку!



Рис. 44. Выведеніе обѣихъ ножекъ черезъ половую щель и вставленіе копчика въ малый тазъ. Поворотъ законченъ, если колѣни находятся въ vulva!



Рис. 45. Выведеніе копчика черезъ позовую щель, экстракція обѣими руками за дѣтскій тазъ.



Рис. 40. I лицевое положение. Подбородок слева (аномалия поворота), неблагоприятное вставление. Вертикальное лицевое положение в I косой диаметр. Подбородок справа слева.

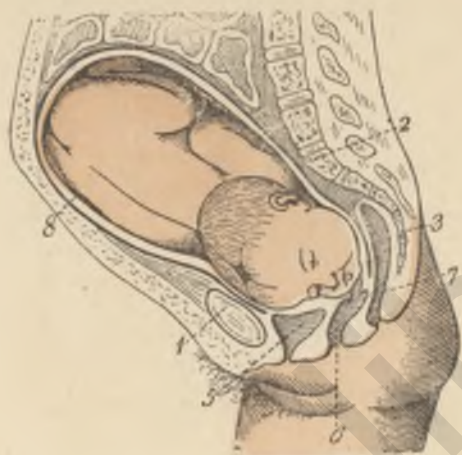


Рис. 41. Поворот в прямой диаметр; подбородок слева.



Рис. 42. «Прорывание» лица, подбородок слева, ручка откинута вверх; характерная форма черепа при лицевых положениях. Крайняя экстензия позвоночника. Подобный ход родов возможен лишь при невзрыхлых или сильно мацерированных плодах.

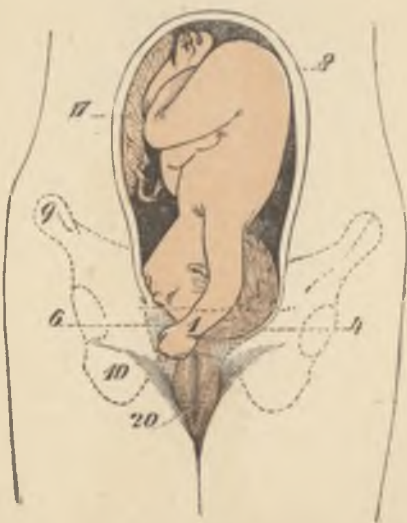


Рис. 46. Развитие косоного положения Ia (головка слева, спинка спереди — при выпавшей правой руке — из правого черепного положения, сначала в видъ передне-теменного, лобного вставления, потомъ в видъ —

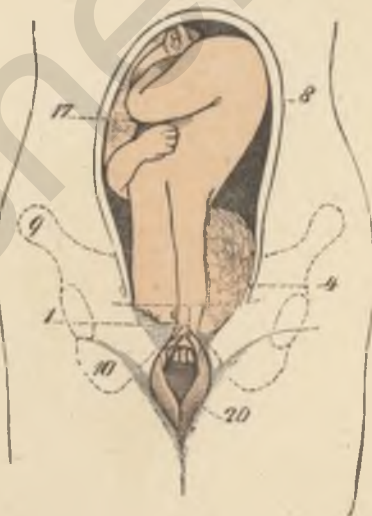


Рис. 47. I лицевое положение, далее — при упирании лба в край тазового входа (linea ileopectinea s. innominata) и поворотъ головы и туловища вокругъ продольной оси — до

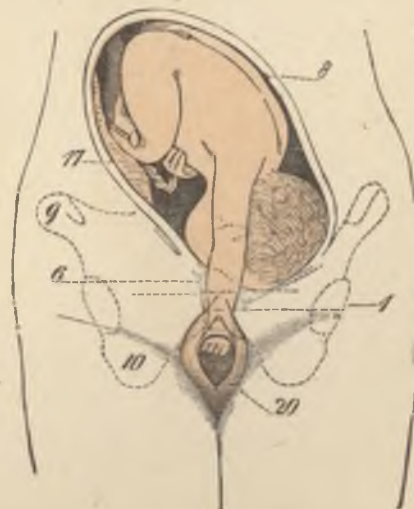


Рис. 48. Косоного положения Ia (спинка спереди, головка слева). Боковое упирание головки.



Рис. 49. Постепенное опущение предлежащей правой ручки.



Рис. 50. Правое плечико опускается ниже, головка опустилась на правую подвздошную кость.

