

Dr. Felix

профессоръ Le.

ОПЕРАТИВНОЕ

Для учащихся и

Съ 145 рисунками въ текстъ.

Переводъ съ нѣмецкаго
д-ра А. Г. Фейнберга.

(Dr. Felix Skutsch, a. o. Prof. an der Universität Jena. Geburtshilfliche Operationslehre für Studierende und Aerzte mit 145 Abbildungen im Text. Jena 1901).



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

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

Улица Жуновскаго, 13.
1903.

akusher-lib.ru

Тилографія В. С. Эттингера, Улица Жуковскаго, 13.

Сту

Предисловіе

Уступая повторнымъ и настойчивымъ просьбамъ акушерскихъ операций, которые я читалъ студентамъ и врачамъ, я рѣшился выпустить представляющее собою содержаніе этихъ курсовъ въ характерѣ лекцій.

Нѣкоторыя повторенія явились въ данномъ изданіи въ видахъ дидактическихъ соображеній, и я ставлю въ возможно закругленномъ видѣ отдѣлы.

Глава о головныхъ положеніяхъ и наложеніи сравнительно съ другими, нѣсколько болѣе значительною, частью, тѣмъ, что этотъ отдѣлъ проходилъ первымъ, причемъ оказывалось необходимымъ останавливаться на нѣкоторыхъ подробностяхъ, необходимыхъ начинающимъ слушателямъ, равно какъ и на нѣкоторыхъ общихъ вопросахъ, имѣющихъ важное значеніе для уразумѣнія послѣдующихъ отдѣловъ.

Такъ какъ я не придерживаюсь обычнаго распредѣленія акушерскихъ операций, но описываю ихъ въ томъ порядкѣ, какой мнѣ казался наиболѣе удобнымъ въ цѣляхъ преподаванія, то, конечно, читатель не найдетъ въ моей книгѣ того гармоническаго расчлененія, какимъ отличается большинство другихъ учебниковъ; думаю, однако, что, несмотря на это, въ матеріалѣ моемъ возможно будетъ ориентироваться легко, въ особенности при пользованіи оглавленіемъ и алфавитнымъ указателемъ.

Хотя въ ученіи объ акушерскихъ операцияхъ по существу и не замѣчается особыхъ различій во взглядахъ, тѣмъ не менѣе изложеніе мое неизбежно носить до известной степени субъективный характеръ и, какъ смѣю думать, не безъ выгоды для книги. Я не хочу этимъ сказать, что высказываемые мною взгляды составляютъ плодъ лишь моего собственнаго опыта. Само собою разумѣется, что въ нихъ отразились и воззрѣнія другихъ авторовъ, между прочимъ и моихъ собственныхъ учителей, въ особенности *Schultze*. Во многомъ я слѣдовалъ принципамъ, усвоеннымъ мною отъ *Fritsch'a* въ мои студенческіе годы и изложеннымъ имъ въ его „*Klinik der geburtshilflichen Operationen*“, такъ какъ и практика, и педагогическая дѣятельность моя привели меня къ убѣжденію въ ихъ цѣлесообразности. Впрочемъ, я долженъ замѣтить, что во многихъ вопросахъ трудно потомъ самому разобраться въ томъ, что заимствуешь изъ

собственного опыта, что изъ изуче-

денія о спорныхъ пунктахъ я по
части приводилъ только то возрѣ-
Точно также я не останавливался
ическихъ вариантовъ операціи.

всего для моихъ слушателей, кото-
е практическаго акушерства. Но я
лезною и для другихъ учащихся и
Бтникомъ и врачу-практику.

ка акушерства, но, съ другой стороны,
изложеніе одной техники операцій. За-
каго акушерства, и въ особенности оста-
ныхъ показаніяхъ, она тѣмъ самымъ даетъ
звательности акушера.

ельнымъ числомъ рисунковъ. Правда, опера-
ачные оперативные приемы могутъ быть вполне
непосредственнаго демонстрированія на картонѣ и
какъ и собственнымъ опытомъ. Во всякомъ случаѣ,
е рисунки являются существеннымъ подспорьемъ, какъ то до-
аетъ превосходное краткое пособие къ курсу акушерскихъ операцій,
составленное *Döderlein*'омъ. Наконецъ, рисунки являются хорошимъ вспомо-
гательнымъ средствомъ и для репетированія пройденнаго.

Рисунки сдѣланы по моимъ указаніямъ, наброскамъ и фотографіямъ,
главнымъ образомъ, г. *A. Giltch*'емъ, частью также гг. *K. Wesser*'омъ
и *P. Weise*. Въ изготовленіи фотографій широкое содѣйствіе оказалъ
ми докторъ *Otto Hermann*.

Иена, апрѣль 1901.

F. Skutsch.

Оглавл

Введеніе. Къ профилактикѣ родильной горячки.	
Сущность родильной горячки. Semmelweis.	
и асептики. Дезинфекція рукъ, инструме	
Отдѣлъ I. Головные положенія и наложеніе щипцовъ.	
Общія замѣчанія о положеніи плода	4
Къ родовому механизму. Дѣтскій черепъ. Реву.	5
Щипцы.	
Исторія щипцовъ	57
Описаніе щипцовъ	67
Дѣйствіе щипцовъ	71
Условія для наложенія щипцовъ	73
Показаніе для окончанія родовъ	75
Приготовленія	78
Техника наложенія щипцовъ	83
Защита промежности	86
Наложеніе щипцовъ при затылкѣ, обращенномъ впередъ и въ сторону.	89
Косое наложеніе щипцовъ при косомъ стояннн головки	95
Низкое поперечное стояннн головки	101
Наложеніе щипцовъ при низкомъ поперечномъ стояннн головки	103
Передне-черепное положеніе	107
Наложеніе щипцовъ при передне-черепномъ положеннн	109
Превращеннн передне-черепного положеннн въ затылочное	124
Лицевое положеннн	127
Наложеннн щипцовъ при лицевомъ положеннн	133
Превращеннн лицевого положеннн въ черепное	133
Лобное положеннн	134
Терапія при лобномъ положеннн	135
Наложеннн щипцовъ на высокостоящую головку	137
Щипцы съ осевымъ влеченннмъ	140
Къ предсказаннн при наложеннн щипцовъ (поврежденнн)	143
Отдѣлъ II. Тазовыя положенія и извлеченнн за тазовой конецъ	143
Тазовыя положеннн	143
Опредѣленнн и раздѣленнн	143
Частота, этиологія и распознаваннн	144
Теченнн и механизмъ	144
Предсказаннн	143
Терапія	140
Извлеченнн за тазовой конецъ	143
Условнн, Показаннн, Приготовленнн	143
Техника (ножное положеннн)	144
Ягодннчное положеннн	154
Извлеченнн за паховыя сгибы	154
Извлеченнн тупымъ крючкомъ	155
Ннзведеннн ножи	158
Къ освобожденнн ручекъ	160

	Стр.
головки	164
ую головку	171
ение при спинкѣ, оставшейся обра-	173
	179
оворотъ	182
	182
	182
	183
	184
	185
	187
	188
	190
	191
	193
	193
	194
ножки при переднеспинномъ поперечномъ	196
а ножки при заднеспинномъ поперечномъ поло-	199
отъ на головку	206
ротъ при головномъ положеніи	207
xtow Hicks'y	212
оротъ	218
енное введеніе руки и затрудненное захватываніе ножекъ	218
удневный поворотъ	222
Дополненіе: предлежаніе и выпаденіе пуповины	227
Выпаденіе мелкихъ частей при головныхъ положеніяхъ	230
Отдѣлъ IV. Раздробляющія операциі	232
Перфорациа. Краниотомія	232
Показанія	232
Условія и приготовленія	238
Техника	239
Ножницеобразные перфораторы	239
Трепановидные перфораторы	241
Опорожненіе содержимаго черепа	244
Кефалотрибъ	245
Краниокласть	249
Трехъѣтвистые инструменты	253
Эмбриотомія	258
Эмбриотомія при запущенномъ поперечномъ положеніи	258
Врапп'овскій декапитационный крючокъ	260
Серповидный ножъ Schultze	264
Проволочный экразеръ. Ножницы Siebold'a	267
Экзантерациа	269
Прочія показанія эмбриотоміи	270
Клейдотомія	271
Уменьшеніе туловища	271
Уродливыя двойни	272
Отдѣлъ V. Прерываніе беременности	274
Искусственный выкидышъ	276
Показанія	276
Техника	281
Леченіе самопроизвольнаго выкидыша	282
Искусственные преждевременные роды	291
Показанія	291
Время производства	295

	Стр.
Методы	298
Тампонада влагалища. Кольпейриатеръ	299
Орошенія влагалища	300
Расширенія шейки разбухающими веществами	301
Тампонада шейки марлею	303
Инструментальное расширение шейки	303
Отслоеніе нижняго полюса яйца	303
Электрическое разложеніе матки	303
Проколь яйцевыхъ оболочекъ	304
Введеніе буза между яйцомъ и маточною стѣнкою	304
Впрыскиваніе жидкости между яйцомъ и маточными стѣнками	306
Внутриматочное введеніе баллона	307
Раздраженіе грудныхъ сосковъ	311
Выборъ методовъ. Веденіе родовой дѣятельности	311
Уходъ за преждевременно рожденнымъ младенцемъ	312
Занѣта искусственныхъ преждевременныхъ родовъ особою дітою матери	312
Отдѣлъ VI. Искусственное расширение родовыхъ путей	314
Расширеніе шейки, гезр. маточнаго зѣва	314
При нормальныхъ свойствахъ шейки	314
(Медленное раскрытіе. Ненормальная потужная дѣятельность, черезчуръ крѣпкое сращеніе нижняго полюса яйца. Настоятельныя показанія къ окончанію родовъ).	
Тупое расширение	316
Кровавое расширение	317
Влагалищное кесарское сѣченіе	318
При патологическихъ свойствахъ шейки	319
(Склеиваніе наружнаго маточнаго зѣва. Ригидность края зѣва. Стенозы. Вагинофиксація матки. Новообразованія шейки).	
Разрывъ плоднаго пузыря	323
Расширеніе влагалища и вульвы	324
(Стенозы, перегородки, опухоли влагалища. Узость вульвы, ригидность, гематома, отекъ, опухоли, вагинизмъ, дѣвственная плева).	
Эпизиотомія	326
Глубокіе, влагалищно-промежностные разрывы	327
Опухоли, расположенныя вѣвъ родового канала	327
Симфизеотомія	328
Исторія	328
Показанія	329
Условія	330
Техника	331
Отдѣлъ VII. Кесарское сѣченіе	333
Показанія (абсолютное, относительное)	333
Консервативный методъ и операція Roggo	337
Показанія для операціи Roggo	338
Техника консервативнаго метода	339
Техника операціи Roggo	346
Кесарское сѣченіе на мертвой	347
Отдѣлъ VIII. Веденіе послѣдоваго періода. Операціи въ послѣдовомъ періодѣ	349
Выжидательные методы	349
Способъ выжиманія	351
Ручное удаленіе послѣда	353
Задержка частей послѣда или яйцевыхъ оболочекъ	356
Отдѣлъ IX. Кровотеченія и поврежденія	358
Кровотеченія при беременности	358
Кровотеченія при родахъ	359
Предлежаніе послѣда	359
Преждевременное отдѣленіе нормально-прикрѣпленнаго послѣда	367

Кровотеченія изъ сосудовъ пуповины	Стр. 368
Разрывы шейки	369
Разрывы матки	370
Поврежденія влагалища	374
Поврежденія влагалищнаго хода	375
Зашиваніе промежности	376
Кровотеченія изъ мѣста прикрѣпленія послѣда въ послѣдовомъ періодѣ (орошеніе, тампонада матки и проч.)	380
Леченіе малокровія (вливанія раствора поваренной соли)	384
Выворотъ матки	385
Кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ	387
Дополненіе. Мнимая смерть новорожденныхъ	388
Способъ оживленія Schultze (качаніе)	391
Алфавитный указатель	396

Введение.

Къ профилактикѣ родильной горячки.

Главнѣйшій принципъ при веденіи родовъ, какъ и вообще при производствѣ всякаго оперативнаго приема, это—*nil nocere*. Къ сожалѣнію, противъ этого правила въ родовспоможеніи въ прежнее время грѣшили очень сильно, да и нынѣ еще, нужно съ прискорбіемъ сознаться, довольно часты случаи нарушенія его. Исходя изъ самыхъ похвальныхъ намѣреній, стремясь оказать пособіе, далеко нерѣдко этимъ самымъ пособіемъ причиняли неизмѣримый вредъ, такъ какъ оно влекло за собою заболѣваніе, уносившее безчисленное множество жертвъ: *родильную горячку*.

Мы знаемъ въ настоящее время, что такое родильная горячка, знаемъ, что это *раневая инфекціонная болѣзнь, исходнымъ мѣстомъ которой являются раны, происходящія при всякомъ родовомъ актѣ*. Намъ извѣстны также и болѣзнетворные возбудители, заражающіе эти раны. Это патогенныя бактеріи (въ особенности стафилококкъ, золотой и бѣлый гноеродный стрептококкъ) и продукты ихъ обмѣна веществъ. Мы имѣемъ такимъ образомъ дѣло съ поражениями, аналогичными тѣмъ, какія намъ извѣстны въ хирургіи въ лицѣ піэміи и септицѣміи и съ какими знакома публика подъ именемъ отравленія крови. Отъ случаевъ, въ которыхъ въ живую ткань вводятся гнойные кокки и продукты ихъ обмѣна вещества, мы отдѣляемъ случаи болѣе невиннаго характера, въ которыхъ виновниками заболѣванія являются бактеріи гніенія, распространяющіяся въ погибшей ткани (сапрѣмическая инфекція).

Мы знаемъ, что родильная горячка отнюдь не представляетъ собою заболѣванія *sui generis*, какъ это предполагали раньше, но что она есть *коллективное понятіе* многочисленныхъ лихорадочныхъ послѣродовыхъ пораженій, обнаруживающихся самыми разнообразными клиническими картинами и имѣющими между собою общаго лишь то, что причинный моментъ для ихъ возникновенія создается всегда зараженіемъ происходящихъ при родовомъ актѣ ранъ. Такія раны составляютъ неизмѣнную и неизбѣжную принадлежность всякихъ родовъ. Небольшіе надрывы маточнаго зѣва, въ особенности у первородящихъ, образуются какъ правило, то же самое имѣетъ мѣсто и во входѣ въ рукавъ (дѣвственная плева), да и въ самомъ рукавѣ могутъ произойти поврежденія. Но прежде всего вся внутренняя поверхность матки, въ особенности плацентарная область, послѣ отдѣленія яйца представляетъ большую раневую поверхность. Узнавъ,

въ чемъ заключается причина этой смертоносной болѣзни, мы получили вмѣстѣ съ тѣмъ и возможность предотвращать ея развитіе.

Въ нижеслѣдующемъ изложеніи я въ краткихъ чертахъ познакомлю читателей съ этимъ ученіемъ о профилактикѣ родильной горячки, основателемъ котораго является *Ignaz Philipp Semmelweis*. *Semmelweis* былъ въ 1846 г. ассистентомъ вѣнской акушерской клиники, состоявшей въ то время изъ двухъ отдѣленій: одного—предназначеннаго для занятій со студентами, другого—для преподаванія акушеркамъ. *Semmelweis* ассистировалъ въ первомъ отдѣленіи. Такъ какъ вѣнская клиника и тогда уже располагала богатымъ акушерскимъ матеріаломъ, то *Semmelweis* имѣлъ, конечно, возможность произвести многочисленныя наблюденія надъ родильною горячкою. Число родильницъ, падавшихъ жертвами послѣдней, было поистинѣ колоссально. Въ отдѣленіи *Semmelweis*'а смертность въ отдѣльные мѣсяцы поднималась до 15 % и выше. Случалось, что изъ цѣлаго ряда разрѣшившихся въ одинъ и тотъ же день, въ одной и той же палатѣ, заболѣвали поголовно всѣ, и всѣ же спустя нѣсколько дней попадали на секціонный столъ, причѣмъ все это были женщины въ цвѣтѣ лѣтъ и силъ, явившіяся въ клинику здоровыми и бодрыми и легко продѣлавшія родовой актъ. Средняя смертность достигала 10 %. Нѣсколько менѣе неблагоприятно складывался процентъ смертности въ отдѣленіи, служившемъ для преподаванія ученицамъ-акушеркамъ, именно около 3,4 %. Но, по нашимъ современнымъ воззрѣніямъ, и такая цифра все еще представляется ужасающе высокою. Въ настоящее время смертность въ хорошо руководимомъ родовспомогательномъ заведеніи не составляетъ въ среднемъ и $\frac{1}{2}$ %, и если мы примемъ во вниманіе, что самые тяжелые случаи доставляются какъ-разъ именно въ клиники, что послѣднія должны пользоваться больными, какъ матеріаломъ для преподавательскихъ цѣлей, что, наконецъ, отдѣльные летальные исходы обуславливаются, независимо отъ инфекціи, и особыми тяжелыми осложненіями (напр. эклампсіею), то получимъ надлежащее представленіе о громадной разницѣ между смертностью того времени и настоящаго. Нынѣ родильная горячка почти исчезла изъ клиникъ, упавъ, несмотря на вышеуказанныя неблагоприятныя условія, до процента, показываемаго общими статистическими данными для этого заболѣванія внѣ родовспомогательныхъ заведеній.

Вотъ какимъ образомъ *Semmelweis* вступилъ на вѣрный путь изученія этиологіи родильной горячки. Въ 1847 году въ Вѣнѣ умеръ профессоръ судебной медицины *Kolletschka* отъ раны, полученной имъ на вскрытіи. *Kolletschka* погибъ при аналогичныхъ условіяхъ, съ какими *Semmelweis* привыкъ встрѣчаться при вскрытіи родильницъ, скончавшихся отъ родильной горячки. Эта аналогія и была для *Semmelweis*'а откровеніемъ. Онъ понялъ, что въ трушномъ ядѣ и слѣдовало искать главнѣйшей причины родильной горячки. То былъ какъ-разъ періодъ расцвѣта патологической анатоміи въ Вѣнѣ, то было время,

когда представителемъ ея былъ *Rokitansky*, когда ей съ увлеченіемъ отдавались и доценты, и ассистенты, и студенты. Съ патолого-анатомическаго вскрытія они являлись прямо въ акушерскую клинику, изслѣдовали здѣсь родильницъ и заражали ихъ ядомъ. Обычно практиковавшееся обмываніе рукъ не могло устранить яда. Такимъ образомъ объяснялась большая разница въ смертности между обоими отдѣленіями акушерской клиники для студентовъ и для слушательницъ-акушеровъ; послѣднимъ не приходилось приходить въ соприкосновеніе съ трупнымъ ядомъ, отсюда и далеко менѣе значительный процентъ смертности. Когда *Semmelweis* установилъ взаимную связь между родильною горячкою и трупнымъ ядомъ, онъ ввелъ обмываніе рукъ хлоромъ (намъ извѣстно теперь, что хлоръ — прекрасное обеззараживающее средство), и тотчасъ смертность значительно понизилась. Но *Semmelweis* ни въ какомъ случаѣ не былъ настолько одностороненъ, какъ это ему приписываютъ, чтобы въ трупномъ ядѣ видѣть единственную причину родильной горячки. Напротивъ, онъ прекрасно зналъ и доказывалъ, что инфекціонное начало имѣетъ еще и другіе источники, приводя въ качествѣ примѣровъ гной панаариція, гнилостный секретъ изъязвляющейся поверхности опухоли; онъ говорилъ, между прочимъ, объ образованіи инфекціоннаго начала изъ разлагающагося животнаго органическаго вещества, примѣняя такимъ образомъ очень мѣткое и вполнѣ вѣрное для того времени выраженіе.

Какъ ни ясна была теорія *Semmelweis*'а, какъ ни поразительны и очевидны результаты ея, ей, однако, при жизни своего творца не удалось пробить себѣ дорогу. Виною тому былъ главнымъ образомъ самъ *Semmelweis*, были тѣ невозможно-агрессивные приемы борьбы, которыми онъ защищалъ свои взгляды въ возгорѣвшемся литературномъ спорѣ. Насколько вѣрны были его аргументы, настолько же ложенъ былъ взятый имъ тонъ. Онъ настолько мало стѣснялся со своими противниками, руководителями родовспомогательныхъ заведеній, не соглашавшимися съ его ученіемъ, что, не обинуясь, обзывалъ ихъ убійцами и палачами, и такое отношеніе, понятнымъ образомъ, не могло сдѣлать ихъ его сторонниками. Въ этомъ-то и нужно искать причину, почему и самъ *Semmelweis* не получилъ при жизни подобающей его заслугамъ оцѣнки, и теорія его предана была почти полному забвенію.

Только послѣ того, какъ ученіе *Lister*'а проникло въ хирургию, послѣ того, какъ сущность инфекціи ранъ и дезинфекціи (антисептики) стала общепризнаннымъ достояніемъ, только тогда и акушеры вспомнили о *Semmelweis*'ѣ и признали справедливость его теоріи. Въ началѣ антисептической эпохи казалось, да и самъ *Lister* раздѣлялъ это мнѣніе, будто акушерство и гинекологія естественнымъ образомъ изъеются изъ сферы дѣйствія *Lister*'овской антисептики, однимъ изъ существенныхъ условій которой являлся вѣдь извѣстный способъ перевязки ранъ. Раны же, съ которыми приходится имѣть дѣло акушеру, находятся въ области, недоступной примѣненію строго противогнилостнаго метода *Lister*'а. По

счастью, воззрѣніе это уступило мѣсто болѣе правильному, и въ настоящее время мы имѣемъ возможность и въ нашей отрасли пользоваться въ полной мѣрѣ благодѣтельными преимуществами профилактики инфекціи ранъ.

Наука, которой мы обязаны главнѣйшими знаніями въ этомъ направленіи, — бактеріологія. Она насъ познакомила съ характеромъ и свойствами врага, съ которымъ намъ нужно бороться, она же дала намъ и надлежащее оружіе для этой борьбы, показавъ намъ, какимъ путемъ мы можемъ предотвратить нашествіе непріятеля, уничтожить его или, по крайней мѣрѣ, парализовать его дѣйствіе.

Пути, по которымъ шло ученіе о профилактикѣ родильной горячки со временъ *Lister'a*, расходятся очень широко, и немудрено, если въ своемъ шествіи оно иной разъ и сбивалось съ дороги. На первыхъ порахъ естественное стремленіе одержать возможно полную побѣду надъ опаснымъ противникомъ повело даже къ кое-какимъ отрицательнымъ результатамъ. Прежде всего, въ пылу безграничной вѣры въ противогнилостныя средства, стали примѣнять ихъ черезчуръ щедрою рукою, полагая нужнымъ обеззараживать тамъ, гдѣ, какъ мы теперь хорошо знаемъ, дезинфекція совершенно излишня, и это антисептическое увлеченіе явилось новымъ источникомъ для инфекцій. Засимъ, безразсчетливое пользованіе химическими противогнилостными средствами имѣло своимъ слѣдствіемъ цѣлый рядъ поврежденій иного рода (отравленія). Переворотъ, происшедшій въ ученіи объ антисептикѣ въ акушерствѣ въ теченіе послѣднихъ двухъ десятилѣтій, истиннѣ громаденъ. Какъ мы уже говорили, вначалѣ господствовало широкое многодѣланіе. Такъ, еще до сравнительно недавняго времени полагали, что для предупрежденія лихорадки необходимо каждой родильницѣ въ послѣродовомъ періодѣ производить противогнилостныя промыванія рукава. Теперь мы знаемъ, что при нормальномъ послѣродовомъ періодѣ всякое прикосновеніе, всякое промываніе внутреннихъ половыхъ частей излишне, что, напротивъ, обмыванія эти могутъ обусловить зараженіе, которое безъ нихъ не послѣдовало бы. Мало того, заходили еще дальше. При нормальномъ послѣродовомъ періодѣ дѣлали, въ видахъ предупрежденія развитія родильной горячки, постоянныя орошенія рукава, болѣе того — постоянныя орошенія матки. Затѣмъ, еще очень недавно думали, что каждому акушерскому изслѣдованію должно предшествовать и за нимъ слѣдовать промываніе рукава. Все это многодѣланіе, по счастью, улеглось и въ настоящее время уступило мѣсто обдуманному, сознательному, успѣшному и въ то же время простому образу дѣйствій.

Мы научились тому, что намъ нѣтъ надобности дезинфицировать тамъ, гдѣ не имѣется ничего инфекціоннаго, именно въ здоровой ткани; мы не должны только допускать внѣдренія вредныхъ зародышей; мы сдѣлали шагъ впередъ, перейдя отъ антисептики къ асептикѣ.

Приводимый мною краткій очеркъ нашихъ современныхъ воззрѣній на противогнилостный и безгнилостный методы въ акушерствѣ, равно какъ и

техники послѣднихъ въ равной мѣрѣ относится и къ гинекологіи, вообще ко всей хирургіи. Не существуетъ антисептики 1, 2 и 3 степени, не существуетъ одного противогнилостнаго способа для лапаротомій, другого— для операцій на поверхности тѣла, третьяго опять— для операцій на влагалищѣ, есть *одна* только антисептика, *одна* только асептика.

Въ то время, какъ вначалѣ акушеры, игнорируя взгляды *Semmelweis's'a*, предоставили хирургамъ честь введенія антисептики, нынѣ какъ-разъ именно они и гинекологи являются особенно дѣятельными и дѣйствующими съ наибольшимъ успѣхомъ сторонниками противогнилостнаго ученія. Гинекологи проводятъ антисептику даже строже, чѣмъ многіе хирурги, и это имѣетъ свои, вполнѣ понятныя, основанія. Области, въ которыхъ намъ приходится предпринимать наши оперативныя воздѣйствія, обнаруживаютъ исключительно большую воспримчивость къ раневой инфекціи, и это въ особенности относится къ внутреннимъ половымъ частямъ во время родовъ, а также къ брюшинѣ. Инфекція, поражающая эти области, влечетъ за собою по большей части несравненно болѣе опасныя послѣдствія, чѣмъ инфекция на поверхность тѣла: въ то время, какъ на послѣдней дѣло сплошь и рядомъ ограничивается ничтожнымъ мѣстнымъ нагноеніемъ, къ мѣстному зараженію нашихъ районовъ присоединяется часто опасное, легко оканчивающееся смертью общее зараженіе.

Ученіе о профилактикѣ инфекціи ранъ по существу можетъ быть сформулировано слѣдующимъ образомъ: *съ ранами или другими способными всасывать поверхностями могутъ приходить въ соприкосновеніе только стерильныя вещества.*

Попробуемъ анализировать подробнѣе это положеніе. Дать опредѣленіе *ранъ*, конечно, излишне. Замѣчу только, что для того, чтобы рана могла служить исходнымъ мѣстомъ тяжелой инфекціи, отнюдь не обязательно, чтобы она была велика: мѣстомъ вступленія заражающаго вещества можетъ явиться уже самое ничтожное поврежденіе, легко производимое изслѣдующимъ пальцемъ на разрыхленной слизистой оболочкѣ рукава.

Представителемъ *поверхностей, способныхъ всасывать*, является брюшина, отличающаяся необычайною воспримчивостью къ инфекціи.

„*Могутъ приходить въ соприкосновеніе только стерильныя вещества*“. Стерильный значитъ свободный отъ зародышей въ бактериологическомъ смыслѣ или, по крайней мѣрѣ, свободный отъ патогенныхъ зародышей. На веществахъ, попадающихъ въ раны, не должно быть ничего, что могло бы дѣйствовать инфицирующимъ образомъ. Поэтому всѣ такія вещества должны быть стерилизуемы, всѣ имѣющіяся на нихъ ядовитыя начала должны быть умерщвлены. Особенно важно, чтобы мы уже а priori считали инфицированнымъ все, чего мы сами не стерилизовали или не дали стерилизовать. Возьмемъ, напр., наши руки; какъ бы тщательно съ точки зрѣнія обыденной жизни онѣ ни были вымыты, мы все же не должны ихъ считать свободными отъ зародышей, пока мы ихъ не обезплодили, и опять-таки онѣ должны быть признаны инфицированными съ того момента, какъ онѣ прикоснулись къ чему-либо необезпложенному.

„Приходить въ соприкосновеніе“. Передатчикомъ инфекціи служитъ непосредственное соприкосновеніе, будетъ-ли оно обусловливаться пальцами, инструментами, перевязочнымъ матеріаломъ и т. д. Зараженія черезъ воздухъ, играющаго столь большую и важную роль въ ученіи *Listera*, мы боимся мало. Само собою понятно, что не исключена возможность присутствія патогенныхъ зародышей и въ воздухѣ операціоннаго помѣщенія. Но это можетъ скорѣе имѣть мѣсто въ сильно переполненной больницѣ, въ особенности если тамъ находятся больные съ открытыми гноящимися ранами, нежели въ помѣщеніи гигиенически хорошо обставленной частной квартиры. Такимъ образомъ, поскольку это лишь выполнимо, мы должны стремиться оперировать въ возможно чистой атмосферѣ. Съ другой стороны, намъ извѣстно, что изъ воздуха попадаютъ на раны лишь немногіе зародыши, въ особенности на скрытыя раны полового канала. Далѣе, мы знаемъ, что съ небольшимъ числомъ патогенныхъ зародышей здоровая, жизненная ткань справится безъ труда, съумѣетъ ихъ обезвредить. Вотъ почему мы можемъ отказаться отъ попытки дезинфицировать воздухъ, попытки, въ прежнее время производившейся при помощи *spraу*, а въ послѣднее время снова предпринимаемой въ нѣкоторыхъ операціонныхъ залахъ посредствомъ сложныхъ аппаратовъ съ текучимъ паромъ. Сохранять воздухъ свободнымъ отъ зародышей въ бактериологическомъ смыслѣ абсолютно немислимо: вѣдь стоитъ только открыть въ комнату дверь, и въ нее вырывается опять новый, не обеззараженный воздухъ ¹⁾).

Выполненію стерилизаціи на практикѣ мы посвятимъ здѣсь лишь самое краткое описаніе. Начнемъ со стерилизаціи нашихъ рукъ. Она, нужно сознаться, достижима лишь съ большимъ трудомъ, несравненно болѣе значительнымъ, чѣмъ это полагали прежде. Погрузить руки въ какую-либо противогнилостную жидкость (растворъ карболовой кислоты, судемы) отнюдь еще недостаточно; для возможнаго ихъ обезпложенія требуется выполненіе процедуры и далеко болѣе энергической, и поглощающей много времени. Въ этомъ направленіи предприняты разнообразныя экспериментальныя изслѣдованія, изъ которыхъ наиболѣе тщательныя и легшія въ основу всѣхъ остальныхъ произведены были здѣсь, въ Іенѣ, *P. Fürbringer*’омъ. *Fürbringer* заставлялъ насъ, бывшихъ въ то время ассистентами, дезинфицировать свои руки самыми различными способами, послѣ чего стерильнымъ инструментомъ соскребывали подъ ногтемъ верхній слой эпидермиса и переносили на питательную среду. Этимъ путемъ можно было узнать, достигается-ли обеззараживаніемъ обезпложеніе или нѣтъ. До послѣдняго времени еще продолжаютъся аналогичные опыты при помощи методовъ, съ каждымъ разомъ все строже и строже вырабатываемыхъ. Уже

¹⁾ При всемъ томъ попытки уменьшить по возможности содержаніе въ воздухѣ бактеріодныхъ началъ не лишены значенія. Если до операціи пустить въ ходъ паровой *spraу*, то мы уничтожимъ много зародышей; не мало ихъ можетъ быть удалено и влажнымъ очищеніемъ (обтираніемъ). Битье для бороды и усовъ и шапка предотвратятъ паденіе пылинокъ съ бороды, усовъ и головы оператора. Наконецъ, при операціи слѣдуетъ избѣгать всякаго лишняго разговора.

изъ этого видно, насколько необычайно трудно достигнуть полной стерилизаціи инфицированныхъ рукъ. Опытъ показалъ, что наиболѣе важнымъ моментомъ въ дѣлѣ обезпложиванія рукъ является энергичное механическое ихъ очищеніе. Оно болѣе вѣрно, нежели примѣненіе дезинфицирующаго средства. Руки акушерки, примѣнившей основательную механическую чистку, на мой взглядъ, менѣе опасны въ смыслѣ инфекціи, чѣмъ руки той, которая, обходясь безъ такого очищенія, погрузила ихъ въ растворъ карболовой кислоты. Въ этомъ отношеніи грѣшатъ еще очень много. Иныя даже вполне убѣждены, что примѣненіе обеззараживающаго средства предохраняетъ отъ всякихъ инфекцій. Если вдобавокъ вспомнить, что примѣняемые растворы содержатъ часто такое ничтожное количество дезинфицирующаго средства, что они вообще безсильны что-либо дезинфицировать, то мы должны будемъ придти къ заключенію, что сплошь и рядомъ практикуется только фантомъ антисептики. Нерѣдко мнѣ случалось видѣть, какъ акушерка наливала въ чашку съ водою нѣсколько капель изъ маленькой бутылочки съ 3% растворомъ карболовой кислоты и была искренно убѣждена въ томъ, что она приготовила надежный обеззараживающій растворъ.

Очищеніе теплою водою и жесткою щеткою должно производиться и очень энергично, и очень долго. Все удалимое изъ-подъ остриженныхъ, само собою разумѣется, ногтей и у ногтевой выемки должно быть удалено ножомъ или ногтечисткою. Цѣлесообразно сперва вымыть руки довольно теплою водою съ мыломъ и щеткою и затѣмъ уже прибѣгнуть къ ногтечисткѣ. Предпосланное обмываніе разрыхлитъ грязь, подлежащую удаленію, и такимъ образомъ облегчитъ это послѣднее. Засимъ слѣдуетъ уже настоящее механическое очищеніе при помощи теплой воды, мыла и щетки. Оно должно продолжаться, по меньшей мѣрѣ, 5 минутъ при повторной смѣнѣ воды. При этомъ необходимо равномерно и тщательно очищать всѣ мѣста на рукахъ, каждый палецъ отдѣльно, обходя его вокругъ, такъ чтобы дѣйствию щетки подвергнуты были основательно и боковыя поверхности, обращенныя къ межпальцевымъ промежуткамъ. Послѣ этого хорошенько моютъ руки еще разъ въ свѣжей водѣ съ мыломъ, но уже безъ щетки, всего лучше, если это возможно, подъ текущую струю воды. Въ заключеніе смываютъ мыло, опять-таки свѣжею водою ¹⁾.

Опытъ показалъ цѣлесообразность видоизмѣненія описаннаго нами способа, которое состоитъ въ томъ, что между механическимъ очищеніемъ и примѣненіемъ обеззараживающаго средства включаютъ обмываніе алкоголемъ. Для этого берутъ 80% алкоголь и тщательно моютъ имъ руки при помощи щетки въ продолженіе 1—2 минутъ.

Въ заключеніе моютъ руки дезинфицирующимъ растворомъ въ теченіе

¹⁾ Между обмываніемъ съ мыломъ и щетками и простымъ обмываніемъ съ мыломъ цѣлесообразно включить еще растираніе рукъ чистымъ мохнатымъ полотенцемъ, при посредствѣ котораго удаляется содержащій зародыши поверхностный слой эпидермиса (Hägler).

1—2 минутъ. Лучшимъ обеззараживателемъ для рукъ, какъ и вообще для поверхности тѣла, является сулема. Сулема уже въ сильномъ разведеніи обладаетъ необычайною бактериѳубивающею силою. Мы въ нашей практикѣ пользуемся обычно растворами 1 : 2500 или 1 : 2000. Употребляемый нами запасный растворъ сулемы имѣетъ крѣпость 1 : 75 и слегка окрашенъ въ красный цвѣтъ эозиномъ, дабы его всегда можно было легко распознать, такъ какъ безъ окрашивающаго средства растворъ прозраченъ, какъ вода, и, слѣдовательно, легко возможно случайное отравленіе этимъ чрезвычайно сильнымъ ядомъ. Наливъ изъ этого раствора столовую ложку (15 грм., слѣдовательно 0,2 сулемы) въ 1 литръ воды, мы получимъ растворъ крѣпости 0,2 : 1000 или 1 : 5000, 2 столовыхъ ложки дадутъ растворъ 1 : 2500, именно тотъ, которымъ мы обычно пользуемся. Мы прибѣгаемъ также къ сулемовымъ пастилкамъ; одна такая пастилка (0,5 сулемы) съ литромъ воды даетъ растворъ 1 : 2000. Это дезинфицирующее средство, какъ сказано, представляется самымъ надежнымъ для рукъ и поверхности тѣла. Для омовенія же ранъ или проспирцовыванія рукава или послѣродовой матки мы имъ никогда не пользуемся, такъ какъ въ этомъ случаѣ легко можетъ всосаться больше сулемы, чѣмъ желательно, и получится тяжелое отравленіе.

Другое дезинфицирующее средство, это—лизоль, родственнѣй карболовой кислотѣ. Его мы примѣняемъ по большей части въ 1% растворѣ (10 грм. на 1 литръ воды). Средство это особенно пригодно для акушерскихъ изслѣдованій, такъ какъ оно дѣлаетъ руки изслѣдующаго легко скользящими. Еще цѣлесообразнѣе, благодаря большому постоянству состава, пользованіе мыльнымъ крезоломъ (50% крезола и 50% калийнаго мыла), примѣрно въ видѣ 3% раствора.

Для каждаго изъ трехъ видовъ обмыванія всего лучше примѣнять особый сортъ щетокъ, сохраняемыхъ въ стерильномъ состояніи (кипяченными).

Мы видимъ такимъ образомъ, что обеззараживаніе рукъ — дѣло отнюдь не такое простое и скорое, какъ это можно было бы думать. Но именно въ виду громадной важности его мы должны найти время, необходимое для производства такой основательной обработки рукъ, и врачъ, собирающійся предпринять операцію (напр. лапаротомію) или акушерское изслѣдованіе, долженъ распорядиться своимъ временемъ такъ, чтобы располагать передъ этимъ свободною четвертью часа, а то и болѣе, которые онъ и посвящаетъ этой процедурѣ. Само собою разумѣется, что разъ акушеръ основательно, придерживаясь описанныхъ правилъ, продезинфицировалъ свои руки къ родамъ, ему, въ случаѣ необходимости повторнаго изслѣдованія, нѣтъ надобности употреблять на обеззараживаніе столько же времени, — при условіи, что въ промежуткѣ онъ не прикасался ни къ чему болѣе или менѣе инфицированному, — и онъ можетъ удовольствоваться далеко болѣе кратковременною процедурою.

Трудность достиженія полной стерильности рукъ, въ связи съ тѣмъ

обстоятельствомъ, что сплошь и рядомъ получается только обезпложиваніе поверхности, а между тѣмъ при продолжительной операціи неумерщвленные зародыши попадаютъ изъ глубины кожи на поверхность, повела къ предложенію облекать руки въ стерильныя перчатки. Пригодными являются только перчатки изъ тончайшей резины (кондомная резина). Такія перчатки можно обезпложивать кипяченіемъ; употреблять ихъ при всѣхъ операціяхъ и изслѣдованіяхъ безъ исключенія я считаю излишнимъ, въ особенности когда дѣло идетъ о большей части лишь кратковременныхъ акушерскихъ пріемахъ. Но въ извѣстныхъ случаяхъ онѣ оказываютъ превосходныя услуги. Такъ, нужно безусловно рекомендовать ихъ примѣненіе въ томъ случаѣ, когда акушеру приходится прикасаться къ чему-либо особенно инфекціонному, напр. когда онъ долженъ предпринять внутреннее изслѣдованіе родильницы, заболѣвшей послѣродовою горячкою. Перчатки эти дадутъ ему возможность предохранить свои руки отъ зараженія и приступить черезъ короткое время, безъ опасности для вѣрннхъ его пооченію больныхъ, къ веденію новыхъ родовъ или къ производству операціи. Операторъ и акушеръ должны вообще насколько возможно избѣгать тяжелой инфекціи своихъ рукъ. Они должны прилагать самыя тщательныя заботы къ косметическому уходу за своими руками. Въ томъ случаѣ, когда они бывають вынуждены изслѣдовать патолого-анатомическій препаратъ или произвести вскрытіе, они должны приступить къ этому, вооруженные перчатками, причеъ здѣсь они могутъ пользоваться и перчатками изъ болѣе толстой резины; если необходимо прикосновеніе къ препарату, то они по возможности должны прибѣгать къ помощи пинцета. Какъ скоро они дотрогивались до чего-нибудь инфекціоннаго, необходимо предпринять возможно скорѣйшую тщательную дезинфекцію. Далѣе, кондомныя перчатки будутъ уместны тамъ, гдѣ на рукѣ имѣется ссадина или ранка или гдѣ недавно зажившія мѣста являются противопоказаніемъ для энергичнаго очищенія щетками. Засимъ, онѣ доставляютъ врачу отличную защиту при изслѣдованіи сифилитическихъ больныхъ. Наконецъ, въ неотложномъ случаѣ, напр. при сильномъ кровоточеніи при *placenta praevia*, будетъ целесообразно не терять времени на длительное очищеніе рукъ, но воспользоваться перчатками, хранимыми въ стерильномъ состояніи. Для того чтобы не инфицировать перчатокъ во время ихъ надѣванія, рекомендуется положить ихъ въ обезпложенный растворъ и поручить помощнику держать каждую отдѣльно, наполненную жидкостью, двумя стерильными щипчиками такъ, чтобы руки врача (цѣлесообразно смазать ихъ вазелиномъ) могли удобно проскользнуть въ нихъ. Послѣ того какъ обѣ руки войдутъ въ перчатки, онѣ сами помогутъ другъ другу гладко натянуть резину на пальцы.

Весьма важно, чтобы мы послѣ стерилизацин рукъ, въ ожиданіи, пока не приступлено будетъ къ изслѣдованію или операціи, не дотрагивались ни до чего, что могло быть инфицировано. Исходя изъ этого, мы не должны вытирать рукъ полотенцемъ, которое намъ подаютъ окружаю-

шіе больную; правда, возможность присутствія на чистомъ полотенцѣ болѣзнеродныхъ началъ крайне ничтожна, но она все же существуетъ, и, слѣдовательно, нельзя съ нею не считаться. Къ тому же обтираніе рукъ совершенно излишне, такъ какъ мы удобно можемъ предпринять изслѣдованіе и влажными пальцами, отряхнувъ ихъ только предварительно. Нѣсколько иначе обстоитъ дѣло, если мы имѣемъ въ своемъ распоряженіе обезпложенное полотенце, вынутое непосредственно изъ стерилизаціоннаго аппарата или изъ стерилизованнаго приѣмника; въ такомъ слу-

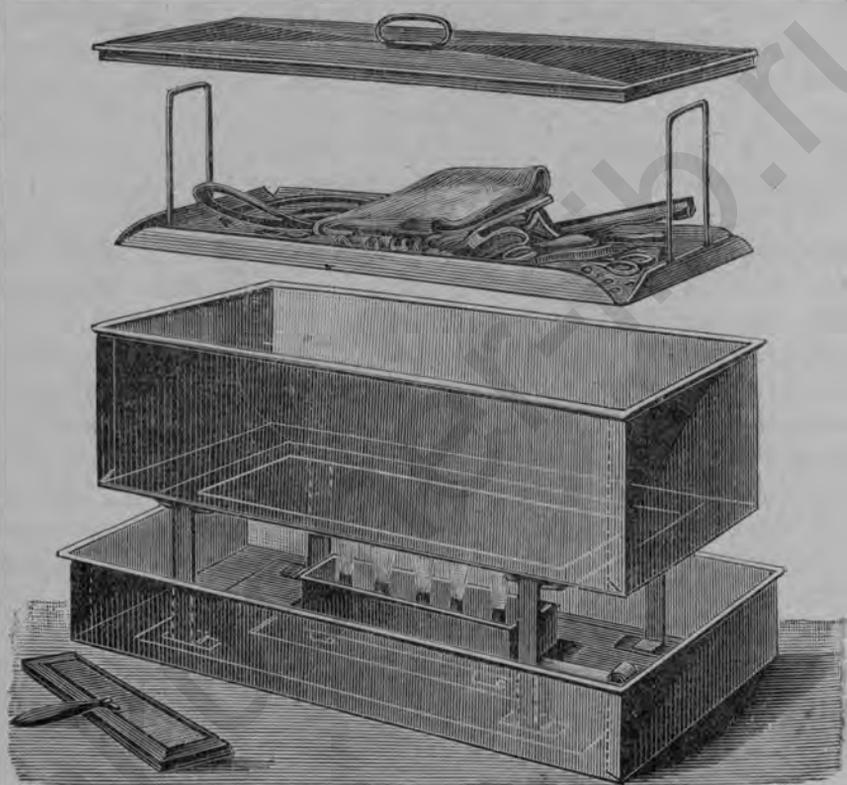


Рис. 1. Ящикъ для кипяченія инструментовъ, полотенецъ и пр. $\frac{1}{5}$ натур. величины.