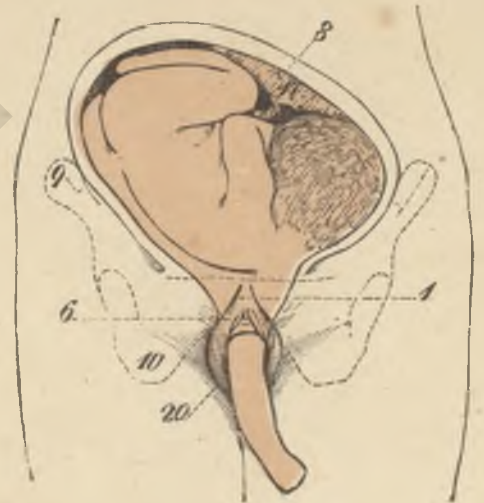


Рис. 51. Правое плечико начинает упираться в малый тазъ. Головка приближается къ груди. Плечевое положение.

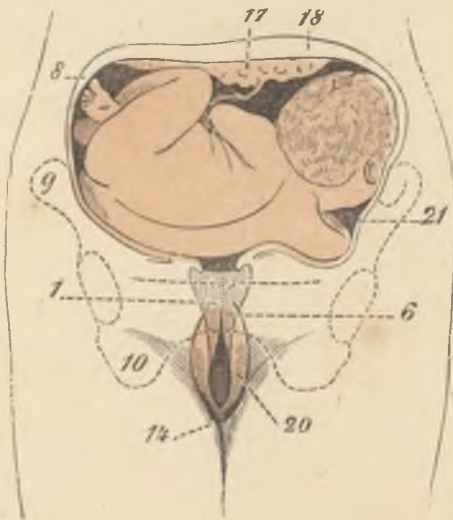


Рис. 55. Косое положение Ia превращается вслѣдствіе сокращеній матки въ поперечное положеніе, послѣ этого въ



Рис. 56. Ягодичное положеніе путемъ естественнаго поворота.



Рис. 57. Именно, въ I копчиково-пяточное положеніе, готовое для вхожденія въ тазовой входъ — бока въ лѣвомъ (II) косомъ діаметрѣ. (Спинка слѣва!).

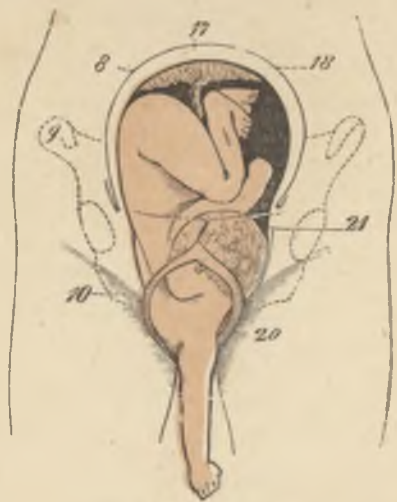


Рис. 52. Прорывание головки и плечика при переходе тела (возможно лишь при преждевременных родах или сильной мацерации).



Рис. 53. Начало «саморождения» при косомъ положеніи Ia; между тѣмъ какъ головка остается на мѣстѣ, опускаются послѣдовательно спинка и копчикъ книзу мимо нея.



Рис. 54. При упирании затылка въ симфизъ и откидывани лѣво ручки кверху выходятъ изъ vulva и нижнія конечности.



Рис. 58. Вступленіе копчика въ малый тазъ въ лѣвомъ косомъ діаметрѣ, лѣвая ягодица спереди справа, рядомъ съ симфизомъ.



Рис. 59. Дѣтскій тазъ поворачивается вокругъ прямого діаметра, т. е. опускается предлежащая лѣвая ягодица.



Рис. 60. Туловище поворачивается вокругъ продольной оси, вслѣдствіе чего находящаяся справа спереди ягодица опускается позади и подъ лонную дугу.



61. При прорѣзаніи черезъ половую щель лѣвая ягодица
 грается въ лонную дугу, правая ягодица выходитъ надъ про-
 ностью. Правая ягодица поворачивается снова вправо кпе-
 в. После этого рождаются ножки. (До рожденія пупка выжи-
 ельно, съ этого момента, въ виду опасности сдавленія пупо-
 вины, болѣе рациональной представляется экстракція!).



67. Экстракція при откинутыхъ вверхъ ручкахъ (избѣгается
 давленіемъ рукъ на fundus uteri).



Рис. 62. Лѣвое плечо выходитъ позади и подъ симфизомъ; послѣ
 этого правое плечо надъ промежностью. Одновременно появля-
 ются ручки (локти впередъ): освобожденіе пуповины, на которой
 ребенокъ сидитъ верхомъ.



Рис. 68. Высвобожденіе лежащей сзади правой ручки (захваты-
 ваемой на-подобіе писчаго пера), какъ только становятся види-
 мыми anguli scapulae; проведеніе ручки по лицу и груди.



Рис. 63. Затылокъ поступаетъ позади лонной дуги въ правомъ
 косомъ діаметрѣ; затылокъ снова спереди, подбородокъ справа
 свади. Шея упирется въ лонную дугу.



Рис. 69. Ребенокъ вгоняется обратно въ матку въ вертикальномъ
 направленіи, съ цѣлью высвобожденія ручки. После этого пово-
 рачиваютъ ребенка вокругъ продольной оси (причемъ операторъ
 накладываетъ большіе пальцы на лопатки), такъ что спинка на-
 ходится сначала позади лонной дуги, впоследствии на правой
 сторонѣ матери; вслѣдствіе этого выходитъ лѣвое плечико ребенка
 спереди правого крестцово-подвздошнаго сочлененія; это поло-
 женіе узнается по расслабленію существовавшихъ до этого скла-
 докъ въ маточной области (1/4 поворота).



Рис. 64. Лицо выходит надъ промежностью.



Рис. 65. Экстракция при 1 копчиковомъ положеніи: введеніе указательнаго пальца въ находящійся свяди правый паховой сгибъ.



Рис. 66. При невозможности проникнуть въ задній паховой сгибъ, вводятъ въ передній сгибъ петли (марля) или пальцы.



Рис. 70. При помощи ручного приёма *Wigand-Martin-Winckel*'я выжимается послѣдующая головка; черепъ не выталкивается пальцами за нижнюю челюсть, пальцы даютъ ему лишь направленіе; выжиманіе производится давленіемъ руки снаружи на голову.



Рис. 71. Можно примѣнить и ручной приёмъ *Mauriceau-Smellie-Veit*'а. При помощи его экстрагируется послѣдующая головка въ два приѣма. (Осторожно, поврежденія спинного мозга! Весьма рационально подпирать шейную часть позвоночника прикладываніемъ средняго пальца къ затылку). Сначала вытяженіе книзу, потомъ



Рис. 72. Дугообразно кверху при подниманіи туловища къ брюшнымъ покровамъ матери, выводитъ такимъ образомъ лицо надъ промежностью. Болѣе пригодной представляется комбинація обоихъ ручныхъ приёмовъ, при участіи ассистента. При воронкообразномъ тазѣ и низко стоящей послѣдующей головкѣ болѣе вѣжными представляются нерѣдко щипцы.



Рис. 73. Наружный поворот (Wigand) при косомъ положеніи Ia (головка слѣва, спинка спереди); при цѣломъ пузырьѣ и мало расширенномъ маточномъ звѣѣ.



Рис. 74. Комбинированный косвенный наружный и внутренній поворотъ на головку по Braxton-Hicks'у (примѣнимъ рѣдко), при несовершенно еще открытомъ маточномъ звѣѣ (можно ввести 1—2 пальца). Между тѣмъ какъ лѣвая рука вдвигаетъ головку въ тазовой входъ, оттѣсняютъ отъ него указательный и средній пальцы правой руки предлежащее (правое) плечо.



Рис. 75. Комбинированный косвенный поворотъ на головку всей введенной рукой при вполне открытомъ маточномъ звѣѣ и вскорѣ послѣ разрыва пузыря, по d'Outrepoint'у; наружная рука нажимаетъ головку къ тазовому входу; лѣвая рука оттѣсняетъ предлежащее плечо.



Рис. 76. Комбинированный прямой поворотъ на головку при введеніи всей руки и совершенно открытомъ маточномъ звѣѣ, по Busch'у, если пузырь еще цѣль, или при обильномъ количествѣ околоплодной жидкости и только что лопнувшемъ пузырьѣ; внутренняя рука (правая) направляетъ головку къ тазовому входу, наружная приподымаетъ кверху копчикъ.

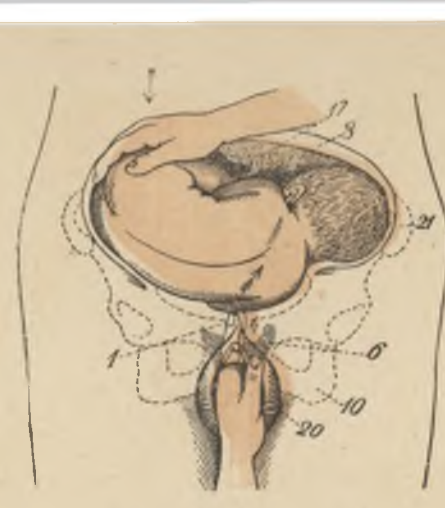


Рис. 77. Комбинированный косвенный наружный и внутренній поворотъ на тазовой конецъ по Braxton-Hicks'у при несовершенно еще открытомъ маточномъ звѣѣ (проходить для 1—2 пальцевъ). I актъ: оттѣсненіе кверху плечика 1 или 2 пальцами.