чай, конечно, пріятно приступить къ операциі съ сухими руками. Само собою разумѣется, что мы не должны прикасаться изслѣдующими пальцами ни къ чему, что можетъ быть заражено, скажемъ, напр., къ одѣялу: пальцы, влажные отъ дезинфицирующаго средства, должны вводиться въ рукавъ, *не прикасаясь предварительно ни къ чему*. Точно также пальцы не должны дотрогиваться и до наружныхъ частей, хотя бы онѣ передъ тѣмъ подвергнуты были основательному обеззараживанію. Два пальца невзслѣдующей руки раздвигаютъ малыя губы, такъ что изслѣдующіе пальцы могутъ быть введены въ рукавъ непосредственно подъ руководствомъ глазъ.

Смазывать изслѣдующіе пальцы вазелиномъ или масломъ по большей части нерационально. Полной увѣренности въ томъ, что масло, которое намъ въ нашей практикѣ подаютъ окружающіе больную, стерильно, мы не можемъ имѣть. Но какъ скоро въ нашемъ распоряженіи имѣется стерильный вазелинъ, сохраняемый въ стерильномъ же приѣмникѣ, мы можемъ иногда примѣнить его съ пользою. Въ общемъ же рукавъ роженицы настолько влаженъ и скользокъ, что въ смазываніи его надобности нѣтъ.

Засимъ, стерилизаціи подлежатъ наши *инструменты и весь перевозочный матеріалъ*, приходящій въ соприкосновеніе съ раню. Наибольше простой и удобный въ практикѣ способъ такого обезпложиванія, это—кипяченіе. Мы лично пользуемся въ настоящее время въ качествѣ акушерскаго набора металлическимъ ящикомъ съ крышкой, настолько большимъ, чтобы въ немъ могли удобно помѣститься даже самыя крупныя акушерскіе инструменты. Ящикъ этотъ имѣетъ снабженную отверстиями подставку, на которой лежатъ инструменты и которая вынимается изъ него за ручки (рис. 1) ¹⁾. Инструменты наши сдѣланы цѣликомъ изъ металла и по возможности никкелированы, такъ что они переносятъ кипяченіе. Можно кипятить въ простой водѣ, но лучше пользоваться 1% растворомъ соды; время, въ теченіе котораго подвергаютъ инструменты температурѣ кипѣнія, равняется 10 минутамъ. Крышка ящика должна быть закрыта, дабы температура всюду составляла 100° Ц. После стерилизаціи мы вынимаемъ изъ ящика подставку съ инструментами и помѣщаемъ ее на столъ. Подставка должна быть такъ устроена, чтобы расположенные на ней инструменты видѣ не могли соприкасаться со столомъ. Цѣлесообразно подложить подъ нее стерильное полотенце. Инструменты быстро высыхаютъ и по охлажденіи готовы непосредственно къ употребленію. Инструменты мы располагаемъ уже заранѣе, когда они еще находятся въ ящикѣ, въ томъ порядкѣ, въ какомъ нами всего удобнѣе будетъ пользоваться ими при операціи. Иглы для швовъ (шелкъ)

¹⁾ Такой аппаратъ для стерилизаціи инструментовъ предложенъ былъ мною уже въ 1889 году (*Illustr. Monatsschr. d. ärztl. Polytechnik*, 1889); вслѣдъ за симъ устроено было много аналогичныхъ видоизмѣненій. Изображенный здѣсь аппаратъ приготовленъ инструментальнымъ мастеромъ *Füllenbach* омъ въ Леиъ по видоизмѣненной *H. Haesckel* емъ берлинской модели. Нѣкоторыя модификаціи въ немъ предложены были *Falk* омъ. Ящикъ можетъ быть поставленъ на очагъ или на газовый котелокъ; для нагреванія спиртомъ служить представленное на рисункѣ, легко разбираемое приспособленіе; очень удобна нижняя подставка, предотвращающая переливаніе черезъ край горячаго спирта.

Haesckel присоединилъ еще нѣсколько дальнѣйшихъ видоизмѣненій, дѣлающихъ ящикъ пригоднымъ и для большихъ операцій; въ особенности практиченъ приложенный имъ наборъ вкладываемыхъ другъ въ друга металлическихъ ящиковъ, которые кипятятся совмѣстно и могутъ служить въ качествѣ стерильныхъ чашекъ.

Въ ящикѣ можно помѣстить все необходимое для веденія родового акта; чехолъ съ рукою даетъ возможность безъ труда переносить его. Инструментъ лежитъ въ сумкѣ изъ моющагося матеріала; *послѣ* каждаго употребленія ихъ равнымъ образомъ подвергаютъ кипяченію, прежде чѣмъ владуть въ сумку; этимъ путемъ сумка остается чистою, а въ неотложномъ случаѣ, когда для кипяченія нѣтъ времени, инструменты, по крайней мѣрѣ, постоянно чисты, насколько это возможно, и довоздѣствуются лишь тѣмъ, что ихъ обтираютъ какимъ-нибудь антисептическимъ растворомъ.

кипятятся совместно съ инструментами; всего лучше передъ обезпложиваніемъ вдѣть нитки въ столько иголь, сколько предположительно потребуется, затѣмъ завернуть ихъ въ небольшой кусокъ марли, въ предотвращеніе зацутыванія нитокъ, и кипятить вмѣстѣ съ инструментами. Этимъ путемъ мы избавимъ себя отъ необходимости терять драгоценное для операціи время на вдѣваніе нитокъ въ иглы или имѣть спеціальнаго для этой цѣли помощника.

И такъ, мы пользуемся сухими инструментами, тѣмъ болѣе, что намъ, какъ уже сказано было, нечего бояться зараженія черезъ воздухъ. Мы не переносимъ ихъ, по практиковавшемуся прежде обычаю, въ спеціальныя чашки (по большей части форфоровыя), наполненныя карболовымъ или тому подобнымъ растворомъ. Въ стерильномъ характерѣ такого рода наполненной чашки мы отнюдь не можемъ быть увѣрены. Если уже непремѣнно желаютъ держать инструменты въ жидкости, то можно для этого воспользоваться просто кипяченою водою.

Для стерилизаціи ваты, марлевыхъ подушечекъ, прикладываемыхъ во время операціи на раны, равно какъ и полотенецъ, служащихъ для отграниченія операціоннаго поля или подстилками для инструментовъ и марлевыхъ подушечекъ, выходящихъ изъ рукъ оператора, пользуются въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ дезинфекціонными аппаратами, въ которыхъ обезпложиваніе производится текучимъ паромъ. Если для матеріаловъ этихъ имѣются спеціальныя металлическія ящики, которые послѣ пропусканія паровой струи могутъ быть закрыты, то можно ихъ въ такомъ видѣ брать съ собою, отправляясь къ больнымъ, и тогда, что очень пріятно, имѣютъ въ своемъ распоряженіи совершенно сухой матеріалъ. Для практики проще всего всѣ эти вещи, равно какъ и инструменты, подвергать кипяченію, но въ этомъ случаѣ они, даже и послѣ тщательнаго выжиманія, все еще оказываются во время употребленія влажными. Ящикъ, который подвергаютъ дѣйствію пара, долженъ быть настолько великъ, чтобы вмѣстить всѣ необходимыя принадлежности.

Не слѣдуетъ употреблять ничего, чего самъ не стерилизовалъ. Обезпложиванный полотенца, равно какъ и внутренняя сторона крышки самаго ящика могутъ служить подстилками для стерильныхъ вещей, выходящихъ изъ рукъ оператора. Все, что приходитъ въ соприкосновеніе съ ранюю, стерильно и остается таковымъ и во время операціи, такъ какъ оно соприкасается только со стерильнымъ же (полотилка). Если при производствѣ большой операціи требуются еще болѣе широкіе стерильные сосуды, то въ ящикѣ кипятятъ наборъ металлическихъ ящиковъ, которые для этой цѣли привозятъ съ собою (см. примѣчаніе къ стр. 11).

Единственное, чего мы въ настоящее время не обезпложиваемъ непосредственно передъ операціею, но должны всегда привозить съ собою въ уже стерильномъ состояніи, это *кэтгутъ*, если мы имѣемъ намѣреніе прижвѣнить для швовъ всасывающійся матеріалъ. Въ кумоль-кэтгутъ *Krönig's* (приготавливается въ Кельнѣ-на-Рейнѣ у *C. Dronke*) мы располагаемъ

нынѣ превосходнымъ, дѣйствительно вполнѣ (а не только на поверхности) стерильнымъ препаратомъ; въ небольшихъ количествахъ онъ продается въ маленькихъ картонныхъ коробочкахъ, открываемыхъ лишь передъ самымъ употребленіемъ.

Возвратимся теперь къ нашимъ акушерскимъ случаямъ. Необходимо не только, чтобы наши пальцы и инструменты были стерильны, но чтобы и на частяхъ *самой беременной*, до которыхъ мы дотрогиваемся, не содержалось ничего инфекціоннаго. Что толку въ предварительной стерилизаціи пальцевъ, если прикосновеніемъ къ наружнымъ частямъ, на которыхъ могутъ пребывать болѣзнеродныя вещества, мы ихъ снова заражаемъ? Хотя мы при изслѣдованіяхъ, какъ сказано выше, и избѣгаемъ по возможности прикасаться къ наружнымъ частямъ больной, тѣмъ не менѣе необходимо подвергнуть предварительному очищенію наружные половые органы и ихъ окрестность, также бедра и животъ, словомъ—все, къ чему акушеру приходится иногда прикасаться во время родового акта. Очищеніе это производится такимъ же образомъ, какъ это мы описали для рукъ, но, соотвѣтственно характеру очищаемыхъ органовъ, само собою разумѣется, несравненно бережнѣе.

Для обмыванія примѣняютъ теплую воду, мыло и вату. Если срамныя волосы черезчуръ длинны, ихъ нѣсколько подстригаютъ. Послѣ мытья обмываютъ 1% растворомъ лизола и обсушиваютъ ватой. При продолжительныхъ родахъ очищеніе отъ времени до времени повторяется.

Насколько общепризнаны въ настоящее время изложенныя до сихъ поръ принципы, настолько же расходятся еще воззрѣнія на *внутреннюю дезинфекцію роженія*, къ изложенію которой мы теперь приступаемъ. Если мы позаимствуемъ изъ отдѣляемаго рукава или шейки здоровой женщины небольшую пробу и подвергнемъ ее микроскопическому или бактериологическому изслѣдованію, то мы найдемъ въ ней массу микроорганизмовъ. Невольно напрашивается вопросъ: какой же смыслъ во всемъ нашемъ обеззараживаніи рукъ и инструментовъ, коль скоро они при прохожденіи черезъ рукавъ заражаются вновь? Такъ какъ среди многочисленныхъ и разнообразныхъ зародышей рукава можно было уже а priori предполагать существованіе и болѣзнеродныхъ, то считали необходимымъ предпринимать обеззараживаніе внутреннихъ половыхъ частей, насколько только онѣ были достижимы. Предположеніе о существованіи патогенныхъ зародышей у беременной послужило точкою опоры для объясненія такъ назыв. самозараженія, т. е. тѣхъ случаевъ послѣродовой инфекціи, при которыхъ во время родового акта вообще не имѣло мѣста прикосновеніе къ внутреннимъ половымъ частямъ пальцевъ, инструментовъ и т. д. Прежде всего предприняты были обеззараживающія проспирцовыванія рукава. Но бактериологическое изслѣдованіе установило, что проспирцовыванія не могутъ сдѣлать рукавъ стерильнымъ. Промывная жидкость удаляетъ, правда, поверхностный секретъ, но отдѣляемое, расположенное въ глубинѣ складокъ слизистой оболочки, остается для нея недостижимымъ. Для того, чтобы

дѣйствительно освободить рукавъ отъ зародышей; пришлось бы подвергнуть его такой же энергичной обработкѣ, какъ и руки, а это невозможно, такъ какъ нѣжная слизистая оболочка рукава безнаказанно не въ состояніи была бы перенести такого инсульта. Между тѣмъ выяснилось, что рукавъ здоровой женщины, хотя и содержитъ много микроорганизмовъ, но обычно не болѣзнетворныхъ, и что такимъ образомъ въ обеззараживаніи его не усматривается надобности; напротивъ того, оказалось, что имѣющіеся въ рукавѣ зародыши частью даже обнаруживаютъ полезныя свойства, именно, они образуютъ продукты обмѣна веществъ, которые и умерщвляютъ случайно попадающія въ рукавъ патогенныя начала. Въ этомъ самоочищеніи рукава организмъ обладаетъ громаднымъ защитительнымъ приспособленіемъ. Слѣдовательно, мы не должны измѣнять нормальныхъ свойствъ рукава, не должны лишать его защищающаго слизистаго покрова, что легко могло бы случиться при примѣненіи обеззараживающихъ спринцованій и тѣмъ болѣе энергичнаго механическаго очищенія. Приведенныя соображенія подтверждаютъ правильность того взгляда, по которому въ большинствѣ случаевъ родовъ примѣнять внутреннюю дезинфекцію родового канала не слѣдуетъ.

Иначе складываются условія въ отдѣльныхъ, особенныхъ случаяхъ. Тамъ, гдѣ мы констатируемъ присутствіе въ рукавѣ патологическаго секрета, скажемъ—гнойное истеченіе (особливо перелойное), тамъ будетъ цѣлесообразно предпринять спринцованія; если мы ими даже не достигнемъ полного освобожденія отъ микроорганизмовъ, все же мы удалимъ большое количество ненормальнаго отдѣляемаго, а это—уже не малое преимущество. Еще лучше простыхъ спринцованій легкѣя обмыванія рукава струею изъ ирригатора при помощи двухъ введенныхъ *in vaginam* пальцевъ. Въ случаяхъ затяжныхъ родовъ, при которыхъ часто приходится предпринимать изслѣдованія, или въ клиникахъ, гдѣ повторныя изслѣдованія производятся ради цѣлей преподаванія, равнымъ образомъ рекомендуется отъ времени до времени прибѣгать къ спринцованіямъ, для которыхъ беруть 1% растворъ ливзола или крезола.

Было бы, однако, чрезчуръ односторонне ожидать благопріятнаго теченія родового акта исключительно отъ одной антисептики или асептики. Главнѣйшая роль принадлежитъ все-таки *правильному веденію родовъ*. Чѣмъ меньше случаевъ будетъ для инфекціи (ограниченіе внутреннихъ изслѣдованій и операцій только показаніями безусловной необходимости), тѣмъ благопріятнѣе будутъ результаты. Правила, излагаемая въ послѣдующихъ главахъ, именно имѣютъ своею задачею содѣйствовать ознакомленію съ правильнымъ веденіемъ родовъ. Правда, подъ защитою антисептики операціи утратили главнѣйшія свои опасныя стороны, но это еще не основаніе для лишняго и бесполезнаго оперированія. Силы природы въ большинствѣ случаевъ наилучшимъ образомъ направляютъ родовую процессъ. Но, съ другой стороны, мы не должны медлить съ оперативнымъ вмѣшательствомъ, какъ скоро оно обѣщаетъ существенныя выгоды для матери или плода. Разъ мы будемъ строго держаться вышеупомянутыхъ принци-

повъ профилактики раневой инфекціи, мы получимъ полное удовлетвореніе въ сознаниі, что наши родильницы останутся здоровыми.

Причина, почему цифра смертности отъ родильной горячки въ частной практикѣ, несмотря на введеніе антисептики, все еще не упала до цифры, показываемой хорошо руководимыми родовспомогательными заведениями, коренится въ томъ, — признаемся откровенно, — что многія акушерки, да и акушеры также, не достаточно ясно усвоили себѣ вышеприведенныя основныя положенія профилактики и не въ достаточной мѣрѣ слѣдуютъ имъ.

ОТДѢЛЪ I.

Головныя положенія и наложеніе щипцовъ.

Общая замѣчанія о положеніи плода.

Подъ *положеніемъ* плода разумѣется пространственное отношеніе продольной оси плода къ продольной оси матери, гесп. матки. Такимъ образомъ мы различаемъ: во-первыхъ, *продольныя положенія*, при которыхъ обѣ названныя оси совпадаютъ, и, во-вторыхъ, *поперечныя (косыя)* положенія, при которыхъ онѣ не совпадаютъ, но правая перекрещиваетъ вторую поперечно или косо. Продольныя положенія, въ свою очередь, въ зависимости отъ того, предлежитъ-ли верхній или нижній конецъ плода, подраздѣляются на *головныя* (предлежаніе головки) и *тазовыя* (предлежаніе таза).

Но для болѣе точнаго опредѣленія мѣста, занимаемаго плодомъ въ полости матки, нужно знать, кромѣ положенія его, еще *позицію* его. Позиціею плода называютъ пространственное отношеніе извѣстныхъ частей его къ извѣстнымъ сторонамъ стѣнокъ матки (влѣво, вправо, впереди, кзади). Здѣсь, какъ и повсюду въ дальнѣйшемъ изложеніи, обозначенія „влѣво“, „вправо“ всегда будутъ относиться къ лѣвой и правой сторонѣ *матери*, обозначенія „впереди“, „кзади“, „кверху“, „книзу“ — всегда къ женщицѣ въ стоячемъ положеніи. Позиція плода при всѣхъ продольныхъ положеніяхъ опредѣляется положеніемъ спинки по отношенію къ боковой стѣнкѣ матки. Если при головномъ положеніи спинка обращена къ лѣвой маточной стѣнкѣ, то мы говоримъ о первомъ головномъ положеніи, если къ правой — то о второмъ головномъ положеніи. Далѣе, смотря по тому, обращена-ли при первой или второй позиціи спинка больше впереди или больше кзади, мы различаемъ подраздѣленія: первое, обозначаемое нами *a*, со спинкою, смотрящею больше впередъ, и второе — *b*, со спинкою, смотрящею больше назадъ. Совершенно то же мы имѣемъ и при тазовыхъ положеніяхъ. Если, стало быть, спинка обращена влѣво и впереди, то мы называемъ это первымъ подраздѣленіемъ (*Ia*); спинка влѣво и кзади — *Ib*, спинка вправо и впереди — *IIa*, спинка вправо и кзади — *IIb*. Въ то время какъ при всѣхъ продольныхъ положеніяхъ

опредѣляющимъ моментомъ для обозначенія служить спинка, мы при поперечныхъ положеніяхъ должны для обозначенія позиціи избрать другую часть плода, ибо здѣсь можетъ случиться, что спинка не будетъ смотрѣть ни влѣво, ни вправо. Мы пользуемся здѣсь для обозначенія позиціи головкою: если она обращена влѣво—имѣется первое поперечное положеніе, если вправо—второе поперечное положеніе. Названія подраздѣленій при этомъ слѣдуютъ совершенно тѣмъ же правиламъ, какъ и при всѣхъ продольныхъ положеніяхъ, опредѣляясь отношеніемъ спинки къ передней и задней стѣнкамъ матери, такъ что спинка, обращенная впереди,—первое подраздѣленіе *a*, спинка, обращенная къзади,—второе подраздѣленіе *b*. Слѣдовательно, поперечныя положенія съ головкою влѣво и спинкою впереди мы обозначаемъ *Ia*, съ головкою влѣво и спинкою къзади — *Ib*, съ головкою вправо и спинкою впереди—*IIa*, съ головкою вправо и спинкою къзади—*IIb*.

Въ заключеніе намъ остается еще опредѣлить *членорасположеніе*. Подъ *членорасположеніемъ* плода разумѣтъ пространственное взаимное отношеніе отдѣльныхъ его частей. Физиологическое *членорасположеніе* плода бываетъ слѣдующимъ. Бедрa притянуты къ животу, колѣнныя сочлененія согнуты, руки скрещены на груди, позвоночникъ искривленъ по длинѣ, образуя выпуклую къзади дугу, головка сильно согнута, такъ что подбородокъ покоится на груди. При такомъ *членорасположеніи* плодъ занимаетъ наименьшее пространство. Если при этомъ *членорасположеніи* (подбородокъ на груди) имѣется головное положеніе, то предлежитъ область теменныхъ костей и затылка, которую мы на акушерскомъ языкѣ называемъ „черепомъ“, и такое положеніе обозначается именемъ „черепного“ (также затылочнаго). Съ измѣненіемъ нормальнаго *членорасположенія* возникаютъ уже аномаліи *членорасположенія*; такъ, напр., если головка удаляется отъ груди, поскольку это вообще возможно, то предлежащею частью является уже не черепъ, а лицо, и мы тогда имѣемъ предъ собою лицевое положеніе или, выражаясь точнѣе, лицевое *членорасположеніе*.

Слѣдующая схема изображаетъ обозначенія различнаго положенія плода:

Продольныя положенія		Поперечныя положенія	
Головныя положенія	Тазовыя положенія		
Спинка влѣво	= I	Головка влѣво	= I
влѣво и впереди	= Ia	спинка впереди	= Ia
влѣво и къзади	= Ib	спинка къзади	= Ib
Спинка вправо	= II	Головка вправо	= II
вправо и впереди	= IIa	спинка впереди	= IIa
вправо и къзади	= IIb	спинка къзади	= IIb

Единственное нормальное положеніе плода, это то, при которомъ плодъ предлежитъ головкою, сохраняя при этомъ свое физиологическое *членорасположеніе* (подбородокъ на груди). Мы называемъ его „черепнымъ положеніемъ“. Приблизительно около 95% всѣхъ родовъ происходятъ въ черепномъ положеніи; при этомъ позиція можетъ варіировать безъ того, чтобы такіа

видоизмѣненія представляли что-либо патологическое. Мы различаемъ такимъ образомъ черепныя положенія Ia, Ib, IIa, IIb. Черепное положеніе со спинкою влѣво и кпереди—наиболѣе частое, почему для него и избрано обозначеніе Ia. Черепное положеніе I встрѣчается примѣрно вдвое чаще, чѣмъ черепное положеніе II.

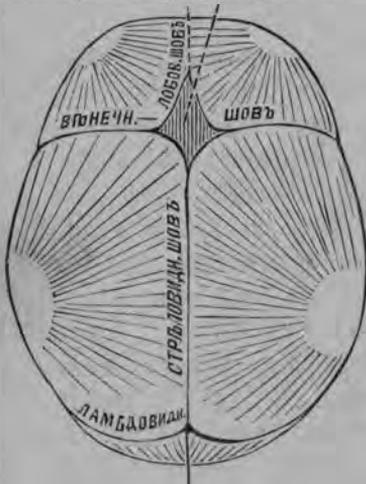
Въ нижеслѣдующемъ займемся пока только головными положеніями и начнемъ прежде всего съ нормальнаго черепнаго положенія.

Но я считаю необходимымъ предпослать самый краткій очеркъ „**родового механизма**“ при нормальномъ черепномъ положеніи, т. е. того способа, какимъ плодъ проходитъ тазовой каналъ. Наиболѣе объемистая часть плода, это—головка. Какъ скоро она въ качествѣ предлежащей части прошла черезъ родовые пути, прохожденіе слѣдующаго за нею остального тѣла обычно не представляетъ никакихъ затрудненій. Проходя черезъ полость малаго таза, черезъ входъ въ тазъ, верхній отдѣлъ, нижній отдѣлъ и выходъ таза, головка продѣлываетъ вполнѣ опредѣленныя вращательныя движенія, повороты, о коихъ я скажу здѣсь лишь столько, сколько безусловно нужно для пониманія послѣдующаго изложенія. Головка вступаетъ во входъ въ тазъ приблизительно поперечнымъ размѣромъ (при этомъ часто нѣсколько косо, такъ что обращенная кпереди часть черепа стоитъ нѣсколько ниже обращенной къзади), стало-быть, напримѣръ, при I черепномъ положеніи—затылкомъ влѣво, лбомъ вправо. Въ то время какъ головка врѣзывается въ болѣе низкія части таза, затылокъ опускается ниже и постепенно поворачивается къ передней тазовой стѣнкѣ, такъ что въ полости таза въ нашемъ примѣрѣ затылокъ будетъ обращенъ влѣво и кпереди, а лобъ—вправо и къзади, и, наконецъ, на днѣ таза мы найдемъ затылокъ смотрящимъ кпереди, а лобъ—къзади. Въ теченіе всего этого времени головка плода оставалась покоящеюся на груди. Теперь же начинается механизмъ выхожденія. Затылокъ, опустившійся книзу и кпереди, выступаетъ подъ лонною дугою настолько, насколько это позволяетъ спинка, т. е. такъ, что затылочная ямка упирается непосредственно въ дугу, у *ligamentum arcuatum*. Какъ скоро затылочная ямка упирается здѣсь, начинается постепенное удаленіе подбородка отъ груди, шейная часть позвоночника изъ положенія крайняго сгибанія переходитъ въ положеніе крайняго разгибанія, и изъ-подъ лонной дуги послѣдовательно выступаютъ большой рожничекъ, лобъ, лицо (т. е. переносица, носъ и ротъ) и подбородокъ. Родившаяся головка поворачивается лицомъ въ сторону, соответствующую первоначальному положенію, слѣдовательно, напр., вправо, если спинка вначалѣ смотрѣла влѣво (I положеніе).

Изслѣдующій падежъ позволяетъ намъ легко прослѣдить отдѣльныя стадіи механизма родовъ. Внутреннимъ изслѣдованіемъ мы ориентируемся точно относительно положенія, позиціи и членорасположенія плода. Для этого распознаванія служатъ ошупываніе извѣстныхъ мѣстъ предлежащей

части и определѣніе взаимнаго топографическаго отношенія этихъ частей. Пальпируя черепъ новорожденнаго, мы прощупываемъ черезъ кожу головы, во-первыхъ, швы, отдѣляющіе другъ отъ друга отдѣльныя черепныя части и у новорожденнаго еще не окостенѣвшіе, и, во-вторыхъ, промежутки на мѣстѣ схожденія нѣсколькихъ швовъ между собою, такъ назыв. роднички. Костяная черепная коробка (см. рис. 2 и 3) состоитъ, какъ извѣстно, изъ слѣдующихъ костей: двухъ лобныхъ, двухъ теменныхъ, двухъ височныхъ и затылочной. Между обѣими теменными костями направляется стрѣловидный шовъ, между теменными и затылочною — ламбовидный шовъ, между теменными и лобными — вѣнечный шовъ, обѣ лобныя кости отдѣляются другъ отъ друга лобнымъ швомъ, между теменными и височными костями пробѣгаетъ съ каждой стороны височный шовъ. Тамъ, гдѣ стрѣловидный шовъ встрѣчается съ обѣими ножками ламбовиднаго, находится промежутокъ, называемый малымъ

Большой родничекъ.

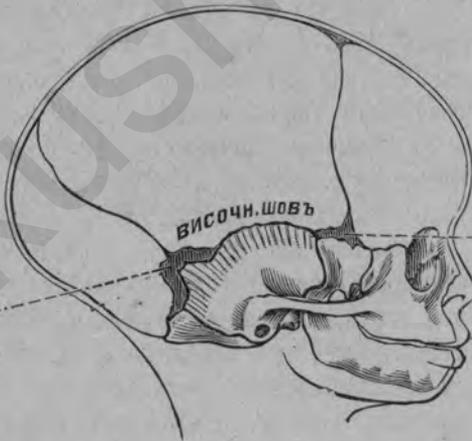


Малый родничекъ.

Рис. 2. Черепъ (видъ сверху). Въ половину натур. величины.

родничкомъ; на переднемъ концѣ стрѣловиднаго шва, въ мѣстѣ схожденія послѣдняго съ лобнымъ швомъ и обѣими ножками вѣнечнаго, — большой род-

жутки на мѣстѣ схожденія нѣсколькихъ швовъ между собою, такъ назыв. роднички. Костяная черепная коробка (см. рис. 2 и 3) состоитъ, какъ извѣстно, изъ слѣдующихъ костей: двухъ лобныхъ, двухъ теменныхъ, двухъ височныхъ и затылочной. Между обѣими теменными костями направляется стрѣловидный шовъ, между теменными и затылочною — ламбовидный шовъ, между теменными и лобными — вѣнечный шовъ, обѣ лобныя кости отдѣляются другъ отъ друга лобнымъ швомъ, между теменными и височными костями пробѣгаетъ съ каждой стороны височный шовъ. Тамъ, гдѣ стрѣловидный шовъ встрѣчается съ обѣими ножками ламбовиднаго, находится промежутокъ, называемый малымъ



Задній боковой родничекъ.

Передній боковой родничекъ.

Рис. 3. Черепъ (видъ сбоку). Въ половину натур. величины.

ничекъ. На переднемъ и заднемъ концахъ височнаго шва расположенъ съ каждой стороны боковой родничекъ.

Ощупываніе черепа даетъ намъ возможность прекрасно ориентироваться относительно положенія, нозиціи и членорасположенія плода, и особенно цѣннымъ въ этомъ отношеніи является определѣніе малаго и большого

родничковъ. Малый родничекъ мы узнаемъ по схожденію 3, большой— по схожденію 4 швовъ. Такимъ образомъ, если изслѣдующій палецъ опредѣлитъ по срединной линіи материнскаго тѣла сводъ подлежащаго черепа, то онъ встрѣтитъ на этомъ пути шовъ; если онъ пойдетъ отъ него, скажемъ, влѣво и дойдетъ до такого мѣста, гдѣ съ швомъ встрѣчаются еще другіе два шва, то мѣсто это и будетъ малымъ родничкомъ (см. рис. 4); слѣдуя отъ того же шва вправо, палецъ попадетъ на промежутокъ, у котораго съ швомъ сходятся три другихъ шва и который, слѣдовательно, представляетъ собою большой родничекъ. Нахождение этимъ путемъ обоихъ родничковъ указываетъ на то, что встрѣченный изслѣдующимъ пальцемъ первый шовъ есть стрѣловидный. Если теперь во взятомъ нами примѣрѣ малый родничекъ прощупывается слѣва, большой—справа, а стрѣловидный шовъ—въ поперечномъ направленіи слѣва направо, то мы на основаніи этихъ данныхъ внутренняго изслѣдованія

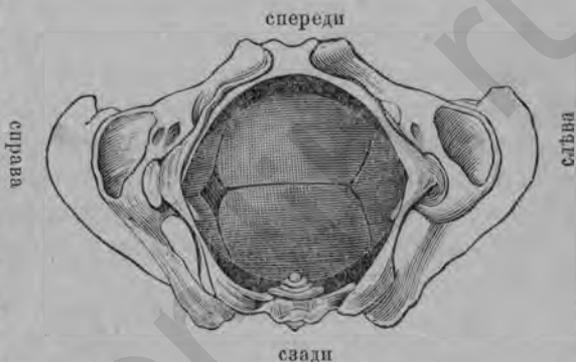


Рис. 4. Результаты ошупыванія при I черепномъ положеніи. Въ $\frac{1}{4}$ натур. величины.

диагностируемъ первое черепное положеніе, такъ какъ малый родничекъ помещается на затылкѣ; на сторонѣ же затылка на протяженіи его по направленію книзу должна лежать и спинка, которою вѣдь, какъ намъ извѣстно, опредѣляется позиція плода. Въ томъ случаѣ, когда малый родничекъ прощупывается нами слѣва и спереди, большой—справа и сзади и сюда же косо направляется стрѣловидный шовъ, мы имѣемъ предъ собою черепное положеніе Ia.

Щипцы.

Представимъ себѣ, что насъ пригласили на роды, продолжающіеся уже нѣсколько часовъ. Мы находимъ роженицу въ удовлетворительномъ состояніи, если не считать болѣе, обусловленныхъ нормальными энергичными родовыми схватками. Уже наружное изслѣдованіе опредѣлило первое головное положеніе, а выслушиваніе сердечныхъ тоновъ плода показало, что послѣдній здоровъ. При внутреннемъ изслѣдованіи оказывается, что головка стоитъ низко въ тазовомъ днѣ, малый родничекъ обращенъ кпереди, большой родничекъ смотритъ назадъ, стрѣловидный шовъ направляется прямо кзади. Само собою разумѣется, что при нормальныхъ условіяхъ мы спокойно предоставимъ родовому акту завершиться естественнымъ путемъ. Надобно думать, что затылокъ выступитъ изъ-подъ лонной дуги и что рожденіе головки произойдетъ по вышеописанному механизму.

Прибѣгать здѣсь къ какому бы то ни было оперативному вмѣшательству не требуется, и оно будетъ показано лишь тамъ, гдѣ оперативное родо-разрѣшеніе можетъ представить какія-либо особія выгоды для матери или плода. Обычно же всегда будетъ всего правильнѣе и лучше предоставить полную свободу дѣйствию исключительно однѣхъ силъ природы.

Возьмемъ теперь другой случай родовъ. Ощупываніе даетъ намъ ту же картину. Но роженица сильно истощена, температура у нея повышена, выдѣляющійся секретъ зловонный, сердечные тоны плода неправильны. Состояніе это указываетъ на опасность для матери и плода, въ родовомъ каналѣ, очевидно, разыгрываются процессы разложенія. Условія кровообращенія для плода нарушены. При такихъ условіяхъ болѣе чѣмъ желательно привести роды къ возможно скорѣйшему концу, такъ какъ тогда выдѣленія получаютъ свободный выходъ, можно будетъ подвергнуть родовые пути дезинфекціи, ребенокъ получитъ возможность дышать и, стало быть, не будетъ уже нуждаться въ плацентарномъ кровообращеніи. Какъ скоро здѣсь роды не заканчиваются самопроизвольно въ самомъ скоромъ времени, мы обязаны, въ интересахъ предотвращенія опасности для матери и плода, позаботиться объ окончаніи родового акта при помощи искусственныхъ мѣръ.

Въ чемъ же должны заключаться мѣры эти? Можно было бы думать, что для этого намъ стоитъ только ввести объ руки въ рукавъ по обѣимъ сторонамъ головки и такимъ путемъ извлечь ее. Но такой пріемъ невозможенъ, ибо столько мѣста между головкою и тазовою стѣнкою не имѣется. Поэтому мы замѣняемъ наши руки ложками *акушерскихъ щипцовъ*, въ рукояткахъ которыхъ, падающихся передъ половую щелью, руки наши получаютъ точку опоры для выполненія операціи извлеченія плода.

Подробное описаніе этихъ *щипцовъ* и составитъ предметъ нижеслѣдующаго изложенія.

Исторія щипцовъ.

Не безынтересно ознакомиться съ нѣкоторыми историческими данными, касающимися акушерскихъ щипцовъ. Инструментъ этотъ сталъ извѣстенъ сравнительно не очень давно, и до его изобрѣтенія не было возможности при низко стоящей головкѣ быстро закончить роды искусственнымъ путемъ безъ вреда для плода, такъ что въ то время въ случаѣ необходимости при подобныхъ условіяхъ ускорить окончаніе родовъ это выполнимо было лишь при посредствѣ раздробляющихъ операцій, т. е. цѣною жизни плода.

Первымъ, пользовавшимся щипцами, былъ *Peter Chamberlen*, занимавшійся акушерскою практикою въ Англіи около 1600 г. Онъ, однако, не обнародовалъ своего открытія, но постыднымъ образомъ сохранялъ его въ тайнѣ, и это обстоятельство, естественно, ставило его въ исключительно благопріятное положеніе по сравненію съ современными ему акушерами; онъ вскорѣ сталъ прославленнымъ врачомъ, который въ боль-

шинствѣ акушерскихъ случаевъ одинъ въ состояніи былъ содѣйствовать быстрому и безопасному родоразрѣшенію. Щипцы долгое время оставались секретомъ семьи *Chamberlen*'овъ. Одинъ изъ потомковъ изобрѣтателя ихъ, *Hugh Chamberlen*, прибылъ въ концѣ XVII столѣтія въ Голландію и продалъ семейный секретъ *Roonhuysen*'у за большія деньги. Но и голландскіе профессора обнаружили въ отношеніи благодѣтельнаго инструмента постыдное своекорыстіе, заставляя своихъ учениковъ платить

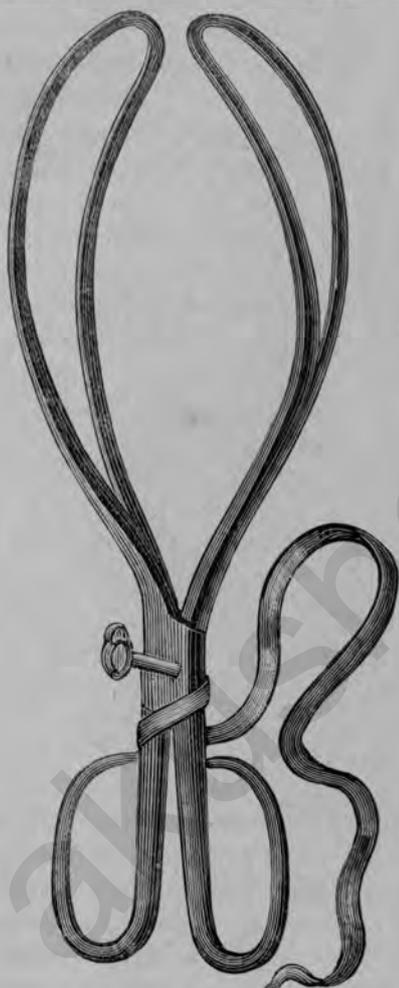


Рис. 5. Щипцы *Chamberlen*'а. $\frac{2}{5}$ натуральной величины. Скопировано по *Kilian*'у.

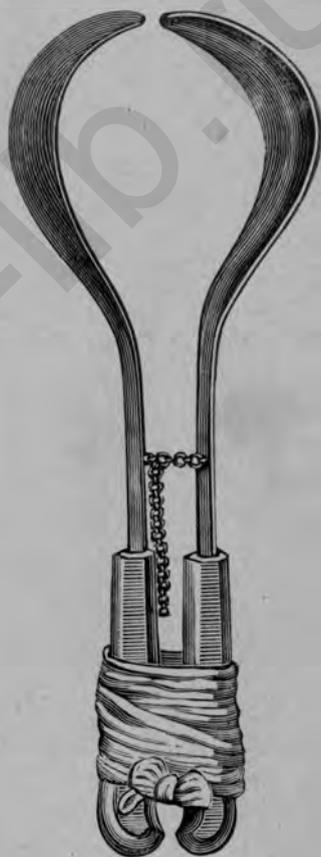


Рис. 6. Щипцы *Palfyn*'а. $\frac{2}{5}$ натуральной величины. Скопировано по *Kilian*'у.

имъ деньги за сообщеніе секрета, который могъ увеличивать ихъ практику. Вдобавокъ они еще обманывали учениковъ, продавая имъ не весь инструментъ, а только одну ложку, рычагъ, отъ котораго много пользы нельзя было ожидать. Только лишь позже, около 1730 г., щипцы *Chamberlen*'а стали достояніемъ болѣе обширнаго круга врачей. Мы

видимъ, что исторія акушерскихъ щипцовъ представляетъ мало привлекательнаго и не особенно лестно рекомендуетъ тогдашнихъ представителей нашей специальности. Къ тому времени, когда завѣса, покрывавшая тайны *Chamberlen*'овскихъ щипцовъ, наконецъ, упала, *Palfyn* въ 1723 г.,

независимо отъ *Chamberlen*'а, изобрѣлъ щипцы и тотчасъ же обнародовалъ свое открытіе. Хотя *Palfyn*'овскій инструментъ (рис. 6), со своими параллельными, неперекрещивавшимися вѣтвями, и уступалъ *Chamberlen*'овскому (рис. 5), который, обладая, подобно нашимъ современнымъ щипцамъ, перекрещивающимися вѣтвями, въ общемъ обнаруживалъ довольно цѣлесообразное устройство, тѣмъ не менѣе *Palfyn*'а съ полнымъ правомъ считаютъ первымъ изобрѣтателемъ щипцовъ, такъ какъ онъ первый обнародовалъ ихъ. Своимъ позорнымъ своекорыстіемъ *Chamberlen* самъ лишилъ себя имени и славы перваго изобрѣтателя акушерскихъ щипцовъ.

Вслѣдъ за обнародованіемъ открытія *Palfyn*'а стали появляться многочисленные образцы щипцовъ, такъ какъ почти каждый акушеръ, сообразуясь со своими потребностями, такъ или иначе видоизмѣнялъ этотъ инструментъ. Будетъ совершенно бесполезнымъ трудомъ приводить все множество предложенныхъ моделей щипцовъ, и мы ограничимся

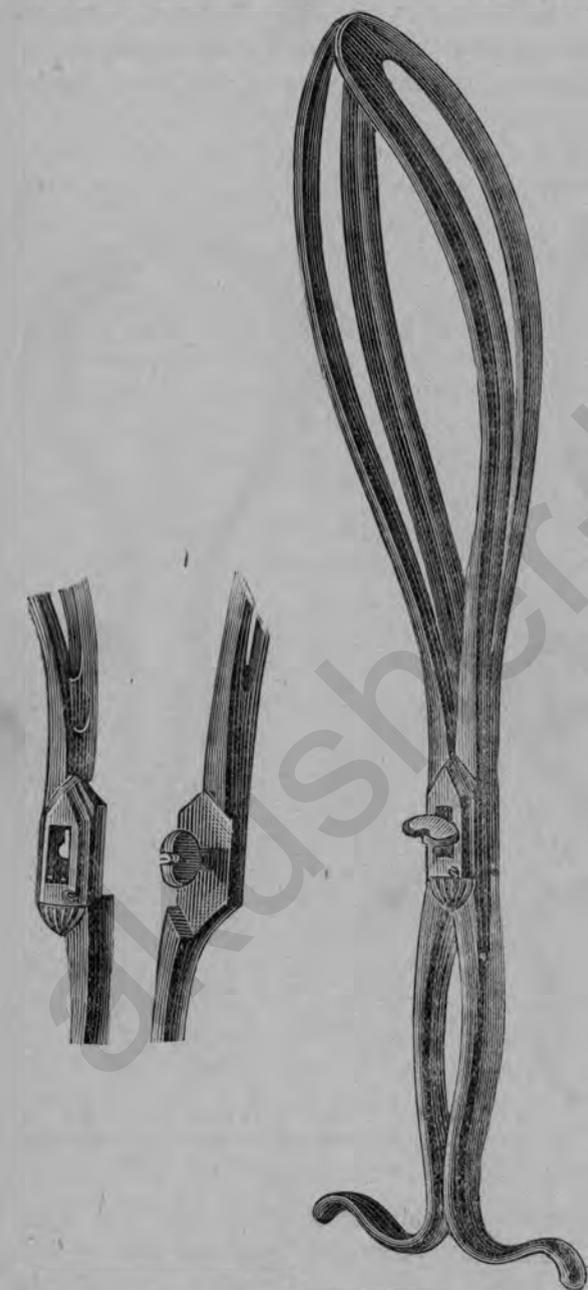


Рис. 7. Щипцы *Levet*'а. Французскій замокъ. $\frac{2}{3}$ натуральной величины.

лишь слѣдующими краткими замѣчаніями, относящимися до отличія различ-

ныхъ конструкцій. Въ зависимости отъ способа соединенія обѣихъ вѣтвей щипцовъ, такъ назыв. замка, различаютъ слѣдующіе виды щипцовъ: 1) Щипцы съ французскимъ замкомъ, представителемъ коихъ являются *Levret*'овскіе щипцы (1751 г.), изображенные на рис. 7; въ нихъ одна ложка снабжена штифтомъ, а другая—отверстіемъ, въ который долженъ прійтись штифта. Такое устройство замка даетъ очень надежное соединеніе



Рис. 8. Щипцы *Smellie*. Англійскій замок.
 $\frac{2}{5}$ натуральной величины.

Рис. 9. Щипцы *Brünninghausen*'а.
 Нѣмецкій замок. $\frac{2}{5}$ натуральной
 величины.