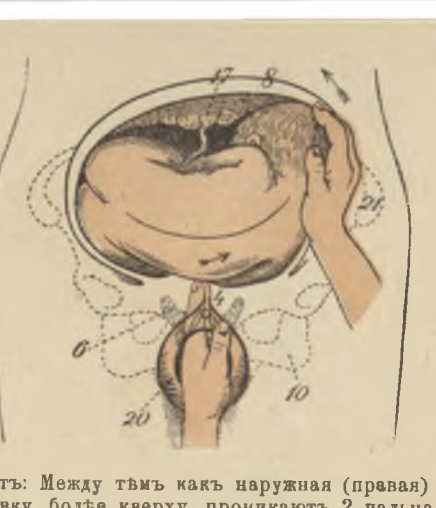


Рис. 78. II актъ: Между тѣмъ какъ наружная (правая) рука оттѣсняетъ головку болѣе кверху, проникаютъ 2 пальца внутренней руки до колѣна.



Рис. 79. Если предлежитъ плечико, то при помощи (какъ продолженіе Braxton-Hicks'a) комбинированнаго наружнаго и внутренняго поворота по Hecker'у достигается та-же цѣль прямо, такъ какъ легко проникнуть при этомъ до колѣна. 2—3 пальцами лѣвой руки проникаютъ мимо предлежащаго (праваго) плеча (сравни рис. 78 съ 79) къ предлежащему (правому) колѣну и проводятъ его къ несовершенно еще открытому маточному звѣѣ. Наружнымъ давленіемъ правой рукой на копчикъ достигается окончательное тазовое положеніе.



Рис. 80. Комбинированный прямой внутренній поворотъ на ножку при помощи введенной (всей) руки при совершенно открытомъ маточномъ звѣѣ; роженица въ боковомъ положеніи (соответственно подлежащей опущенію части); выпаденіе лѣвой ручки; косое положеніе IIa (головка справа, спинка спереди). Введеніе правой руки (операторъ позади спины роженицы).



Рис. 81. То же при спинномъ положеніи и косомъ положеніи Ia. I актъ: Захватываніе предлежащаго праваго колѣна при одновременномъ надвиганіи копчика наружной (правой) рукой.



Рис. 82. То же при косомъ положеніи Ib (головка слѣва, спинка сзади). I актъ: Захватываніе предлежащаго лѣваго колѣна лѣвой рукой, исключительно для простаго опущенія! послѣ этого



Рис. 83. II актъ: Захватываніе праваго колѣна для поворачиванія ребенка; оттѣсненіе головки кверху снаружи правой рукой.

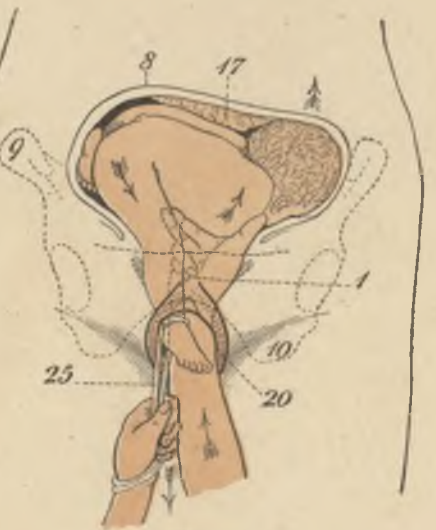


Рис. 84. Siegmund'овый двойной приемъ внутренняго поворота двумя руками, пригоденъ въ особенности при головномъ положеніи и выпаденіи нижней конечности; предлежащее плечико оттѣсняется въ сторону; захваченная пеглей ножка оттягивается книзу (рис. 89 поясняетъ рис. 84 и 86).

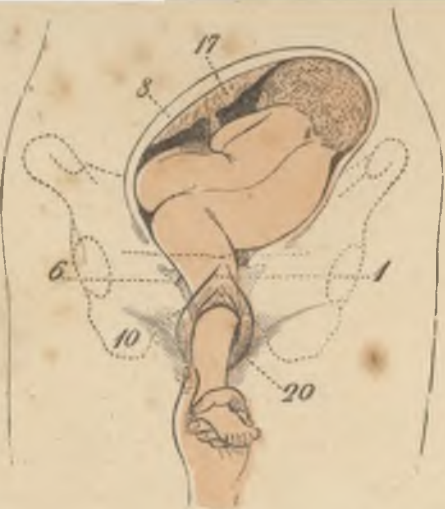


Рис. 85. Правое неполное ножное положение (спинка справа спереди) получило предыдущим приемом; для дальнейшей экстракции ножка захватывается следующим образом: одноименной предлежащей ножки руки большой палец кладут над пяткой вокруг Ахиллесова сухожилия, указательный палец — на тыльную поверхность стопы, средний палец — под подошву.



Рис. 91. Аналогично вследствие зацепления лбом, за сямфиаз.



Рис. 86. Дальнейшее вытаскивание бедер и голеней.



Рис. 92. Способ *Braun'a*, т. наз. комбинированный Ввнскій, для выжимания послѣдующей головки: Thenar правой руки упирается въ Mons Veneris, большой и указательный пальцы кладутся на шею и плечики. Указательный палец лѣвой руки ложится вдоль нижняго края челюсти и подкрѣпляетъ слабымъ вытяженіемъ давленіе спинки пальцевъ другой руки. Если подбородокъ показывается у frenulum, то выжиманіе комбинируется съ рычаговыми движеніями, причемъ правой рукой захватываютъ обѣ голени и поднимаютъ все туловище дугообразно къ грудной поверхности матери. (Этимъ способомъ исключается примѣненіе большой силы).



Рис. 87. Экстракция за бедро; ягодицы устанавливаются въ правомъ косомъ діаметрѣ при лѣвомъ неполномъ ножномъ положеніи (спинка слѣва).

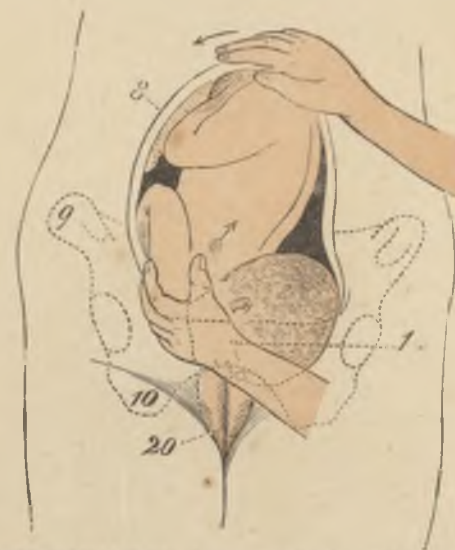


Рис. 93. Лицевое положеніе (спинка слѣва), подбородокъ заан (1), можетъ быть превращено въ черепное положеніе при подвижной головкѣ, еще не открытомъ маточномъ вѣтѣ и цѣльномъ пузырь при помощи наружнаго ручнаго приема по *Schatz'у*. Лѣвой рукой приподымаютъ плечико и оттѣсняютъ его къ затылку; этимъ превращается патологическое лордотическое положеніе позвоночнаго столба въ кифотическое, вся головка приподымается и встандляется затылокъ; копчикъ оттѣсняется снаружи въ другую сторону.



Рис. 88. Дальнейшая экстракция введениемъ правого указательнаго пальца въ задній правый паховой сгибъ.

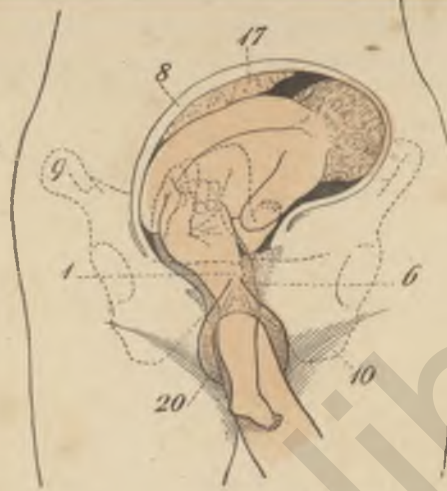


Рис. 89. (Къ рис. 86). Введение лѣвой руки (при правомъ неполномъ ножномъ положеніи) для опущенія задней (лѣвой) ножки, но лишь въ томъ случаѣ, если копчикъ находится еще надъ тазовымъ входомъ! Дальнейшее теченіе изображено на рис. 44, 45, 68 и т. д. въ видѣ полного ножного положенія.



Рис. 90. Необыкновенное выходеніе головки при тазовыхъ положеніяхъ; подбородокъ зацѣпляется за симфизъ, значить *лицомъ впередъ*.



Рис. 94. Если наружный поворотъ не удастся, то (при открытіи зѣва на 2 пальца) оттянуть отъ тазового входа двумя пальцами лѣвой руки верхнюю челюсть или все лицо въ сторону подбородка, между тѣмъ какъ находящаяся снаружи правая рука оттянетъ туда затылокъ (*Baudelocque*).