вѣтвей, но замыканіе и размыканіе щипцовъ довольно неудобно. 2) Щипцы съ англійскимъ замкомъ, представителя коихъ мы видимъ въ изображенныхъ на рис. 8 щипцахъ *Smellie* (1752 г.); здѣсь замокъ очень несложенъ, такъ какъ онъ осуществляется просто двумя косыми плоскостями, входящими, при перекрещиваніи обѣихъ вѣтвей щипцовъ, одна въ другую. Соединеніе получается менѣе надежное, зато щипцы складываются и разнимаются весьма легко. При сравненіи щипцовъ *Levret*'а и *Smellie* бросаются въ глаза еще и другія, отличающія ихъ другъ отъ друга важныя особенности. Такъ, *Levret*'овскіе щипцы длинны и обладаютъ тазо-

вою кривизною, щипцы же *Smellie* совсѣмъ коротки и тазовой кривизны не имѣютъ. Эти отличія и въ настоящее еще время характерны для инструментовъ, употребительныхъ во Франціи и въ Англии. Въ то время

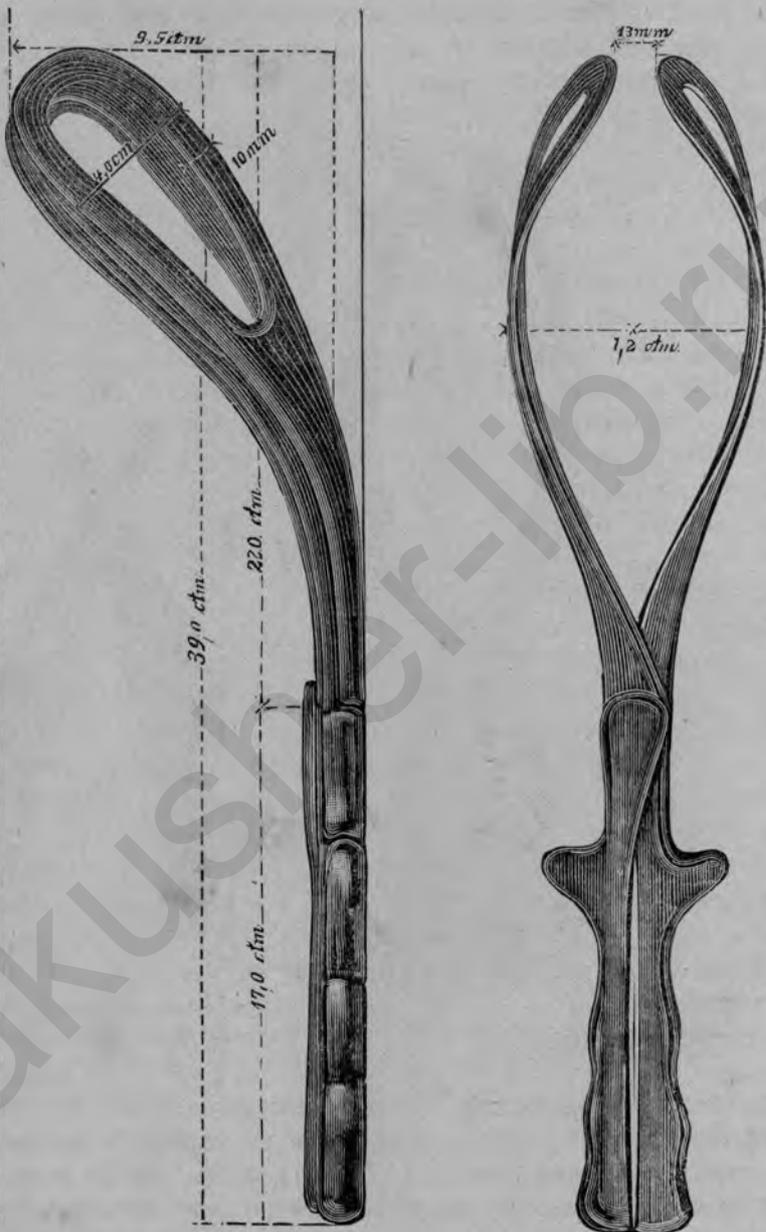


Рис. 10а.

Рис. 10б.

Рис. 10 а и б. Щипцы *Busch'a*. $\frac{2}{3}$ натур. величины.

какъ во Франціи, какъ и у насъ, щипцы накладываютъ на высокостоящую головку и такимъ образомъ нуждаются для этой цѣли въ инстру-

ментѣ большихъ размѣровъ и снабженномъ тазовою кривизною, въ Англіи показаніемъ для щипцовъ служить низкое нахожденіе головки, для чего достаточенъ короткій инструментъ. 3) Щипцы съ нѣмецкимъ замкомъ. Нѣмецкій замокъ, предложенный *Brüninghausen*'омъ, представляетъ сочетаніе французскаго и англійскаго замковъ (рис. 9). На одной вѣтви находится шпенекъ, покрытый плоскою пуговкою, на другой—небольшая вырѣзка, въ которую приходится шпенекъ. Нѣмецкій замокъ соединяетъ въ себѣ выгоды обоихъ другихъ замковъ, такъ какъ онъ, подобно французскому, даетъ плотное соединеніе, и, подобно англійскому, допускаетъ легкое и удобное смыканіе и размыканіе щипцовъ.

Инструментъ, которымъ мы всегда пользуемся въ нашей практикѣ, отличается довольно большою длиною и снабженъ значительною тазовою кривизною; это—щипцы *Busch*'а (рис. 10), особенность коихъ составляютъ придѣланные на рукояткахъ выступы, крючкообразные отростки, такъ назыв. *Busch*'евскіе крючки. Соотвѣтственно современнымъ требованіямъ, мы нѣсколько видоизмѣнили эти щипцы: прежде всего мы ихъ заставляемъ дѣлать цѣликомъ изъ металла; затѣмъ выступы, находящіеся на рукояткахъ, болѣе закруглены въ тѣхъ видахъ, чтобы при примѣняемомъ нами поперечномъ захватываніи надъ замкомъ рука подвергалась меньшему давленію. Этотъ инструментъ мы употребляемъ при всѣхъ операціяхъ со щипцами, какъ для высокостоящей, такъ и для низкостоящей головки.

Описаніе щипцовъ.

Щипцы (рис. 9 и 10 а и в) въ общемъ отличаются слѣдующимъ устройствомъ. Они состоятъ изъ двухъ почти одинаковыхъ частей, такъ назыв. вѣтвей. „Лѣвая вѣтвь“, это та, которая захватывается лѣвою рукою и вводится въ лѣвую сторону матки; на ней именно и находится штифтъ замка. Другая, правая вѣтвь берется правою рукою и вводится въ правую сторону матки; она снабжена вырѣзкою замка, въ которую долженъ прійтись штифтъ лѣвой вѣтви. Въ каждой вѣтви мы различаемъ ложку, замковую часть и рукоятку. Ложка снабжена окошкомъ съ неострыми ребрами, назначеніе котораго состоитъ только въ томъ, чтобы уменьшить нѣсколько вѣсъ вѣтви. Бываютъ, впрочемъ, также ложки и безъ окошекъ. Конецъ ложки называется верхушкою (арех). Для замыканія щипцовъ служитъ уже вышеописанный нѣмецкій, *Brüninghausen*'овскій замокъ. На рукояткахъ придѣланы *Busch*'евскіе крючки. При замыканіи обѣихъ вѣтвей мы видимъ, что сложенные ложки обращены другъ къ другу своими вогнутыми сторонами. Эту кривизну, служащую для обхватыванія головки, мы называемъ „головною кривизною“. Кромѣ нея, въ щипцахъ имѣется еще такъ назыв. „тазовая кривизна“. Вѣтви должны восходить отъ замковой части постепенно усиливающейся дугою до верхушки ложекъ. Эта кривизна соотвѣтствуетъ вогнутому кпереди направленію родового пути. Инструментъ весь приготовленъ изъ металла, каждая вѣтвь должна быть сработана изъ цѣльнаго куска, притомъ изъ наилуч-

шей, закаленной стали. Верхняя поверхность вездѣ должна быть гладко полирована и тщательно никкелирована.

Столь важный инструментъ, какъ щипцы, долженъ быть приготовленъ самымъ точнымъ и тщательнымъ образомъ: обѣ ложки должны быть совершенно одинаковой формы, а не такъ, напр., какъ это часто наблюдаютъ въ плохихъ щипцахъ, чтобы начальная часть одной (правой) ложки была шире начальной части другой (такъ назыв. щека). Инструментальные мастера нерѣдко снабжаютъ инструментъ такою щекою, для того, чтобы щипцы лежали ровно на столѣ. Края ложекъ должны быть всюду хорошо закруглены, не обнаруживая острыхъ краевъ. Щипцы должны имѣть слѣдующіе, точно опредѣленные, размѣры и взаимоотношенія. Вся длина ихъ составляетъ 39 цтм., изъ коихъ на разстояніе отъ верхушки до середины замка (измѣряя по проекціи) приходится 22 цтм., а на разстояніе отъ середины замка до конца рукоятки — 17 цтм. Разстояніе верхушекъ другъ отъ друга (при измѣреніи внутри) равно 13 мм., головная кривизна составляетъ 72 мм., т. е. наибольшее отстояніе вѣтвей другъ отъ друга (при измѣреніи внутри) равно 72 мм. Эта наибольшая ширина отстоитъ отъ верхушки въ $7\frac{1}{2}$ цтм. Тазовая кривизна составляетъ $9\frac{1}{2}$ цтм., т. е. разстояніе высшей точки щипцовъ отъ середины замка равно $9\frac{1}{2}$ стм. (если за исходное мѣсто взять не середину замка, а наиболѣе низкую точку, прилегающую къ столу, то мы получимъ на 1 стм. больше). Наибольшая ширина каждой вѣтви равняется 4 стм., ширина каждаго окошка 10 мм. Толщина вѣтви въ самомъ толстомъ мѣстѣ доходить до 4 мм.

Сущность при операціи со щипцами заключается въ томъ, чтобы, наложивъ, подъ руководствомъ введенныхъ пальцевъ, на головку ложки щипцовъ, каждую отдѣльно, и сомкнувъ инструментъ, извлечь при помощи послѣдняго рукою головку, сообщая ей при этомъ совершенно тѣ же движенія, какія она производила бы при самопроизвольномъ выходненіи.

Прежде чѣмъ мы перейдемъ къ деталямъ техники, мы считаемъ необходимымъ разсмотрѣть въ общихъ чертахъ механизмъ дѣйствія щипцовъ, равно какъ и условія, показанія и подготовленія къ этой операціи.

Дѣйствіе щипцовъ.

Щипцы имѣютъ задачею искусственно окончить роды въ тѣхъ случаяхъ головного положенія, при которыхъ изгнаніе головки естественными силами приостанавливается или, по крайней мѣрѣ — примѣнительно къ данному случаю, совершается не достаточно быстро. Такимъ образомъ здѣсь щипцы должны замѣнить собою дѣятельность естественныхъ силъ, т. е. родовыхъ потугъ и брюшного пресса. Но, въ то время какъ силы эти продвигаютъ плодъ впередъ путемъ давленія сверху, щипцы выполняютъ эту задачу *влеченіемъ* внизъ, являясь точкою приложенія силы, посредствомъ которой извлекается головка. Щипцы, слѣдовательно, представляютъ собою инструментъ, дѣйствующій влеченіемъ, но отнюдь не

давленіемъ, которое онъ долженъ оказывать на дѣтскую головку лишь постольку, поскольку это необходимо для плотнаго обхватыванія послѣдней. Потому-то мы и должны избѣгать усиливать это неизбежное давленіе, и при извлеченіи мы захватываемъ щипцы въ области замка, не прибѣгая, кромѣ этого, еще и къ концамъ рукоятокъ. Руки наши, захвативъ послѣдніе, легко сожмутъ рукоятки и, слѣдовательно, приблизятъ другъ къ другу и ложки, а чрезъ это дѣтская головка подвергнется вредному давленію, въ особенности когда щипцы обхватываютъ головку не вполне поперечно, что во многихъ случаяхъ является необходимымъ.

Въ прежнее время главное дѣйствіе щипцовъ усматривали въ производимомъ ими давленіи, полагая, что сдавленіе головки щипцами необходимо для ея уменьшенія и, слѣдовательно, легчайшаго проведенія. Предположеніе это опиралось на слѣдующее наблюденіе. Когда щипцы накладывались на высокостоящую головку, причемъ она помѣщалась въ тазу приблизительно поперечно и затылокъ обращенъ былъ въ одну сторону, а лобъ въ другую, то щипцы обхватывали затылокъ и лобъ, слѣдовательно ложились въ довольно большомъ размѣрѣ. Соответственно этому, концы рукоятки щипцовъ послѣ замыканія послѣднихъ отстояли другъ отъ друга далеко. При послѣдующемъ низведеніи головки въ тазъ замѣчали взаимное приближеніе рукоятокъ и отсюда выводили заключеніе, что и ложки приблизились другъ къ другу. Было, однако, ошибочно заключать, что головка подверглась сжатію въ такой же мѣрѣ. Причина взаимнаго приближенія рукоятокъ лежитъ скорѣе въ томъ, что головка и въ щипцахъ продѣлываетъ свой нормальный механизмъ прохожденія, стало быть поворачивается затылкомъ впередъ. Этимъ путемъ щипцы послѣдовательно обхватываютъ все меньшіе и меньшіе размѣры головки, и въ результатъ получается взаимное приближеніе рукоятокъ. Если бы дѣйствительно захотѣли произвести щипцами болѣе значительное сжатіе головки, имѣя, напр., дѣло съ узкимъ тазомъ, то естественнымъ слѣдствіемъ такого воздѣйствія явилось бы поврежденіе черепныхъ костей, а то даже разрывъ кровеносныхъ пазухъ и при этомъ внутрочерепныя смертельныя кровотеченія. Правда, нерѣдко какъ при самопроизвольныхъ родахъ, такъ и при наложеніи щипцовъ умѣренное уменьшеніе черепа можетъ быть произведено безъ вреда для плода и съ извѣстною пользою для механики родовъ. Но, во всякомъ случаѣ, считаю необходимымъ отмѣтить еще разъ, что щипцы представляютъ собою инструментъ, дѣйствующій по преимуществу влеченіемъ, а не давленіемъ.

Точно также, когда мы исправляемъ помощью щипцовъ положеніе головки, мы, по правилу, должны это дѣлать не однимъ вращеніемъ, но присоединяя къ нему и потягиваніе (см. ниже).

Другое дѣйствіе щипцовъ сводится къ *дѣйствію рычага*, которымъ въ прежнее время пользовались несравненно шире, чѣмъ теперь. Мы прибѣгаемъ къ дѣйствію рычага только въ томъ случаѣ, когда наступательному движенію головки противопоставляются особыя препятствія;

при такихъ условіяхъ можетъ быть выгодно не ограничиваться постоянно простымъ потягиваніемъ, но производить попеременно легкія качательныя движенія то въ одну, то въ другую сторону. Подобнаго рода горизонтальныя маятникообразныя движенія могутъ оказать большую услугу, но они должны быть выполняемы съ большою осторожностью и не съ слишкомъ сильными экскурсіями; уклоненіе оси щипцовъ отъ срединной плоскости не должно ни въ какомъ случаѣ превышать 30° . Мы настоятельно предостерегаемъ отъ рычагообразныхъ движеній въ вертикальномъ направленіи, такъ какъ при нихъ края щипцовъ легко могутъ причинить поврежденія мягкихъ частей матери. Точно также при прорѣзываніи головки не слѣдуетъ производить качательныхъ движеній, но должно при неустанномъ потягиваніи постепенно приближать рукоятки къ животу. Прежде при извлеченіи практиковались и вертикальныя маятникообразныя движенія, а равнымъ образомъ комбинировали ихъ съ горизонтальными, производя концами рукоятокъ круговыя движенія. Мы настоятельно предостерегаемъ отъ такихъ движеній, опасныхъ для мягкихъ частей матери.

Условія для наложенія щипцовъ.

Перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію условій, которыя должны имѣться на-лицо, для того чтобы возможно было наложить щипцы. Этихъ условій не слѣдуетъ смѣшивать съ показаніями къ наложенію щипцовъ, т. е. съ тѣми условіями, которыя побуждаютъ насъ къ производству этой операціи. Показанія эти будутъ изложены нами ниже. Здѣсь же рѣчь будетъ идти о томъ, каковы должны быть, при наличности показанія къ искусственному окончанію родовъ помощью щипцовъ, условія каждаго отдѣльнаго случая, для того чтобы щипцы могли исполнить свое назначеніе.

Само собою разумѣется, что на-лицо должно имѣться головное положеніе, такъ какъ устройство щипцовъ таково, что они приспособлены только для обхватыванія головки. Захватывать щипцами ягодицы (при тазовомъ положеніи) немислимо, а что о наложеніи щипцовъ при поперечномъ положеніи не можетъ быть рѣчи, понятно само собою.

Условія, при существованіи которыхъ и возможно лишь пользованіе щипцами, слѣдующія:

1) Маточный зѣвъ долженъ быть совершенно раскрытъ. Что при очень мало открытомъ маточномъ рыльцѣ щипцы не могутъ быть наложены, очевидно безъ дальнѣйшихъ поясненій. Можно было бы, пожалуй, думать о наложеніи щипцовъ при умѣренно раскрытомъ зѣвѣ, при условіи, что верхняя часть шейки совершенно изглажена. Но мы рѣшительно протестовали бы противъ примѣненія инструмента при такихъ обстоятельствахъ. Дѣло въ томъ, что уже при введеніи щипцовъ произошли бы поврежденія края маточнаго рыльца, и въ еще гораздо большей степени это будетъ имѣть мѣсто при слѣдующемъ за симъ проведеніи головки; въ результатѣ—кровоточенія, справиться съ которыми стоитъ очень большого труда. Чѣмъ

уже край зѣва, еще не открытый, тѣмъ скорѣе еще допустимо, при наличности настоящаго показанія къ окончанію родовъ, наложеніе щипцовъ. При этомъ рѣшающее значеніе имѣетъ то обстоятельство, достаточно-ли растяжима еще закрытая кайма зѣва, поддается-ли маточный зѣвъ расширенію изслѣдующимъ пальцемъ вплоть до края таза. Если же показаніе къ окончанію не представляется неотложнымъ, то всегда лучше выждать полного раскрытія маточнаго зѣва. Но бываютъ случаи, когда поставленная на карту жизнь матери или плода дѣлаетъ показаніе для производства искусственнаго окончанія родовъ крайне настоящимъ, а между тѣмъ маточный зѣвъ раскрытъ далеко не вполне. Здѣсь при извѣстныхъ обстоятельствахъ можетъ потребоваться искусственное производство полнаго раскрытія. Какимъ способомъ мы достигаемъ этого, сказано будетъ ниже (въ отдѣлѣ VI).

2) Пузырь долженъ быть разорванъ. Это условіе понятно само собою. Если бы мы вздумали наложить щипцы на головку, покрытую еще яйцевыми оболочками, то мы потянемъ впередъ не одинъ плодъ, но все яйцо, а при такихъ условіяхъ послѣдъ можетъ легко оторваться отъ маточной стѣнки—обстоятельство, угрожающее опасностью и матери, и плоду. Но если, при наличности показанія къ наложенію щипцовъ, воды еще не отошли сами собою, то предварительный разрывъ пузыря можетъ быть выполненъ очень легко. Намъ стоитъ только разорвать въ одномъ мѣстѣ покрывающія головку оболочки пальцами или, при надобности, инструментомъ; тогда оболочки сами собою спадаются съ головки, и мы можемъ наложить щипцы.

При извѣстныхъ обстоятельствахъ бываетъ не совсемъ легко опредѣлить изслѣдующимъ пальцемъ, стоитъ-ли еще пузырь или уже разорвался. Если послѣ разрыва пузыря уже прошло нѣкоторое время и послѣдовало нѣсколько энергичныхъ родовыхъ схватокъ, то на помѣщающемся въ маточномъ зѣвѣ отдѣлѣ предлежащей части образуется такъ назыв. родовая опухоль (головная опухоль)—ограниченный отекъ волосистой части головы. Отекъ этотъ происходитъ вѣдствіе того, что, съ одной стороны, соответственный отдѣлъ головки испытываетъ менѣе значительное давленіе по сравненію съ остальными отдѣлами ея (чрезмѣрное давленіе потугъ), а, съ другой, сжимающее кольцо маточнаго рыльца противодѣйствуетъ венозному оттоку изъ отшнурованнаго участка въ меньшей степени, нежели артеріальному притоку. Такое мѣсто головной опухоли можетъ представляться на-ощупь настолько гладкимъ и напряженнымъ, что оно въ состояніи симулировать гладкія, напряженныя яйцевыя оболочки съ находящимися позади нихъ водами. Рѣшающимъ здѣсь является прощупываніе волосъ ребенка, указывающее на происшедшій разрывъ пузыря. Въ томъ случаѣ, когда изслѣдующій палецъ оказывается безсильнымъ выяснитъ истинное положеніе дѣла, мы прибѣгаемъ для діагностическихъ цѣлей къ содѣйствію глаза. Если головка стоитъ уже очень низко, то для того, чтобы замѣтить предлежащую часть, достаточно уже

раздвинуть пальцами половыя губы. При еще высокомъ стояніи головки вводятъ желобоватое или трубчатое зеркало.

3) Головка должна стоять въ прямомъ размѣрѣ выхода, другими словами—она должна своимъ наибольшимъ размѣромъ пройти чрезъ входъ въ тазъ, слѣдовательно вступить въ полость таза или, по меньшей мѣрѣ, войти въ послѣднюю такимъ сегментомъ, чтобы стоять совершенно неподвижно. Отсюда вытекаетъ, что *на подвижно стоящую въ тазу головку щипцы никогда не должны быть накладываемы*. Спрашивается теперь, что дѣлать тогда, когда головка стоитъ подвижно, а между тѣмъ имѣется настоящее показаніе къ окончанію родовъ? Въ такомъ случаѣ, если не удастся наружнымъ давленіемъ вогнать головку въ тазъ и, стало быть, установить ее въ прямомъ размѣрѣ выхода, необходимо произвести родо-разрѣшеніе инымъ путемъ, о которомъ будетъ нами сказано впоследствии (см. отдѣлъ III). Если остальные предварительныя условія для ускоренія родовъ (полное раскрытіе маточнаго зѣва) имѣются на-лицо, то входятъ въ матку рукою, захватываютъ ножку плода, дѣлаютъ поворотъ на ножки и, пользуясь послѣдними, какъ опорой, производятъ извлеченіе. Наложеніе щипцовъ допускается такимъ образомъ только при достаточно низкомъ стояніи головки. Многіе пользуются щипцами лишь тогда, когда головка прошла уже своимъ наибольшимъ размѣромъ чрезъ входъ въ тазъ. Другіе, въ томъ числѣ и мы, считаютъ возможнымъ накладывать щипцы и въ томъ случаѣ, когда головка, хотя и стоитъ наибольшимъ размѣромъ своимъ еще надъ тазовымъ входомъ, но вступила уже въ полость таза такимъ значительнымъ сегментомъ, что изслѣдующій палецъ констатируетъ полную неподвижность послѣдняго. Впоследствии, при разсмотрѣніи наложенія щипцовъ на высоко стоящую головку, мы еще будемъ имѣть случай подробно говорить объ этихъ отношеніяхъ.

4) Тазъ не долженъ быть слишкомъ узокъ. Задача наложенія щипцовъ—содѣйствовать роженію живого ребенка. Поэтому щипцовъ нельзя накладывать, если тазъ настолько узокъ, что онъ не допускаетъ прохожденія неповрежденнаго, живого плода. Возьмемъ, примѣра ради, хотя бы такую частую форму узкаго таза, какъ рахитически-плоскій тазъ, т. е. тазъ, суженный въ прямомъ размѣрѣ входа, въ такъ назыв. *conjugata vera*, причѣмъ поперечные размѣры могутъ быть нормальны. Истинная конъюгата нормальнаго таза равна 11 цтм. Какъ низшую границу суженія, при которой еще возможно проведеніе доношеннаго плода нераздробленнымъ чрезъ тазъ упомянутой формы, мы можемъ принять для *conjugata vera* $7\frac{1}{2}$ стм. При такомъ суженіи мы въ состояніи только при наличности благоприятныхъ условій (не слишкомъ большая головка съ хорошо смѣщающимися черепными костями) содѣйствовать роженію жизнеспособнаго ребенка. Если же суженіе таза еще болѣе значительно, то щипцами удастся извлечь зрѣлый плодъ не иначе, какъ причинивъ ему такія поврежденія, которыя обусловятъ его смерть либо уже во время самихъ родовъ, либо вскорѣ послѣ нихъ. Подобные результаты, конечно,

идутъ совершенно въ разрѣзъ съ задачами наложенія щипцовъ, и потому при этого рода сильныхъ суженіяхъ на сцену являются уже другіе методы, съ которыми мы будемъ имѣть случай познакомиться впоследствии (искусственные преждевременные роды, прободеніе, симфизеотомія, кесарево сѣченіе).

5) Головка не должна быть чрезчуръ велика и не должна быть обезображена. Когда головка слишкомъ велика, то механической эффектъ получается тотъ же, какъ если бы дѣло шло о нормальной головкѣ при узкомъ тазѣ. Такимъ образомъ и здѣсь примѣнимо сказанное нами относительно предшествующаго условія, съ тою только разницею, что нормальной формы головка зрѣлаго плода обнаруживаетъ несравненно болѣе широка колебанія величины, чѣмъ суженія таза. Слѣдовательно, мы можемъ формулировать настоящее предварительное условіе въ соединеніи съ условіемъ, разобраннымъ подъ № 4, слѣдующимъ образомъ: пространственное соотношеніе между тазовымъ каналомъ и плодомъ должно быть таково, чтобы возможно было прохожденіе живого младенца.

Мы указали также на то, что головка не должна обнаруживать извѣстныхъ уклоненій отъ своей формы, своихъ очертаній. Здѣсь мы прежде всего имѣемъ въ виду головную водянку. Велѣдствіе скопленія жидкости внутри черепа могутъ образоваться громадныя растяженія послѣдняго. На такую головку, которая не въ состояніи даже вступить въ полость таза, накладывать щипцы, само собою разумѣется, невысказано. Но и при менѣе высоко выраженныхъ степеняхъ головной водянки, при которыхъ въ полость таза и могъ вступить значительный сегментъ головки, наложеніе щипцовъ является нераціональнымъ. Большой, легко вдавливаемый черепъ не дастъ надежной опоры щипцамъ, послѣдніе будутъ неизбежно соскальзывать, и, стало бытъ, рожденіе плода, вдобавокъ по большей части нежизнеспособнаго, произойдетъ, если даже это и будетъ имѣть мѣсто, дѣлюю сильнаго травматизма материнскихъ частей. Здѣсь является уже показаніе для раздробленія головки (проколъ, прободеніе).

Другое уклоненіе отъ нормальной формы головки, это—*hemisephalus*, уродство, при которомъ отсутствуетъ черепной сводъ. Очевидно, что и въ этомъ случаѣ, гдѣ подлежащую часть является обычно лицо, мы равнымъ образомъ не можемъ воспользоваться щипцами, такъ какъ они не будутъ имѣть никакой точки опоры. Эти нежизнеспособные плоды, поскольку вообще здѣсь требуется оперативное окончаніе родовъ, извлекаются инымъ путемъ, о которомъ будетъ рѣчь въ своемъ мѣстѣ.

Показанія для окончанія родовъ.

Разсмотрѣвъ дѣйствіе щипцовъ и ознакомившись съ предварительными условіями, которыя должны быть соблюдены для того, чтобы можно было накладывать щипцы, мы изложимъ теперь подробно, когда и ради чего мы приступаемъ къ этой операціи, иначе говоря—перейдемъ къ разбору ея показаній. Когда мы являемся къ роженицѣ и на-лицо имѣются

всѣ предварительныя условія, необходимыя для наложенія щипцовъ, когда маточный зѣвъ совершенно раскрытъ, головка сидитъ низко въ тазу и при этомъ состояніе матери и плода нормально, то, само собою разумѣется, никакихъ основаній для вмѣшательства нѣтъ. Мы должны просто выжидать естественнаго хода событій и ограничиться ролью наблюдателя рожденія живого ребенка безъ вреда для матери. Мы по возможности должны предоставить дѣятельности силъ природы полную свободу; какъ бы великъ ни былъ нашъ оперативный навыкъ, природа все же несравненно лучше съумѣетъ привести интересующій насъ физиологическій процессъ къ благополучному исходу. Для оперативнаго вмѣшательства требуются особенныя основанія, особыя показанія, и его примѣненіе можетъ быть оправдано только особенными выгодами.

Если въ нижеслѣдующемъ мы описываемъ показанія къ наложенію щипцовъ, то описаніе это, *mutatis mutandis*, примѣнимо и вообще къ *показаніямъ къ окончанію родовъ*. Тамъ, гдѣ даны предварительныя условія для наложенія щипцовъ, тамъ, при наличности показанія, именно эта операція и производится. То же показаніе при тазовомъ положеніи даетъ поводъ къ производству извлеченія за тазовой конецъ, при подвижно стоящей надъ тазомъ головкѣ—къ повороту и извлеченію.

Показанія къ наложенію щипцовъ, какъ и вообще къ окончанію родовъ, мы можемъ въ общемъ формулировать слѣдующимъ образомъ: *операція эта показывается при наличности опасности или для матери, или для плода, или для нихъ обоихъ, которая можетъ быть предотвращена или уменьшена путемъ окончанія родовъ*.

Сказанное всего лучше можетъ быть пояснено нѣсколькими примѣрами. Прежде всего возьмемъ пару примѣровъ, касающихся опасности для матери. Начнемъ съ *эклампсiи*. Эклампсія представляетъ не особенно часто наступающее тяжелое заболѣваніе у роженицъ, въ существенномъ характеризующееся судорогами, клоническими и тоническими подергиваніями съ потерю сознания, стало быть дающее аналогичную картину, какъ и эпилепсія. Кромѣ того, почти постоянными симптомами здѣсь являются альбуминурія и цилиндрурія. Заболѣваніе это, если и не тождественно съ уреміею, во всякомъ случаѣ представляетъ большую аналогію съ нимъ. Намъ завело бы черезчуръ далеко изложеніе болѣе подробныхъ объясненій причинъ этого сложнаго страданія; для нашихъ цѣлей достаточно замѣтить, что эклампсія—болѣзнь очень опасная и что самый родовой актъ оказываетъ существеннѣйшее вліяніе на происхожденіе судорогъ. Чѣмъ дольше длятся приступы, тѣмъ грознѣе опасность. Съ окончаніемъ родовъ прекращаются, если и не всегда, то почти всегда судороги, а вмѣстѣ съ этимъ устраняется по большей части и главная опасность. Такимъ образомъ очевидно, что чѣмъ раньше окончатся роды, тѣмъ меньше опасности будетъ для роженицы. Если насъ приглашаютъ къ роженицѣ съ приступомъ эклампсiи и мы констатируемъ, что предварительныя условія для наложенія щипцовъ имѣются на-лицо, т. е. маточный зѣвъ вполнѣ раскрытъ, а го-

ловка стоитъ въ тазу, то мы не медля приступаемъ къ операціи въ интересахъ скорѣйшаго окончанія родовъ. Какъ должны, однако, мы поступать въ томъ случаѣ, когда означенныя условія, необходимыя для сокращенія родового акта, не соблюдены? Если маточный зѣвъ и шейка не изглажены, то намъ нужно попытаться устранить судороги другимъ способомъ. Для этой цѣли служатъ прежде всего наркотическія средства, въ особенности морфій въ большихъ дозахъ подкожно и хлораль-гидратъ *per rectum*; сочетанное примѣненіе обоихъ этихъ средствъ оказалось особенно благотворнымъ; даютъ 1—3 раза по 0,015 морфія, засимъ переходятъ къ хлораль-гидрату, назначая его каждые 6—10 часовъ по 1,5—2,5 грм. (*Строгоновъ*); далѣ цѣнныя услуги оказываетъ возбужденіе потоотдѣленія при посредствѣ теплыхъ ваннъ и обертываній, доставка жидкости черезъ прямую кишку. Эти средства мы должны продолжать до тѣхъ поръ, пока расширеніе зѣва не подвинется настолько, что возможно будетъ окончаніе родовъ, самопроизвольное или искусственное, при содѣйствіи шипцовъ. Но бываютъ такіе тяжелые случаи, которые не дозволяютъ, безъ сильной опасности, долгаго выжиданія. Здѣсь можетъ потребоваться искусственное производство расширенія зѣва, тупымъ-ли путемъ или кровавымъ, въ цѣляхъ возможно скорѣйшаго окончанія родовъ. При такихъ условіяхъ всѣ приемы, въ видахъ возможнаго ограниченія раздраженія, предпринимаются подъ наркозомъ.

Другой примѣръ. Намъ зовутъ къ роженіцу по причинѣ *сильнаго кровотеченія*. Мы находимъ раскрытый маточный зѣвъ, подвижно стоящую на тазовомъ входѣ головку, сильное кровотеченіе, притомъ, какъ мы узнаемъ, изъ матки (другимъ источникомъ кровотеченія могло бы, напр., быть лопнувшее верикозное расширеніе вены въ рукавѣ). Исключивъ всѣ другія причины, мы могли бы предположить въ качествѣ причины кровотеченія преждевременное отдѣленіе низко сидящаго послѣда (*placenta praevia*). Но въ нашемъ примѣрѣ мы не находимъ предлежанія послѣда; мы, стало быть, имѣемъ дѣло съ однимъ изъ рѣдкихъ случаевъ преждевременнаго отдѣленія нормально сидящаго дѣтскаго мѣста. Такое состояніе сопряжено съ большою опасностью и для плода, ибо, какъ скоро отдѣлилась значительная часть послѣда, обмѣнъ веществъ между матерью и плодомъ уменьшается настолько, что жизнь послѣдняго уже немыслима. Но главная опасность все же угрожаетъ матери, такъ какъ вскрытые сосуды маточной стѣнки могутъ повести къ смертельному истеченію кровью; такимъ образомъ необходимо возможно скорѣе остановить кровотеченіе, а это осуществимо только путемъ освобожденія матки отъ ея содержимаго; только послѣ того стѣнка матки сократится настолько значительно, что она сдавитъ проходящія въ нихъ сосуды и тѣмъ самымъ остановитъ истеченіе крови изъ расположенныхъ въ мѣстѣ прикрѣпленія послѣда отверстій. Здѣсь кровотеченіе останавливается совершенно такимъ же путемъ, какъ это имѣетъ мѣсто нормально послѣ окончанія родовъ и изгнанія послѣда. Слѣдовательно, въ нашемъ случаѣ мы немедленно приступимъ къ окончанію родового акта, и такъ

какъ мы нашли подвижную головку, то мы предпримемъ поворотъ и извлеченіе, если же, еще до того, какъ мы приступили къ операціи, сильныя потуги вогнали головку въ тазъ, то мы наложимъ щипцы.

Еще одинъ примѣръ. Мы являемся къ роженицѣ и констатируемъ у нея высокую температуру и очень частый пульсъ; выдѣленія зловонны. Маточный зѣвъ совершенно закрытъ, головка стоитъ въ тазу. Имѣются данныя предполагать, что въ родовомъ каналѣ разыгрывается процессъ разложенія. Всасываніе разложившихся веществъ связано съ огромною опасностью для матери. Стоящая въ тазу головка препятствуетъ оттоку разложившихся, по всей вѣроятности, околоплодныхъ водъ. Быть можетъ, дѣло дошло уже до образованія газовъ въ маткѣ (*tumpania uteri*). Здѣсь, во всякомъ случаѣ, относительно всего благоприятнѣе будетъ возможно скорѣе освободить родовые пути, такъ какъ тогда отдѣляемое получить свободный выходъ и можно будетъ подвергнуть дезинфекціи родовой каналъ. Окончаніе родовъ, если и не всегда устранить вполне опасность, то, во всякомъ случаѣ, значительно уменьшить ее.

Теперь приведемъ еще примѣръ, гдѣ показаніемъ для ускоренія родового акта является опасность, угрожающая плоду. Внутреннее изслѣдованіе показываетъ намъ, что маточный зѣвъ совершенно раскрытъ, пузырь стоитъ, головка подвижна на входѣ въ тазъ. Во время изслѣдованія происходитъ подъ вліяніемъ сильной родовой схватки разрывъ пузыря. Тотчасъ же вслѣдъ за этимъ головка спускается въ тазъ, но одновременно съ нею *сваливается внизъ петля пуповины*. Петля эта, конечно, ущемляется между головкою и тазовою стѣнкою, вслѣдствіе чего прерывается обмѣнъ веществъ между матерью и плодомъ. Плодъ не получаетъ болѣе кислорода и, если положеніе это будетъ продолжаться долгое время, долженъ неминуемо погибнуть; такъ какъ отодвинуть петлю пуповины, по причинѣ низкаго стоянія головки, уже нельзя, то единственная возможность спасенія плода заключается въ скорѣйшемъ выведеніи его изъ родовыхъ путей. Поэтому, если въ нашемъ случаѣ плодъ не изгоняется тотчасъ же потугами, мы должны его возможно скорѣе извлечь щипцами. Какъ скоро онъ рождается, онъ уже не нуждается болѣе въ плацентарномъ кровообращеніи, ибо онъ можетъ вдыхать воздухъ и этимъ путемъ получать свой кислородъ. Въ томъ случаѣ, когда онъ, благодаря нарушенному кровообращенію, рождается мнимоумершимъ (въ состояніи асфиксіи), мы имѣемъ въ своемъ распоряженіи средства для его оживленія.

Но не во всѣхъ случаяхъ причина опасности, въ которой находится плодъ, можетъ быть распознана такъ надежно и ясно, какъ въ только что приведенномъ примѣрѣ. Существуютъ, однако, извѣстныя наблюденія и извѣстные признаки, на основаніи которыхъ мы можемъ заключить о существованіи такой опасности. Выслушиваніе живота роженицы позволяетъ намъ различить *сердечные тоны* плода; мы можемъ опредѣлить ихъ силу и частоту. При каждахъ родахъ должно отъ времени до времени

слѣдить за сердечными тонами плода. Нормальная частота ударовъ сердца равняется приблизительно 130—140 въ минуту. Если мы констатируемъ, что въ теченіе короткихъ промежутковъ времени частота пульса возрастаетъ все болѣе и болѣе—положимъ, мы насчитали недавно 120, вскорѣ засимъ число это поднялось до 130, затѣмъ послѣдовательно до 140, 150, 160—или что, наоборотъ, опять-таки черезъ короткіе промежутки времени, частота ударовъ все понижается, до 110, 100, 90, 80, 70, то мы можемъ съ увѣренностью заключить, что что-нибудь въ плацентарномъ кровообращеніи не въ порядкѣ, что плоду угрожаетъ опасность, хотя бы отъ насъ осталась и скрытою ближайшая причина послѣдней. Скоропреходящія, ничтожныя колебанія частоты сердечныхъ тоновъ не имѣютъ значенія. Нормально частота ихъ колеблется во время родовыхъ схватокъ и въ промежутки между потугами. Во время потугъ направляющіеся къ послѣду материнскіе сосуды сдавливаются, вслѣдствіе чего поглощеніе плодомъ кислорода уменьшается. Во время же паузы между схватками сосуды снова расширяются, плодъ опять получаетъ въ обиліи кислородъ, такъ что прежній недочетъ выравнивается. Этимъ путемъ плодъ можетъ переносить безъ вреда даже довольно продолжительные роды, разъ только родовыя схватки прерываются достаточно длинными межпотужными паузами. Но если перемежки становятся все короче и короче, а родовыя схватки слѣдуютъ другъ за другомъ все быстрѣе и быстрѣе, или если даже паузы совершенно исчезаютъ, такъ что имѣются судорожныя потуги, тогда вредныя вліянія суммируются и угрожаютъ опасностью жизни плода. Такимъ образомъ, слѣдя за потужною дѣятельностью, мы имѣемъ возможность распознать грозящую плоду опасность.

Другимъ признакомъ является *отхожденіе меконія*. Если изливающиміяся плодные воды окрашиваются яркѣею первороднаго кала въ зеленоватый цвѣтъ, или если захваченное изслѣдующимъ пальцемъ выдѣленіе обнаруживаетъ ту же окраску, то это служитъ указаніемъ, что изъ задняго прохода плода вышелъ меконій. Нормально такое отхожденіе имѣетъ мѣсто только послѣ родовъ. Изъ отхожденія первороднаго канала во время родового акта мы въ большинствѣ случаевъ можемъ заключить, что плодъ находится или находился въ опасности. Дѣло въ томъ именно, что, когда поглощеніе плодомъ кислорода уменьшается, дыхательный центръ подвергается раздраженію, совершенно аналогично тому, какъ это имѣетъ мѣсто нормально непосредственно послѣ родовъ, причѣмъ тогда доставленіе кислорода матерью совершенно прекращается; раздраженіе это заставляеть родившагося младенца начать самостоятельныя дыхательныя движенія, и съ этого времени онъ получаетъ необходимый ему запасъ кислорода уже изъ воздуха. Но въ томъ случаѣ, когда такое раздраженіе происходитъ во время пребыванія плода еще въ утробѣ матери, дѣйствіе на дыхательную мускулатуру хотя и получается то же самое, плодъ хотя и производитъ внутриутробныя дыхательныя движенія, но такъ какъ дыхательныя отвер-

стія его находятся въ околоплодной жидкости, то онъ воздуха не получаетъ и въ легкія его попадаетъ не кислородъ, а околоплодная вода. При этомъ внутриутробномъ дыханіи грудобрюшная преграда оттѣсняется внизъ, внутрибрюшное давленіе повышается. Вотъ причина, почему первородный калъ выжимается изъ кишечника. Но эта причина еще не единственная, ибо иначе вѣдь всякій родившійся младенецъ немедленно велѣлъ бы за первымъ дыханіемъ долженъ былъ бы выдѣлить меконій, а между тѣмъ это отнюдь не всегда такъ бываетъ. Другая причина отхожденія первороднаго кала заключается въ обусловленномъ асфиксіею расслабленіи заднепроходнаго жома. Кромѣ того, присоединяется еще дѣйствіе третьяго причиннаго момента, именно переполненіе крови угольною кислотою, какъ доказано экспериментально, дѣйствуетъ непосредственно возбуждающимъ образомъ на перистальтику кишекъ. Этимъ путемъ объясняется усиленное передвиженіе кишечнаго содержимаго, слѣдовательно и выходженіе меконія, и при асфиксіи плода.

Необходимо, однако, замѣтить, что отхожденіе меконія отнюдь не всегда еще свидѣтельствуетъ объ опасности для плода. Такъ, при тазовомъ положеніи оно совершенно не имѣетъ значенія, такъ какъ здѣсь первородный калъ чисто механически, вслѣдствіе чрезмѣрнаго дѣйствія родовыхъ схватокъ выжимается изъ вдающагося въ рукавъ заднепроходнаго отверстія. Опасность могла существовать лишь самая скоропреходящая и дать поводъ къ выходженію меконія въ околоплодную жидкость, послѣ чего снова произошло полное возстановленіе нормы. Мы можемъ нерѣдко наблюдать, что, несмотря на обильное отхожденіе первороднаго кала во время родовъ, плодъ рождается совершенно нормальнымъ, не обнаруживая ни малѣйшаго признака внутриутробнаго дыханія (хрипы).

Такимъ образомъ отхожденіе меконія отнюдь еще не обязательно является для насъ показаніемъ къ немедленному окончанію родовъ. Но оно должно всегда побудить насъ слѣдить тщательно за сердечными тонами плода, чтобы, руководствуясь послѣдними, во-время усмотрѣть близость опасности, требующей вмѣшательства.

Приведенные примѣры, надѣюсь, вполне разъяснили указанную нами общую формулировку показаній. Показаніе для искусственнаго окончанія родовъ опредѣляется опасностью для матери или плода, устраняемою или, по крайней мѣрѣ, уменьшаемою этимъ вмѣшательствомъ.

Но показаніе для ускоренія родовъ будетъ дано и тогда уже, когда въ данное время особенной опасности хотя еще и не существуетъ, *но имѣются признаки, позволяющіе съ достовѣрностью предсказать наступленіе таковой*. Въ этомъ случаѣ, преждевременно оканчивая роды, мы профилактически предотвращаемъ появленіе ожидаемой опасности. Приведу и для этого примѣръ. Положимъ, насъ позвали на роды, продолжающіеся довольно долго. Мы находимъ полное раскрытіе маточнаго зѣва, узнаемъ, что оно произошло нѣсколько часовъ тому назадъ и что съ того времени держатся сильныя родовыя схватки. Несмотря на то, головка

уже нѣсколько часовъ нѣсколько не подвинулась впередъ и стоитъ своимъ наибольшимъ размѣромъ неподвижно на входѣ въ тазъ. Мы изслѣдуемъ рожицу и узнаемъ, что причина замедленія родовъ кроется въ суженіи таза, притомъ суженіи средней степени. Мать еще чувствуетъ себя сравнительно недурно, температура нормальна, плодъ равнымъ образомъ еще не пострадалъ, сердечные тоны правильны. Но намъ въ то же время извѣстно, что *чрезмѣрно большая продолжительность родовъ* уже сама по себѣ скрываетъ опасность и для матери, и для плода. Роженца въ концѣ концовъ приходитъ въ полнѣйшее истощеніе. Кромѣ того, родовыя схватки, вначалѣ очень сильныя, могутъ ослабѣть (*послѣдовательная слабость потугъ*), такъ что родовой актъ приостанавливается. Съ другой стороны, если потужная дѣятельность очень энергична, то при сильномъ препятствіи она легко можетъ сдѣлаться неправильною, межпотужныя паузы становятся все болѣе и болѣе короткими, наступаютъ *судорожныя схватки*, опасныя, какъ мы видѣли выше, для плода. Въ нашемъ случаѣ мягкимъ частямъ матери грозитъ совершенно особая опасность. Эти мягкія части (передняя стѣнка рукава, мочевого пузыря) ущемлены между плотною дѣтскою головкою и плотною переднею тазовою стѣнкою (лоннымъ сочлененіемъ) и подвергаются сильному давленію. Если ущемленіе это при узкомъ тазѣ держится нѣсколько часовъ или даже дней, то травматизмъ, испытываемый мягкими частями, весьма значителенъ, и когда роды, наконецъ, оканчиваются, питаніе прижатыхъ областей все же оказывается настолько сильно нарушеннымъ, что на возстановленіе къ нормѣ уже нельзя рассчитывать и пораженные участки ткани омертвѣваютъ. По прошествіи нѣсколькихъ дней, примѣрно на 3—4 день послѣродового періода, омертвѣвшія части извергаются и образуется дефектъ пузырно-влагалищной стѣнки. Моча вытекаетъ непрерывно черезъ рукавъ. Таковъ наиболѣе частый способъ возникновенія *пузырно-влагалищныхъ свищей*, поводомъ къ образованію коихъ является длительное, продолжающееся часами и днями давленіе. Напротивъ, даже очень сильное, но кратковременное прижатіе, какое, напр., имѣетъ мѣсто при проведеніи головки черезъ узкій тазъ щипцами, несомнѣнно можетъ быть перенесено мягкими частями матери безъ вреда. Такимъ образомъ въ нашемъ случаѣ мы должны всѣми зависящими отъ насъ мѣрами позаботиться о томъ, чтобы не допустить чрезчуръ длительного гибельнаго прижатія. Если роды продолжаются очень долго, если даже появилась кровянистая окраска мочи, указывающая на существованіе уже значительнаго прижатія, то мы не должны медлить съ окончаніемъ родовъ, прибѣгнувъ для этой цѣли къ щипцамъ, разъ только, конечно, суженіе таза вообще позволяетъ рассчитывать на благополучное проведеніе черезъ него живого плода.