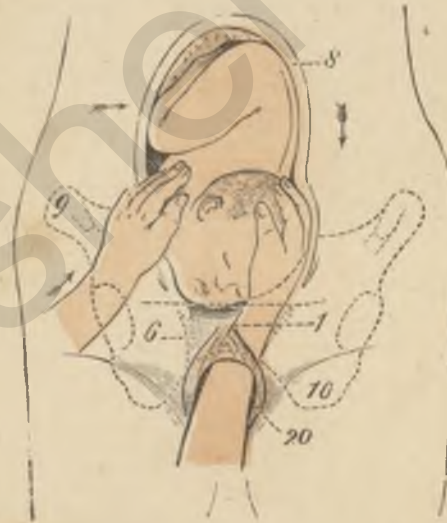


Рис. 95. Если и этотъ способъ не удастся, то выжидаютъ разрыва пузыря; послѣ этого въ матку вводятъ всю правую руку, поворачиваютъ затылокъ книзу, между тѣмъ какъ лѣвой рукой поворачиваютъ грудь въ другую сторону (по *Playfair*'у, *Partridge-Humphrey*). Другіе комбинированные способы при участіи ассистента см. въ текстѣ (*Thorn*, *Zicgenspeck*).



Рис. 96. Вправление выпавшей правой ручки при I черепномъ положеніи лишь въ томъ случаѣ, если ручка не находится еще спереди vulva! Оттяснѣніе кверху за тазовой входъ.

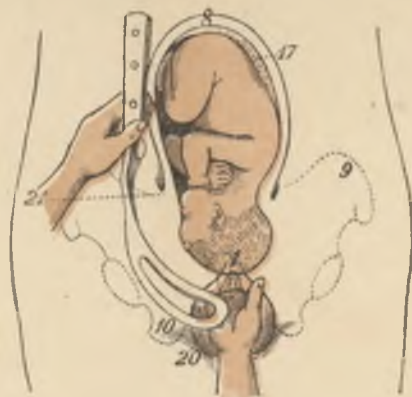


Рис. 97. Введение лѣвой — мужской — ложки щипцов (*Naegle*) лѣвой рукой на правой сторонѣ, спереди лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія, при I черепномъ положеніи (стрѣловидный шовъ въ правомъ (I) косомъ діаметрѣ).

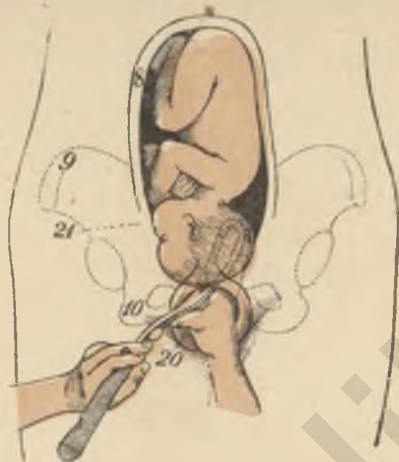


Рис. 98. Лѣвая ложка лежитъ, послѣ опущенія рукоятки, спереди лѣвой articulatіo sacro-iliaca.



Рис. 99. Введение правой ложки правой рукой на лѣвой такимъ образомъ, что она вводится сначала спереди правой artic. sacro-iliaca, послѣ чего уже направляется къ правому tuberculum ileo-rectineum. Последнее достигается 1) опусканіемъ рукоятки, 2) поворотомъ послѣдней вокругъ ея продольной оси и 3) влево (при I черепномъ положеніи). При нахожденіи головки въ тазовомъ выходѣ вести переднюю ложку прямо кпереди!



Рис. 103. Вытяженіе во 2 позиціи при опустившейся головкѣ. Какъ только головка вошла въ тазовое суженіе, поднимаютъ рукоятки горизонтально (предварительно ихъ слегка открываютъ, чтобы головка осталась захваченной поперечно!).



Рис. 104. То же при разсмотрѣніи сагиттально; стрѣловидный шовъ въ прямомъ діаметрѣ.



Рис. 105. Головка начинаетъ вѣзаться, выпячивать промежность. Съ этого момента постепенный переходъ изъ II въ III позицію вслѣдствіе приподыманія рукоятокъ щипцовъ, въ случаѣ необходимости боковые надрѣзы.

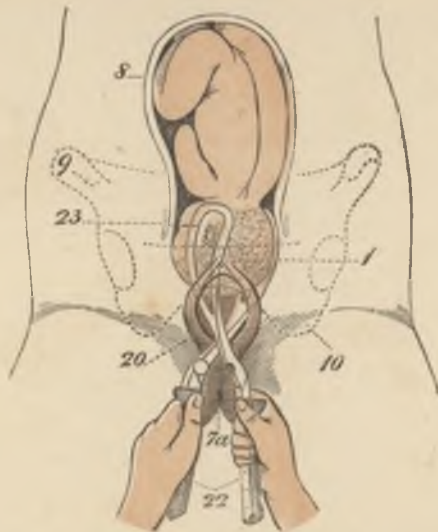


Рис. 100. Щипцы закрываются въ I позиціи; лѣвая ножка лежитъ спереди лѣвой art. sacro-il.; азначить, щипцы находятся въ лѣвомъ косомъ діаметрѣ.

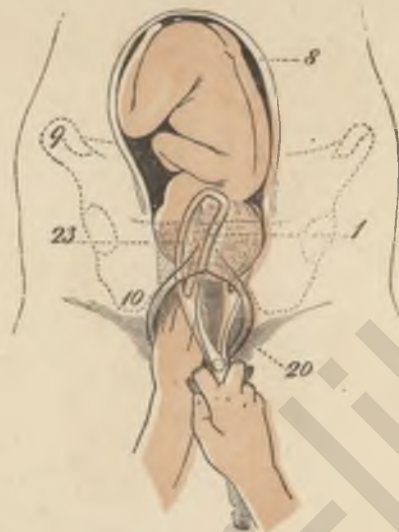


Рис. 101. Пробная тракція въ I позиціи, косо книзу при высокомъ стояніи головки (на высотѣ тазового входа), въ остальномъ при низкомъ стояніи головки прямо во II позиціи—горизонтально. Одинъ палець ощущаетъ продвигающуюся головку (фронтально), не захвачены-ли щипцами мягкія части матери, или выпавшая пуповина, и далѣе, слѣдуетъ-ли головка тракціи (и поворачивается).



Рис. 102. Пробное вытяженіе въ I позиціи (разсматривая фронтально); стрѣловидный шовъ поворачиваютъ въ конъюгату.



Рис. 106. Тракція или лучше рычагообраз. движенія въ III позиціи (въ сторону живота) косо вверх; рукоятки приближаютъ къ брюшнымъ покровамъ; лицо, предохраняя промежность, вытаскивается надъ послѣдней. У I-pag. ложки лучше удалять и высвобождаютъ лицо по Smellie-Ritgen'у (рис. 11).



Рис. 107. То же, сагиттально. Плечики высвобождаются опусканіемъ и приподыманіемъ, или по рис. 108.

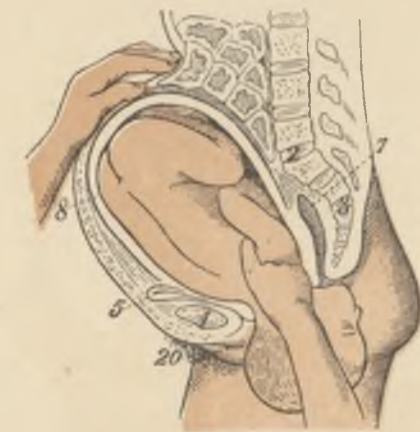


Рис. 108. Экстракція введеніемъ праваго указательнаго пальца заднюю (лѣвую) подкрыльцовую впадину и одновременно маніе давленіемъ на копчикъ. Туловище прижимаютъ къ промежности и книзу. (Ручной приѣмъ Kristeller'a).



Рис. 109. Сагиттальный вид положения ложекъ въ лѣвомъ (II косомъ) диаметрѣ при условномъ благоприятномъ высокомъ стояніи головки (наибольшая периферія въ тазовомъ входѣ, маточный зѣвъ открытъ совершенно) и въ I черепномъ положеніи. Стрѣловидный шовъ идетъ въ поперечномъ диаметрѣ. Лобные бугры на высотѣ *linea innominata* или немного ниже.



Рис. 115. Наконецъ въ III позиціи, для проведенія затылка черезъ промежность.



Рис. 110. Вытягиваніе щипцами сначала въ I позиціи при передне-теменномъ положеніи, потомъ

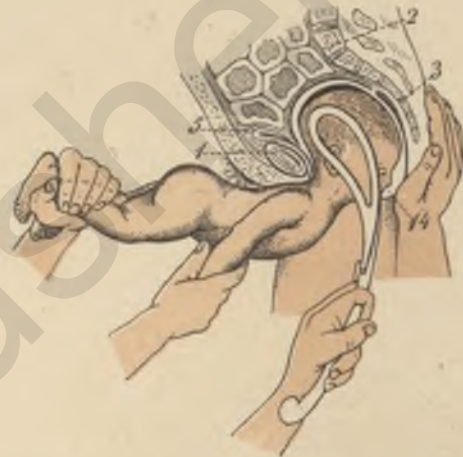


Рис. 116. Щипцы при послѣдующей головкѣ послѣ прохожденія тазового входа, взаимнѣй способомъ форсированнаго выжиманія и экстракціи и при недоступномъ ртѣ (ср. рис. 70—72); накладываются подъ или позади дѣтскаго туловища; послѣднее поднимаютъ къ материнской брюшной стѣнкѣ; предохраненіе промежности.