Само собою понятно, что показаній этихъ, при которыхъ мы накладываемъ щипцы профилактически, съ цѣлью предупредить наступленіе опасностей, нельзя опредѣлить заранѣе съ точностью, одинаковою для всѣхъ случаевъ. Здѣсь усмотрѣнію акушера также предоставляется извѣстная сво-

бода дѣйствій. Но оперировать совершенно безъ показаній не слѣдуетъ никогда, и безъ мотивированной надобности щипцы не должны быть накладываемы. Впрочемъ, я готовъ допустить, что условія частной практики нерѣдко дѣлаютъ для врача затруднительною задачу держаться строгаго установленія показаній. Въ клиникѣ несравненно легче выкидать самопроизвольнаго теченія даже довольно затяжныхъ родовъ. Но возьмемъ, напр., случай такого рода. Насъ зовутъ въ деревню къ роженицѣ, у которой родовой актъ начался уже давно, всѣ условія для типическаго наложенія щипцовъ въ тазовомъ выходѣ имѣются на-лицо, другіе настоятельные роды, куда насъ пригласили, не позволяютъ ожидать дольше, какъ это мы сдѣлали бы въ такомъ случаѣ при иныхъ условіяхъ. Къ тому еще порядкомъ изнуренная роженица осаждаетъ насъ мольбами извѣстить ее отъ мукъ. Что удивительнаго, если мы при такихъ обстоятельствахъ рѣшимся наложить щипцы, хотя бы въ дѣйствительности показанія для нихъ были и не вполне строги? Все же я считаю необходимымъ обратить вниманіе на то, что при показаніи не строгомъ подобнаго рода операціи вообще дозволительны лишь въ томъ случаѣ, когда съ увѣренностью можетъ быть исключена возможность травматизма роженицы, когда, слѣдовательно, предстоитъ простая, легкая операція, когда соблюдены всѣ предварительныя условія и когда мы въ состояніи выполнить оперативное пособіе безукоризненно какъ въ отношеніи техники, такъ и въ отношеніи строгаго проведенія правилъ асептики. Напротивъ, при наличности особыхъ препятствій ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ рѣшаться на подобнаго рода операцію, какъ скоро не имѣется къ тому строгихъ, точно установленныхъ показаній; такимъ образомъ нельзя накладывать щипцовъ при не вполне раскрытомъ маточномъ звѣѣ, а тѣмъ болѣе на высоко стоящую головку. Нужно помнить, что естественное, самопроизвольное теченіе родовъ по возможности всегда заслуживаетъ предпочтенія. Даже простыя операціи наложенія щипцовъ могутъ имѣть своими слѣдствіями поврежденія, напримѣръ атоническія послѣдовательныя кровотеченія, наступленія коихъ можно опасаться при всякомъ быстромъ опорожненіи матки.

Приготовленія.

Большая часть того, что мы будемъ говорить о приготовленіяхъ къ наложенію щипцовъ, относится также и къ прочимъ акушерскимъ операціямъ.

Прежде всего необходимо замѣтить, что въ иныхъ случаяхъ показаніе къ наложенію щипцовъ наступаетъ столь неожиданно и съ такою настоятельною необходимостью, что для длительныхъ подготовленій совсѣмъ не имѣется времени. Въ виду этого, акушеръ долженъ быть всегда вооруженъ настолько, чтобы онъ могъ предпринять быстро требуемую операцію. Въ большинствѣ случаевъ, однако, мы располагаемъ достаточнымъ количествомъ времени, чтобы имѣть возможность, не торопясь и исподоволь, предпринять всѣ подготовительныя мѣры. На первомъ планѣ здѣсь, какъ

и при всякомъ акушерскомъ пособіи, стоитъ *антисептическая профилактика*. Такъ какъ во введеніи мы рассмотрѣли вопросъ этотъ довольно подробно, то здѣсь я указываю только еще на нѣкоторыя особенности. Мы выставили въ качествѣ основного принципа положеніе, что съ родовыми путями могутъ приходиться въ соприкосновеніе только обезпложенные предметы. Стало быть, требуется: 1) обезпложенное состояніе инструментовъ, ватныхъ шариковъ и т. д., 2) обезпложенное состояніе рукъ акушера и 3) обезпложенное состояніе самой роженицы.

Какъ ни справедливо требованіе носить съ собою инструменты въ возможно чистомъ состояніи ¹⁾, тѣмъ не менѣе довольно затруднительно сохранять ихъ на продолжительное время стерильными. Если время намъ позволяетъ, то мы обезпложиваемъ ихъ на мѣстѣ непосредственно передъ употребленіемъ, что очень легко выполнимо при томъ ящикѣ съ инструментами, какой мы всегда беремъ съ собою. Призванные къ роженицѣ, мы наполняемъ ящикъ водою, закрываемъ его и, поставивъ на очагъ или на спиртовую или газовую горѣлку, поддерживаемъ воду въ состояніи постояннаго кипяченія; благодаря этому, намъ, при желаніи подвергнуть тотъ или другой предметъ стерилизаціи, нѣтъ надобности ожидать, пока вода закипитъ. Только въ случаяхъ неотложныхъ, когда въ нашемъ распоряженіи нѣтъ ни одной свободной минуты, приходится отказываться отъ кипяченія и довольствоваться обмываніемъ щипцовъ противогнилостнымъ растворомъ. Когда мы желаемъ стерилизовать необходимые для операціи предметы кипяченіемъ, мы кладемъ ихъ на имѣющую отверстія и снабженную ручками подставку и погружаемъ вмѣстѣ съ нею въ кипятокъ. Послѣ кипяченія мы вынимаемъ ихъ опять-таки вмѣстѣ съ подставкою и ставимъ на столъ. Подставка устроена такъ, что ни одинъ изъ помещающихся на ней предметовъ не соприкасается со столомъ. Само собою разумѣется, что можно также сохранять предметы, если мы предпочитаемъ это, и въ самомъ кипяткѣ. При необходимости наложенія щипцовъ на головку, находящуюся въ тазовомъ выходѣ, напримѣръ у повторно рожавшей, едва-ли, кромѣ щипцовъ, потребуются какой-либо другой инструментъ. Если же мы имѣемъ дѣло съ менѣе простымъ случаемъ, то будетъ уместно, уже при принятіи подготовительныхъ мѣръ, считаться съ возможностью того или другого осложненія. Такъ какъ всякое быстрое опорожненіе матки связано съ возможностью атоническаго послѣдовательнаго кровотеченія, то мы должны имѣть наготовѣ все необходимое для остановки кровотеченія. Какъ скоро не будетъ принята такая предосторожность, намъ въ случаѣ сильнаго кровотеченія пришлось бы отыскивать то тотъ, то другой нужный намъ предметъ, и мы потеряли бы массу драгоценнаго времени. Такимъ образомъ подъ рукою должно имѣть все необходимое для тампонады (зеркало, шаровидные щипцы, корицангъ, обезпложенная марля). При возможности наступленія разрывовъ, произойдутъ-ли они на шейкѣ (въ случаѣ наложе-

¹⁾ Мы кипятимъ употребленные инструменты немедленно послѣ всякаго родового акта и только засимъ уже кладемъ ихъ обратно въ наборъ.

нія щипцовъ при не вполне раскрытомъ маточномъ зѣвѣ), или же на наружныхъ частяхъ (промежность), подвергаютъ кипяченію всѣ предметы, необходимые для наложенія шва, стало быть—иглы, шелкъ, иглодержатели, ножницы (последнія могутъ служить также и для производства, въ случаѣ надобности, боковыхъ надрѣзовъ), пинцеты, равнымъ образомъ марлю, вату, а также полотенца, которыми пользуются въ качествѣ подстилки. Кипятятъ точно также и ножницы, и лигатуру для пуповины.

О дезинфекціи рукъ мы говорили подробно уже выше: напомнимъ только о томъ, что въ этомъ случаѣ самое главное, это—механическое очищеніе рукъ (длительная обработка теплою водою, щетками и мыломъ), за которымъ слѣдуетъ обмываніе, сперва въ алкогольъ, засимъ въ растворѣ сулемы. Отмѣтимъ также, что при акушерскихъ пособіяхъ обязательно, снявъ скрутку и отвернувъ вверхъ рукава сорочки, подвергнуть обеззараживанію также и предплечья, такъ какъ сплошь и рядомъ приходится и ихъ вводить въ половые пути.

Что касается дезинфекціи самой роженицы, то мы привели, какъ вполне понятное требованіе, что обеззараживанію должны подвергаться наружныя половыя части и ихъ окружность, поскольку къ нимъ приходится соприкасаться при родовомъ актѣ. Такое обеззараживаніе производится посредствомъ обмыванія теплою водою, мыломъ и ватою, затѣмъ растворомъ лизола. Съ другой стороны, мы видѣли, что вопросъ о внутренней дезинфекціи роженицы (дезинфекція рукава, шейки) принадлежитъ еще къ числу спорныхъ. Мы знаемъ, что, по меньшей мѣрѣ—при нормальныхъ, самопроизвольныхъ родахъ, дезинфицирующія спринцованія неумѣстны. Большинство акушеровъ склонны предпосылать дезинфекцію оперативнымъ приѣмамъ, въ особенности такимъ, при которыхъ проникаютъ черезъ рукавъ въ матку. Мы, однако, въ этомъ случаѣ не производимъ спринцованія рукава, а осторожно обмываемъ его двумя введенными пальцами подъ струю, текущую изъ ирригатора. Передъ началомъ операціи мы подкладываемъ подъ крестецъ одно изъ прокипяченныхъ полотенецъ, такъ какъ при этомъ мы легко можемъ придти въ соприкосновеніе съ подстилкой, на которой покоится роженица. Это, напримѣръ, въ особенности важно при наложеніи швовъ, такъ какъ свѣшивающіяся внизъ нитки легко касаются подстилки. Точно также нужно позаботиться объ асептикѣ подстилокъ, на которыя акушеръ во время операціи кладетъ инструменты и т. п. предметы. Такими подстилками могли бы служить чашки, въ которыхъ производится кипяченіе, или внутренняя сторона ихъ крышекъ, или снабженная отверстіями подставка акушерскаго набора, или прокипяченныя полотенца.

Далѣе, необходимо имѣть наготовѣ все нужное *для ребенка*; ножницы и лигатурныя нити для пуповины должны быть, какъ объ этомъ уже упомянуто, продезинфицированы. Такъ какъ нерѣдко ребенокъ при оперативныхъ родахъ рождается мнимоумершимъ, то подъ рукою нужно имѣть все потребное для оживленія его. При примѣняемыхъ нами способахъ мы нуждаемся для этого въ очень немногомъ, а именно лишь въ теплой

ваннѣ въ 32° Ц., въ ведрѣ холодной воды, всего лучше — съ нѣсколькими кусками льда, и въ эластическомъ трахеальномъ катетерѣ.

Какое **положеніе** должно быть придано роженицѣ при наложеніи щипцовъ? Легкіе случаи наложенія щипцовъ, напр. на головку, лежащую въ тазовомъ выходѣ, можно удобно выполнить и при обыкновенномъ положеніи женщины на кровати, и въ старое время считалось даже извѣстнымъ кунштюкомъ произвести эту операцію по возможности подъ прикрытіемъ одѣяла. Въ настоящее время объ этомъ, конечно, не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ такой способъ находится въ полномъ противорѣчій съ нашими асептическими принципами. Но, и независимо отъ этого, продольное положеніе не рекомендуется потому, что мы всегда можемъ опасаться осложнений (напримѣръ кровотеченія), при которыхъ можетъ потребоваться необходимость свободного доступа къ половымъ путямъ. Наиболее обычное для акушерскихъ операцій положеніе роженицы, это на такъ назыв. *поперечной кровати*. Для этой цѣли роженицу кладутъ такимъ образомъ, чтобы продольная ось ея тѣла расположена была перпендикулярно продольной оси кровати. Придвинувъ ягодицы къ краю кровати, даютъ спинѣ и головѣ опору при помощи подушекъ и помѣщаютъ каждую ногу на стулъ, поставленный передъ кроватью. Самъ операторъ садится между ногами, хотя нерѣдко при силовъ и рядомъ низкихъ кроватяхъ ему приходится стоять на колѣняхъ на подложенной подушкѣ. Ноги роженицы, вмѣсто того, чтобы ихъ ставить на стулья, можно также запрокинуть вверхъ, причемъ тазобедренный и колѣнный суставы приводятъ въ состояніе сильнаго сгибанія (крестцово-спинное положеніе), или же фиксація достигается помощью ногодержателей. Въ практикѣ особенно рекомендуются ногодержатели *Kossmann'a*, удобно помѣщаемые въ акушерскомъ наборѣ.

Для легкихъ случаевъ можно удовольствоваться также и положеніемъ на такъ назыв. полупоперечной кровати: помѣтивъ роженицу косо на кровати, придвигаютъ ягодицы къ краю и ставятъ одну ногу въ согнутыхъ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ на постель, а другую — на стулъ возлѣ края кровати.

Гораздо лучше, однако, а при болѣе трудныхъ операціяхъ это даже безусловно необходимо, пользоваться специально для того устроеннымъ операціоннымъ столомъ, а не кроватью роженицы. Для этой цѣли годится любой простой, средней вышины, крѣпкій столъ, имѣющійся во всякомъ домѣ (кухонный столъ). Покрывъ его нѣсколькими одѣялами и чистою простынею, въ видахъ устраненія твердости, и подложивъ подъ голову и спину роженицы клиновидныя подушки, придвигаютъ ягодицы къ краю стола и приводятъ ноги къ животу, фиксируя ихъ руками ассистентовъ или ногодержателями. Столъ помѣщается такъ, чтобы свѣтъ падалъ прямо на половыя части. При этихъ условіяхъ операторъ, сидя или стоя предъ половиною щелью, всегда имѣетъ свободный доступъ къ оперируемымъ частямъ. Такое положеніе особенно удобно именно при трудныхъ опера-

ціяхъ, напр. при наложеніи шипцовъ на высоко стоящую головку. Оперированіе на спеціальному столѣ имѣетъ еще ту выгоду, что постель роженицы остается свободною отъ загрязненія кровью, околоплодною жидкостью и т. п. Послѣ родоразрѣшенія родильницу переносятъ на заранее приготовленную кровать.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ оперируютъ также въ боковомъ положеніи.

Передъ операціею необходимо позаботиться объ *опорожненіи мочевого пузыря*; въ случаѣ, если моча не выходитъ самопроизвольно или выпущена была незадолго до того, удаляютъ ее помощью прокипяченнаго катетера. Такое опорожненіе можетъ оказаться затруднительнымъ, если головка стоитъ уже низко и прижимаетъ мочеиспускательный каналъ къ симфизу. При этихъ условіяхъ катетеръ встрѣчаетъ сопротивленіе, которое, понятнымъ образомъ, не должно быть преодоляемо насильственно. Мы выбираемъ сильно изогнутый катетеръ, всего лучше мужской S-образный металлическій катетеръ и огибаемъ его широкою дугою вокругъ симфиза. Когда катетеръ наталкивается на препятствіе, надлежащій путь указывается ему иногда введеннымъ въ рукавъ и, само собою разумеется, предварительно продезинфицированнымъ пальцемъ. Въ томъ, однако, случаѣ, когда головка придавливается очень сильно къ лонному сращенію, приходится отказаться отъ опорожненія мочевого пузыря предъ родоразрѣшеніемъ.

Впрочемъ, можно уже наружнымъ образомъ, по виду живота роженицы, опредѣлить степень наполненія мочевого пузыря, именно при сильномъ наполненіи послѣдній образуетъ выше лоннаго сращенія мягко-эластическое выпячиваніе, ограничивающееся сверху хорошо видимою поперечно направленною бороздою.

Но совершенно аналогичная картина можетъ быть обусловлена у роженицы и совсѣмъ другими причинами. Въ теченіе родового акта нижняя часть матки (шейка) сильно удлиняется, и стѣнка ея истончается, въ то время какъ стѣнка верхней части (дѣло) утолщается. Граница между растянутымъ и нерастянутымъ отдѣлами и обозначается бороздою, такъ назыв. *контракціоннымъ кольцомъ*. Если растяженіе достигаетъ сильной степени, то контракціонное кольцо поднимается выше, доходя до области пупка, и тогда нерѣдко уже при простомъ осмотрѣ живота можетъ быть распознано въ видѣ поперечной или косой борозды. Такимъ образомъ подобная картина всегда должна направить подозрѣніе на ненормальное растяженіе шейки, происхожденіе котораго нужно искать въ наличности особаго механическаго препятствія, противопоставляемаго поступательному движенію плода (узкій тазъ, поперечное положеніе); растяженіе это можетъ угрожать опаснымъ разрывомъ матки. Слѣдовательно, какъ скоро мы констатируемъ существованіе названной борозды, мы первымъ дѣломъ должны опорожнить катетеромъ мочевой пузырь; если по удаленіи мочи выпячиваніе и борозда исчезаютъ, значитъ они были обусловлены сильнымъ наполненіемъ пузыря, если же они продолжаютъ оставаться, то дѣло идетъ о растяженіи шейки.

Наложению щипцовъ необходимо также предпослать и опорожнение *прямой кишки*. По большей части роженица получаетъ въ началѣ родового акта клизму; но если изслѣдованіе черезъ рукавъ обнаруживаетъ наполненіе прямой кишки (черезъ заднюю рукавную стѣнку прощупываются вдавливаемая каловыя массы), то, поскольку время позволяетъ это, вторично очищаютъ кишку вливаніемъ. Дѣло въ томъ именно, что весьма нежелательно выступленіе кала во время извлеченія, такъ какъ онъ легко можетъ загрязнить промежность, а равно инструменты и руки акушера или даже попасть непосредственно въ обусловливаемые родовымъ процессомъ раны.

Затѣмъ выступаетъ весьма важный вопросъ о томъ, должны-ли мы при операціи **наркотизировать** роженицу. При легкихъ операціяхъ, напр. при наложеніи щипцовъ на головку, находящуюся въ тазовомъ выходѣ, въ особенности у повторнорожавшей, наркозъ представляется излишнимъ. Скорѣе уже онъ будетъ уместенъ у перворожающей, хотя и здѣсь легкая операція съ щипцами врядъ-ли вызоветъ болѣе сильныя боли, чѣмъ самопроизвольное прорѣзываніе головки. Въ клиникѣ, гдѣ всегда подъ рукою имѣется достаточная помощь, мы, понятно, несравненно легче рѣшимся прибѣгнуть къ наркозу, чѣмъ въ частной практикѣ, гдѣ акушеръ предоставленъ самому себѣ и не располагаетъ такою помощью. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ я по возможности обхожусь безъ наркоза. При этомъ руководствуются также тѣмъ, имѣютъ-ли дѣло съ очень боязливою, чувствительною или же, напротивъ, съ особенно храброю паціенткою. Въ томъ случаѣ, однако, когда приходится предпринять трудное акушерское пособіе, напр. наложить щипцы на высоко стоящую головку или сдѣлать трудный поворотъ, надежное выполненіе операціи требуетъ наркоза. Извѣстно, что ни наркотизировать, ни оперировать одному не слѣдуетъ, и потому мы обращаемся всегда къ помощи товарища. При гинекологическихъ, хирургическихъ, да и при акушерскихъ операціяхъ, какъ скоро послѣднія не приходится производить немедленно, такое приглашеніе по большей части очень легко осуществимо, въ особенности въ клиникѣ или вообще въ городѣ, гдѣ найти коллегу можно скоро. Совсѣмъ иначе складываются сплошь и рядомъ условія въ акушерской практикѣ. Тамъ, гдѣ настоятельное показаніе требуетъ немедленнаго оперативнаго вмѣшательства, мы не можемъ ждать, пока явится товарищъ, а, напр., въ деревнѣ привлеченіе такого помощника часто оказывается даже дѣломъ совершенно не выполнимымъ. Какъ въ общемъ ни справедливо требованіе, чтобы наркозъ и операція не производились однимъ лицомъ, акушеръ, однако, нерѣдко бываетъ поставленъ въ необходимость, подчасъ даже обязательную, сдѣлать это, и такой образъ дѣйствій не долженъ быть ему тогда вмѣняемъ въ вину.

Въ этомъ случаѣ мы поступаемъ слѣдующимъ образомъ. Мы приготовляемъ все необходимое для операціи (положеніе больной, инструменты и пр.), дезинфицируемъ роженицу и себя самихъ. Когда все готово, мы хлороформируемъ роженицу, притомъ такъ глубоко, какъ это необходимо. Не нужно забывать предварительно изслѣдовать ротъ, дабы въ

случаѣ присутствія вставныхъ зубовъ или челюстей удалить ихъ. Хлороформъ наливается каплями на маску. Когда наркозъ достигнутъ, мы удаляемъ маску, и такъ какъ въ это время намъ приходилось братья руками за тотъ или другой предметъ, дезинфицируемъ ихъ вторично, что впрочемъ, въ виду незадолго предшествовавшаго основательнаго обеззараживанія, отнимаетъ очень мало времени. Засимъ мы приступаемъ къ операціи. При непродолжительной операціи выполненный нами наркозъ оказывается достаточнымъ, если же операція длится долго, то мы приказываемъ акушеркѣ по командѣ накладывать маску и лить на нее хлороформъ по каплямъ. Такъ какъ мы помѣщаемся какъ-разъ передъ роженицею, то мы имѣемъ возможность во все время операціи слѣдить за ея дыханіемъ и измѣненіемъ цвѣта лица. Конечно, при такихъ условіяхъ случается испытывать и всякія непріятныя положенія. Если посреди операціи дыханіе внезапно прекращается и появляется синюха, то намъ поневолѣ приходится прервать операцію, выдвинуть челюсть, вытянуть языкъ, предпринять, въ случаѣ надобности, искусственное дыханіе (методъ *Silvester'a*). Цѣлесообразно ввести предварительно роторасширитель, дабы имѣть возможность свободно рукою вытянуть языкъ. Въ общемъ, однако, роженицы особенно легко поддаются наркозу, и для наркотизированія ихъ обычно приходится израсходовать относительно небольшое количество хлороформа.

Несмотря на многія преимущества, представляемые эфирнымъ наркозомъ, въ особенности послѣ предшествующей инъекціи морфія, онъ въ акушерской практикѣ играетъ второстепенную роль. Дѣло въ томъ именно, что большинство родоразрѣшеній происходитъ ночью, и оперированіе при открытомъ искусствѣнномъ освѣщеніи (газъ, керосинъ) заставляетъ насъ, въ виду опасности пожара, по большей части отказываться отъ примѣненія эфира; тамъ же, гдѣ такая опасность исключена, мы, понятнымъ образомъ, можемъ прекрасно наркотизировать роженицу и эфиромъ.

Техника наложенія щипцовъ.

Техника наложенія щипцовъ всего удобнѣе можетъ быть изложена на простомъ примѣрѣ. Предположимъ, что мы имѣемъ дѣло съ I черепнымъ положеніемъ; головка спустилась къ тазовому дну и продѣлала нормальный поворотъ затылкомъ впередъ, такъ что малый родничекъ обращенъ впередъ, а стрѣловидный шовъ направляется прямо кзади къ большому родничку. Маточный зѣвъ совершенно изглаженъ, пузырь разорванъ. Та или другая опасность, угрожающая матери или плоду, побуждаетъ насъ закончить роды щипцами.

Взявъ щипцы замкнутыми, такъ чтобы вогнутая сторона тазовой кривизны была обращена къ намъ, мы захватываемъ въ каждую руку рукоятку и, разнявъ щипцы, удерживаемъ въ лѣвой рукѣ лѣвую ложку, правую же пока откладываемъ въ сторону, такъ какъ лѣвая должна быть введена первою. Ложка захватывается, какъ рапира; указательный палецъ лежитъ согнутымъ надъ *Busch'евскимъ* крючкомъ, большой

палець помѣщается на внутреннюю сторону рукоятки, а три остальныхъ пальца—на наружную сторону ея. Въ то время, какъ одна рука вводитъ ложку, другая рука должна служить ея руководителемъ, такъ сказать „прилаживать“ ложку; инструментъ ни въ какомъ случаѣ нельзя вводить въ родовые пути, не защищая его ладонными поверхностями пальцевъ. Такимъ образомъ мы вводимъ указательный и средній пальцы

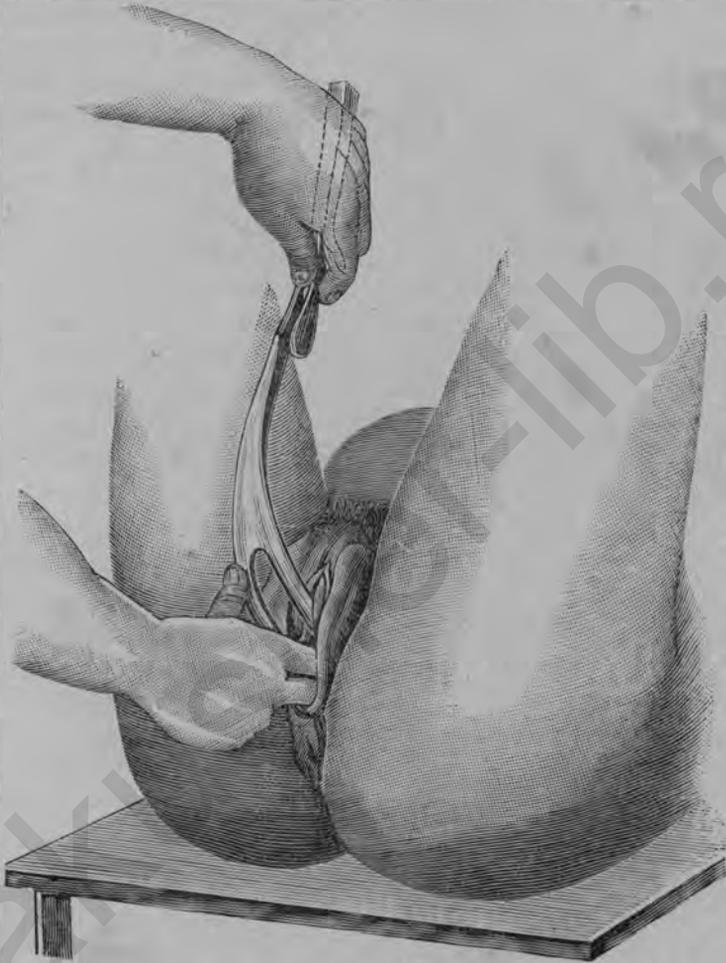


Рис. 11. Введеніе лѣвой ложки щипцовъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

правой руки въ лѣвую сторону матки между головкою плода и боковою стѣнкою таза настолько глубоко, чтобы концы пальцевъ покоились на наибольшей периферіи головки или выше ея (см. рис. 11).

Большой палець прилаживающей руки приводится въ состояніе сильнаго отведенія и помѣщается впереди правой большой губы. Засимъ, держа лѣвую ложку въ лѣвой рукѣ описаннымъ образомъ, мы поднимаемъ руку такъ, чтобы рукоятка стояла вертикально надъ правою паховою областью, и вводимъ верхушку щипцовъ въ рукавной входъ между прила-

живающими пальцами правой руки и головкою такъ, чтобы вогнутая сторона вѣтви была обращена къ головкѣ. Большой палецъ введенной правой руки ложится ладонною поверхностью своего концевого фаланга на нижній край вѣтви щипцовъ. Выпуклая поверхность ложки обращена къ намъ. Теперь остается продвинуть вѣтвь щипцовъ за головку и въ родовые пути, вводя, слѣдовательно, одновременно и головную, и тазовую кривизну. Это достигается такимъ путемъ, что рукоятку, постепенно опуская ее, направляютъ по внутренней сторонѣ праваго бедра почти до горизонта внизъ и въ то же время къ срединной плоскости тѣла, слѣдовательно вправо. При этомъ верхушка щипцовъ, защищенная прилаживающими пальцами правой руки, лежащими на наружной сторонѣ ложки, ложится легкою дугою на головку; край щипцовъ скользитъ вдоль отведеннаго большого пальца, который и служитъ руководителемъ направлення ложки. Ложкѣ даютъ скользить по боковой стѣнкѣ таза, но вначалѣ слегка продвигаютъ ее кзади и въ сторону.

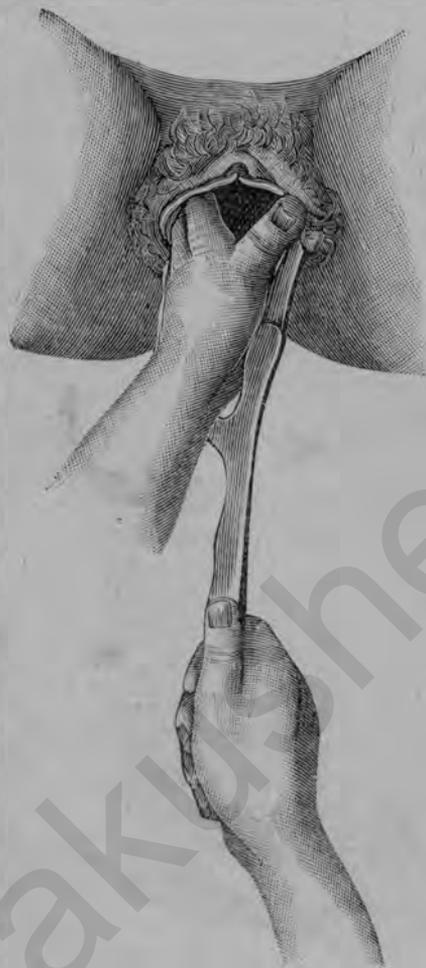


Рис. 12. Лѣвая рука вводится для прилаживанія, тогда какъ правая придерживаетъ наложенную лѣвую вѣтвь щипцовъ (послѣдняя на рисунокѣ представлена оттъшенною нѣсколько далеко влѣво). $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Теперь для того, чтобы ввести правую ложку, нужно поручить прилаживаніе лѣвой рукѣ; для того, чтобы лѣвая рука освободилась, правая рука, выведенная между тѣмъ изъ родовыхъ путей, направляется къ концу рукоятки и придерживаетъ здѣсь введенную лѣвую ложку. Засимъ указательный и средній пальцы лѣвой руки вводятся глубоко въ правую сторону матки между головкою и боковою стѣнкою таза, причемъ вся рука направляется нѣсколько выше наложенной лѣвой вѣтви (рис. 12).

Какъ скоро указательный и средній пальцы введены, сгибаютъ четвертый и пятый пальцы и помещаютъ подъ замковую часть наложенной лѣвой вѣтви такимъ образомъ, чтобы послѣдняя покоилась на нихъ. Большимъ пальцемъ прилажи-

вающей руки при этомъ опять-таки приводится въ положеніе сильнаго отведенія и помѣщается слѣва впереди лѣвой большой губы. Теперь правая рука можетъ отпустить лѣвую рукоятку. Она захватываетъ правую вѣтвь совершенно такъ, какъ это было описано относительно лѣвой, под-

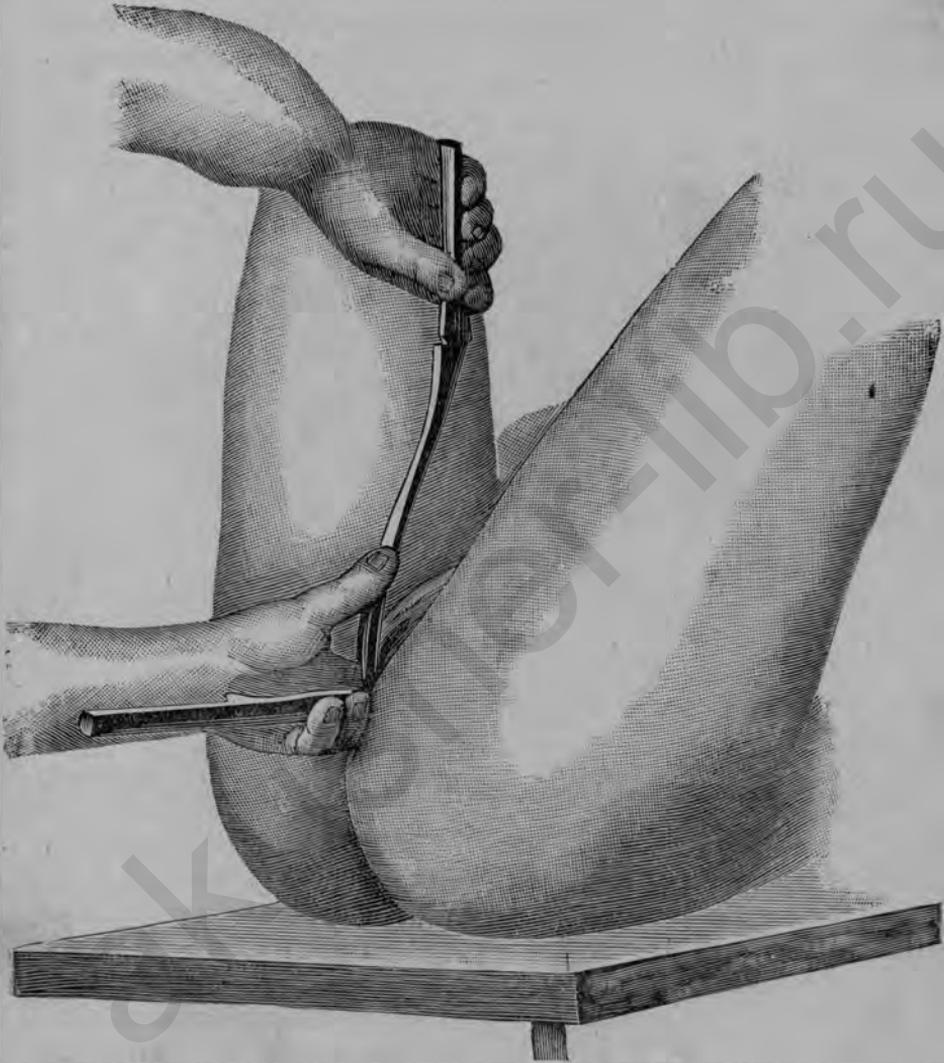


Рис. 13. Правая рука вводитъ правую вѣтвь щипцовъ, лѣвая же служитъ для прилаживанія и вмѣстѣ съ тѣмъ поддерживаетъ введенную первую лѣвую вѣтвь $\frac{1}{4}$ натур. величины.

нимаетъ рукоятку отвѣсно надъ лѣвою паховою областью и продвигаетъ верхушку вѣтви надъ замковою частью введенной лѣвой ложки между головкою и прилаживающими пальцами лѣвой руки. Лѣвой большой палецъ кладется, аналогично тому, какъ раньше правый, на нижній край вѣтви щипцовъ (рис. 13), и совершенно такъ же, какъ прежде лѣвая ложка,

вводится теперь правая ложка. Нижній край вѣтви опять-таки скользитъ вдоль большого пальца. По введеніи правой ложки правая рука нѣкоторое время поддерживаетъ обѣ рукоятки, пока не будетъ выведена и лѣвая рука, послѣ чего каждая рука захватываетъ рукоятку, держа большой палецъ на *Busch*'евскомъ крючкѣ. Рукоятки наложенныхъ щипцовъ при низкомъ стояніи головки лежатъ приблизительно горизонтально. Теперь приступаютъ къ замыканію щипцовъ, что облегчается иногда примѣненіемъ



Рис. 14. Замыканіе щипцовъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

пріема, состоящаго въ потягиваніи внизъ, производимомъ легкимъ нажиманіемъ большими пальцами на *Busch*'евскіе крючки (см. рис. 14). Какъ скоро вырѣзка правой вѣтви пришлась на шпенецъ лѣвой, щипцы замкнуты. Соединивъ вѣтви въ замкѣ, мы кладемъ правую руку сверху на замокъ такъ, чтобы большой палецъ легъ подъ щипцами, 2, 3 и 4 пальцы—на область замка, а мизинецъ—въ углу, образуемомъ сходящимися ложками (рис. 15). Лучевая сторона указательнаго пальца и начальная часть большого упираются въ *Busch*'евскіе крючки. Теперь мы помѣщаемъ лѣвую руку на правую такъ, чтобы она обхватила ее, и только лѣвый указательный палецъ выпрямляется и проводится до головки, къ мѣсту малаго родничка. Въ то время какъ лѣвая рука неподвижно покоится на правой, а верхушка указательнаго пальца прикасается къ малому родничку, мы правою рукою начинаемъ производить легкое влеченіе въ направленіи рукоятокъ, такъ назыв. пробную тракцію (рис. 16). Мы замѣчаемъ тотчасъ же, слѣдуетъ-ли головка за щипцами или нѣтъ,

руководствуясь отношеніемъ лѣваго указательнаго пальца: какъ скоро онъ остается въ соприкосновеніи съ головкою, значить она идетъ въ щипцахъ, такъ какъ въ томъ случаѣ, когда бы щипцы подвигались впередъ, а головка не слѣдовала за ними, указательный палецъ уже не соприкасался бы съ нею.

Влеченіе щипцами должно сообщать головкѣ въ точности тѣ же самыя движенія, какія она совершала бы, если бы она, при вполнѣ самопроизвольныхъ родахъ, изгонялась силами природы. Мы должны, слѣдовательно, точно подражать нормальному механизму родового акта. Такое подражаніе достигается слѣдующимъ образомъ (рис. 17). Мы производимъ

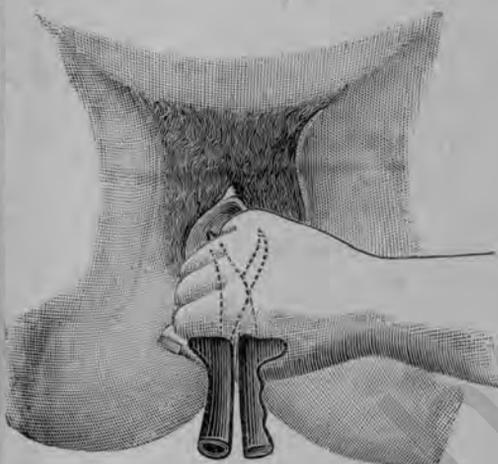


Рис. 15. Правая рука кладется сверху на замок введенныхъ щипцовъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

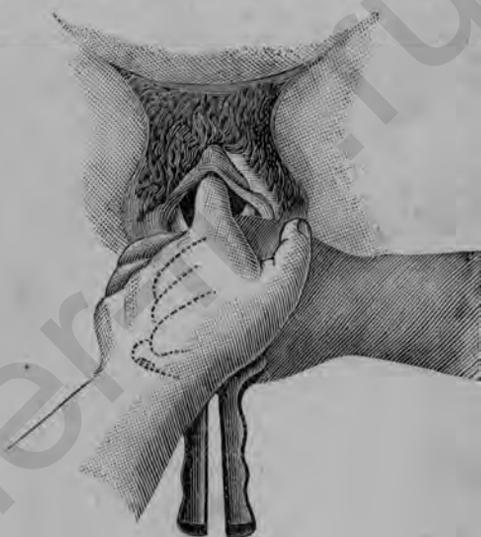


Рис. 16. Пробная тракція. Лѣвая рука обхватываетъ правую; введенный указательный палецъ прикасается къ головкѣ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

поступательное влеченіе въ направленіи рукоятокъ до тѣхъ поръ, пока затылокъ не выступитъ подъ лонною дугою. Движенія эти носятъ названіе „тракцій“; каждая двѣ тракціи должны отдѣляться паузою. Какъ скоро показывается область малаго родничка, лѣвая рука покидаетъ правую руку и головку и переходитъ къ промежности. Тракціи продолжаются до тѣхъ поръ, пока задняя часть шеи не будетъ прилегать къ лонной дугѣ. Мы узнаемъ это по отхожденію малаго родничка отъ лонной дуги или же помощью ощупыванія лѣвымъ указательнымъ пальцемъ. Лѣвая рука кладется мякотью большаго пальца и мизинца на промежности, причемъ верхушки пальцевъ обращены къ крестцовой кости (рис. 18). Ее можно также положить и поперечно на промежности, съ раздвинутыми широко указательнымъ и большимъ пальцами. Правая рука, лежащая на замкѣ, тянетъ теперь сильно кверху, такъ что концы рукоятокъ описываютъ большую дугу и въ заключеніе почти покоятся на животѣ роженицы.

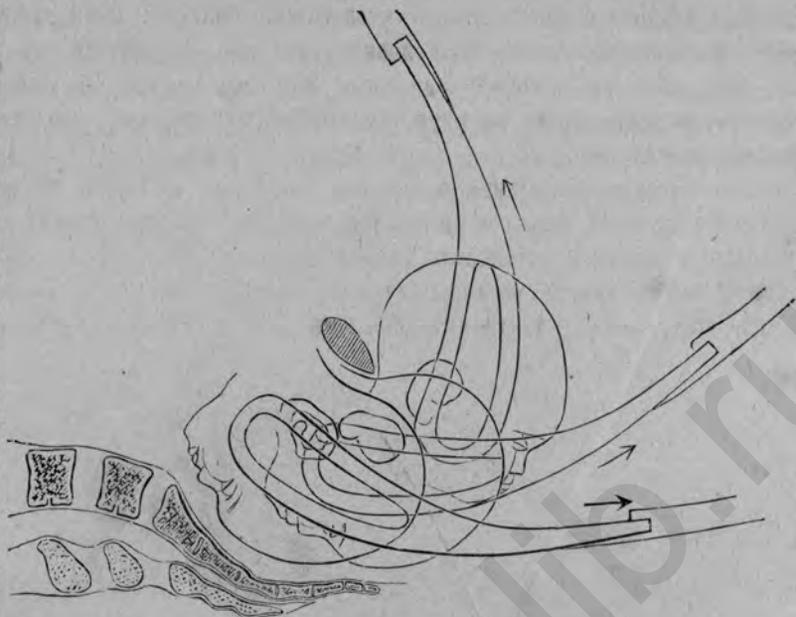


Рис. 17. Извлечение щипцами при черепномъ положеніи. Чѣмъ больше продвигается головка впередъ соответственно процессу нормальнаго выходенія, тѣмъ выше поднимають рукоятки щипцовъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.