Рис. 111. Прямой переходъ въ III позицію при врѣзаніи головки; предохраненіе промежности.



Рис. 117. Перфорация при II черепномъ положеніи (спивка справа). при помощи ножницеобразнаго *Levet'*овскаго перфоратора, подъ руководствомъ исслѣдующаго пальца.



Рис. 112. Наконецъ переходъ во II позицію, для высвобожденія передней части головки изъ-подъ симфиза.



Рис. 113. Начало вытяженія во II позиціи при I лицевомъ положеніи, подбородокъ спереди. Теменные бугры прошли черезъ тазовой входъ.

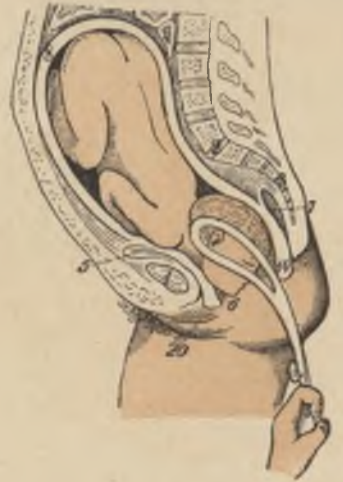


Рис. 114. Потомъ въ I позиціи, съ цѣлью опусканія подбородка



Рис. 118. Введеніе внутренней или I ложки Браун'овскаго краниокласта въ перфорированный черепъ подъ руководствомъ извѣдующей лѣвой руки.



Рис. 119. Введеніе второй ложки къ наружной поверхности затылка. Винтомъ сжимаются обѣ ложки, такъ что черепъ раздробляется, уменьшается и плотно захватывается для экстракціи.

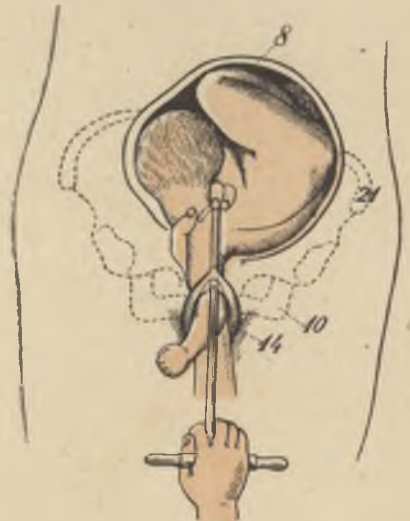


Рис. 120. Decapitatio крючкомъ Браун'а; выпавшая ручка; косо положение Ia.

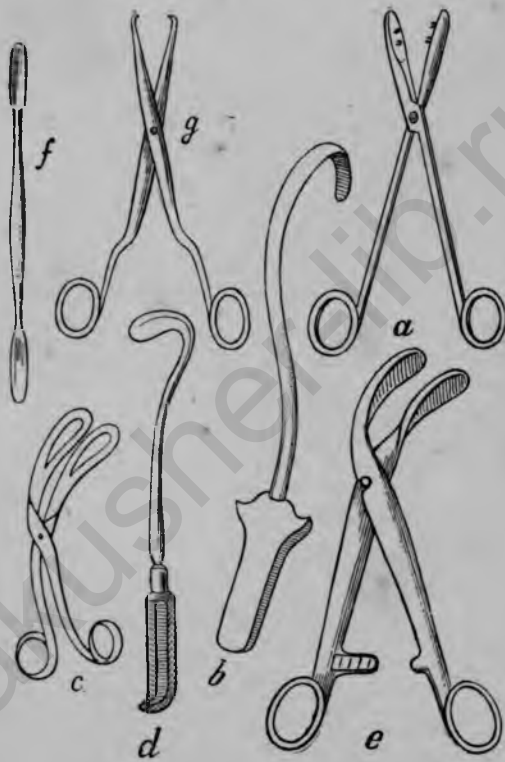


Рис. 121. а—костн. щипцы (при краниоклязи); b—острый крючокъ *Levet'a* (экстракция); c—щипцы для удаления остатковъ плаценты и выкидыша; d—серповидный ножъ *Schultze* (эмбриот. мя); e—улучшен. *Winckel'e*иъ экстракцион. щипцы *Mesnard'a* (послѣ краниоклязи); f—кюретка для удаления остатковъ выкидыша и g—шаровидн. щипцы для фиксирования *portionis vaginalis*.