Рис. 18. Затылочная ямка лежитъ на *lig. arcuatum*. Выведеніе головки. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Головкѣ сообщаются при этомъ тѣ движенія, какія она продѣлываетъ нормально при своемъ выходѣ; такъ какъ затылочная ямка осталась на лонной дугѣ, то подбородокъ удаляется все больше и больше отъ груди, и надъ промежностью постепенно выкатываются темя, лобъ, лицо и подбородокъ. Такимъ образомъ головка родилась вполне. Правая рука оста-



Рис. 19. Раскрытіе щипцовъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

валась до сихъ поръ все въ томъ же положеніи на замкѣ, теперь же четвертый палецъ ея перемѣщаютъ къ мизинцу, лежащему между начальными частями ложекъ (рис. 19). Этимъ путемъ разнимаютъ щипцы, которые и кладутся въ сторону. Родившаяся головка поворачивается лицомъ въ сторону, и притомъ при первомъ положеніи, при которомъ спинка смотритъ влѣво,—въ сторону праваго бедра матери. Остальное тѣло плода изгоняется по большей части ближайшими потугами и дѣятельностью брюшного пресса, подкрѣпляемыми иногда легкимъ давленіемъ на дно матки. При этомъ одна рука осторожно поддерживаетъ повернутую въ сторону головку, а другая защищаетъ при прохожденіи плечиковъ про-

межность. Прежде всего показывается переднее плечико, попадающее въ уголъ лонной дуги. Въ то время, какъ оно образуетъ здѣсь точку вращения, заднее плечико поворачивается надъ промежностью, а затѣмъ и окончательно рождается. Въ томъ случаѣ, когда рожденіе младенца происходитъ не такъ скоро, мы должны ускорить его. Часто причина замедленія заключается только въ томъ, что переднее плечико ущемляется надъ тазомъ; въ такомъ случаѣ для облегченія вступленія плечика достаточно легкаго надавливанія на головку, по направленію къ промежности, для каковой цѣли мы осторожно захватываемъ головку обѣими руками, остерегаясь, однако, закрыть дыхательныя отверстія. Если и

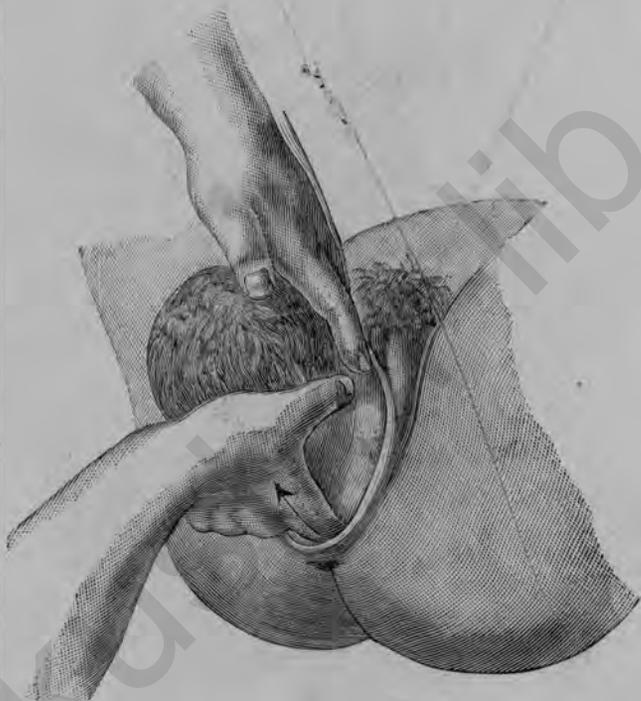


Рис. 20. Извлеченіе туловища послѣ рожденія головки въ I черепномъ положеніи. Указательный палецъ правой руки введенъ въ задній подмышечный сгибъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

послѣ того, несмотря на давленіе на дно матки, рожденіе плечиковъ замедляется, то извлеченіе производить такимъ образомъ, что одинъ палецъ руки, находящейся противъ спинки плода, вводятъ со спинной поверхности послѣдняго въ заднюю подмышечную впадину и потягиваютъ за нее, не низводя ручки (рис. 20). Если это возможно, то палецъ другой руки вводятъ въ передній подмышечный сгибъ, опять-таки со спинной поверхности плода. При потягиваніи мы устанавливаемъ поперечникъ плечиковъ точно въ прямомъ размѣрѣ, такъ что переднее плечико прилежитъ какъ-разъ къ уретрѣ, а заднее помѣщается впереди заднепроходнаго отверстія. Осторожно поднимая заднее плечико надъ промежностью, мы затѣмъ лег-

кимъ опушеніемъ освобождаемъ переднее плечико, упирающееся въ лонную дугу, и извлекаемъ такимъ образомъ плодъ.

Вслѣдъ за рожденіемъ плода нужно всегда удостовѣриться, не обвилась-ли пуповина вокругъ шеи. Если такое обвитіе произошло и петля туго натянута, то мы расслабляемъ ее легкимъ потягиваніемъ настолько, чтобы чрезъ нее можно было провести туловище. При невозможности произвести этотъ пріемъ достаточно быстро необходимо немедля перерѣзать пуповину между двумя лигатурами и извлечь плодъ.

Нѣкоторыя *детали техники* требуютъ болѣе подробнаго изложенія.

Мы всегда накладываемъ первую лѣвую ложку и уже затѣмъ надъ нею правую. Такой порядокъ наложенія щипцовъ обусловливается устройствомъ замка. Если бы сперва наложили правую ложку, то, чтобы можно было сомкнуть щипцы, пришлось бы лѣвую провести подъ нею, что представляется менѣе удобнымъ. При извѣстныхъ условіяхъ, однако, бываетъ выгодно ввести сперва правую ложку; если теперь мы, слѣдуя обычнымъ пріемамъ, наложимъ поверхъ лѣвую ложку, то щипцы не сомкнутся; для того, чтобы достигнуто было такое соединеніе, мы захватываемъ въ каждую руку по концу рукоятки и перекрещиваемъ послѣднія, притомъ такъ, чтобы самыя ложки двигались по возможности меньше.

При низкомъ стояніи головки мы, какъ это сказано было, накладываемъ ложку одною рукою подъ руководствомъ двухъ пальцевъ другой; если головка стоитъ выше, такъ что еще прощупывается кайма маточнаго зѣва, то такое прилаживаніе должно совершаться особенно тщательно. Въ этомъ случаѣ болѣе цѣлесообразно прибѣгать къ помощи четырехъ пальцевъ (такъ назыв. полурука) или даже, въ случаѣ надобности, вводить всю кисть. Наличие прощупываемой каймы маточнаго зѣва обязываетъ насъ къ особой осторожности уже ради того, чтобы она не была захвачена щипцами; прилаживающіе пальцы должны помѣщаться кнутри отъ края зѣва, между нимъ и головкою, и ложка щипцовъ должна пройти къ обнаженной головкѣ мимо ладонной поверхности пальцевъ. Въ томъ случаѣ, когда для прилаживанія пользуются болѣе чѣмъ двумя пальцами, мы при накладываніи второй ложки поручаемъ придерживаніе рукоятки первой ложки помощнику.

Большой палецъ прилаживающей руки долженъ—указываю еще разъ на это обстоятельство—находиться въ состояніи сильнаго отведенія и соприкасаться своею ладонною поверхностью къ нижнему краю вводимой ложки; при этихъ условіяхъ край ложки, скользя вдоль большого пальца, встрѣчаетъ въ немъ надежнаго руководителя (см. рис. 11 и 13). Ложки должны накладываться на головку самымъ щадящимъ образомъ; всякое насиліе должно быть избѣгаемо, и рука, направляющая ложку за рукоятку, должна вводить ее очень легко; держать рукоятку щипцовъ, какъ папиру, не значитъ еще, что ее нужно вводить съ силою ¹⁾.

¹⁾ Щипцы можно также держать и какъ писчее перо, причемъ показуется еще болѣе щадящее введеніе; въ этомъ случаѣ, однако, при опусканіи рукоятки

Какъ скоро обѣ ложки наложены, мы замыкаемъ щипцы. Можетъ, однако, случиться, что такое замыканіе не удастся; это именно бываетъ тогда, когда поверхности обѣихъ рукоятокъ находятся не совсѣмъ въ одной и той же плоскости. Если дѣло идетъ только о незначительномъ отклоненіи, то по большей части достаточно бываетъ захватить въ каждую руку по рукояткѣ, положить оба большихъ пальца на *Busch*'евскіе крючки и нѣсколько оттянуть внизъ рукоятки; по смыканіи щипцовъ рукоятки снова слегка поднимаются вверхъ. Но при болѣе сильномъ отклоненіи щипцы или, по меньшей мѣрѣ, одна изъ ложекъ занимаетъ на головкѣ неправильное положеніе. Всего лучше лежать щипцы, когда они обхватываютъ головку за обѣ боковыя ея части (*tubera parietalia*); при этихъ условіяхъ плоскость рукоятокъ направлена совершенно вертикально къ стрѣловидному шву (рис. 21). При наличности сильнаго отклоненія нужно опре-



Рис. 21. Ложки обхватываютъ головку съ боковыхъ поверхностей; стрѣловидный шовъ стоитъ вертикально къ плоскостямъ обѣихъ рукоятокъ.
1/4 натур. величины.

дѣлать отношеніе плоскости каждой рукоятки къ стрѣловидному шву (къ сагиттальной плоскости головки). Ложка, плоскость рукоятки которой стоитъ не вертикально къ стрѣловидному шву, лежитъ неправильно, и это положеніе нужно исправить опять-таки подъ руководствомъ прилаживающихъ пальцевъ. Для этого нѣтъ надобности извлекать ее обратно, и исправленіе положенія достигается только соответственными передвиженіями ложки. Если замковые части не совпадаютъ въ направленіи длинника, что осо-

бенно легко распознается по концамъ рукоятокъ, то это указываетъ на то, что либо одна ложка продвинута черезчуръ мало, либо другая черезчуръ далеко. И это неправильное положеніе опять-таки должно быть исправлено подъ руководствомъ прилаживающихъ пальцевъ.

При извлеченіи помощью щипцовъ сила руки, лежащей поперечно на замкѣ, по большей части бываетъ достаточна для того, чтобы сообщить головкѣ поступательное движеніе въ необходимомъ направленіи. При наличности болѣе значительнаго сопротивленія можетъ помочь дѣлу примѣненіе такъ наз. боковыхъ качательныхъ тракцій, при которыхъ влеченіе въ направленіи тазовой оси временно прерывается самыми легкими и мед-

приходится нѣрѣдко измѣнять положеніе. тогда какъ, держа ложку, какъ рапиру, мы въ теченіе всего акта введенія щипцовъ можемъ сохранять это положеніе неизмѣненнымъ.

ленными потягиваніями, производимыми по горизонту попеременно то въ одну сторону, то въ другую. Только эти боковыя маятникообразныя движенія и могутъ быть разрѣшены, вертикальныя же качательныя тракціи должны быть безусловно избѣгаемы.

Въ томъ случаѣ, когда сила одной руки оказывается недостаточною, помѣщаютъ другую руку вокругъ нижнихъ частей ложекъ возможно ближе къ замку, вплотную у руки, лежащей на замкѣ, и пользуются силой обѣихъ рукъ (рис. 22). Или же кладутъ вторую руку такъ, чтобы указательные и средніе пальцы легли на крючки, остальные же пальцы обхватили рукоятки. Пользоваться концами рукоятокъ въ качествѣ опорной точки для второй руки отнюдь не слѣдуетъ, такъ какъ этимъ путемъ легко можно произвести черезчуръ сильное сжатіе рукоятокъ, а, слѣдовательно, и ложекъ (давленіе на головку).

Направленіе влеченія всегда должно быть таково, чтобы головка совершала въ точности тѣ же движенія, какія она продѣлывала бы, если бы извлеченіе ея производилось не помощью щипцовъ, а силами природы (потоги, дѣятельность брюшного пресса). Поэтому при всякомъ извлеченіи щипцами мы должны вполнѣ точно воспроизводить механизмъ родовъ, нормальный для даннаго положенія плода. Основательное знаніе этого механизма родовъ при самыхъ различныхъ головныхъ положеніяхъ (затылочныхъ,



Рис. 22. Потягиваніе обѣими руками. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

переднечерепныхъ, лицевыхъ, лобныхъ) является кардинальнымъ условіемъ для правильнаго наложенія щипцовъ. При описанномъ до сихъ поръ наложеніи щипцовъ на низко стоящую головку при черепномъ положеніи съ обращеннымъ впередъ малымъ родничкомъ мы, подражая механизму родовъ, вытягивали затылокъ впередъ настолько, чтобы затылочная ямка прилегала къ *ligamentum arcuatum*, и только послѣ того мы имѣли право, направляясь сильною дугою кверху, сообщать головкѣ движенія, совершаемыя ею при своемъ прорѣзываніи. Само собою разумѣется, что потягиванія, производимыя сперва впередъ, а потомъ вверхъ, не должны обрываться рѣзко и внезапно, но должны совершенно незамѣтно и постепенно

переходить другъ въ друга. Пальцу не участвующей въ тракціяхъ руки, которому вначалѣ при извлеченіи поручается контролировать поступательное движеніе головки и который съ этой цѣлью помѣщается на маломъ родничкѣ, незачѣмъ уже въ дальнѣйшемъ выполнять этого контроля, въ особенности тогда, когда становится видимымъ руководящее мѣсто (малый родничекъ). Освободившюся такимъ образомъ руку привлекаютъ тогда къ участию въ потягиваніи или же кладутъ на промежность и здѣсь давленіемъ на послѣднюю содѣйствуютъ выходному движенію головки или во время потугъ пользуются ею для сдерживанія головки.

При подниманіи рукоятокъ вверхъ щипцовъ не направляютъ рѣзкимъ движеніемъ надъ лоннымъ сочлененіемъ, но мы должны *непрерывнымъ, легкимъ влеченіемъ* постепенно приблизить рукоятки къ животу. Рѣзкое подниманіе рукоятокъ легко можетъ повести къ тому, что передніе края ложекъ произведутъ пораненія на передней окружности вульвы (напр. вскрытіе расположенныхъ здѣсь пещеристыхъ пространствъ съ сильнымъ кровотеченіемъ), а задніе края врѣжутся въ заднюю влагалищную стѣнку.

При извлеченіи щипцами можетъ случиться, что они частью или совсемъ *соскользнутъ*. Различаютъ два вида соскальзыванія: 1) горизонтальное, при которомъ щипцы покидаютъ головку своею головною кривизною въ направленіи кпереди или кзади, и 2) вертикальное, причѣмъ верхушки щипцовъ соскальзываютъ съ головки въ направленіи проводной оси таза. До полного соскальзыванія акушеръ не долженъ допускать никоимъ образомъ, такъ какъ оно влечетъ за собою сильный травматизмъ и для дѣтской головки, и для материнскихъ частей. Къ тому же оно можетъ поставить врача въ смѣшное положеніе: извлеченные пустые щипцы, благодаря неожиданному и внезапному ослабленію сопротивленія, заставятъ его откинуться назадъ, а то даже и упасть навзничь. Соскальзываніе щипцовъ нужно замѣтить раньше, чѣмъ оно зайдетъ далеко. Въ началѣ извлеченія (при такъ назыв. пробной тракціи) вторая рука большимъ и 3, 4 и 5 пальцами плотно охватываетъ первую, лежащую на замкѣ (см. рис. 16), тогда какъ вытянутый указательный палецъ ладонною поверхностью верхушки касается головки плода (малаго родничка). Когда теперь первая рука производитъ потягиваніе и головка слѣдуетъ за щипцами, выпрямленный указательный палецъ не теряетъ своей связи съ головкою. Когда же щипцы двигаются впередъ безъ головки, указательный палецъ перестаетъ соприкасаться съ головкою, и по этому признаку и можно тотчасъ же опредѣлить начинающееся соскальзываніе. Далѣе, извлекающая рука замѣчаетъ соскальзываніе по тому, что щипцы начинаютъ пружинить, или даже по треску черепныхъ костей, но такой моментъ является уже указаніемъ на настоятельную необходимость прекращенія потягиванія. Какъ скоро замѣчаютъ соскальзываніе щипцовъ, нужно приостановить извлеченіе и, въ точности разслѣдовавъ положеніе ложекъ, вновь наложить ихъ болѣе цѣлесообразно; при этомъ не всегда необходимо бываетъ совершенно вынуть ложки.

Что касается *снятія* щипцовъ, то мы должны замѣтить, что щипцы могутъ быть сняты не раньше, чѣмъ будетъ совершенно извлечена головка. Мы присоединяемъ къ находящемуся между вѣтвями мизинцу лежащей на замкѣ руки 4-й палецъ (см. рис. 19), и тогда щипцы размыкаются и легко могутъ быть сняты. Въ случаѣ, если бы такой простой способъ не привелъ къ цѣли, захватываютъ въ каждую руку рукоятку щипцовъ и вынимаютъ ложки порознь, потягивая рукоятки сильно кнаружи и книзу. Нужно слѣдить за тѣмъ, не ущемилось-ли ухо въ окошкѣ щипцовъ; въ этомъ случаѣ осторожно высвобождаютъ его.

Рекомендуютъ также снимать вѣтви щипцовъ прежде, чѣмъ наибольшая окружность головки пройдетъ половую расщелину; благодаря освобожденію пространства, занятого до того ложками, промежность растягивается нѣсколько меньше, и такимъ образомъ шансы на сохраненіе ея увеличиваются. Головка въ этомъ случаѣ окончательно выжимается давленіемъ на заднюю часть промежности или со стороны прямой кишки. Мы лично не видимъ никакихъ особенныхъ преимуществъ въ такомъ раннемъ удаленіи щипцовъ, такъ какъ мѣсто, занимаемое ложками, довольно незначительно; къ тому же далеко нерѣдко случается, что выжиманіе головки не удается, и приходится вновь накладывать щипцы. Въ особенности мы возстаемъ противъ давленія со стороны прямой кишки (см. стр. 63).

Защитъ промежности при наложеніи щипцовъ должно быть удѣляемо особенно большое вниманіе. Мы здѣсь сперва разсмотримъ защиту промежности вообще, а затѣмъ сообщимъ о тѣхъ мѣрахъ, которыя нужно предпринять для нея при извлеченіи щипцами.

Защита промежности.

Тѣло доношеннаго плода, а въ особенности его головка, прорѣзываясь черезъ наружныя материнскія части, должно, естественно, обусловить чрезмѣрное растяженіе послѣднихъ. Когда мы при родахъ перворождающей предпринимаемъ внутреннее изслѣдованіе, сплошь и рядомъ возможное только при сильныхъ боляхъ, и когда мы удостоверяемся при этомъ въ узости материнскихъ частей, невольно напрашивается вопросъ: какимъ образомъ можетъ большая головка младенца пройти черезъ эти узкія части? На первый взглядъ это кажется немелкимъ, а между тѣмъ мы видимъ затѣмъ, какъ пути постепенно расширяются и младенецъ рождается, не причинивъ матери вреда. Ко времени родовъ влагалище и вульва обнаруживаютъ необычайную растяжимость, половыя части представляются особенно разрыхленными, эластичность ихъ поразительно велика. Конечно, растяжимость эта имѣетъ предѣлы, и нерѣдко она оказывается не настолько значительною, чтобы прорѣзываніе головки могло произойти безъ травматизма; въ этомъ случаѣ рожденіе ея становится возможнымъ только благодаря увеличенію родового пути на счетъ нарушенія цѣлости материнскихъ частей. Степень растяжимости послѣднихъ можетъ быть крайне различна. У болѣе старшихъ первороженицъ (старше 30 лѣтъ) материнскія

части несравненно болѣе неподатливы, чѣмъ у болѣе молодыхъ, и по-этому далеко скорѣе и легче могутъ подвергнуться травматизму. Поврежденія происходятъ по преимуществу на задней окружности вульвы, на промежности. Хотя во многихъ случаяхъ поврежденіе промежности, разрывъ ея, и представляется неизбѣжнымъ, тѣмъ не менѣе въ нашей власти предпринять рядъ мѣръ, предотвращающихъ такое поврежденіе или, по крайней мѣрѣ, сводящихъ его къ возможному минимуму. Къ изложенію этихъ мѣръ мы и переходимъ.

I. Разсмотримъ процессъ прохожденія черезъ вульву головки, стоящей на днѣ таза. Во время родовой схватки между губами показывается маленькій отрѣзокъ волосистой части головки. Въ то же время подъ напоромъ головки выпячиваются промежность и заднепроходная область. Движеніе, въ которомъ головка должна идти впередъ, въ которомъ она должна

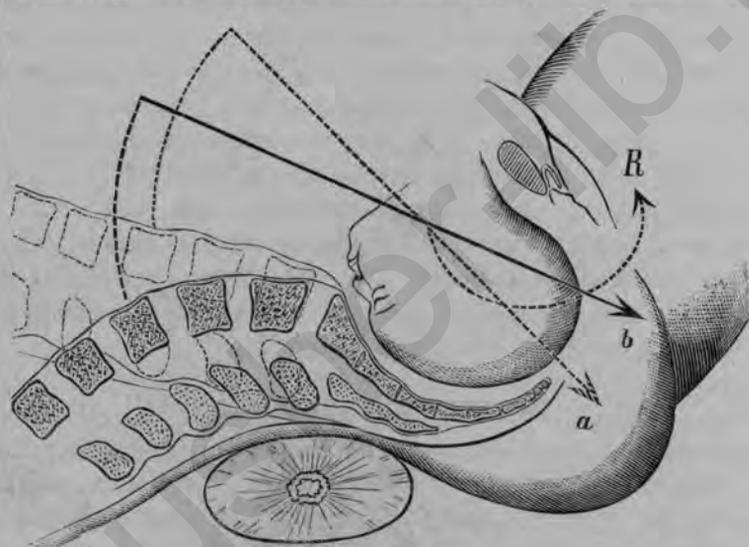


Рис. 23. Измѣненіе направленія изгоняющей силы подъ вліяніемъ выпрямленія поясничной части позвоночника. *R*—направленіе, которое должна принять головка. *a* — направленіе изгоняющей части при улощеніи спины. *b* — направленіе изгоняющей силы при выпрямленной поясничной части позвоночника (подушка, подложенная подъ крестецъ). Направленіе *b* благоприятнѣе въ отношеніи *R*, чѣмъ *a*. По *Schultze*. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

вернуться вокругъ симфиза, совершается въ направленіи впередъ (рис. 23 *R*). Направленіе же, въ которомъ изгоняющая сила двигаетъ головку впередъ, очень существенно уклоняется отъ только-что названнаго, иди кзади. Оно осуществляется осью матки и изображено на рис. 23 пунктированной линіею (*a*). Такимъ образомъ направленіе, въ которомъ головка должна совершать поступательное движеніе (*R*), и направленіе, въ которомъ она проталкивается изгоняющею силою (*a*), совершенно не совпадаютъ другъ съ другомъ. И если, несмотря на это, головка все-таки идетъ впередъ, то это происходитъ благодаря тому, что она на косыхъ поверхностяхъ тазового дна отклоняется кпереди, отгнѣсняется впередъ эластиче-

скимъ тазовымъ дномъ. Во всякомъ случаѣ головка очень сильно прижимается кзади, къ промежности. Если бы было возможно измѣнить направление изгоняющей силы такъ, чтобы головка прижималась менѣе сильно кзади, въ сторону промежности, и болѣе сильно кпереди, въ томъ направленіи, въ которомъ она должна совершать свое поступательное движеніе, то мы тѣмъ самымъ освободили бы промежность отъ испытываемаго ею давленія и достигли бы болѣе легкаго теченія родовъ. Такое измѣненіе осуществимо путемъ измѣненія положенія роженицы. Положеніе беременной матки и, слѣдственно, и направленіе изгоняющей силы находится въ зависимости отъ задней брюшной стѣнки, отъ положенія поясничнаго отдѣла позвоночника. Ось матки помѣщается въ разстояніи 11 см. впереди 3-го поясничнаго позвонка, какъ это указываетъ на рис. 23 пунктированная стрѣла *a*. Измѣняя направленіе поясничнаго позвонника, мы тѣмъ самымъ измѣняемъ и направленіе изгоняющей силы. Если мы сильно выпрямимъ поясничный отдѣлъ позвоночника, то мы перемѣстимъ, какъ показываетъ рис. 23, направленіе изгоняющей силы кпереди (стрѣлка *a*). Такого выпрямленія мы можемъ достигнуть, подложивъ подъ поясничный позвончикъ, въ вогнутость крестца (рис. 23), а не подъ ягодицы, довольно толстую валикообразную подушку. Мы видимъ на рисункѣ, что теперь направленіе изгоняющей силы (*b*) гонитъ головку въ меньшей степени кзади, чѣмъ раньше (*a*), что направленіе *b* менѣе сильно, чѣмъ направленіе *a*, отклоняется отъ того направленія, въ которомъ должно совершаться поступательное движеніе головки (*R*). Головка менѣе сильно оттѣсняется кзади, въ сторону промежности, послѣдняя не испытываетъ уже давленія, прорѣзываніе головки облегчается въ силу уменьшенія сопротивленій. Только-что описаннымъ простымъ способомъ, предложеннымъ *Schultze*, который установилъ названныя отношенія путемъ измѣреній, мы такимъ образомъ въ извѣстномъ смыслѣ производимъ защиту промежности. Онъ нерѣдко можетъ сослужить намъ полезную службу. Когда мы являемся къ роженицѣ и видимъ, какъ головка подъ вліяніемъ энергичной потужной дѣятельности напираетъ на вульву и тѣмъ не менѣе въ теченіе довольно долгаго времени не подвигается впередъ, мы можемъ помощью простой манипуляціи подкладыванія валика подъ поясничный позвончикъ уменьшить сопротивленіе настолько, чтобы потугамъ уже удалось быстро изгнать головку. Здѣсь такимъ образомъ описываемый приѣмъ позволить намъ подчасъ обойтись безъ наложенія щипцовъ.

Только-что изложенное имѣетъ собственно лишь нѣсколько отдаленное отношеніе къ защитѣ промежности, непосредственное же описаніе этой защиты приводится въ нижеслѣдующихъ строкахъ.

II. Изъ нормальнаго механизма прорѣзыванія головки мы знаемъ, что прежде всего затылокъ выступаетъ впередъ подъ лонную дугу настолько, насколько это допускается затылочною ямкою, прилегающею къ *ligamentum arcuatum*; лишь послѣ этого подбородокъ удаляется отъ груди, и, въ то время какъ затылочная ямка продолжаетъ лежать на задней поверхности

лоннаго сочлененія, послѣдовательно выкатываются надъ промежностью темя, лобъ, лицо. Вульва подвергается при этомъ наибольшему растяженію въ моментъ выступленія у *fronulum* лобныхъ бугровъ. Наибольшій размѣръ, вступающій при этомъ въ половую расщелину, это—малый косою или подзатылочно-лобный (разстояніе отъ затылочной ямки до лба), равный $10\frac{1}{2}$ цтм., соответственная окружность головки составляетъ 32 цтм. При нормальномъ механизмѣ этой окружности будетъ, слѣдовательно, соответствовать максимальное растяженіе вульвы (рис. 24 а). При отклоненіи механизма отъ нормальнаго типа дѣло дойдетъ до болѣе значительнаго растяженія вульвы. Въ томъ случаѣ, напр., когда бы затылокъ до поворота головки вокругъ своей поперечной оси не выступилъ вполнѣ, когда, стало быть, точкою вращенія у *ligamentum agnatum* явилась не затылочная ямка, а область малаго родничка, наибольшимъ

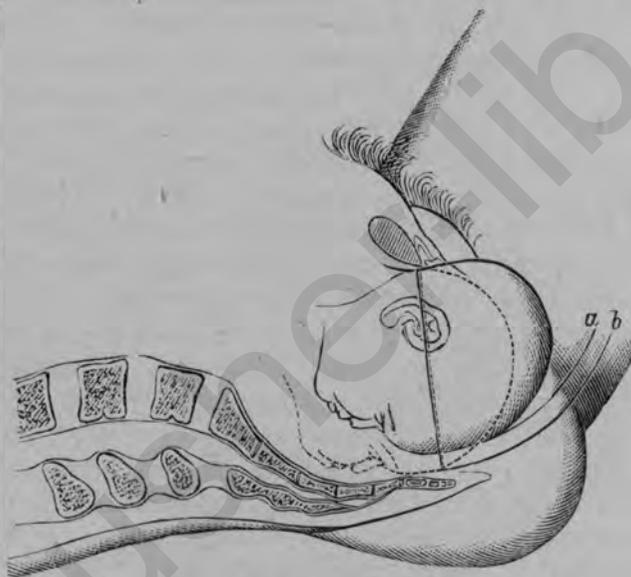


Рис. 24. Прорѣзываніе головки. а—нормальный механизмъ; наибольшимъ размѣромъ, растягивающимъ вульву, является подзатылочно-лобный размѣръ. б—неблагоприятный механизмъ; наибольшимъ размѣромъ, растягивающимъ вульву, является затылочно, лобный. По *Schultze*. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

размѣромъ, вступающимъ въ половую расщелину, былъ бы уже не малый косою, а прямой или затылочно-лобный (разстояніе отъ малаго родничка до лба), равный 12 цтм., соответственная окружность головки составляла бы 35 цтм., и, соответственно этому, вульва расширилась бы болѣе (рис. 24 б).

Такимъ образомъ для сохранности промежности въ высшей степени важно, чтобы прорѣзываніе головки совершалось при условіяхъ вполнѣ нормальнаго механизма. Заботу объ этомъ въ большинствѣ случаевъ беретъ на себя уже сама природа, и въ этомъ отношеніи намъ остается лишь быть пассивными наблюдателями. Мы только должны изслѣдовать,

выступилъ-ли затылокъ въ такой моментъ, когда головка должна повернуться вокругъ своей поперечной оси, настолько подъ лонною дугою, чтобы къ *ligamentum arcuatum* прилегала затылочная ямка. Если затылокъ двигается передъ собою нижнюю часть передней влагалищной стѣнки, то мы помощью пальца оттѣсняемъ ее назадъ на свое мѣсто. Въ томъ случаѣ, когда головка обнаруживаетъ наклонность къ преждевременному повороту вокругъ оси прежде, чѣмъ наступитъ полное выступаніе затылка подъ лонною дугою, мы содѣйствуетъ этому выступанію непосредственнымъ давленіемъ пальцами на затылокъ въ направленіи кзади, въ сторону промежности. Далѣе, мы кладемъ руку на промежность такъ, чтобы сильно отведенный большой палецъ покоился на одной, а остальные четыре пальца—на другой сторонѣ, и давленіемъ, направленнымъ кзади, т. е. въ сторону крестца, не даемъ передней части головки прорѣзаться до тѣхъ поръ, пока затылокъ не выступитъ полностью подъ лонною дугою. Такимъ образомъ рука, лежащая на промежности, должна производить давленіе въ сторону крестца, а не въ сторону лоннаго соединенія, какъ это часто ошибочно дѣлають (такъ назыв. поддерживаніе промежности). Подобнаго рода поддерживаніе какъ-разъ нарушило бы нормальный механизмъ и помѣшало бы затылку выступить совсѣмъ, стало бы побудило бы головку совершить поворотъ вокругъ поперечной своей оси въ такой моментъ, когда на *ligamentum arcuatum* лежала бы еще не затылочная ямка, а другая, ближайшая къ малому родничку точка головки; въ результатѣ половая расщелина растянулась бы болѣе значительно, чѣмъ нужно, окружностью головки и промежности угрожала бы болѣе сильная опасность. Какъ уже сказано, природа въ большинствѣ случаевъ сама уже беретъ на себя заботу о правильномъ механизмѣ, такъ что манипуляціи съ нашей стороны въ этомъ отношеніи излишни. Мы должны откровенно признаться, что, желая защитить промежность, сплошь и рядомъ черезчуръ злоупотребляють манипуляціями надъ нею. Очень и очень многіе методы и приемы для охраненія промежности восхвалялись усерднѣйшимъ образомъ, будучи между тѣмъ излишними, а подчасъ даже и прямо вредными. Гораздо лучше не нарушать естественнаго хода процесса, чѣмъ обнаруживать безцѣльное многодѣланіе ¹⁾.

III. Очевидно, что прорѣзываніе головки тѣмъ скорѣе совершится безъ травматизма, чѣмъ постепеннѣе оно будетъ растягивать наружныя материнскія части, чѣмъ медленнѣе оно будетъ происходить. Поэтому мы должны позаботиться о томъ, чтобы прорѣзываніе это происходило возможно медленно.

Во время періода изгнанія мы заставляемъ роженицу подкрѣплять потуги дѣятельностью брюшного пресса. Мы побуждаемъ ее натуживаться, перерабатывать потуги. Брюшной прессъ принимаетъ весьма существенное

¹⁾ Упомянемъ недавно сдѣланное предложеніе (*Hofbauer*) поворачивать, какъ скоро большой родничекъ показывается впереди *frenulum*, головку рукою нѣсколько въ сторону (затылокъ—въ сторону спинки), дабы освободить отъ давленія срединную часть промежности, всего болѣе подвергающуюся растяженію.

участіе въ поступательномъ движеніи плода. Насколько неправильно было бы пускать въ ходъ его дѣятельность въ періодѣ раскрытія, настолько же умѣтна его работа въ періодѣ изгнанія. Отчасти натуживаніе живота совершается при родовыхъ схваткахъ почти произвольно, безъ понужденія. Когда же головка начинаетъ сильно растягивать половую расщелину, энергичная работа брюшного пресса является уже нераціональною, такъ какъ она содѣйствуетъ лишь нежелательному болѣе бурному прорѣзыванію плода. Поэтому въ такое время мы запрещаемъ роженицѣ работать брюшнымъ прессомъ или, еще лучше, внушаемъ ей уже заранѣе, что съ того момента, который мы ей укажемъ, она должна перестать натуживаться, производя взамѣнъ этого глубокаго, довольно быстро слѣдующія другъ за другомъ дыханія; самое лучшее, если мы личнымъ примѣромъ продемонстрируемъ ей толчкообразное, душее дыханіе. Роженица должна при этомъ держать открытою голосовую щель, что помѣшаетъ ей энергично напрягать брюшную прессъ. Во время періода изгнанія мы обыкновенно облегчаемъ дѣятельность брюшного пресса тѣмъ, что даемъ роженицѣ въ руку концы полотенецъ или веревокъ, привязанныхъ къ ножкамъ кровати, въ качествѣ опоры, за которую она можетъ держаться, упирався ногами въ подставку, помѣщенную на кровати у ногъ. Какъ скоро, однако, прорѣзываніе головки дѣлаетъ сильную работу брюшного пресса излишнею, мы отнимаемъ у роженицы концы полотенецъ или веревокъ.

Цѣлесообразно также, чтобы прорѣзываніе головки совершалось при положеніи роженицы на боку, такъ какъ при этомъ брюшная прессъ въ меньшей степени можетъ быть приведенъ въ дѣятельность. Да и вообще въ интересахъ защиты промежности такое положеніе представляетъ большія выгоды; стоя у спины роженицы, лежащей на лѣвомъ боку съ нѣсколько притянутыми къ животу бедрами, акушеръ имѣетъ возможность особенно хорошо наблюдать за промежностью и удобно выполнять всѣ необходимые приемы.

Въ томъ случаѣ, когда головка прорѣзывается черезчуръ быстро, мы можемъ предотвратить это очень простымъ способомъ, именно, положивъ всю ручную кисть, слегка согнутую (степень сгибанія должна соответствовать поверхности головки), прямо на видимую часть головки и надавливая на нее во время родовой схватки, дабы не дать ей слишкомъ скоро выступить. Давленіе должно быть производимо именно всею ладонью, а не одними верхушками пальцевъ; такъ какъ оно должно быть довольно значительнымъ, то при примѣненіи однихъ кончиковъ пальцевъ, которые легли бы только на немногія точки головки, мы можемъ причинить поврежденія столь нѣжной и хрупкой части, какъ дѣтская головка. Нѣсколько притянутыя къ животу ноги лежащей на лѣвомъ боку женщины держать раздвинутыми помощью подушки, которую кладутъ между коленями; при такихъ условіяхъ рука удобно можетъ между бедрами со стороны промежности добраться до головки; той же цѣли достигаетъ и другая рука, направляясь черезъ верхнее бедро со стороны *mons Veneris*.

Непосредственное удерживаніе обнаженной головки оказывается несравненно болѣе цѣлесообразнымъ приѣмомъ, нежели давленіе, производимое черезъ промежность. Этотъ простой способъ замедленія прорѣзыванія является наиболѣе важною и зачастую даже единственно необходимою мѣрою защиты промежности.

IV. Въ иныхъ случаяхъ можетъ быть умѣстно поддерживаніе промежности, относительно котораго мы sub II отзывались неодобрительно, а именно въ томъ случаѣ, когда головка—что въ особенности можетъ имѣть мѣсто при вялой промежности—оттѣсняется изгоняющими силами черезчуръ сильно къзади и неплотно прилегаеть затылкомъ, геср. затылочною ямкою къ лонной дугѣ, слѣдовательно, не утилизируетъ здѣсь пространства; въ этомъ случаѣ будетъ правильно производить давленіе въ сторону симфиза наложенною на промежность рукою, иными словами—поддерживать промежность.

Таковы важнѣйшіе пункты, которые необходимо было рассмотреть въ вопросѣ о защитѣ промежности, тѣмъ не менѣе мы коснемся еще нѣкоторыхъ дальнѣйшихъ вспомогательныхъ приѣмовъ.

Прежде всего укажемъ на предложенный *Ritgen*'омъ *ручной приѣмъ со стороны прямой кишки*. Приѣмъ этотъ рекомендуется многими, но я уже здѣсь отмѣчу, что не совѣтую прибѣгать къ нему. *Ritgen* предлагаетъ въ тотъ моментъ, когда головка показывается въ половой расщелинѣ уже значительнымъ сегментомъ, ввести палецъ въ прямую кишку, производить черезъ переднюю прямокишечную стѣнку давленіе на ясно прощупываемую здѣсь переднюю часть головки и въ промежутокъ между потугами медленно выжимать головку. Механическій эффектъ этого приѣма несомнѣнно очень дѣйствителенъ, при всемъ томъ я долженъ высказаться противъ него, такъ какъ, съ одной стороны, здѣсь возможны поврежденія кишечной стѣнки, съ другой, способъ этотъ находится въ полномъ противорѣчій съ нашими воззрѣніями на асептику при родахъ. Мы должны предохранять отъ загрязненія каловыми массами нашъ палецъ, тотъ палецъ, который, быть можетъ, вслѣдъ за этимъ придется ввести во влагалище ради извлеченія плечиковъ, которому, быть можетъ, векорѣ придется принять участіе въ зашиваніи промежности. Правда, мы можемъ подвергнуть наши пальцы дезинфекціи, но при родахъ все же лучше избѣгать такого загрязненія. Тѣмъ, кто, несмотря на то, все-таки хотѣлъ бы примѣнить *Ritgen*'овскій приѣмъ, мы совѣтуемъ, по крайней мѣрѣ, защитить палецъ напереткомъ изъ кондомной резины.

Зато мы можемъ съ тѣмъ болѣе правомъ рекомендовать другой, равнымъ образомъ предложенный *Ritgen*'омъ *ручной приѣмъ*, который подвергся неза заслуженному забвенію и лишь недавно снова выступилъ на сцену (*Fehling*). Мы говоримъ о *Ritgen*'овскомъ *ручномъ приѣмѣ со стороны задней части промежности*, т. е. того отдѣла ея, который расположенъ между заднимъ проходомъ и верхушкою копчиковой кости. Когда мы при боковомъ положеніи роженицы будемъ слѣдить за врѣзъ,

ваніемъ головки, то мы можемъ замѣтить, что не только растягивается сама промежность, зияетъ заднепроходное отверстіе и обнажается слизистая оболочка передней кишечной стѣнки, но что выпячивается и задняя часть промежности. Въ томъ случаѣ, когда показывается уже значительный отрѣзокъ головки, можно черезъ заднюю часть промежности очень явственно прощупать лобъ, а впоследствии и лицо. Добравшись одною рукою черезъ заднюю часть промежности до лобной области и положивъ другую, слегка согнутую и проведенную между бедрами руку непосредственно на головку, мы получаемъ возможность управлять по своему желанію бимануально головкою. Мы можемъ этимъ путемъ препятствовать отхожденію головки, постоянно наступающему въ промежутокъ между потугами, такъ что достигнутое на высотѣ потужной дѣятельности растяженіе половой щели остается неизмѣненнымъ. Съ другой стороны, мы можемъ со-всѣмъ постепенно и совершенно по нашему желанію приводить головку въ межпотужной паузѣ къ прорѣзыванію. Этотъ ручной приѣмъ со стороны задней части промежности, обладающій всѣми преимуществами предыдущаго прямокишечнаго и свободный отъ его недостатковъ, я рекомендую самымъ горячимъ образомъ.

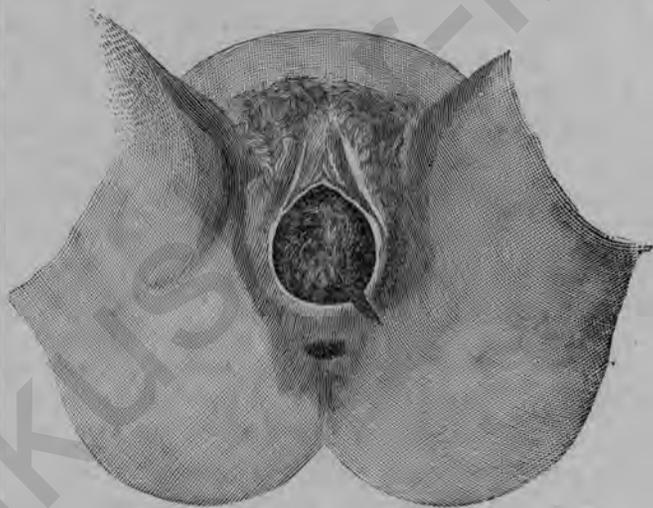


Рис. 25. Боковой разрѣзъ. Рисунокъ изображаетъ разрѣзъ въ моментъ его производства и указываетъ только на величину и направленіе его. Непосредственно вслѣдъ за разрѣзомъ или даже уже во время разрѣза края раны расходятся настолько, что они образуютъ съ окружностью половой щели одну контурную линію. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Когда показывается сегментъ волосистой части головки, но наибольшая окружность головки еще не прорѣзалась, то иногда, несмотря на всѣ принятія мѣры для защиты промежности, послѣдняя все же начинаетъ раздаваться, и мы имѣемъ всѣ данныя опасаться, что произойдетъ очень сильный разрывъ, который можетъ распространиться вплоть до прямой кишки, превратившись такимъ образомъ въ полный разрывъ промежности. Въ та-

комъ случаѣ, въ цѣляхъ предотвращенія столь значительнаго разрыва, рекомендуется искусственно расширить половую расщелину посредствомъ гладкаго разрѣза, накладываемаго на подходящемъ мѣстѣ. Для этого въ промежутокъ между потугами дѣлаютъ *боковой разрѣзъ* (рис. 25) въ направленіи къ сѣдалищному бугру, длиною примѣрно въ 2—3 цтм., входя вътвѣю прямыхъ ножницъ или пуговчатымъ ножомъ между головкою и краемъ половой щели. Послѣ разрѣза края раны расходятся, окружность щели значительно увеличивается, и головка можетъ прорѣзаться, не причиня дальнѣйшихъ поврежденій. Въ прежнее время такіе боковые разрѣзы, по большей части на обѣихъ сторонахъ, производили часто, можно сказать—даже черезчуръ часто; къ нимъ прибѣгали сплошь и рядомъ и тамъ, гдѣ въ нихъ никакой надобности не было, гдѣ безъ нихъ не произошло бы никакого разрыва или, въ худшемъ случаѣ, лишь самый ничтожный, а такъ какъ разрѣзъ приходится послѣ родовъ зашивать такъ же, какъ и разрывъ промежности, то понятно, что никакой выгоды при этомъ не получалось. Я совѣтую производить разрѣзъ, притомъ широкій и на одной лишь сторонѣ, только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ основаніе ожидать большого разрыва, распространяющагося до прямой кишки. Не говоря уже о томъ, что гладкая рѣзанная рана даетъ лучшіе шансы на заживленіе, чѣмъ рваная, обусловленная разрывомъ, соединеніе такого бокового разрѣза производится несравненно проще и общааетъ лучшее заживленіе, чѣмъ сложный всегда шовъ разрыва, доходящаго до прямой кишки.

Но и послѣ рожденія головки промежности угрожаетъ еще опасность. Прорѣзавшаяся головка, быть можетъ, обусловила лишь очень ничтожное поврежденіе промежности, которое при прохожденія плечиковъ черезъ половую щель можетъ превратиться въ большой разрывъ. Въ виду этого, необходимо тщательно слѣдить за прорѣзываніемъ плечиковъ. Здѣсь умѣстно поддерживаніе промежности, дабы переднее плечико, во время выкатыванія надъ промежностью задняго плечика, плотно прилегало къ лонной дугѣ. Точно также, когда мы извлекаемъ плечики пальцами, введенными въ подмышечные сгибы, мы должны удерживать переднее плечико у лонной дуги, въ то время, когда поднимаемъ заднее надъ промежностью. Послѣ прорѣзыванія плечиковъ рожденіе остальнаго туловища плода не представляетъ уже никакихъ затрудненій и не угрожаетъ промежности.

Совершенно аналогичные принципы защиты промежности примѣнимы и къ родамъ, происходящимъ въ другихъ положеніяхъ, особливо въ различныхъ головныхъ положеніяхъ (переднечерепномъ, лицевомъ, лобномъ). И здѣсь самое главное это, чтобы прорѣзываніе всегда происходило по типическому для даннаго положенія механизму и возможно медленно. Съ этими механизмами мы познакомимся впослѣдствіи и тогда при описаніи этихъ положеній коснемся также вопроса о защитѣ при нихъ промежности.

Обращаясь теперь къ вопросу о томъ, насколько мы при наложеніи щипцовъ должны разсчитывать на сохраненіе промежности, мы можемъ сказать слѣдующее. Соотвѣтственно изложенному sub II, необходимо, чтобы головка, извлекаемая щипцами, слѣдовала тому направленію, какое соотвѣтствуетъ нормальному механизму. Захваченною щипцами головкою мы имѣемъ возможность управлять до такой степени, что можемъ сообщать ей по желанію любыя движенія. Мы должны манипулировать ею такъ, чтобы затылокъ выступилъ совершенно подъ лонною дугою и затылочная ямка прилегала къ *ligamentum arcuatum*. Во все время, пока затылокъ не выступилъ весь, рука, лежащая на промежности (см. рис. 18), придерживаетъ переднюю часть черепа давленіемъ, производимымъ въ направленіи крестцовой кости. Если бы мягкія части отбѣснены были впередъ, ихъ нужно пальцами отодвинуть назадъ. Непосредственнымъ давленіемъ на затылокъ книзу равнымъ образомъ можно содѣйствовать его выступанію. Только тогда, когда затылокъ выступить достаточно впередъ, мы можемъ, высоко поднявъ рукоятки, низвести переднюю часть черепа и лицо. Такимъ образомъ мы не должны поднимать рукоятокъ черезчуръ рано, такъ какъ при этомъ черезъ половую расщелину пройдетъ размѣръ большій, чѣмъ подзатылочно-лобный; но, съ другой стороны, не слѣдуетъ поднимать ихъ слишкомъ поздно, такъ какъ въ этомъ случаѣ промежность равнымъ образомъ подвергается опасности. Легкимъ поворотомъ щипцовъ, по прорѣзываніи затылка, мы можемъ направить головку нѣсколько косо черезъ половую расщелину и тѣмъ самымъ освободить отъ давленія всего болѣе подвергающуюся растяженію срединную часть (см. примѣчаніе къ стр. 61).

Изложенное sub II требованіе относительно возможно медленнаго прорѣзыванія головки вполне можетъ быть удовлетворено при наложеніи щипцовъ. Мы должны производить тракціи только въ межпотужные промежутки, во время же потугъ мы ограничиваемся тѣмъ, что фиксируемъ головку щипцами; прижавъ къ туловищу руку, вооруженную щипцами, мы можемъ захваченною инструментомъ головку придерживать настолько крѣпко, что намъ удастся противодействовать даже самымъ сильнымъ родовымъ схваткамъ и очень энергической дѣятельности брюшного пресса. Въ этомъ смыслѣ щипцы являются прямо предохраняющимъ промежность инструментомъ.

Впрочемъ, при наложеніи щипцовъ обстоятельства нерѣдко складываются такимъ образомъ, что настоятельное показаніе, напр. асфиксія плода, можетъ потребовать быстрого окончанія родовъ, и въ этомъ случаѣ, само собою разумѣется, интересы промежности отходятъ на второстепенный планъ. При опасеніи черезчуръ большого разрыва мы выигрываемъ мѣсто помощью бокового разрѣза, крѣпко придерживая въ это время головку щипцами.

Вотъ все, что мы считали нужнымъ сказать о защитѣ промежности. Цѣлесообразными мѣрами мы можемъ получить здѣсь очень хорошіе ре-

зультаты. Но, съ другой стороны, отнюдь не всегда бываетъ возможно сохранить промежность цѣлою. Если материнскія части слишкомъ узки и недостаточно растяжимы по сравненію съ величиною плода, то рожденіе послѣдняго неизбежно должно повлечь за собою ихъ травматизмъ. Поэтому обычно за наступленіе разрыва промежности не слѣдуетъ дѣлать ответственными повивальной бабки или акушера, и такой упрекъ можетъ быть сдѣланъ лишь въ томъ случаѣ, когда разрывъ остался неузнаннымъ, когда онъ умышленно былъ скрытъ, или когда распознанный разрывъ не былъ зашитъ. Въ разрывѣ промежности бѣды особой нѣтъ, если только его какъ слѣдуетъ закрываютъ швами; какъ производится такое зашиваніе, объ этомъ сказано будетъ нами впослѣдствіи (см. отдѣлъ IX). Серьезныя и вредныя послѣдствія создаются только пренебреженіемъ и несоединеніемъ промежностнаго разрыва.

Наложеніе щипцовъ при затылкѣ, обращенномъ впередъ и въ сторону.

Мы рассмотрѣли въ предыдущемъ наложеніе щипцовъ въ наиболѣе простѣйшемъ случаѣ, когда при нормальномъ черепномъ положеніи головка опустилась низко въ тазъ и при своемъ прохожденіи черезъ послѣдній совершила свой нормальный поворотъ затылкомъ впередъ. Теперь прослѣдимъ механизмъ, продѣлываемый головкою въ другихъ, болѣе сложныхъ, случаяхъ, и посмотримъ, какъ должна быть произведена операція наложенія щипцовъ при различныхъ встрѣчающихся при этомъ положеніяхъ.

Нижеизображаемая схема должна наглядно представить данныя изслѣдованія, причемъ мы рассматриваемъ всегда тазъ женщины, лежащей на спинѣ, снизу, т. е. въ направленіи отъ половой расщелины къ головѣ (рис. 26).

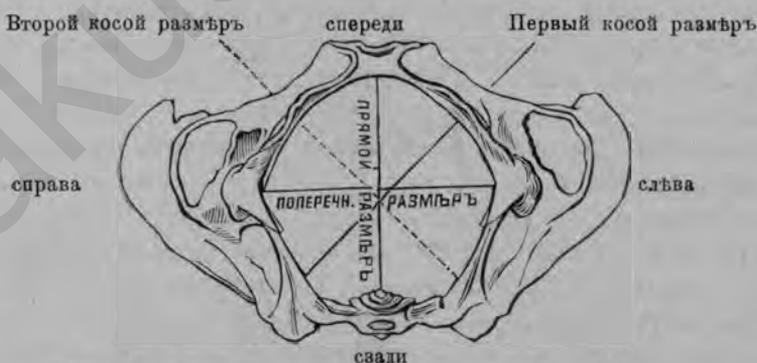


Рис. 26. Схема для занесенія данныхъ изслѣдованія.

Начинающій нерѣдко затрудняется здѣсь въ ориентированіи; поэтому я считаю необходимымъ подчеркнуть, что наши топографическія обозначенія всегда соответствуютъ анатомической топографіи материнскаго тѣла: обозначеніе „влѣво“ неизмѣнно будетъ относиться къ лѣвой сторонѣ

матери, а не къ лѣвой сторонѣ изслѣдующаго, обозначеніе „вправо“ — къ правой сторонѣ матери. Сторона, у лежащей на спинѣ женщины представляющаяся повидимому верхней, будетъ обозначаться нами какъ передняя; сторону, кажущуюся нижней, мы будемъ называть заднею. „Спереди“ всегда будетъ обозначать по направленію къ лонному соединенію, „сзади“ — по направленію къ крестцу. Говоря „книзу“, мы будемъ разумѣть только направленіе къ половой расщелинѣ; говоря „кверху“, будемъ разумѣть направленіе къ груди и головѣ.

Во всякой плоскости таза мы различаемъ прямой размѣръ — спереди кзади, поперечный — справа налѣво и два косыхъ размѣра, притомъ первый — идущій слѣва и спереди вправо и кзади и второй — идущій справа и спереди влѣво и кзади. Нужно просто запомнить, что первый косой размѣръ будетъ тотъ, въ которомъ пробѣгаетъ стрѣловидный шовъ при наиболѣе часто встрѣчающемся положеніи — первомъ подраздѣленіи (I a) черепного положенія.

Рис. 27 и 28 изображаютъ главный поворотъ головки при прохожденіи черезъ тазъ, поворотъ затылка со стороны таза къ передней тазовой стѣнкѣ. Рис. 27 представляетъ такой поворотъ для перваго черепного положенія: головка вступаетъ во входъ въ тазъ въ поперечномъ положеніи, затылкомъ влѣво, переднею частью черепа вправо, слѣдовательно малымъ родничкомъ влѣво, большимъ вправо, стрѣловиднымъ швомъ въ поперечномъ размѣрѣ (рис. 27a).

Теперь при прохожденіи головки черезъ средину таза затылокъ постепенно поворачивается кпереди, какъ то показываетъ стрѣлка на рисункѣ, и мы получаемъ малый родничекъ влѣво и кпереди, большой вправо и кзади и стрѣловидный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ (рис. 27b).

Въ томъ же направленіи, опять-таки обозначаемою стрѣлкою, затылокъ продолжаетъ поворачиваться впередъ, такъ что, когда головка достигаетъ тазового дна, получается такое положеніе: малый родничекъ кпереди, большой кзади, стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ (рис. 27c).

Совершенно аналогичное мы имѣемъ и при второмъ черепномъ положеніи (см. рис. 28 a, b, c).

До сихъ поръ мы накладывали щипцы при совѣтѣ кпереди обращенномъ маломъ родничкѣ; вводя лѣвую ложку точно влѣво и правую точно вправо, мы обхватывали головку въ ея поперечномъ размѣрѣ (рис. 29). Обѣ вѣтви щипцовъ ложились на оба височныхъ бугра, плоскость рукоятокъ стояла вертикально къ стрѣловидному шву (къ срединной плоскости головки). Затѣмъ, постоянно поднимая рукоятки въ срединномъ направленіи кверху къ животу роженицы, послѣ того какъ затылокъ совершенно выступилъ подъ лонную дугу, мы сообщали головкѣ ея типическій механизмъ выхожденія, при которомъ точкою вращенія служила затылочная ямка, прилегавшая къ *ligamentum arcuatum*.

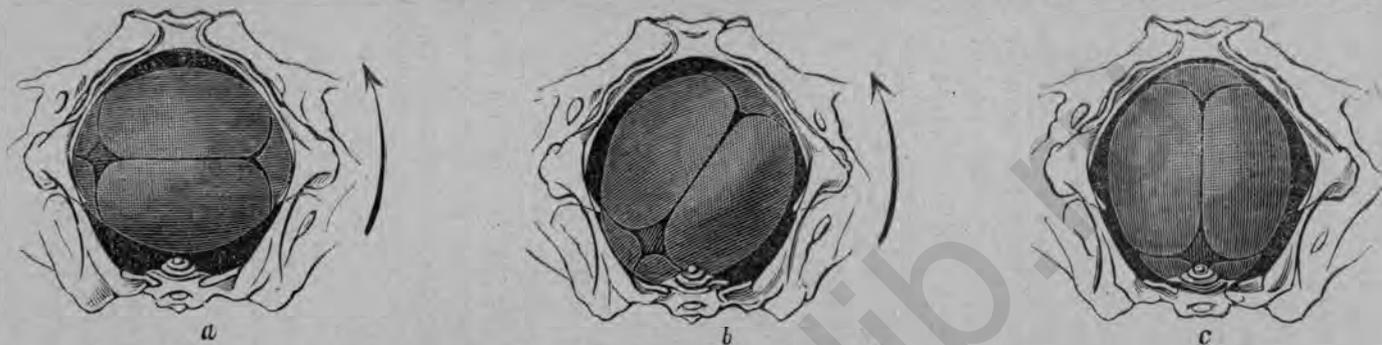


Рис. 27. I черепное положение: поворотъ затылка кпереди. *a*: малый родничекъ влѣво, большой вправо, стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ. *b*: малый родничекъ влѣво и кпереди, большой вправо и къзади, стрѣловидный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ. *c*: малый родничекъ кпереди, большой къзади, стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ $\frac{1}{4}$ натур. величины. Эти, какъ равно и аналогичные слѣдующіе рисунки только *схематичны*. Такъ, здѣсь, смотря прямо снизу, мы не увидимъ большого родничка, ибо головка проходитъ черезъ тазъ съ опущеннымъ малымъ родничкомъ, и для того, чтобы сдѣлать видимыми оба родничка, головка представлена здѣсь въ положеніи менѣе сильнаго сгибанія, чѣмъ то, какое соотвѣтствуетъ нормѣ.

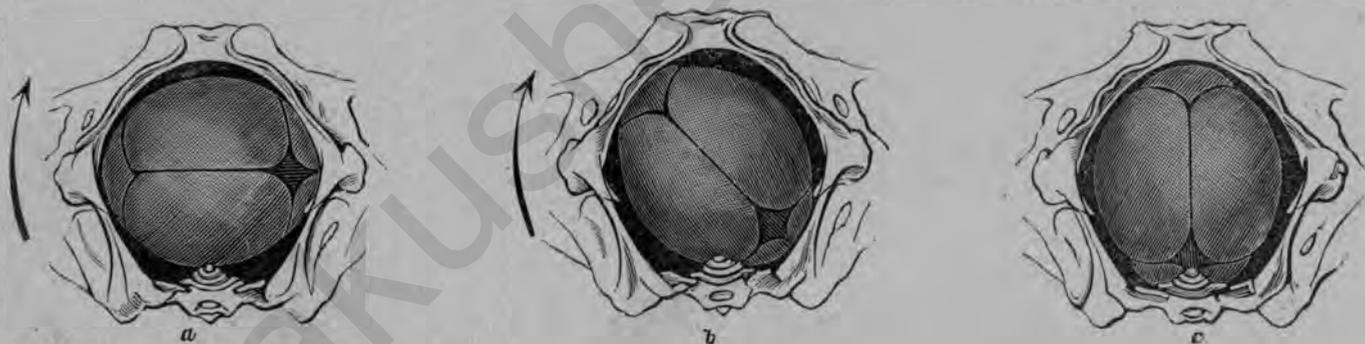


Рис. 28. II черепное положеніе. Поворотъ затылка кпереди. *a*: малый родничекъ вправо, большой влѣво, стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ. *b*: малый родничекъ вправо и кпереди, большой влѣво и къзади, стрѣловидный шовъ во второмъ косомъ размѣрѣ. *c*: малый родничекъ кпереди, большой къзади, стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Предположимъ теперь, что на-лицо имѣется показаніе къ примѣненію щипцовъ, но что затылокъ (малый родничекъ) при изслѣдованіи оказывается обращеннымъ еще не прямо кпереди, а кпереди и въ сторону.

Если малый родничекъ смотреть не черезчуръ сильно въ сторону, то мы можемъ здѣсь наложить щипцы совершенно такъ, какъ это дѣлали выше при прямо кпереди обращенномъ маломъ родничкѣ. Дѣло въ томъ, что уже при наложеніи инструмента, гспр. его замыканіи *головка часто поворачивается въ щипцахъ затылкомъ впередъ*, такъ что ложки опять-таки обхватываютъ головку съ боковыхъ ея частей; мы замѣчаемъ при этомъ взаимное приближеніе рукоятокъ.

Когда же затылокъ обращенъ больше въ сторону, то головка обыкновенно помѣщается въ тазу нѣсколько выше. Ложкамъ такимъ образомъ приходится пройти до головки большой путь, и потому рукоятки направлены нѣсколько болѣе внизъ, чѣмъ при ранѣе описанномъ наложеніи щипцовъ

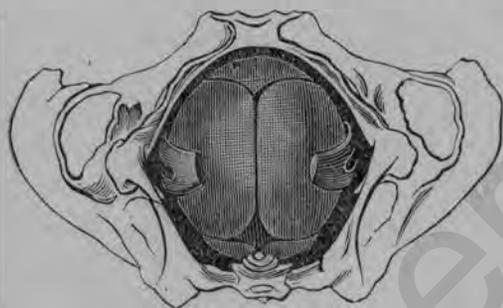


Рис. 29. Наложеніе щипцовъ при обращенномъ кпереди маломъ родничкѣ. Ложки обхватываютъ боковыя части головки. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

на головку, находящуюся въ тазовомъ выходѣ. Направленіе рукоятокъ въ общемъ указываетъ на надлежащее направленіе потягиванія. Если рукоятки по наложеніи щипцовъ еще далеко отстоятъ другъ отъ друга, то щипцы, значитъ, плохо легли на головку, не обхватили ея съ боковъ. Но при дальнѣйшемъ потягиваніи *головка по большей части поворачи-*

вается въ щипцахъ, рукоятки приближаются другъ къ другу. Въ промежуткѣ между отдѣльными тракціями нужно убѣдиться въ положеніи малого родничка. До тѣхъ поръ, пока онъ еще обращенъ въ сторону, умѣстно производить потягиваніе щипцами нѣсколько въ противоположномъ направленіи. Если мы въ промежуткахъ между тракціями будемъ слегка расслаблять соединеніе щипцовъ, то каждое новое замыканіе ихъ будетъ содѣйствовать исправленію положенія головки.

Если и при видимой головкѣ малый родничекъ все еще обращенъ не кпереди, а нѣсколько въ сторону, то мы приводимъ его къ срединному положенію, сообщая головкѣ во время извлеченія щипцами легкое вращеніе. Этотъ поворотъ производится очень просто такимъ образомъ, что мы поднимаемъ рукоятки щипцовъ не прямо въ срединной плоскости, какъ обыкновенно, а нѣсколько косо, въ направленіи пахового сгиба, противолежащаго той сторонѣ, на которой находится затылокъ. Стало быть, при первомъ черепномъ положеніи, когда малый родничекъ смотреть еще нѣсколько влѣво, мы, желая его привести къ срединѣ, иначе говоря—нѣсколько вправо, должны поднять рукоятки щипцовъ косо къ правому па-

ховому сгибу (рис. 30 *a* и *b*). При второмъ черепномъ положеніи, для того чтобы привести обращенный еще нѣсколько вправо малый родничекъ также къ срединѣ, въ этомъ случаѣ такимъ образомъ нѣсколько влѣво, мы должны при поднятіи рукоятокъ направить ихъ косо къ лѣвому паховому сгибу. Впрочемъ, нѣтъ безусловной необходимости приводить головку въ абсолютно срединное положеніе; можно удовольствоваться также и тѣмъ, что устанавливають ее слегка косвенно, и это даже имѣеть свои преимущества, такъ какъ промежность не будетъ напрягаться одновременно обоими височными буграми (см. стр. 66).

Косое наложеніе щипцовъ при косомъ стояніи головки.

Если малый родничекъ удаленъ еще болѣе отъ срединной линіи, если, стало быть, головка стоитъ сильно косо, то можетъ быть умѣстно уже при самомъ наложеніи щипцовъ считатьъ съ этимъ косымъ стояніемъ, не измѣняя его. Мы накладываемъ въ этомъ случаѣ инструментъ такъ, чтобы

вѣтви его опять-таки обхватили головку какъ-разъ въ ея боковыхъ частяхъ (височные бугры); такимъ образомъ здѣсь щипцы будутъ наложены

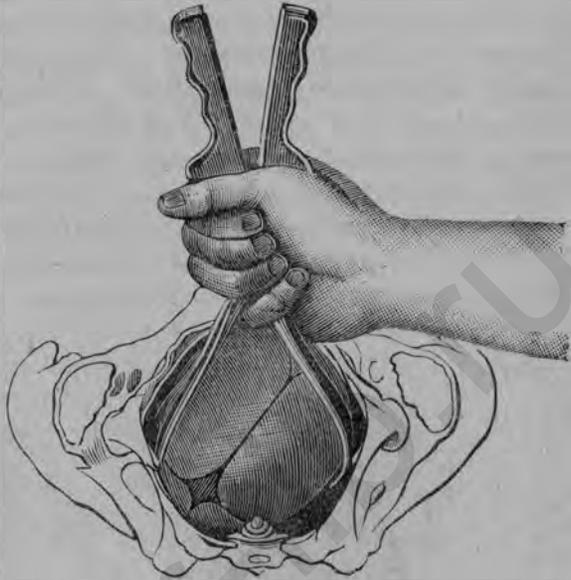


Рис. 30 *a*.

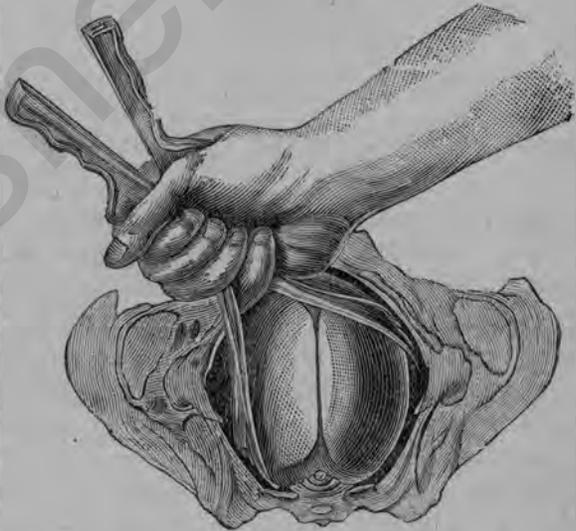


Рис. 30 *b*. I черепное положеніе Малый родничекъ обращенъ нѣсколько влѣво (*a*). Рукоятки щипцовъ поднимаются въ направленіи праваго пахового сгиба, малый родничекъ приводится къ срединной плоскости (*b*). $\frac{1}{4}$ натур. величины.

уже не въ поперечномъ размѣрѣ таза, какъ до сихъ поръ, а въ косомъ. Послѣ охватыванія головки они, совершенно подобно тому, какъ при наложеніи при прямо впередъ смотрящемъ затылкъ, должны быть обращены къ затылку вогнутою стороною тазовой кривизны. При черепномъ положеніи *1a*, когда, слѣдовательно, малый родничекъ обращенъ влѣво и кпереди, лѣвая ложка должна прійтись, влѣво и кзади, правая—вправо и кпереди (рис. *31a*). Щипцы лежатъ такимъ образомъ во второмъ косомъ размѣрѣ, т. е. въ томъ, въ которомъ стрѣловидный шовъ не проходитъ. Мы приводимъ лѣвую ложку, которая должна лечь нѣсколько кзади, къ цѣлю уже при самомъ введеніи, благодаря тому, что пальцы прилаживающей правой руки, обхватывая головку, помѣщаются своими верхушками впереди крестцово-подвздошнаго сочлененія, и ложка здѣсь

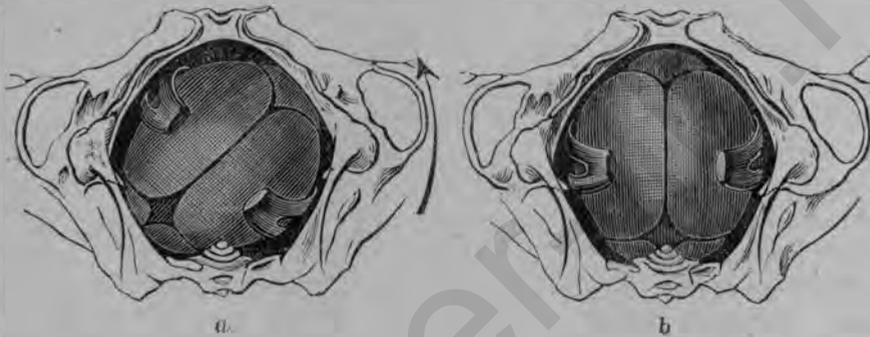


Рис. 31. Щипцы при косомъ стояніи головки. I черепное положеніе. *a*: ложки щипцовъ во второмъ косомъ размѣрѣ. Поворотъ въ направленіи стрѣлки приводитъ къ слѣдующему положенію: ложки щипцовъ въ поперечномъ размѣрѣ; малый родничекъ смотреть кпереди. $\frac{1}{4}$ натур. величины. Этотъ рисунокъ, какъ и аналогичные слѣдующіе, *схематичны*. Повороты головки производятся не однимъ только вращеніемъ щипцами, но и самостоятельно въ щипцахъ.

ложится на головку. Правую вѣтвь, которая должна прійтись нѣсколько кпереди, мы вводимъ туда не непосредственно, такъ какъ это было бы затруднительно, но сперва обычнымъ порядкомъ въ сторону или также слегка кзади, накладывая ее такимъ образомъ на голову, и лишь послѣ того выдвигаемъ ее впередъ, нѣсколько опускаая съ этой цѣлью рукоятку и направляя ложку кпереди пальцами прилаживающей руки. Послѣ замыканія щипцовъ, производимаго въ косомъ положеніи ложекъ, рукоятки показываютъ намъ, что щипцы лежатъ косо. Мы видимъ именно, что плоскость передней поверхности рукоятокъ обращена не прямо вверхъ, но косо влѣво и вверхъ. *Въ то время, когда мы предпринимаемъ извлеченіе*, мы одновременно производимъ легкое вращеніе щипцами соответственно направленію стрѣлки на рис. *31a*, такъ что вогнутая сторона тазовой кривизны обращена прямо кпереди, лѣвая ложка приходится прямо влѣво, а правая прямо вправо. Вращенія щипцами безъ одновременнаго потягиванія слѣдуетъ избѣгать. Ощупывающій палецъ констатируетъ, что головка продѣлала совмѣстно этотъ поворотъ, что малый родничекъ теперь

обращенъ прямо кпереди (рис. 31 *b*). Дальнѣйшее извлеченіе происходитъ обычнымъ образомъ.

Совершенно аналогичное имѣеть мѣсто и при черепномъ положеніи II *a*. Здѣсь малый родничекъ обращенъ вправо и кпереди. Мы накладываемъ щипцы въ первомъ косомъ размѣрѣ, не занятомъ стрѣловиднымъ швомъ. Лѣвая ложка приходится влѣво и кпереди, правая — вправо и кзади (рис. 32 *a*). Въ данномъ случаѣ мы вводимъ лѣвую вѣтвь сперва влѣво и вверхъ и засимъ передвигаемъ ее влѣво и кпереди; правая вводится непосредственно вправо и кзади. Во время извлеченія мы поворачиваемъ вогнутую сторону тазовой кривизны впередъ (направленіе стрѣлки на рис. 32 *a*), и такимъ образомъ малый родничекъ устанавливается прямо кпереди, лѣвая ложка приходится прямо влѣво, правая — прямо вправо (рис. 32 *b* = 31 *b*).

Мы не вводимъ лѣвую ножку непосредственно влѣво и кпереди потому, что на передней тазовой стѣнкѣ ее трудно продвинуть вверхъ; всего легче ложка скользнуть вверхъ съ задней стороны впереди крестцово-подвздошнаго

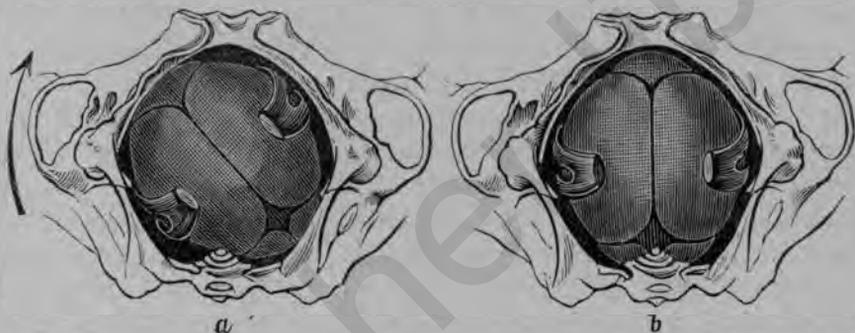


Рис. 32. Щипцы при косомъ стояніи. II черепное положеніе. *a*: ложки щипцовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ. Поворотъ въ направленіи стрѣлки даетъ въ результатѣ положеніе *b*: ложки щипцовъ въ поперечномъ размѣрѣ, малый родничекъ кпереди. $\frac{1}{4}$ натуральной величины.

сочлененія; поэтому, если желаютъ, чтобы ложка пришлась прямо сбоку, можно пройти вверхъ съ задней стороны впереди articulatio sacro-iliaca и уже затѣмъ продвинуть ее въ желаемомъ направленіи.

Что послѣ косога наложенія щипцовъ вогнутая сторона тазовой кривизны должна быть обращена къ затылку, явствуетъ уже изъ того простаго соображенія, что послѣ вращенія вогнутая поверхность тазовой кривизны, въ силу направленія тазового канала, должна смотрѣть въ сторону передней стѣнки таза, что, слѣдовательно, и передъ тѣмъ та часть головки, которая должна повергнуться къ прямой тазовой стѣнкѣ, при захватываніи щипцами должна находиться на той же сторонѣ послѣднихъ, за которую она имѣеть слѣдовать впередъ.

Низкое поперечное стояніе головки.

Нормальный поворотъ затылка впередъ совершается по большей части въ то время, когда головка проходитъ черезъ средину таза. Поэтому въ

нижнемъ отдѣлѣ тазовой полости мы находимъ малый родничекъ обращеннымъ уже не въ сторону, а, по меньшей мѣрѣ, въ сторону и впереди. Но случается также, что поворотъ замедляется, что головка опускается низко въ тазъ все еще въ поперечномъ положеніи, такъ что малый родничекъ смотритъ еще совсѣмъ въ сторону, а стрѣловидный шовъ направляется поперечно. При такихъ условіяхъ мы говоримъ о „низкомъ поперечномъ стояніи головки“. Мы видимъ такимъ образомъ, что низкое поперечное стояніе головки представляетъ собою не особенное положеніе, а только определенный стадій въ механизмѣ нормальнаго черепнаго положенія. Здѣсь отклоненіемъ является не самое положеніе головки, какъ таковое, а лишь сохраненіе въ нижнемъ отдѣлѣ тазовой полости этого положенія, представляющагося нормальнымъ, когда головка находится въ верхнемъ отдѣлѣ.

Причина низкаго поперечнаго стоянія головки можетъ заключаться въ томъ, что сопротивленія, нормально содѣйствующія опущенію, а, слѣдовательно, и послѣдующему выступленію затылка, понижаются сравнительно съ обычнымъ ихъ уровнемъ. Такъ, мы видимъ, что при маленькой головкѣ или при широкомъ по сравненію съ головкою тазовомъ каналѣ головка опускается въ тазъ въ поперечномъ положеніи. Но нерѣдко послѣднее имѣетъ мѣсто и при головкѣ нормальной величины.

Низкое поперечное стояніе головки отнюдь не представляетъ собою особенно неблагоприятнаго осложненія родового акта и не обязательно нарушаетъ правильное теченіе послѣдняго. Дѣло въ томъ, что и на тазовомъ днѣ можетъ еще прекрасно совершиться нормальный поворотъ затылка впередъ. Но въ другихъ случаяхъ поворотъ этотъ, несмотря на исправную потужную дѣятельность, не наступаетъ, и тогда такое положеніе можетъ послужить дѣйствительнымъ препятствіемъ къ акту родовъ. Сильныя вначалѣ потуги подъ конецъ ослабѣваютъ, не выдерживая сопротивленія, противопоставляемаго поперечнымъ стояніемъ головки, и теченіе родовъ приостанавливается.

Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдали прорѣзываніе головки въ поперечномъ положеніи; очевидно, что такое явленіе мыслимо только при особливо благоприятныхъ пространственныхъ условіяхъ, стало быть—главнымъ образомъ при маленькой головкѣ. Прорѣзываніе головки въ поперечномъ положеніи, независимо отъ пространственныхъ помѣхъ, затрудняется еще въ особенности тѣмъ, что оно можетъ произойти только при очень сильномъ боковомъ сгибаніи шейной части позвоночника. Промежности при такомъ поперечномъ прорѣзываніи головки угрожаетъ сильная опасность.

Что же намъ нужно предпринять, когда изслѣдованіе роженицы обнаруживаетъ подобное низкое поперечное стояніе головки? Если въ остальномъ все нормально, стало быть—состояніе матери и плода хорошо, то для особаго вмѣшательства нѣтъ повода. Намъ вѣдь извѣстно, что и въ нижнемъ отдѣлѣ таза можетъ еще совершиться и въ дѣйствительности по большей части и совершается нормальный поворотъ. Все же мы имѣемъ возможность сдѣлать кое-что, для того чтобы содѣйствовать этому нор-

мальному повороту, а именно мы прибѣгаемъ для этого къ особенному положенію тѣла роженицы, къ *положенію на боку*.

Здѣсь по поводу этого важнаго показанія мы впервые сталкиваемся съ вопросомъ о положеніи роженицы на боку, которымъ мы пользуемся въ акушерствѣ довольно часто и съ успѣхомъ. Правило, относящееся ко всемъ случаямъ примѣненія этого положенія тѣла вообще, гласитъ: *роженницу нужно класть на тотъ бокъ, на которомъ находится и лежащая часть плода*. Подъ лежащею частью мы разумемъ ту часть плода, которая, соотвѣтственно механизму даннаго положенія, проходитъ черезъ тазъ первую и поворачивается къ передней тазовой стѣнкѣ. При черепномъ положеніи такою лежащею частью будетъ, слѣдовательно, затылокъ (малый родничекъ). Когда мы, соотвѣтственно вышеприведенному правилу, помѣщаемъ при низкомъ поперечномъ стояніи головки роженицу на тотъ бокъ, на которомъ находится затылокъ плода, то спинка послѣдняго опускается въ ту же сторону, что и содѣйствуетъ опущенію затылка, лежащей части. А такъ какъ наиболѣе низкая часть плода поворачивается впередъ, то, стало быть, тѣмъ самымъ облегчается поворотъ впередъ малаго родничка. Соотвѣтственно сказанному, мы въ случаѣ низкаго поперечнаго стоянія при I черепномъ положеніи помѣщаемъ роженицу на лѣвомъ боку, при II черепномъ положеніи—на правомъ боку. Мы можемъ нерѣдко наблюдать, что головка, которая до того, быть можетъ, долгое время оставалась въ положеніи низкаго поперечнаго стоянія, вслѣдъ за перемѣщеніемъ роженицы на бокъ немедленно пробѣзывается по нормальному механизму.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ удается непосредственнымъ пальцевымъ давленіемъ на заднюю темянную кость по близости малаго родничка повернуть затылокъ нѣсколько вправо (рычажное дѣйствіе).

Но въ другихъ случаяхъ головка, несмотря на надлежащую потужную дѣятельность, сохраняетъ свое низкое поперечное стояніе, и это неподдающееся сопротивленіе беретъ подъ конецъ перевѣсъ надъ потугами, постепенно ослабѣвающими. При такихъ условіяхъ низкое поперечное стояніе головки уже само по себѣ можетъ служить показаніемъ къ искусственному окончанію родовъ, къ наложенію щипцовъ. Помимо того, искусственное окончаніе родового акта въ такое время, когда головка обнаруживаетъ низкое поперечное стояніе, можетъ быть показано еще и въ силу иныхъ соображеній (опасность, угрожающая матери или плоду). И въ этомъ случаѣ мы опять-таки должны будемъ прибѣгнуть къ щипцамъ.

Если бы мы при низкомъ поперечномъ стояніи головки вздумали наложить щипцы поперечно, какъ это мы дѣлаемъ при обращенномъ впередъ затылкѣ, т. е. такъ, чтобы лѣвая ложка пришлась точно влѣво, а правая—точно вправо, то мы обхватили бы головку въ весьма неблагоприятномъ размѣрѣ, именно съ затылка и передней части черепа, и не были бы въ состояніи извлечь ее въ этомъ размѣрѣ. Щипцы, какъ извѣстно, всего лучше обхватываютъ головку съ боковъ (височные бугры),

и для того, чтобы вѣтви щипцовъ легли на нее въ этомъ положеніи при низкомъ поперечномъ стояніи, намъ нужно было бы наложить инструментъ въ прямомъ размѣрѣ, иными словами—одну ложку совсѣмъ сзади, другую совсѣмъ кпереди. Подобное наложеніе, однако, невыполнимо по причинѣ сильной тазовой кривизны щипцовъ; для этого нужно было бы примѣнить короткіе щипцы безъ тазовой кривизны. Такъ какъ при поперечномъ накладываніи щипцы обхватываютъ головку очень неблагоприятно, прямое же наложеніе, при которомъ ложки легли бы на нее какъ слѣдуетъ, невозможно, то мы выбираемъ средину и *накладываемъ щипцы косо*. Какимъ образомъ производится такое косое наложеніе, легко понять. Мы должны при извлеченіи вращать косо захваченную щипцами поперечно стоящую головку такимъ образомъ, чтобы затылокъ повернулся впередъ. Послѣ вращенія щипцы должны лежать соотвѣтственно своей тазовой кривизнѣ, т. е. вогнутая сторона послѣдней должна быть обращена къ передней тазовой стѣнкѣ. Такъ какъ послѣ поворота и затылокъ долженъ быть обращенъ къ передней тазовой стѣнкѣ, то передъ вращеніемъ щипцы должны лежать косо такъ, чтобы вогнутая поверхность ихъ тазовой кривизны смотрѣла въ сторону затылка. Соотвѣтственно этому, правило гласитъ: при низкомъ поперечномъ стояніи головки щипцы накладываются въ косомъ діаметрѣ таза такъ, чтобы *вогнутость тазовой кривизны была обращена къ предлежащей части*. Такимъ образомъ въ случаѣ низкаго поперечнаго стоянія при I черепномъ положеніи, когда затылокъ находится слѣва, вогнутая сторона щипцовъ должна прійтись влѣво, и, значить, лѣвую ложку нужно наложить слѣва и сзади, а правую—справа и спереди, иными словами—ложка щипцовъ лежатъ во второмъ косомъ размѣрѣ (рис. 33 а). Въ случаѣ низкаго поперечнаго стоянія при II черепномъ положеніи, когда затылокъ находится справа, вогнутая сторона щипцовъ должна быть направлена вправо, слѣдовательно, лѣвую ложку нужно наложить слѣва и спереди, а правую—справа и сзади, иначе говоря—щипцы лежатъ въ первомъ косомъ размѣрѣ (рис. 34 а). Головка обхватывается съ лежащей сзади части затылка и съ лежащей спереди части передняго отдѣла черепа. Во время начала извлеченія щипцы вращаются такъ, чтобы ихъ тазовая кривизна совпадала съ кривизною тазового канала; благодаря этому, съ вогнутою стороною щипцовъ поворачивается впередъ и затылокъ. Процессъ этотъ легко изобразить наглядно, если взять замкнутыми щипцы въ руку, держать ихъ передъ половиною расщелиною косо въ томъ направленіи, въ которомъ они должны быть наложены, и производить ими вращеніе.

Ложка, имѣющая лежать сзади и сбоку, стало быть—при I черепномъ положеніи лѣвая, вводится туда непосредственно подъ руководствомъ прилаживающихъ пальцевъ, обхватывающихъ головку сзади. Другую ложку, которая должна прійтись впереди, накладываютъ на головку сперва также сзади и сбоку или, по крайней мѣрѣ, совсѣмъ сбоку, но затѣмъ, подъ руководствомъ прилаживающихъ пальцевъ и опустивъ рукоятку, выдвигаютъ

гаютъ ее впередъ ¹⁾). Щипцы замыкаются въ косомъ положеніи щипцовъ, которое указывается направлениемъ передней поверхности рукоятокъ, именно поверхность эта обращена не прямо вверхъ, какъ при поперечномъ наложеніи щипцовъ, но вверхъ и въ сторону. Во время вращения и из-

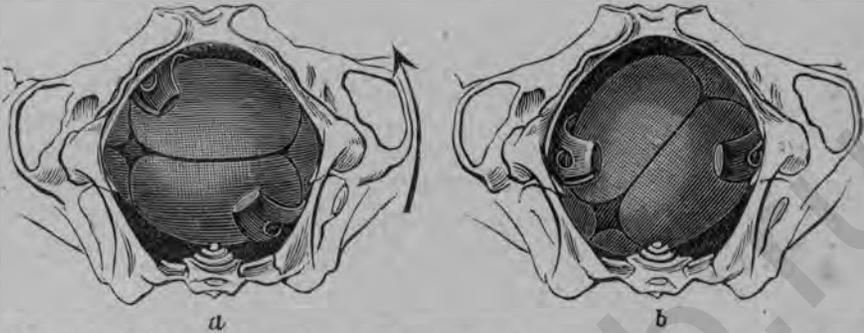


Рис. 33. Щипцы при низкомъ поперечномъ стояніи. I черепное положеніе. *a*: щипцы во второмъ косомъ размѣрѣ, лѣвая ложка слѣва и сзади, правая ложка справа и спереди. Вращеніе щипцами во время извлеченія въ направленіи стрѣлки даетъ въ результатъ картину *b*: щипцы въ поперечномъ размѣрѣ, малый родничекъ подвинулся впередъ и влево и при дальнѣйшемъ извлеченіи выступаетъ совсѣмъ впередъ. ^{1/4} натур. величины.

влеченія указательный палецъ одной руки отыскиваетъ малый родничекъ и слѣдуетъ за направлениемъ его впередъ. Перѣдко затылокъ уже во время замыканія щипцовъ поворачивается въ инструментъ нѣсколько впередъ, такъ что, когда щипцы приведены въ поперечный размѣръ, малый род-

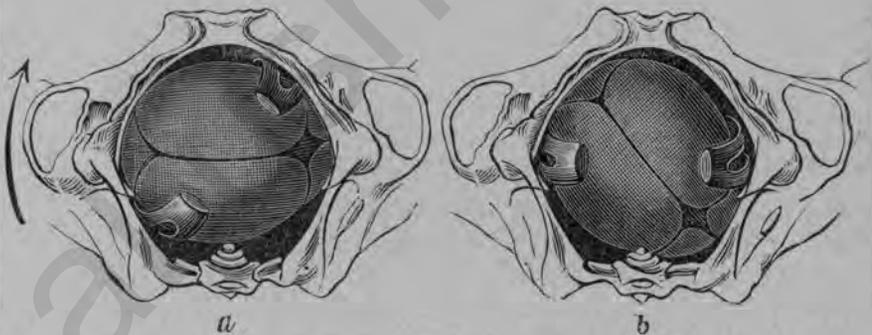


Рис. 34. Щипцы при низкомъ поперечномъ стояніи. II черепное положеніе. *a*: щипцы въ первомъ косомъ размѣрѣ, лѣвая ложка слѣва и спереди, правая ложка справа и сзади. Вращеніе во время извлеченія въ направленіи стрѣлки даетъ въ результатъ картину *b*: щипцы въ поперечномъ размѣрѣ, малый родничекъ подвинулся вправо и при дальнѣйшемъ извлеченіи выступаетъ совсѣмъ впередъ. ^{1/4} натур. величины.

ничекъ уже достигъ совершенно-срединной линіи. Послѣ того, какъ затылокъ выдвинуть настолько, что затылочная ямка прилегаетъ къ *ligamentum arcuatum*, рукоятки поднимаютъ прямо вверхъ и выводятъ головку

¹⁾ При I черепномъ положеніи въ видѣ исключенія можетъ быть болѣе выгодно ввести сперва труднѣе накладываемую правую ложку.

обычнымъ путемъ. Если же послѣ вращенія щипцовъ въ поперечномъ размѣрѣ изслѣдованіе покажетъ, что малый родничекъ не вполне достигъ срединной линіи и стоитъ еще нѣсколько сбоку и спереди, то при дальнѣйшемъ извлеченіи щипцы вращаютъ еще нѣсколько дальше въ томъ же направленіи, какъ и раньше, и для этой цѣли поднимаютъ рукоятки не прямо вверхъ, а косо въ сторону пахового сгиба, противоположащаго затылку (ср. стр. 70—71), стало быть, напр., при еще слѣва стоящемъ маломъ родничкѣ въ направленіи праваго пахового сгиба. Рис. 33 и 34 иллюстрируютъ сказанное.

Переднечерепное положеніе.

(2 подраздѣленіе черепного положенія).

Смотря по тому, обращена-ли спинка плода больше кпереди или больше кзади, мы различаемъ 1 и 2 подраздѣленіе (*a* и *b*). Въ нижеслѣдующемъ будетъ рассмотрѣно 2 подраздѣленіе черепного положенія. Если мы возьмемъ для примѣра черепное положеніе I *b* (рис. 35), то въ этомъ случаѣ малый родничекъ будетъ обращенъ влѣво и кзади, большой родничекъ вправо и кпереди, стрѣловидный шовъ во второмъ косомъ размѣрѣ. Такое 2 подраздѣленіе, однако, отнюдь нельзя считать аномалією. При вполне нормальныхъ условіяхъ затылокъ, если онъ даже вначалѣ и направленъ кзади и въ сторону, все же при прохожденіи черезъ тазъ поворачивается впередъ, такъ что, слѣдовательно, 2 подраздѣленіе превращается въ 1. Такимъ образомъ въ нашемъ примѣрѣ при дальнѣйшемъ движеніи плода получится картина, изображаемая рис. 35 *b*: малый родничекъ влѣво, большой вправо, стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ; поворачиваніе происходитъ въ направленіи, обозначаемомъ стрѣлкою на рис. 35 *a*. Поворачиваясь далѣе въ томъ же направленіи, головка дастъ намъ положеніе, представленное на рис. 35 *c*: малый родничекъ влѣво и кпереди, большой вправо и кзади, стрѣловидный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ, слѣдовательно получится черепное положеніе I *a*. Въ заключеніе, малый родничекъ подвигается совсѣмъ впередъ, и головка рождается при нормальномъ механизмѣ черепного положенія (затылочнаго). Совершенно аналогичное происходитъ и при черепномъ положеніи II *b* (рис. 36), превращающемся при прохожденіи головки черезъ тазъ въ положеніе II *a*. При II черепномъ положеніи даже чаще бываетъ, что головка вступаетъ въ тазъ во 2 подраздѣленіи и лишь при прохожденіи черезъ тазъ переходитъ въ 1 подраздѣленіе. Напротивъ, при I черепномъ положеніи головка по большей части вступаетъ въ тазъ уже сразу въ 1 подраздѣленіи. Наичаще встрѣчающееся черепное положеніе, это—положеніе I *a*, слѣдующее за нимъ по частотѣ есть положеніе II *b*. Причина этого кроется отчасти въ положеніи беременной матки: дѣло въ томъ именно, что дно матки по большей части повернуто настолько, что его лѣвый край находится больше кпереди, а правый—нѣсколько кзади; такъ какъ полость матки обнаруживаетъ наибольшую емкость въ направленіи

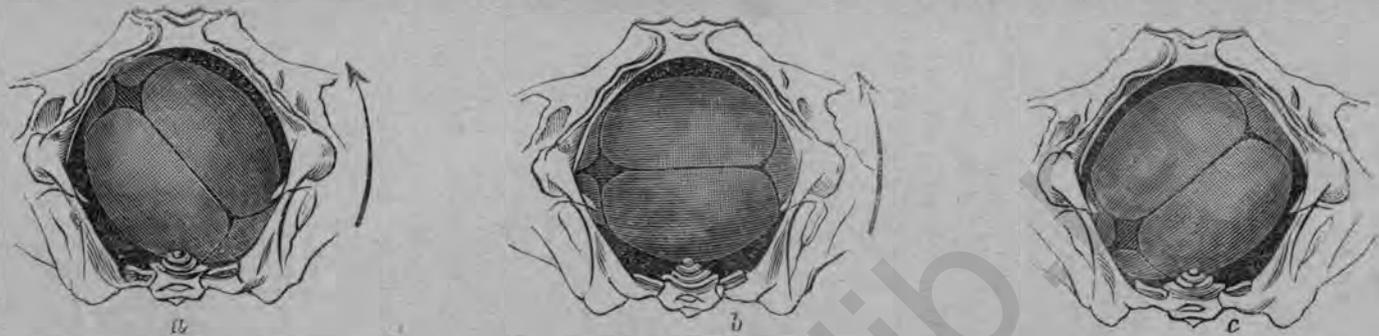


Рис. 35. Нормальный механизм при 2 подразделении I черепного положения. *a*: малый родничек влево и кзади, большой вправо и кпереди, стрѣловидный шовъ во второмъ косомъ размѣрѣ. Поворотъ въ направленіи стрѣлки даетъ картину *b*: малый родничекъ влево, большой вправо, стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ. При дальнѣйшемъ поворотѣ въ томъ же направленіи получается *c*: малый родничекъ влево и кпереди, большой вправо и кзади, стрѣловидный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ. Въ заключеніе, малый родничекъ перемѣщается со-всѣмъ впередъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

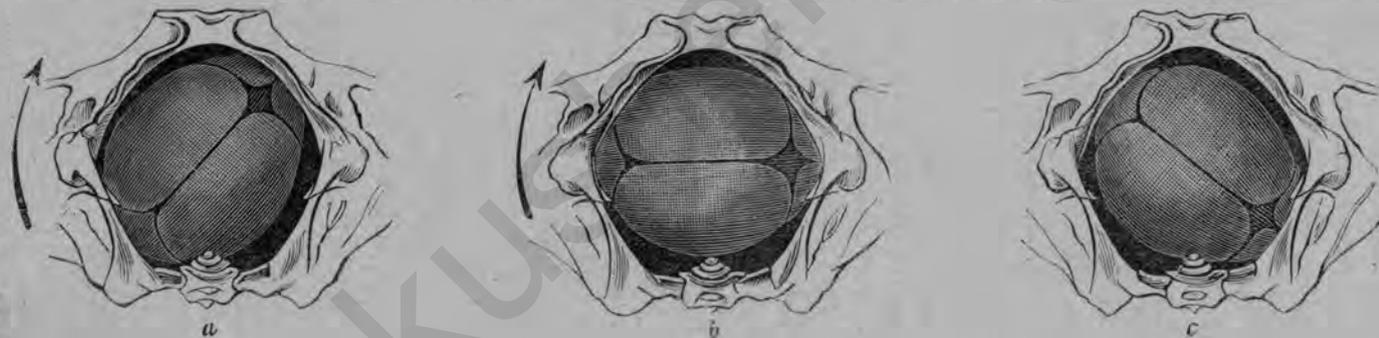


Рис. 36. Нормальный механизм при 2 подразделении II черепного положения. *a*: малый родничекъ вправо и кзади, большой влево и кпереди, стрѣловидный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ. Поворотъ въ направленіи стрѣлки даетъ картину *b*: малый родничекъ вправо, большой влево, стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ. При дальнѣйшемъ поворотѣ въ томъ же направленіи получается *c*: малый родничекъ вправо и кпереди, большой влево и кзади, стрѣловидный шовъ во второмъ косомъ размѣрѣ. Въ заключеніе малый родничекъ выступаетъ со-всѣмъ впередъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

отъ одного края къ другому, а плодъ занимаетъ наибольшее пространство въ направленіи отъ спинки къ мелкимъ частямъ, то онъ устанавливается либо спинкою влѣво и кпереди, мелкими же частями вправо и кзади (положеніе I a), либо спинкою вправо и кзади, мелкими же частями влѣво и кпереди (положеніе II b).

Превращеніе 2 подраздѣленія въ 1 совершается по большей части во время прохожденія головки черезъ середину таза, такъ что въ узкомъ отдѣлѣ таза мы находимъ ее обыкновенно уже въ 1 подраздѣленіи, хотя бы вначалѣ она была во 2 подраздѣленіи. Но поворотъ можетъ также замедлиться и головка можетъ сохранить 2 подраздѣленіе еще на днѣ таза; въ этомъ случаѣ, однако, по большей части и нормальное превращеніе въ 1 подраздѣленіе совершается на тазовомъ же днѣ.

Только въ рѣдкихъ случаяхъ такое превращеніе вовсе не происходитъ, затылокъ остается обращеннымъ назадъ, и головка прорѣзывается затылкомъ кзади и переднюю часть черепа кпереди. Такіе роды мы называемъ *родами во 2 подраздѣленіи черепного положенія* или *родами въ переднечерепномъ положеніи*, въ противоположность родамъ въ 1 подраздѣленіи, обозначаемымъ нами также именемъ родовъ въ затылочномъ положеніи. Мы говоримъ о переднечерепномъ положеніи только тогда, когда уже очевидно, что головка прорѣзывается въ этомъ ненормальномъ положеніи. До тѣхъ поръ же, пока затылокъ стоитъ еще не совсѣмъ кзади, пока превращеніе въ 1 подраздѣленіе представляется еще возможнымъ, мы говоримъ не о переднечерепномъ положеніи, но только о 2 подраздѣленіи черепного положенія.

Роды въ переднечерепномъ положеніи встрѣчаются рѣдко, примѣрно лишь 1—2 раза на 100 случаевъ черепного положенія вообще. Такимъ образомъ ихъ уже нельзя причислять къ нормальнымъ родовымъ процессамъ, хотя бы они, какъ мы это сейчасъ увидимъ, иногда и происходили самопроизвольно.

Отнюдь не всегда можно разъяснить, почему въ данномъ случаѣ нормальный поворотъ не произошелъ и передняя часть черепа остается обращенною впередъ. Причину можетъ явиться недостаточное сопротивленіе (малые размѣры головки), дальѣ препятствіе къ движенію туловища при обращенной назадъ спинкѣ (отвислый животъ), но, съ другой стороны, поворотъ можетъ отсутствовать и при пространственномъ несоотвѣтствіи (большая головка, поперечно суженный тазъ). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно констатировать отклоненіе въ членорасположеніи плода, именно умеренное удаленіе подбородка отъ груди, начинающееся разгибаніе головки. Если, благодаря этому, передняя часть черепа вступаетъ нѣсколько ниже, чѣмъ нормально, то она легко поворачивается впередъ. При болѣе сильномъ разгибаніи головки возникаетъ лицевое положеніе, а при еще болѣе значительномъ—лобное. При описаніи этихъ положеній мы коснемся подробнѣе причинъ разгибанія головки. Въ другихъ случаяхъ переднечерепного положенія мы, однако, не находимъ разгибанія, и головка сохраняетъ состояніе полнаго сгибанія.

Такимъ образомъ мы должны различать два типа родовъ затылкомъ, обращеннымъ назадъ: 1) роды при полномъ сгибаніи головки и 2) роды при незначительномъ разгибаніи головки. Различіе обоихъ типовъ проявляется большею частью лишь съ момента механизма выходного движенія плода.

Какъ мы уже говорили, роды въ переднечерепномъ положеніи могутъ произойти самопроизвольно. Механизмъ родового акта въ этомъ случаѣ слѣдующій: затылокъ, обращенный кзади и въ сторону, влѣво и кзади—

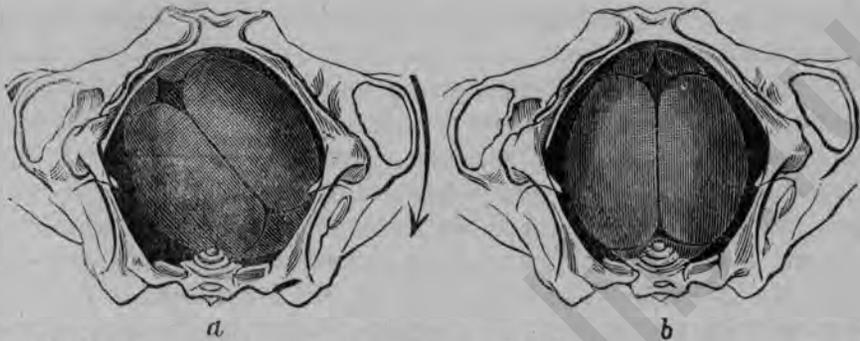


Рис. 37. Ненормальный механизмъ при 2 подраздѣленіи I черепного положенія. I переднечерепное положеніе. *a*: малый родничекъ влѣво и кзади, большой вправо и кпереди, стрѣловидный шовъ во второмъ косомъ размѣрѣ. Поворотъ въ направленіи стрѣлки даетъ *b*: малый родничекъ кзади, большой кпереди, стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

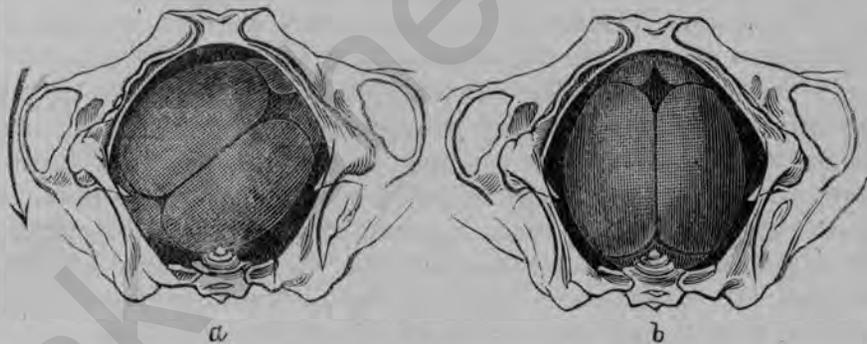


Рис. 38. Ненормальный механизмъ при 2 подраздѣленіи II черепного положенія. II переднечерепное положеніе. *a*: малый родничекъ вправо и кзади, большой влѣво и кпереди, стрѣловидный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ. Поворотъ въ направленіи стрѣлки даетъ *b*: малый родничекъ кзади, большой кпереди, стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

при положеніи Ia, вправо и кзади—при положеніи Ib, поворачивается на тазовомъ днѣ не впередъ, какъ при нормальныхъ условіяхъ, а совершенно назадъ, такъ что малый родничекъ направленъ кзади, большой кпереди, стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ. Часто, однако, головка, опускаясь, все же сохраняетъ косое стояніе, и такимъ образомъ стрѣловидный шовъ не вполне достигаетъ прямого размѣра. При сгибательномъ положеніи головки передняя область теменныхъ костей пока-

зывается въ половой расщелинѣ, область же большого родничка находится подъ лонною дугою; передняя часть черепа выступаетъ подъ послѣднюю до тѣхъ поръ, пока въ *ligamentum arcuatum* не будетъ упираться расположенное нѣсколько къзади отъ переносья мѣсто лба, соответствующее приблизительно границѣ волосъ и передней верхушкѣ большого родничка. Это мѣсто и является исходнымъ пунктомъ поворота при выхожденіи головки. Въ то время, какъ передняя верхушка большого родничка остается у *ligamentum arcuatum*, темя и затылокъ выкатываются впереди промежности къ половой щели при сильномъ увеличеніи сгибанія шейнаго позвоночника до тѣхъ поръ, пока затылочная ямка не будетъ прилегать къ *fenulum*. Послѣдняя является теперь новымъ исходнымъ пунктомъ поворота, шейный позвоночникъ разгибается и подъ лонную дугу выступаютъ остальная часть лба, глазная область, носъ, ротъ, подбородокъ. Личико прорѣзывающейся головки смотритъ такимъ образомъ вверхъ и впередъ, тогда какъ при нормальномъ затылочномъ положеніи оно обращено прямо книзу и къзади. Родившаяся головка совершаетъ свой наружный поворотъ соответственно положенію спинки. Стало быть, при I положеніи личико поворачивается къ правому, при II положеніи — къ лѣвому бедру матери. Головная опухоль находится на обращенной впередъ теменной кости, и притомъ на ея переднемъ, граничащемъ съ большимъ родничкомъ углу (при затылочномъ положеніи она помѣщается на томъ углу обращенной впередъ теменной кости, который прилежитъ къ малому родничку).

Прорѣзываніе головки въ переднечерепномъ положеніи происходитъ значительно труднѣе, чѣмъ при затылочномъ положеніи. Причина затрудненія не всегда кроется въ томъ обстоятельстве, что черезъ половую расщелину приходится проходить большимъ размѣрамъ головки, такъ какъ наибольшій прорѣзывающійся при этомъ размѣръ отъ верхушки большого родничка до затылка едва-ли больше проходящаго при затылочномъ положеніи небольшого косога размѣра. Но если имѣется незначительная дефлексія, то исходнымъ пунктомъ поворота служить уже область самихъ лобныхъ бугровъ, слѣдовательно часть лба, расположенная нѣсколько больше впереди, и тогда прорѣзывается болѣе длинный прямой размѣръ головки.

Особенно значительныя затрудненія создаются противодѣйствіемъ шейнаго позвоночника, такъ какъ головка, находящаяся въ состояніи сгибанія, должна придти въ состояніе чрезмѣрнаго сгибанія, чтобы затылокъ имѣлъ возможность повернуться надъ промежностью. Выступающее при разгибаніи шейнаго позвоночника личико не встрѣчаетъ такого сопротивленія. Такимъ образомъ здѣсь условія складываются далеко болѣе неблагоприятно, чѣмъ при выхожденіи въ затылочномъ положеніи, ибо въ данномъ случаѣ переходъ изъ сгибанія въ чрезмѣрное разгибаніе не встрѣчаетъ никакого особеннаго противодѣйствія въ шейномъ позвоночникѣ. Необходимость сильнаго сгибанія угрожаетъ промежности опасностью; если полное сгибаніе не достигается, то головка прорѣзывается надъ промежностью безъ полного сгибательнаго положенія. Далѣе, промежность при

переднечерепномъ положеніи находится и потому еще въ менѣе выгодныхъ и болѣе опасныхъ условіяхъ, что широкій затылокъ (*tubera parietalia*) выступаетъ болѣе къзади, чѣмъ это имѣетъ мѣсто при затылочномъ положеніи, и, слѣдовательно, сильнѣе напрягаетъ и растягиваетъ промежность.

Сильное замедленіе родового акта при переднечерепномъ положеніи можетъ потребовать врачебнаго вмѣшательства. Само по себѣ переднечерепное положеніе не является еще показаніемъ къ оперативному окончанію родовъ, и при нормальныхъ въ остальномъ условіяхъ мы выжидаемъ вышеописаннаго самопроизвольнаго механизма даже и въ томъ случаѣ, когда мы видимъ, что головка готовится прорѣзаться въ переднечерепномъ положеніи.

Если мы при родахъ находимъ головку во 2 подраздѣленіи, съ малымъ родничкомъ, обращеннымъ въ сторону и къзади, то въ большинствѣ случаевъ мы можемъ рассчитывать на самопроизвольный поворотъ въ 1 подраздѣленіе. Этому повороту мы въ состояніи содѣйствовать, придавъ роженицѣ положеніе на боку, соответствующемъ затылку плода (см. стр. 75). Благодаря такому положенію, затылокъ можетъ выступить ниже и такимъ образомъ легче выйти впередъ. Въ случаѣ, если бы поворотъ затылка впередъ особенно сильно замедлился, позволительна попытка ускорить его. Вводятъ два пальца за область малаго родничка и стараются давленіемъ впередъ содѣйствовать повороту, всего лучше пользуясь для этой цѣли временемъ родовой схватки¹⁾. Можно одновременно попытаться повернуть спинку впередъ, поручивъ ассистенту захватить плечики снаружи. Если поворотъ тѣмъ не менѣе не наступаетъ, если малый родничекъ даже поворачивается дальше къзади, то мы остаемся пассивными свидѣтелями прорѣзыванія въ переднечерепномъ положеніи. При продолжающемся дефлексионномъ положеніи рекомендуютъ попытаться усилить сгибаніе давленіемъ на переднюю часть черепа (*Weiss*).

Но при маломъ родничкѣ, обращенномъ къзади и въ сторону или даже совсѣмъ къзади, то или иное соображеніе (опасность, угрожающая матери и плоду) можетъ дать показаніе къ оперативному окончанію родовъ. Въ такомъ случаѣ мы, при наличности требуемыхъ условій, должны приступить къ извлеченію головки щипцами.

Операнія эта при переднечерепномъ положеніи большею частью представляется значительно болѣе затруднительною, чѣмъ при затылочномъ положеніи. Къ *наложенію и веденію щипцовъ при переднечерепномъ положеніи* приложимы въ общемъ тѣ же правила, что и при положеніи затылочномъ. Мы накладываемъ ложки на боковыя части головки, стало быть поперечно. Даже въ томъ случаѣ, когда малый родничекъ обращенъ еще нѣсколько въ сторону и къзади, мы можемъ наложить щипцы просто поперечно; тогда малый родничекъ поворачивается

¹⁾ Оказываетъ-ли повороту содѣйствіе одновременно производимое давленіе снаружи на область *incisurae ischiadicae*, это представляется сомнительнымъ.

совсѣмъ кзади въ самихъ щипцахъ. Иногда, въ особенности если головка стоитъ еще въ широкомъ отдѣлѣ тазовой полости, можно, соотвѣтственно косому положенію головки, примѣнить и нѣсколько косое положеніе щипцовъ, подобно тому, какъ мы поступаемъ при аналогичныхъ условіяхъ при затылочномъ положеніи (см. стр. 71).

На одно обстоятельство, однако, нужно обращать вниманіе при наложеніи щипцовъ, а именно, мы при переднечерепномъ положеніи должны

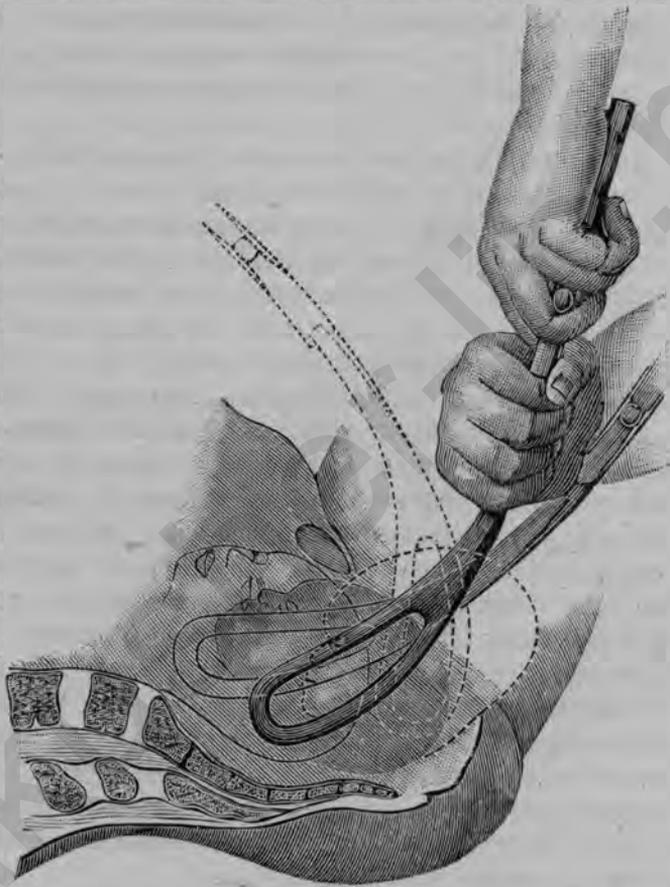


Рис. 39. Щипцы при переднечерепномъ положеніи. Влеченіе въ направленіи рукоятокъ до тѣхъ поръ, пока передняя верхушка большого родничка не достигнетъ *ligamentum arcuatum*, потомъ влеченіе вверхъ, выкатывающее затылокъ надъ промежностью. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

накладывать щипцы съ *относительно поднятыми рукоятками*, т. е. послѣ наложенія инструмента рукоятки при переднечерепномъ положеніи должны быть опущены нѣсколько меньше, чѣмъ при тѣхъ же условіяхъ при затылочномъ положеніи. Такъ какъ головка всего удобнѣе захватывается съ боковъ (теменные бугры), эти же послѣдніе при переднечерепномъ положеніи стоятъ въ тазу болѣе кзади, чѣмъ при за-

тылочномъ положеніи, то рукоятки послѣ наложенія при переднечерепномъ положеніи должны быть обращены больше вперед, т. е. вверх.

При извлеченіи мы, подобно тому, какъ и при всякомъ наложеніи щипцовъ, должны подражать самопроизвольному механизму, соответствующему данному положенію. Наложивъ щипцы съ относительно поднятыми рукоятками и замкнувъ ихъ въ этомъ положеніи, мы производимъ тракція въ направленіи, указываемомъ рукоятками, до тѣхъ поръ, пока передняя верхушка большого родничка не достигнетъ *ligamentum anguatum*. Тогда мы поднимаемъ рукоятки сильно вверх и вперед,

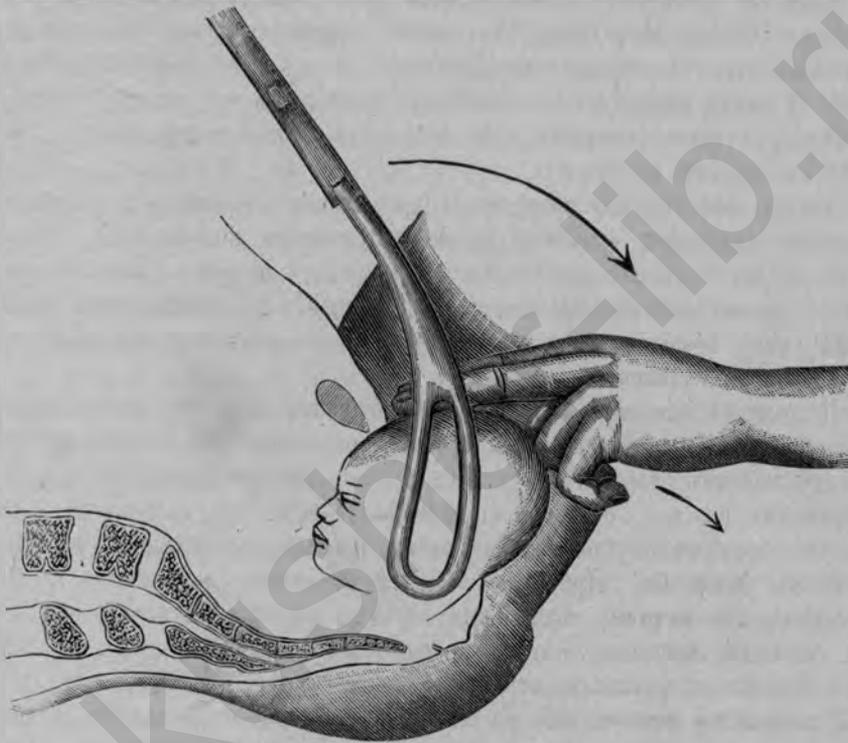


Рис. 40. Щипцы при переднечерепномъ положеніи. Заключительное движеніе. Выкатываніе личика. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

содѣйствуя этимъ выкатыванію затылка надъ промежностью (сильное сгибаніе, рис. 39). Затѣмъ мы помещаемъ ладонныя поверхности пальцевъ одной руки между ложками щипцовъ на переднюю часть черепа и, производя давленіе внизъ этою рукою и ведя въ то же время другою рукою рукоятки замкнутыхъ щипцовъ сильно къзади и внизъ, мы подводимъ личико подъ лонную дугу (разгибаніе, рис. 40). Такимъ образомъ здѣсь мы при наложеніи щипцовъ впервые встрѣчаемся съ веденіемъ рукоятокъ къзади, герр. внизъ, ибо при операціяхъ, описанныхъ нами до сихъ поръ, рукоятки всегда были приближаемы къ животу, и, какъ скоро онѣ доходили до послѣдняго, щипцы снимались.

Выкатываніе затылка можетъ быть сопряжено съ большими затрудненіями, въ особенности если имѣется сильное сгибательное положеніе головки. Иногда приходится сперва оттянуть лобъ дальше внизъ, пока область теменныхъ бугровъ не достигнетъ *ligamentum arcuatum*. Тогда сгибаніе будетъ меньшимъ, сопротивленія со стороны шейнаго позвоночника станутъ менѣ значительными. Во всякомъ случаѣ, при этомъ черезъ половую расщелину пройдетъ большій размѣръ, именно лобно-затылочный, и на сохраненіе промежности рассчитывать едва-ли возможно; поэтому слѣдуетъ заблаговременно сдѣлать боковой надрѣзь.

Если бы низведеніе лобной области при сильномъ ущемленіи головки причиняло особыя затрудненія, то можно попытаться повернуть щипцами лобъ нѣсколько въ сторону (къ брюшной поверхности плода), одновременно съ этимъ направляя влеченіе косо нѣсколько въ эту сторону и внизъ. Какъ скоро удастся оттянуть лобъ нѣсколько ниже, поворачиваютъ его снова къ срединѣ (*Kehrer*).

Значительно большія затрудненія прорѣзыванія головки въ передне-черепномъ положеніи, сравнительно съ затылочнымъ положеніемъ, повели къ предложенію производить *помощью щипцовъ* поворотъ затылка впередъ, слѣдовательно предпринимать **превращеніе въ затылочное положеніе**, такъ чтобы головка подъ конецъ могла рождаться по механизму нормальнаго затылочнаго положенія.

Я долженъ замѣтить, что эти повороты щипцами не заслуживаютъ особенной рекомендаціи, ибо они грозятъ опасности какъ материнскимъ мягкимъ частямъ, такъ и плоду. Въ общемъ представляется болѣе цѣлесообразнымъ головку, стоящую во 2 подраздѣленіи, при наличности показанія къ немедленному окончанію родовъ, извлекать щипцами въ передне-черепномъ положеніи. При всемъ томъ я не считаю возможнымъ обойти молчаніемъ эти методы, тѣмъ болѣе, что въ рѣдкихъ случаяхъ они могутъ быть примѣнены съ выгодой, напр. тамъ, гдѣ попытки прорѣзыванія головки по механизму переднечерепного положенія потерпѣли неудачу.

Описываемое превращеніе въ затылочное положеніе выполнимо, однако, только въ томъ случаѣ, когда головка стоитъ еще не слишкомъ низко; наибольшій размѣръ долженъ находиться еще надъ *spinae ischii*; далѣе, малый родничекъ не долженъ быть обращенъ совсѣмъ кзади, онъ долженъ находиться, по крайней мѣрѣ, у задней конечной точки косога размѣра.

1) *Методъ Lange*. Способъ этотъ вполне аналогиченъ съ тѣмъ, какой примѣняется при низкомъ поперечномъ стояніи головки и описанъ нами выше на стр. 75—76. Онъ можетъ быть примѣненъ только въ томъ случаѣ, когда малый родничекъ стоитъ не слишкомъ далеко кзади и стрѣловидный шовъ приблизился уже нѣсколько къ поперечному размѣру. Щипцы накладываютъ при этомъ такъ, чтобы вогнутая сторона ихъ тазовой кривизны обращена была къ затылку. Когда послѣ этого щипцы во время тракцій поворачиваютъ въ положеніе, соответствующее направленію тазового канала, вогнутая сторона тазовой кривизны, а съ нею и

ніе. Такіе моменты можуть имѣть мѣсто уже до вступленія головки въ тазъ (первичныя причины) или же подѣйствовать лишь при прохожденіи черезъ тазъ (вторичныя причины).

Въ качествѣ этиологическихъ моментовъ со стороны плода можно указать слѣдующіе. Особенно сильное развитіе щитовидной железы, врожденный зобъ, будетъ чисто механически оттѣснять подбородокъ отъ груди. Нужно, однако, имѣть въ виду, что увеличеніе щитовидной железы можетъ быть обусловлено и самимъ родовымъ актомъ. Затѣмъ, аналогичную причинную роль играетъ также чрезмѣрно сильное развитіе верхней части грудной кѣтки. Вліяніе можетъ оказывать и ненормальное положеніе ручки, напр. выпаденіе ея рядомъ съ головкою.

Далѣе, ответственною за образованія лицевого положенія дѣлали равнымъ образомъ долихоцефалію (*Hecker*). Нормально головка проходитъ черезъ тазъ съ опущеннымъ затылкомъ (затылочное положеніе). Мы можемъ разсматривать черепъ какъ двуплечій рычагъ, съ болѣе короткимъ плечомъ отъ *foramen magnum* до затылка и болѣе длиннымъ отъ *foramen magnum* до передней части черепа. Сопротивленія въ тазу на обѣихъ сторонахъ, правой и лѣвой, одинаковы, но они окажутъ сильнѣе свое дѣйствіе на сторонѣ болѣе длиннаго плеча рычага. Вслѣдствіе этого, передняя часть черепа встрѣтитъ большее сопротивленіе, стало быть задержится больше, а затылокъ опустится ниже, или, откинувъ математическій языкъ, мы можемъ просто сказать, что затылокъ опускается ниже потому, что болѣе значительная по величинѣ передняя часть черепа задерживается вверху. Когда же имѣется долихоцефалія, когда, слѣдовательно, заднее плечо рычага ненормально длинно, то затылокъ встрѣтитъ относительно большее противодѣйствіе, чѣмъ при нормально сформированномъ черепѣ. Нужно, однако, во всякомъ случаѣ, помнить, что даже при сильно выраженной долихоцефаліи плечо рычага, образуемое переднею частью черепа, длиннѣе плеча, образуемаго затылкомъ. Поэтому не слѣдуетъ уже такъ держаться схемы, какъ это дѣлали прежде. Но мы можемъ сказать, что если затылокъ особенно длиненъ и широкъ, то онъ встрѣчаетъ болѣе значительное сопротивленіе, задерживается вверху, и потому передняя часть черепа опускается. Тотъ фактъ, что дѣти, родившіяся въ лицевомъ положеніи, обнаруживаютъ выраженную долихоцефалію, несомнѣннѣе, но причинная зависимость должна быть истолкована правильнѣе такимъ образомъ, что новорожденные представляютъ долихоцефалическое строеніе черепа потому, что они родились въ лицевомъ положеніи, а не такъ, что они родились въ лицевомъ положеніи потому, что у нихъ уже ранѣе была долихоцефалія. Во время родового акта происходитъ вполнѣ опредѣленная конфигурація черепа, и при лицевомъ положеніи эта конфигурація и выражается долихоцефалическою формою послѣдняго. Можно, однако, допустить, что если долихоцефалія имѣлась уже ранѣе, то она можетъ сыграть роль этиологическаго момента.

Въ заключеніе упомянемъ, что личико является иногда подлежащею частью и при нѣкоторыхъ уродствахъ плода, напр. при гемицефалии.

Изъ причинныхъ моментовъ со стороны матери на первомъ планѣ мы должны поставить узкій тазъ, въ особенности плоскій. При этихъ условіяхъ затылокъ можетъ легко задержаться вверху, а передняя часть черепа опуститься ниже. При вступленіи головки въ плоскій тазъ почти всегда наблюдается легкая степень дефлексіи (низкое стояніе большого родничка).

Далѣе, причинами возникновенія лицевого положенія можетъ служить также форма матки или сильное отклоненіе ея въ сторону. Зачастую въ происхожденіи лицевого положенія принимаетъ участіе одновременно нѣсколько этиологическихъ моментовъ.

Распознаваніе лицевого положенія можетъ быть часто установлено съ полною достовѣрностью уже однимъ наружнымъ изслѣдованіемъ. При вялыхъ брюшныхъ покровахъ и расслабленной маточной стѣнкѣ мы имѣемъ возможность иногда непосредственно прощупать сильно ненормальное членорасположеніе плода. Мы находимъ мелкія части (ножки) на сторонѣ выпуклости и иногда прощупываемъ прилегающую къ спинкѣ затылокъ, гесп. обусловленную этимъ борозду. Ощупываніемъ головки черезъ брюшную стѣнку можно непосредственно установить, что подбородокъ удаленъ отъ груди. Дальнѣйшею опорною точкою служитъ аускультация сердечныхъ тоновъ плода. При черепномъ положеніи мы выслушиваемъ тоны сердца всего явственнѣе нѣсколько ниже пупка на той сторонѣ, гдѣ помѣщается дѣтская спинка, напр. при I черепномъ положеніи — слѣва подъ пупкомъ. Напротивъ, при лицевомъ положеніи, влѣдствіе ненормальнаго S-образнаго изгиба позвоночника, область дѣтскаго сердца, грудь, сильно отгѣснена къ сторонѣ матки, противоположной спинкѣ, стало быть къ сторонѣ мелкихъ частей. Такимъ образомъ въ этомъ именно направленіи и будетъ всего лучше проведеніе сердечныхъ звуковъ. Поэтому, разъ мы при головномъ положеніи всего явственнѣе различаемъ тоны сердца не на сторонѣ спинки, но на сторонѣ мелкихъ частей, мы имѣемъ основаніе признать наличность лицевого положенія. Область сердца плода можетъ даже быть отгѣснена къ брюшной стѣнкѣ настолько, что при благоприятныхъ условіяхъ (при родахъ) удается прощупать сердечный толчокъ (*Fischel*).

Въ рѣдкихъ случаяхъ одна или обѣ верхнія конечности откидываются къ спинкѣ; тогда вблизи дна матки прощупываютъ на одной сторонѣ мелкія части (нижнія конечности) и точно также внизу на другой сторонѣ (верхнія конечности); этими данными ощупыванія можно также воспользоваться для діагноза лицевого положенія (*Lindenthal*).

При внутреннемъ изслѣдованіи мы, даже въ томъ случаѣ, когда маточный зѣвъ еще не раскрытъ, получаемъ точку опоры для распознаванія въ томъ обстоятельстве, что черезъ передній сводъ рукава прощупываемъ не круглую, равномерную выпуклость черепа, а болѣе плоскую, менѣе равномерную часть головки. Если при родовомъ актѣ маточный

зѣвъ уже раскрытъ и пузырь разорвался, то мы можем непосредственно прошупать подлежащую часть, „личико“. Мы можем различить глазную область, носъ, ротъ, подбородокъ. Особенно важно прошупать подбородокъ; только въ томъ случаѣ, когда послѣдній настолько удаленъ отъ груди, что онъ становится доступнымъ ощупыванію, можно говорить о лицевомъ положеніи. Опредѣляя положеніе подбородка относительно глазной области, мы устанавливаемъ видъ имѣющагося въ данномъ случаѣ лицевого положенія. Если мы, напр., находимъ подбородокъ справа, то спинка, значить, лежитъ слѣва, и мы имѣемъ дѣло съ I лицевымъ положеніемъ, ибо подбородокъ, понятнымъ образомъ, соответствуетъ брюшной сторонѣ. Какъ уже упомянуто было выше, мы здѣсь не различаемъ подраздѣленій, но говоримъ только о I и II лицевомъ положеніи, указывая при этомъ на мѣсто нахождения подбородка.

При извѣстныхъ условіяхъ бываетъ не совсѣмъ легко распознать личико ощупывающимъ пальцемъ. Дѣло въ томъ именно, что когда проходитъ уже довольно долго со времени разрыва пузыря, успѣваетъ образоваться родовая опухоль, въ данномъ случаѣ—опухоль личика. Благодаря сильной отечности, очертанія личика могутъ сильно маскироваться, мы прошупываемъ неправильной формы, отчасти мягкую, отчасти твердую часть, которую можно принять за плечико или ягодицу. Смѣшеніе съ ягодицами тѣмъ легче, что прошупываютъ отверстіе, ротъ, и принимаютъ его за задній проходъ. Это предположеніе становится еще болѣе вѣроятнымъ, когда плодъ дѣлаетъ сосательныя движенія, ибо вѣдь и задне-проходный сфинктеръ равнымъ образомъ можетъ сокращаться при дотрогиваніи и такимъ образомъ дать сходное осязательное впечатлѣніе. Въ виду этого, необходимо тщательно удостовѣриться ощупываніемъ въ наличности языка и альвеолярнаго отростка, какъ равно и въ томъ, удастся ли пальцу пройти отъ прошупываемаго отверстія съ одной стороны къ носу, съ другой—къ подбородку, геср. съ одной стороны—къ крестцу, съ другой—къ половымъ частямъ.

Лицевое положеніе можетъ протекать вполне самопроизвольно, не обуславливая никакого вреда ни для матери, ни для плода

Механизмъ родового акта при этомъ подлѣжитъ совершенно тѣмъ же законамъ, какъ и при черепномъ положеніи. Идущую впередъ частью (предлежащею частью), т. е. тою, которая опускается всего ниже и первую выступаетъ впередъ подъ лонною дугою, является здѣсь подбородокъ. Подбородокъ продѣлываетъ путь аналогичный тому, какому слѣдуетъ при черепномъ положеніи затылокъ, малый родничекъ. Головка можетъ вступить въ тазъ подбородкомъ, обращеннымъ къзади и въ сторону. Во время прохожденія головки черезъ тазовой каналъ подбородокъ постепенно измѣняетъ только-что названное положеніе, поворачиваясь сперва въ сторону, затѣмъ въ сторону и впереди и, наконецъ, совсѣмъ впереди. Подбородокъ можетъ быть обращенъ къзади даже и тогда, когда онъ уже опустился низко въ тазу, и все же еще повернуться на тазовомъ днѣ впередъ.

Рис. 44 представляет повороты подбородка при I лицевомъ положеніи. И такъ, механизмъ родовъ складывается слѣдующимъ образомъ. Въ по-



Рис. 44. Механизмъ родовъ при I лицевомъ положеніи. а: подбородокъ вправо и къзади, длинникъ лица въ первомъ косомъ размѣрѣ. Головка стоитъ еще высоко въ тазу. б: подбородокъ вправо, длинникъ лица въ поперечномъ размѣрѣ. Головка опустилась ниже, но spine ishii прощупывается еще подъ головою. в: подбородокъ вправо и впередъ, длинникъ лица во второмъ косомъ размѣрѣ. д: подбородокъ впередъ, длинникъ лица въ прямомъ размѣрѣ. Тазовой выходъ достигнуть $\frac{1}{5}$ натур. величины.

ловой расщелии показывается область рта; подбородокъ выступаетъ подъ лонную дугу до тѣхъ поръ, пока шея не будетъ прилежать къ ligamentum arcuatum. Шея становится исходнымъ мѣстомъ поворота, головка переходитъ изъ состоянія чрезмѣрнаго разгибанія въ состояніе сгибанія, и надъ промежностью послѣдовательно выкатываются носъ, лобъ, темя и затылокъ. Прорѣзавшееся личико обращено кпереди (кверху); родившаяся головка совершаетъ свой наружный поворотъ соответственно положенію спинки, личико при I положеніи направлено въ сторону праваго, при II положеніи — въ сторону лѣваго бедра матери.

При только-что описанномъ механизмѣ роды въ лицевомъ положеніи протекаютъ безъ особыхъ затрудненій. Но если подбородокъ остается обращеннымъ къзади, то при зрѣлой, живой головкѣ родовой актъ вообще не можетъ послѣдовать. Для того, чтобы головка могла родиться при направленномъ къзади подбородкѣ, черезъ тазъ должны были бы пройти одновременно и головка, и грудь. А для этого при нормальной величинѣ плода имѣется недостаточно мѣста, либо шейка должна была бы обнаруживать способность къ совершенно необычному растяженію, такъ чтобы подбородокъ могъ выступить надъ промежностью въ то время, когда грудь находилась бы еще надъ тазомъ; но и это невозможно. То обстоятельство, что при обращенномъ къзади подбородкѣ роды въ лицевомъ положеніи обычно не въ состояніи совершиться, является особенно важнымъ моментомъ при оцѣнкѣ лицевыхъ положеній.

Предсказаніе при лицевомъ положеніи, разъ нѣтъ дальнѣйшихъ осложняющихъ моментовъ (напр. узкого таза) и механизмъ родовъ протекаетъ нормальнымъ образомъ (подбородокъ кпереди), представляется для матери почти такимъ же, какъ и при черепномъ положеніи. Впрочемъ, промежность здѣсь находится въ условіяхъ нѣсколько менѣе выгодныхъ, такъ какъ широкій затылокъ выкатывается дальше кзади и такимъ образомъ въ большей мѣрѣ растягиваетъ промежность въ поперечномъ направленіи.

Что касается плода, то ему опасность угрожаетъ въ особенности въ томъ случаѣ, когда шея прижата долгое время подъ лонною дугою. Если пуповина, какъ это случается часто, обвивается вокругъ шеи, то она подвергается сдавленію, а это долго не можетъ перенестись плодомъ безъ вреда. Но и при отсутствіи обвитія пуповины продолжительное сильное давленіе на шейные сосуды плода можетъ губительно на немъ отразиться. Особенно неблагоприятно складывается теченіе родовъ въ лицевомъ положеніи въ томъ случаѣ, когда подбородокъ остается обращеннымъ кзади и родовой актъ приостанавливается.

Главнѣйшее правило *терапии* разсматриваемыхъ положеній гласить: *леченіе лицевого положенія должно быть по возможности выжидательнымъ*, и безъ особыхъ, вполне опредѣленныхъ причинъ ни въ какомъ случаѣ не должно прибѣгать къ оперативному вмѣшательству.

Какъ и при всякихъ родахъ, здѣсь требуется тщательное наблюденіе, въ особенности за теченіемъ механизма и состояніемъ плода. Пузырь должно шадить возможно дольше, но и послѣ его разрыва внутреннее изслѣдованіе слѣдуетъ выполнять осторожно, дабы не повредить нѣжной кожи лица или даже глазъ. По большей части удается наблюдать самопроизвольный, вышеописанный механизмъ родовъ. Въ нижеслѣдующемъ мы разсмотримъ, что мы должны дѣлать въ различныхъ стадіяхъ и при различныхъ условіяхъ родового акта въ лицевомъ положеніи.

Предположимъ прежде всего, что мы явились на роды лишь въ поздней стадіи и находимъ головку низко опустившеюся въ тазъ. Подбородокъ обращенъ уже совсѣмъ кпереди. Въ данномъ случаѣ, разъ всѣ остальные условія нормальны и мать и плодъ въ хорошемъ состояніи, мы, само собою разумѣется, будемъ держаться выжидательно, слѣдя за самопроизвольнымъ механизмомъ родовъ. *Лицевое положеніе само по себѣ не даетъ намъ никакихъ показаній къ вмѣшательству*. Но и здѣсь, какъ при нормальномъ черепномъ положеніи, тѣ или иныя соображенія (опасность для матери или для плода) могутъ породить показаніе къ искусственному окончанію родового акта, и тогда мы прибѣгаемъ къ **наложенію щипцовъ**.

Если подбородокъ повернулся уже совсѣмъ впередъ, если, стало быть, глазная область обращена кзади и спинка носа находится въ прямомъ размѣрѣ, то операція извлеченія щипцами не причиняетъ никакихъ затрудненій. По отношенію къ наложенію щипцовъ при лицевомъ положеніи нѣтъ силу то же правило, которое мы указали для переднечерепного

положенія, т. е. что щипцы должны накладываться съ *относительно поднятыми рукоятками*; здѣсь, слѣдовательно, рукоятки будутъ стоять выше, чѣмъ при томъ же уровнѣ стоянія головки при затылочномъ положеніи (рис. 45). Такъ какъ область теменныхъ бугровъ, за которые мы имѣемъ въ виду обхватить головку, при лицевомъ положеніи отстоитъ дальше кзади, то щипцы должны быть наложены способомъ, указаннымъ нами на стр. 84—85; въ противномъ случаѣ верхушки ложекъ могли бы прижать шею. Въ остальномъ примѣнимы тѣ же правила, что и при другихъ операціяхъ наложенія щипцовъ. Мы ведемъ захваченную щипцами головку,

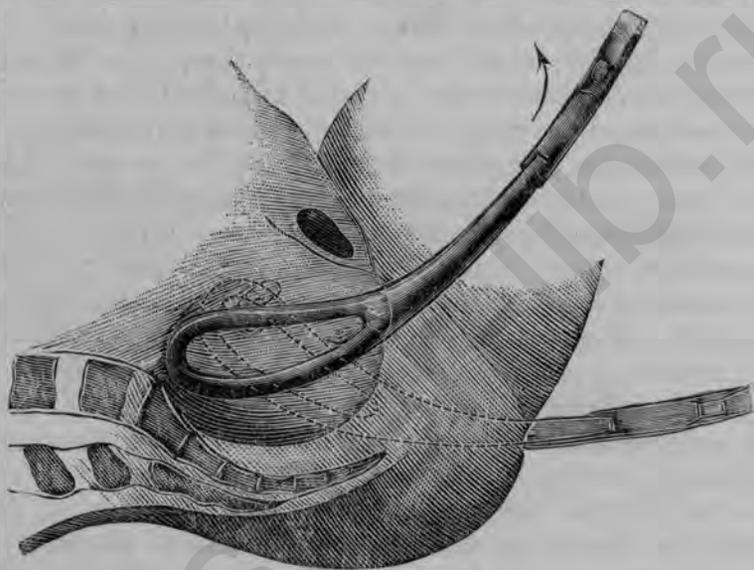


Рис. 45. Наложение щипцовъ при лицевомъ положеніи. Пунктирь обозначаетъ неправильное наложение инструмента. Подбородокъ вступаетъ подъ лонную дугу. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

строго слѣдуя механизму родовъ. При лицевомъ положеніи мы, захвативъ замкнутыя щипцы одною рукою, прощупываемъ указательнымъ пальцемъ другой руки идущую впередъ часть, подбородокъ, и слѣдуемъ за его движеніемъ. Потягиваніе производится въ направленіи рукоятокъ (рис. 45) до тѣхъ поръ, пока подбородокъ не выступитъ подъ лонную дугу, пока шея не будетъ прилежать къ *ligamentum arcuatum*.

Поднявъ рукоятки сильно кверху, къ животу роженицы (рис. 46), мы выводимъ надъ промежностью лицо, лобъ, темя, затылокъ. Головка переводится изъ положенія крайняго разгибанія въ положеніе сгибанія. Какъ скоро рукоятки приблизились къ животу роженицы, роды головки закончились, щипцы снимаются.

Если мы находимъ головку въ тазу, съ подбородкомъ, обращеннымъ еще въ сторону и кпереди, то мы, при наличности показанія къ искусственному окончанію родовъ, равнымъ образомъ накладываемъ щипцы.

При подбородкѣ, направленномъ не очень сильно въ сторону, щипцы накладываются просто поперечно, и головка продѣлываетъ свой нормальный поворотъ въ самомъ инструментѣ (ср. стр. 70). Но можно также захватить головку и непосредственно съ ея боковыхъ поверхностей, стало быть наложить щипцы нѣсколько косо (ср. стр. 71). При I

лицевомъ положеніи, съ подбородкомъ, обращеннымъ вправо и кпереди (рис. 47), мы наложимъ лѣвую ложку слѣва спереди, а правую справа и сзади и при извлеченіи произведемъ легкой поворотъ (въ направленіи стрѣлки на рис. 47), такъ чтобы подбородокъ повернулся со-всѣмъ кпереди. При II

лицевомъ положеніи, съ подбородкомъ, направленнымъ влѣво и кпереди (рис. 48), мы наложимъ лѣвую ложку слѣва и сзади, а правую справа



Рис. 46. Наложение щипцовъ при лицевомъ положеніи. Потягиваніе рукоятокъ вверхъ и къ животу роженицы выводитъ головку. $\frac{1}{4}$ натур. величины.



Рис. 47. I лицевое положеніе, подбородокъ вправо и кпереди. Щипцы наложены косо, лѣвая ложка слѣва и спереди, правая справа и сзади. Поворотъ во время извлеченія въ направленіи стрѣлки приводитъ подбородокъ впередъ, щипцы въ поперечномъ размѣрѣ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.



Рис. 48. II лицевое положеніе, подбородокъ влѣво и кпереди. Щипцы наложены косо, лѣвая ложка слѣва и сзади, правая — справа и спереди. Поворотъ во время извлеченія въ направленіи стрѣлки приводитъ подбородокъ впередъ, щипцы въ поперечномъ размѣрѣ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

и спереди. Относительно наложенія ложекъ (прилаживанія ихъ) имѣетъ силу сказанное нами на стр. 76—77.

Если головка стоит низко, подбородокъ обращенъ еще совсѣмъ въ сторону и спинка носа находится въ поперечномъ размѣрѣ, то мы имѣемъ низкое поперечное стояніе, аналогичное тому, съ которымъ познакомились при черепномъ положеніи (ср. стр. 73 и слѣд.). При отсутствіи спеціального повода къ искусственному окончанію родовъ мы держимся пассивно, предоставляя послѣдніе ихъ собственному теченію, такъ какъ вѣдь еще и на днѣ таза можетъ послѣдовать нормальный поворотъ подбородка впередъ. Но мы должны оказать содѣйствіе этому повороту, положивъ роженицу на бокъ, на сторону, соотвѣтствующую положенію подлежащей части, въ данномъ случаѣ—подбородка; такимъ образомъ при I лицевомъ положеніи роженица ляжетъ на правый, при II положеніи—на лѣвый бокъ. Только въ томъ случаѣ, когда явится особенно настоятельное показаніе къ ускоренію родовъ, мы при этомъ положеніи рѣшимся на извлечение щипцами. Мы поступимъ тогда подобно тому, какъ и при низкомъ поперечномъ стояніи головки при черепномъ положеніи (ср. стр. 75), и наложимъ щипцы косо такъ, чтобы вогнутая сторона ихъ тазовой кривизны обращена была къ идущей впередъ части, къ подбородку. Такимъ образомъ при I лицевомъ положеніи, съ подбородкомъ, направленнымъ вправо (рис. 49 b'), лѣвая ложка будетъ лежать слѣва и спереди, а правая справа и сзади. Во время извлеченія мы производимъ поворотъ и получаемъ положеніе, представленное на рис. 49b'', т. е. подбородокъ поворачивается вправо и впередъ и подъ конецъ совсѣмъ впередъ, причемъ иногда приходится поднимать рукоятки нѣсколько косо въ направленіи противоположнаго пахового сгиба. При II лицевомъ положеніи мы наложимъ лѣвую ложку слѣва и сзади, а правую справа и спереди, причемъ послѣ поворота подбородокъ будетъ обращенъ влѣво и впередъ.

Въ общемъ, однако, *этихъ поворотовъ* щипцами при лицевомъ положеніи *не слѣдуетъ дѣлать*, такъ какъ они не безопасны какъ для матери, такъ и для плода.

Если головка стоитъ въ тазу, съ подбородкомъ, направленнымъ сзади и въ сторону, то, при отсутствіи спеціального показанія къ вмѣшательству, мы, конечно, должны держаться выжидательно и опять-таки при помощи помѣщенія роженицы на бокъ, соотвѣтствующій подбородку, содѣйствовать повороту послѣдняго впередъ. Намъ извѣстно уже, что еще и на тазовомъ днѣ подбородокъ можетъ повернуться впередъ. Какъ, однако, мы должны поступать въ томъ случаѣ, когда при направленномъ сзади подбородкѣ имѣется показаніе къ ускоренію родовъ? Насколько мало головка можетъ самопроизвольно выступить при обращенномъ сзади подбородкѣ, настолько же мало въ состояніи мы извлечь ее въ этомъ положеніи щипцами. Если бы показаніе представлялось абсолютно настоятельнымъ, если бы окончаніе родовъ было безусловно необходимо въ интересахъ спасенія жизни матери, напр. при тяжелой эклампсін, то намъ едва-ли оставалось бы что иное, какъ перфорировать плодъ, хотя бы онъ и былъ живъ, и извлечь прободенную, уменьшенную головку краниокластомъ. Тамъ же, гдѣ показаніе

не абсолютно настоятельно, будетъ лучше выждать, не повернется-ли подбородокъ впередъ, чтобы затѣмъ уже перейти къ извлеченію щипцами. При показаніи къ ускоренію родовъ, создаваемомъ опасностью для плода, намъ нечего больше дѣлать, какъ только держаться пассивно. Мы видимъ такимъ образомъ, что при лицевыхъ положеніяхъ, когда подбородокъ обращенъ къзади и головка находится въ тазу, мы можемъ очутиться въ очень непріятномъ положеніи и бываемъ вынуждены подчасъ жертвовать дѣтскою жизнью.

Впрочемъ, мы имѣемъ возможность въ подобномъ случаѣ избѣгнуть перфорации и иногда извлечь плодъ живымъ. Возможность эта дана искусственнымъ поворотомъ головки, приводящимъ подбородокъ впередъ, а именно способомъ *Scanzoni* (двойное наложеніе щипцовъ). Способъ этотъ описанъ былъ нами при изложеніи переднечерепного положенія (ср. стр. 88), но и тамъ уже мы, въ виду опасностей, сопряженныхъ съ форсированнымъ поворотомъ, признали его примѣнимымъ только въ особыхъ, совершенно исключительныхъ случаяхъ. Еще болѣе опаснымъ является онъ при лицевыхъ положеніяхъ, и въ общемъ мы не совѣтуемъ прибѣгать къ нему. Только въ видѣ самаго рѣдкаго исключенія особенно опытный въ обращеніи со щипцами акушеръ имѣетъ право рѣшиться предпринять попытку примѣненія названнаго способа съ цѣлью избѣгнуть перфорации живого плода.

Какъ мы уже говорили выше (ср. стр. 89), простое заученіе назнзуть приѣмовъ наложенія и веденія щипцовъ при этихъ условіяхъ является недостаточнымъ, нужно выяснить себѣ хорошенько принципъ и поступать сообразно этому. Захвативъ головку съ ея боковыхъ поверхностей и наложивъ щипцы косо вогнутою поверхностью кпереди и въ сторону (рис. 49a'), мы прежде всего поворачиваемъ щипцы въ прямой размѣръ, производя въ то же время косо влеченіе, и этимъ приводимъ головку къ низкому поперечному стоянію (рис. 49a"). Засимъ мы снимаемъ щипцы, накладываемъ, какъ при низкомъ поперечномъ стояніи (рис. 49b'), и извлекаемъ (рис. 49b'').

Считаемъ, впрочемъ, умѣстнымъ еще разъ предостеречь въ общемъ отъ вращенія головки щипцами.

Если поворотъ подбородка впередъ особенно долго задерживается или если при еще обращенномъ къзади или въ сторону подбородкѣ настоятельно показуется ускореніе родовъ, то лучше попытаться, не удастся-ли привести подбородокъ впередъ ручнымъ приѣмомъ. Для этого входятъ въ рукавъ рукою, находящейся *vis-à-vis* подбородка, обхватываютъ его и насколько возможно поворачиваютъ его впередъ, въ то же время нѣсколько потягивая его книзу; во время межпотужныхъ паузъ подбородокъ крѣпко фиксируется; при потугахъ помогаютъ вращательными движеніями; если для нѣсколькихъ пальцевъ мѣста не хватаетъ, то фиксируютъ однимъ указательнымъ пальцемъ (*Volland*).

Ассистентъ можетъ также одновременно попытаться повернуть на-

ружными манипуляціями спинку болѣе кзади. Можно равнымъ образомъ сдѣлать попытку пальцами позади лоннаго сращения отгѣснить кнаружи и кверху обращенный впередъ високъ (*Schatz*).

Если мы на роды въ лицевомъ положеніи являемся рано и находимъ головку еще стоящей высоко въ тазовомъ входѣ, то, при наличности показанія къ окончанію родовъ акта, можетъ явиться вопросъ о поворотѣ на ножку и извлеченіи за нее. Разъ условія, необходимыя для производства поворота (см. отдѣлъ III), имѣются на-лицо, разъ, стало быть,

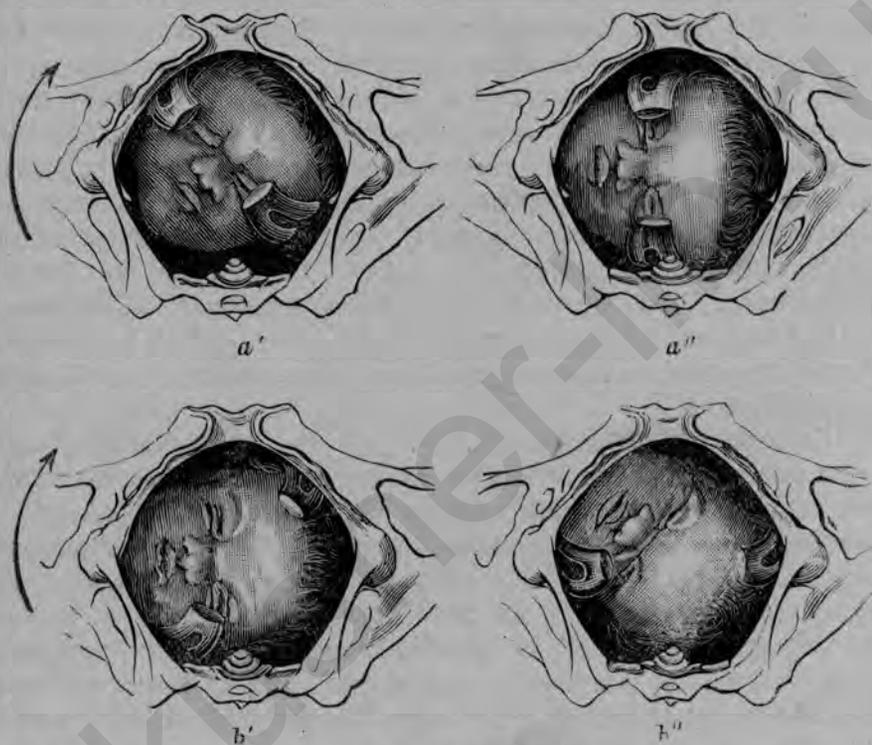


Рис. 49. Наложеніе щипцовъ при I лицевомъ положеніи, съ подбородкомъ, обращеннымъ вправо и кзади. Способъ *Scanzoni*. а': подбородокъ вправо и кзади, длинникъ въ первомъ косомъ размѣрѣ. Щипцы наложены во второмъ косомъ размѣрѣ, лѣвая ложка слѣва и сзади, правая справа и спереди. Во время потягиванія головки внизъ производится поворотъ щипцами въ прямой размѣрѣ (въ направленіи стрѣлки), и тогда получается картина а'': подбородокъ вправо, длинникъ лица въ поперечномъ размѣрѣ (низкое поперечное стояніе). Лѣвая ложка сзади, правая спереди. Щипцы снимаются. б': низкое поперечное стояніе головки, какъ при а''. Щипцы накладываются теперь въ другомъ косомъ размѣрѣ, лѣвая ложка слѣва и спереди, правая справа и сзади. Поворотъ во время извлеченія (въ направленіи стрѣлки) даетъ картину б'': подбородокъ вправо и кпереди, щипцы въ поперечномъ размѣрѣ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

головка подвижна и маточный зѣвъ раскрытъ, мы и предпринимаемъ эту операцію. На высоко стоящую головку при лицевомъ положеніи мы накладывать щипцы не можемъ.

Такъ какъ послѣ вступленія головки въ тазъ при лицевомъ положеніи условія для благополучнаго теченія родовъ могутъ сложиться крайне не-

благоприятно, въ особенности тогда, когда подбородокъ обращенъ къзади, а между тѣмъ имѣется показаніе къ окончанію родовъ, то естественно напрашивается вопросъ, нельзя-ли въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ къ роженію являются достаточно рано и находятъ головку еще стоящею высоко, измѣнять лицевое положеніе въ болѣе выгодное.

Для превращенія лицевого положенія въ черепное предложено много способовъ, но мы можемъ ихъ примѣнить съ успѣхомъ только въ томъ случаѣ, когда плодъ еще достаточно подвиженъ. Назову прежде всего способъ *Schatz'a*, при которомъ такое измѣненіе лицевого положенія въ черепное производится *наружными ручными приемами*. Если даже

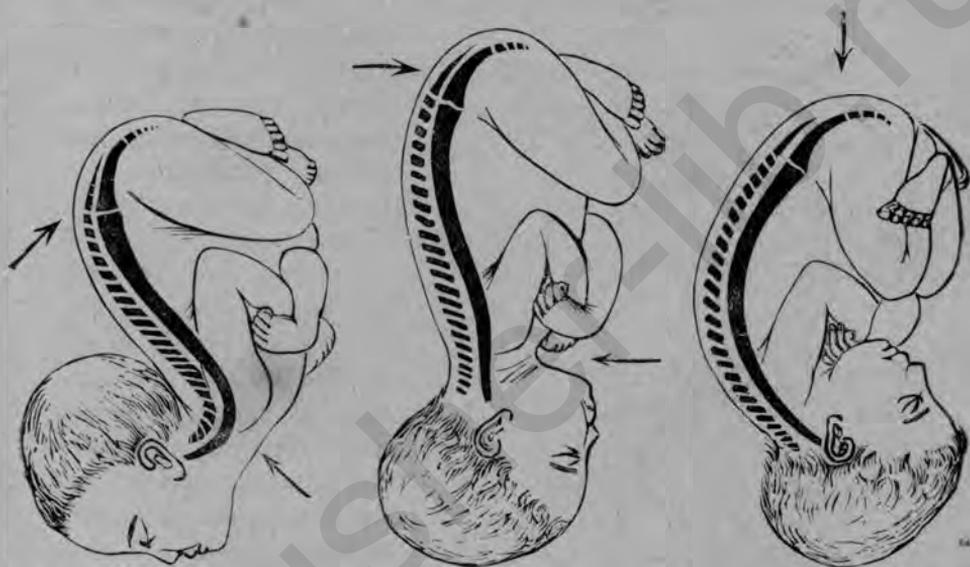


Рис. 50. Превращеніе лицевого положенія въ черепное помощью наружныхъ ручныхъ приемовъ по *Schatz'u* (изображеніе позвоночника сходно съ приведеннымъ у *Doederlein'a*). $\frac{1}{4}$ натур. величины.

способъ этотъ не увѣнчается удачею, что и бываетъ нерѣдко, то, во всякомъ случаѣ, повредить онъ не можетъ, такъ какъ въ дѣло пускаются только наружные ручные приемы. Сущность способа заключается въ томъ, что наружнымъ воздѣйствіемъ пытаются превратить S-образный изгибъ позвоночника (лицевое положеніе) въ С-образный (черепное положеніе) (рис. 50). Для этой цѣли врачъ становится съ той стороны роженницы (большую приходится иногда приводить въ наркозъ), на которой находится затылокъ плода, захватываетъ одною рукою черезъ растянутые брюшные покровы переднюю область плечика и оттѣсняетъ ее кверху и въ сторону дѣтской спинки. Если плечики уже сдвинуты вверхъ, то ихъ оттѣсняютъ только въ сторону; въ это же время другая рука смѣщаетъ ягодицы сперва нѣсколько кверху, затѣмъ сильно къ брюшной сторонѣ плода и книзу; иногда полезно бываетъ поручить одновременно ассистенту

отодвинуть затылок книзу и въ сторону брюшной поверхности плода. Этимъ путемъ удастся порою приблизить подбородокъ къ груди, иначе говоря—создать черепное положеніе.

Способъ *Schatz'a* можетъ дать успѣшныя результаты только при свободно подвижной головкѣ, при еще неразорванномъ пузырьѣ.

Другіе способы стремятся придти къ фѣли воздѣйствіемъ одной руки, работающей изнутри, со стороны рукава, при одновременной помощи другой руки, толкающей извнѣ, стало быть—*комбинированнымъ приемомъ*. Для этого (по *Baudelocque'y*) вводятъ въ рукавъ руку, находящуюся *vis-à-vis* подбородка, слѣдовательно при II положеніи правую, и стараются оттѣснить личико кверху, тогда какъ другая рука въ то же время отодвигаетъ затылокъ внизъ (см. заштрихованную стрѣлку, рис. 51). Или же (также по *Baudelocque'y*) входятъ въ рукавъ рукою, находящуюся противъ затылка, захватываютъ послѣдній и непосредственно оттягиваютъ его внизъ; способъ этотъ, однако, уступаетъ предыдущему.

Въ иныхъ случаяхъ бываетъ выгодно сочетывать первый способъ *Baudelocque'a* со способомъ *Schatz'a*. Если операторъ имѣетъ въ своемъ распоряженіи услуги опытнаго ассистента, то онъ самъ выполняетъ первый *Baudelocque'овскій* способъ, а ассистенту поручаетъ одновременно производить *Schatz'овскій* (*Ziegenspeck*). Или же поступаютъ, по *Thorn'y*, такимъ образомъ, что внутренняя рука, вводимая въ рукавъ, смотря по надобности, на половину или вся и пользующаяся въ качествѣ опорныхъ

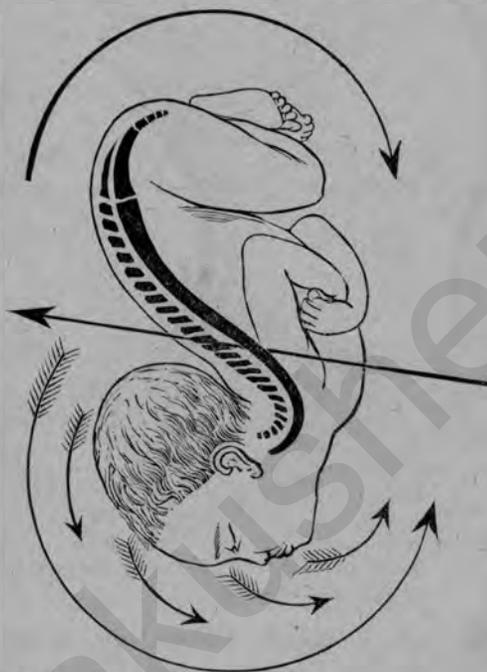


Рис. 51. Превращеніе лицевого положенія въ черепное помощью комбинированныхъ внутреннихъ и наружныхъ приемовъ. По *Thorn'y*. (Изображеніе позвоночника сходно съ тѣмъ, какое приводится у *Döderlein'a*). $\frac{1}{4}$ натур. величины.

точекъ выступами предлежащаго личика, послѣ то болѣе, то менѣе значительнаго поднятія головки изъ тазового входа двигаетъ личико, лобъ, переднюю часть черепа и затылокъ въ направленіи заштрихованной стрѣлки (рис. 51) влѣво (при II положеніи), наружная же рука при этомъ, надавливая затылокъ, помогаетъ внутренней и затѣмъ перемѣщаетъ грудь въ направленіи прямой стрѣлки, а ягодицы—въ направленіи изогнутой незаштрихованной стрѣлки до тѣхъ поръ, пока не восстановлено будетъ

нормальное затылочное положеніе съ нормальнымъ членорасположеніемъ туловища. *Thorn* рекомендовалъ при этомъ укладывать роженицу на полупоперечной кровати на соответствующую положенію подбородка сторону съ приподнятыми ягодицами и вводить въ рукавъ руку, соответствующую положенію спинки; послѣ законченнаго превращенія лицевого положенія въ черепное роженицу помѣщаютъ на бокъ, соответствующій затылку. При достаточно еще подвижной головкѣ удается иногда этимъ путемъ превратить лицевое положеніе въ черепное.

Эти сочетанные способы, конечно, могутъ быть примѣнены во многихъ случаяхъ, но мы не можемъ не замѣтить, что, разъ уже руку можно ввести настолько далеко, то при достаточно подвижной головкѣ и достаточно широкомъ маточномъ зѣвѣ въ концѣ концовъ проще и вѣрнѣе провести руку еще выше и произвести поворотъ на ножку; ножка тогда во всякомъ случаѣ всегда явится надежною опорой для извлеченія.

Тѣмъ не менѣе въ единичныхъ случаяхъ, — гдѣ поворотъ на ножку не выполнимъ, комбинированные способы могутъ увѣнчаться успѣхомъ, и тогда ихъ примѣненіе, понятно, вполне оправдывается. Въ общемъ же, разъ нѣтъ специальныхъ показаній, необходимо держаться вышеуказаннаго принципа и соблюдать выжидательное отношеніе даже и тамъ, гдѣ на роды попадаешь еще рано.

Лобное положеніе.

Изъ различныхъ головныхъ положеній намъ остается рассмотреть еще одно, именно лобное положеніе. Последнее, какъ и лицевое положеніе, является собственно аномаліею членорасположенія. Подбородокъ удаленъ отъ груди, но не въ такой степени, какъ при лицевомъ положеніи, при которомъ шейный позвоночникъ обнаруживаетъ состояніе сильнѣйшаго разгибанія; онъ отошелъ отъ груди лишь настолько, что область лба образуетъ наиболѣе низкую, идущую впереди часть. Такимъ образомъ и лобное положеніе принадлежитъ къ дефлекціоннымъ положеніямъ. Оно представляетъ собою среднее между черепнымъ и лицевымъ положеніемъ. Такъ какъ, согласно вышесказанному (ср. стр. 78—80), и при переднечерепномъ положеніи можетъ существовать незначительная дефлекція, то бываютъ также переходныя формы отъ переднечерепнаго положенія къ лобному.

При выраженномъ лобномъ положеніи предшествующей частью является область лба, слѣдовательно большой родничекъ, лобныя кости, глазная область, носъ (рис. 52 и 53). Какъ и при всѣхъ продольныхъ положеніяхъ, мы различаемъ I лобное положеніе, когда спинка обращена влѣво, и II — когда спинка смотритъ вправо. Можно было бы говорить и о подраздѣленіяхъ, принимая 1 подраздѣленіе *a* при спинкѣ, направленной больше впереди, и 2 подраздѣленіе *b* при спинкѣ, направленной больше кзади. Мы, однако, предпочитаемъ не дѣлать этого, притомъ по тѣмъ же соображеніямъ, какія приведены были нами выше для лицевого положенія (ср. стр. 90). Мы лучше непосредственно указываемъ мѣсто-

нахождение глазной области, так как в теченіи родовъ при лобномъ положеніи глазная область поворачивается кпереди, а спинка, значить, кзади. Мы говоримъ такимъ образомъ, напр., I лобное положеніе, глазная область вправо и кзади (спинка влѣво и кпереди, стало быть I *a*; рис. 52 *a*) и I лобное положеніе, глазная область вправо и кпереди (спинка влѣво и кзади, стало быть I *b*; рис. 52 *b*).

Роды въ лобномъ положеніи встрѣчаются рѣдко. На 1000 родовъ приходится примѣрно лишь 1 случай. Этимъ, однако, отнюдь еще не сказано, что мы вставленіе головки въ лобномъ положеніи находимъ столь же рѣдко. Часто бываетъ, что въ началѣ родовъ наблюдается лобное положеніе, но затѣмъ при дальнѣйшемъ теченіи родового акта либо подбородокъ снѣва приближается къ груди и роды происходятъ въ черепномъ положеніи, либо подбородокъ еще больше удаляется отъ груди и возникаетъ лицевое положеніе. 1 : 1000 должно только указывать на то, что въ этомъ рѣдкомъ отношеніи головка продолжаетъ сохранять до конца лобное положеніе и рождается по механизму лобнаго же положенія.

Къ *этіологіи* лобнаго положенія приложимо все то, что было нами сказано о причинахъ лицевыхъ положеній (ср. стр. 90 и 91). Всѣ моменты, дающіе поводъ къ удаленію подбородка отъ груди, могутъ обусловить лобное положеніе; вопросъ о причинѣ, по которой въ одномъ случаѣ низко опустившійся подбородокъ отходитъ отъ груди *ad maximum*, и такимъ образомъ создается лицевое положеніе, тогда какъ въ другомъ случаѣ устанавливается среднее положеніе, т. е. лобное, этотъ вопросъ пока еще не получилъ вѣрнаго разъясненія. Моменты, играющіе здѣсь *этіологическую* роль, могутъ быть отнесены либо на счетъ плода (напр. врожденный зобъ, сильно развитой затылокъ), либо на счетъ матери (напр. узкій тазъ, бѣдшая подвижность выше мѣста сопротивленія). По *Schatz*'у, поводъ къ образованію лобнаго положенія можетъ дать спазмъ въ области внутренняго маточнаго зѣва, задержка головки шейкою.

Діагнозъ лобнаго положенія устанавливается изслѣдованіемъ. При сильно расслабленныхъ брюшныхъ покровахъ и при вялой маткѣ уже наружное изслѣдованіе иногда можетъ позволить предположить лобное положеніе головки, стоящей надъ тазомъ, именно иногда удается установить, что подбородокъ отведенъ отъ груди. Но по большей части окончательное и надежное распознаваніе опирается только на внутреннее изслѣдованіе, на непосредственное ощупываніе предлежащей части (послѣ разрыва пузыря). Прощупывается шовъ, который вначалѣ, понятнымъ образомъ, принимается за стрѣловидный. Прослѣдивъ за нимъ въ одномъ направленіи, мы наталкиваемся на большой родничекъ, но, когда мы идемъ по направленію этого шва въ другую сторону, то приходимъ не къ малому родничку, какъ того ожидали, а къ корню носа. Такимъ образомъ выводятъ, что прощупываемый шовъ есть не стрѣловидный, но лобный. Далѣе прощупываются глазничные края, и иногда доходятъ до верхушки носа.

Вот и все, что на личикѣ является доступнымъ ощупывающему пальцу. Если палецъ достигаетъ подбородка, то, значить, въ данномъ случаѣ имѣется не лобное, а лицевое положеніе. Изъ положенія, занимаемаго большимъ родничкомъ, мы узнаемъ, гдѣ лежитъ спинка, стало быть, съ какимъ лобнымъ положеніемъ мы имѣемъ дѣло. Мы можемъ, напр., представить себѣ I лобное положеніе образовавшимся просто изъ I черепного. Мы прощупываемъ слѣва большой родничекъ, дальше влѣво долженъ находиться малый родничекъ, стало быть, и спинка будетъ также лежать слѣва. Такимъ образомъ при I

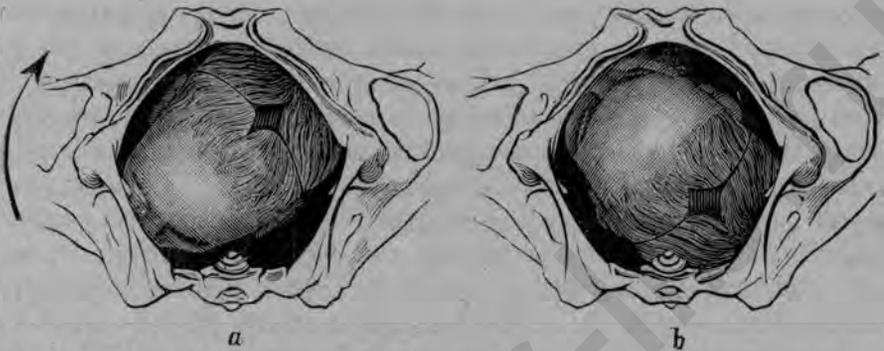


Рис. 52. I лобное положеніе. *a*: большой родничекъ влѣво и впереди, глазная область вправо и взади, лобный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ. Поворотъ въ направленіи стрѣлки даетъ картину *b*: большой родничекъ влѣво и взади, глазная область вправо и впереди, лобный шовъ во второмъ косомъ размѣрѣ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

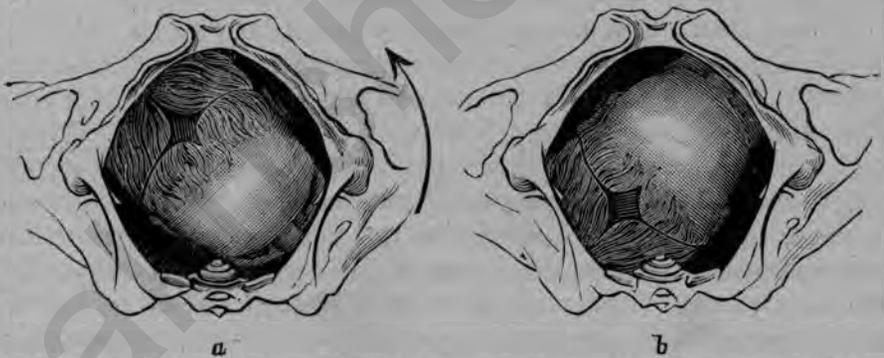


Рис. 53. II лобное положеніе. *a*: большой родничекъ вправо и впереди, глазная область влѣво и взади, лобный шовъ во второмъ косомъ размѣрѣ. Поворотъ въ направленіи стрѣлки даетъ картину *b*: большой родничекъ вправо и взади, глазная область влѣво и впереди, лобный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

лобномъ положеніи получится слѣдующая картина (рис. 52*a*): большой родничекъ слѣва и спереди, лобный шовъ въ первомъ косомъ размѣрѣ, глазная область справа и сзади; если глазная область повернулась уже дальше впереди, то получаемъ (рис. 52*b*): большой родничекъ слѣва и сзади, лобный шовъ во второмъ косомъ размѣрѣ, глазная область справа и спереди. Аналогичныя данныя представить и II лобное положеніе (рис. 53*a* и *b*).

Теченіе и механизмъ. Если при вступленіи въ тазъ еще не происходитъ превращенія лобнаго положенія въ черепное или лицевое, то головка опускается въ тазъ въ лобномъ положеніи. При благопріятныхъ условіяхъ роды могутъ послѣдовать самопроизвольно и въ лобномъ положеніи съ благополучнымъ исходомъ для матери и для плода. Механизмъ родового акта слѣдующій. Въ то время какъ головка проходитъ черезъ тазовую полость, глазная область, хотя бы она вначалѣ и обращена была кзади или кзади и въ сторону, поворачивается постепенно впередъ (см. стрѣлку на рис. 52а и 53а). Такимъ образомъ область корня носа, которую мы здѣсь можемъ назвать предшествующею частью, продѣлываетъ приблизительно тотъ же путь, какъ область малаго родничка при черепномъ положеніи. Подъ конецъ глазная область смотритъ совсѣмъ впередъ; въ то время, какъ часть лба показывается въ половой расщелинѣ, верхняя челюсть прилегаешь къ задней поверхности лоннаго соединенія. Въ этомъ положеніи, съ лобнымъ швомъ въ прямомъ размѣрѣ, лобъ выступаетъ впередъ до тѣхъ поръ, пока корень носа не упрется въ *ligamentum arcuatum*. Съ этого момента начинается актъ выкатыванія головки. Въ то время какъ корень носа, прилегающій къ *ligamentum arcuatum*, образуетъ исходное мѣсто поворота, темя, а засимъ затылокъ выкатываются по промежуности до тѣхъ поръ, пока въ снова нѣсколько отодвинувшееся назадъ *frenulum* не упрется затылочная ямка,—сгибаніе шейнаго позвоночника. Лишь послѣ этого изъ-за лонной дуги выступаютъ послѣдовательно, при явленіяхъ разгибанія шейнаго позвоночника, носъ, ротъ, подбородокъ. Мы имѣемъ, слѣдовательно, здѣсь при выкатываніи головки сперва сгибаніе, а затѣмъ разгибаніе шейнаго позвоночника, какъ это мы видѣли и при передне-черепномъ положеніи. Но при послѣднемъ исходнымъ пунктомъ поворота служила передняя верхушка большого родничка или лобные бугры, и еще болѣе сильное сгибаніе головки представлялось затруднительнымъ. Напротивъ, при лобномъ положеніи этимъ исходнымъ пунктомъ является корень носа, и сгибаніе шейнаго позвоночника, находящагося въ болѣе среднемъ положеніи, совершается нѣсколько легче. При черепномъ и лицевомъ положеніи выкатываніе головки обнаруживало лишь поступательный видъ движенія шейнаго позвоночника, при черепномъ—переходъ сгибанія въ разгибаніе, при лицевомъ—переходъ разгибанія въ сгибаніе. Подбородокъ при родахъ въ лобномъ положеніи прорѣзывается послѣднимъ, при родахъ въ лицевомъ положеніи—первымъ.

Описаннымъ путемъ и могутъ произойти роды при лобномъ положеніи. Но если при рѣзко выраженномъ лобномъ положеніи глазная область остается обращенною кзади, то при обычныхъ условіяхъ головка не въ состояніи выступить и притомъ въ силу тѣхъ же причинъ, по которымъ невозможно ея выкатываніе при лицевомъ положеніи съ подбородкомъ, направленнымъ кзади (см. стр. 94). Для того, чтобы выхожденіе ея стало возможнымъ, нужно было бы, чтобы при обращенной кзади глазной области либо прошла черезъ тазъ вмѣстѣ съ головкою значительная часть туловища, либо шейка обладала чрезмѣрною растяжимостью.

Въ томъ случаѣ, когда головка имѣетъ нормальную величину, роды въ лобномъ положеніи, даже при нормальномъ тазѣ, могутъ большею частью послѣдовать лишь очень медленно. Дѣло въ томъ, что при этомъ механизмъ вставляются неблагоприятные размѣры головки: наибольшимъ размѣромъ, проходящимъ черезъ половую расщелину, является размѣръ отъ корня носа до затылка, стало быть значительно большій, чѣмъ при другихъ головныхъ положеніяхъ.

Конфигурація головки по большей части очень рѣзко выражена. Головка въ направленіи отъ подбородка къ темени сжата, въ направленіи отъ затылка ко лбу укорочена. Лобъ становится высокимъ и крутымъ; если къ этому присоединяется еще большая сидящая на лбу родовая опухоль, то родившаяся головка представляется порядкомъ обезображенной.

Лобное положеніе является *наиболье неблагоприятнымъ* изъ всѣхъ головныхъ положеній. Если пространственныя условія не особенно выгодны, то роды могутъ послѣдовать не иначе, какъ при явленіяхъ сильного травматизма материнскихъ частей. Промежности угрожаетъ опасность благодаря тому, что она растягивается очень большимъ размѣромъ головки и что широкій затылокъ проходитъ черезъ половую расщелину далеко кзади.

Но опасность имѣется и для плода вслѣдствіе значительной продолжительности родового акта и сильного сжатія головки, а если при остающейся обращенною назадъ глазной области роды приостанавливаются, то получается положеніе совѣмъ неблагоприятное.

Терапія. Если мы, явившись къ родамъ рано, находимъ въ періодѣ раскрытія зѣва подвижно стоящую въ тазовомъ входѣ головку въ лобномъ положеніи, то мы можемъ иногда, въ особенности при еще не разорванномъ пузырьѣ, разсчитывать на то, что въ дальнѣйшемъ теченіи родового акта подбородокъ приблизится къ груди и головка вступитъ въ тазъ въ черепномъ положеніи или что подбородокъ отойдетъ еще больше отъ груди и образуется лицевое положеніе. Первый случай будетъ болѣе благоприятнымъ, и мы должны попытаться содѣйствовать этому превращенію въ черепное положеніе тѣмъ, что положимъ роженицу на сторону, соответствующую положенію затылка (часть, долженствующую идти впередъ), стало быть на тотъ бокъ, въ которомъ лежитъ дѣтская спинка (при I лобномъ положеніи на лѣвый бокъ). Помѣстивъ роженицу на другой бокъ, мы можемъ способствовать дальнѣйшему отведенію подбородка отъ груди, и такимъ образомъ возникаетъ иногда лицевое положеніе. Въ остальномъ мы въ періодѣ раскрытія зѣва, до тѣхъ поръ, пока пузырь еще не разорванъ, должны держаться выжидательно.

Если при полномъ раскрытіи зѣва головка въ лобномъ положеніи стоитъ подвижно на тазѣ, то правильнѣе всего будетъ войти рукою въ рукавъ, подняться мимо подвижной головки вверхъ, захватить ножку и сдѣлать поворотъ, слѣдовательно превратить лобное положеніе въ тазовое. Засимъ при образованномъ этимъ путемъ тазовомъ положеніи мы будемъ поступать такъ, какъ если бы послѣднее было первоначальнымъ (см. отдѣлъ

III). Необходимое предварительное условіе, это—чтобы введеніе руки не встрѣчало препятствій со стороны судорожной стриктуры матки; во всякомъ случаѣ лучше предпринять глубокій наркозъ съ цѣлью достигнуть расслабленія матки. Такой же оперативный поворотъ при лобномъ положеніи мы производимъ и въ томъ случаѣ, когда не имѣется другихъ какихъ-либо разстройствъ. Лобное положеніе настолько неблагоприятно, что оно само по себѣ является оправданіемъ для оперативнаго вмѣшательства (образованіе несравненно болѣе благоприятнаго положенія тазовымъ концомъ). Здѣсь мы впервые встрѣчаемся со случаемъ, гдѣ положеніе само по себѣ даетъ показаніе къ операціи; при всѣхъ ранѣе описанныхъ головныхъ положеніяхъ производство послѣдней обусловливалось всегда наличностью еще спеціальнаго повода (опасность для матери или для плода).

Если головка при лобномъ положеніи послѣ уже происшедшаго разрыва пузыря стоитъ въ тазовомъ входѣ, но фиксировалась уже настолько, что введеніе руки съ цѣлью производства поворота представляется неуѣтнымъ, то можно попытаться, какъ и при лицевыхъ положеніяхъ, перевести лобное положеніе въ черепное при помощи внутренняго или комбинированнаго ручнаго приема (ср. стр. 102).

Въ томъ случаѣ, когда этого приема не предпринимаютъ или когда превращеніе въ черепное положеніе не удастся, остается выжидать самопроизвольнаго вступленія головки въ тазовую полость.

Если, однако, въ области внутренняго маточнаго зѣва находятъ судорожную стриктуру, могущую иногда явиться причиною образованія лобнаго положенія (*Schatz*), то нужно примѣнить средства, устраняющія спазмъ (въ особенности наркотическія средства; см. отдѣлъ III, затрудненный поворотъ).

Въ томъ случаѣ, когда при лобномъ положеніи головка уже вступила въ тазъ, слѣдуетъ въ общемъ выжидать самопроизвольнаго механизма родовъ. Но если плодъ, находившійся въ лобномъ положеніи, погибъ, то необходимо предпринять перфорацию, ибо было бы большою ошибкою изъ-за мертваго плода подвергать мать опасностямъ родовъ въ лобномъ положеніи.

Тамъ, гдѣ при стоящей въ тазу въ лобномъ положеніи головкѣ, съ главною областью, направленною къзади, наступаетъ показаніе для окончанія родовъ, условія для благополучнаго теченія послѣднихъ складываются очень непріятно. Насколько головка съ стоящею къзади главною областью мало можетъ разсчитывать на самопроизвольное выступленіе, настолько же мало можемъ мы ее вывести изъ этого положенія помощью щипцовъ. Производство поворота щипцами не рекомендуется. Если показаніе со стороны матери представляется крайне настоятельнымъ, если спасеніе жизни ея требуетъ безотлагательнаго окончанія родовъ, то не остается ничего иного, какъ предпринять перфорацию плода, хотя бы и живого.

Показанію со стороны плода мы при обращенной къзади главною области

безсильны удовлетворить ¹⁾). Приходится поневоле вооружиться терпѣніемъ и выждать дальнѣйшаго теченія. Впрочемъ, можно попытаться содѣйствовать повороту глазной области впередъ помѣщеніемъ роженицы на сторону, соответствующую мѣстонахожденію послѣдней. Если глазная область повернулась впередъ, если корень носа обращенъ кпереди и въ сторону или даже уже совѣтъ кпереди, то, при наличности показанія къ окончанію родовъ, дозволительна попытка извлеченія головки щипцами.

Правила для *наложенія щипцовъ при лобномъ положеніи* въ общемъ тѣ же, что и при другихъ операціяхъ со щипцами. И здѣсь, какъ при переднечерепныхъ и лицевыхъ положеніяхъ, мы должны накладывать инструментъ съ относительно поднятыми рукоятками, въ цѣляхъ наиболѣе благопріятнаго захватыванія головки. При веденіи захваченной щипцами головки мы сообщаемъ ей тѣ же движенія, какія она прѣдлывала бы при самопроизвольномъ механизмѣ родовъ въ лобномъ положеніи. Такимъ образомъ мы сперва тянемъ въ направленіи рукоятокъ до тѣхъ поръ, пока корень носа не упрется въ *ligamentum arcuatum*. Засимъ мы поднимаемъ рукоятки сильно кверху и по направленію къ животу роженицы и этимъ выводимъ надъ промежностью темя и затылокъ. Въ заключеніе опускаемъ рукоятокъ и одновременнымъ давленіемъ одною рукою на лобъ мы выкатываемъ остальную часть лица. Стало быть, здѣсь, какъ и при наложеніи щипцовъ при переднечерепномъ положеніи, заключительный актъ операціи состоитъ въ опусканіи рукоятокъ, тогда какъ при черепномъ и лицевомъ положеніи мы всегда непрерывно ведемъ рукоятки къ животу роженицы, причѣмъ съ того момента, когда онѣ достигаютъ послѣдняго, извлеченіе головки считается законченнымъ.

Въ подходящихъ случаяхъ можно попытаться, по *Schatz'у*, по наложеніи вѣтвей, до замыканія ихъ, оттянуть внизъ подбородокъ и образовать лицевое положеніе.

Наложеніе щипцовъ на высоко стоящую головку.

Мы познакомились съ наложеніемъ щипцовъ при всевозможныхъ головныхъ положеніяхъ, но одного условія при всѣхъ этихъ операціяхъ мы не разсмотрѣли еще достаточно подробно, это именно уровня стоянія головки въ тазу. До сихъ поръ мы всегда принимали, что головка стоитъ въ тазу, находясь своимъ наибольшимъ діаметромъ, по меньшей мѣрѣ, ниже мыса и безымянной линіи.

Уровень стоянія головки въ тазу опредѣляютъ обыкновенно по такъ назыв. *тазовымъ плоскостямъ*; говорю — „такъ называемымъ“ потому, что это собственно не плоскости въ математическомъ смыслѣ слова.

¹⁾ Одну осторожную попытку можно было бы предпринять для спасенія жизни плода, именно превращеніе лобнаго положенія въ лицевое. Для этой цѣли вводятъ въ ротъ плода (если только онъ достигимъ) два пальца, захватываютъ крючкообразно верхнюю челюсть и во время потугъ сильно потягиваютъ внизъ (*Rose*). Какъ скоро этимъ путемъ удастся смѣстить подбородокъ внизъ и впередъ, можно уже съ извѣстными шансами на успѣхъ наложить щипцы.

Различаютъ:

1) Входъ въ тазъ. Онъ ограничивается сзади—мысомъ, спереди—верхнимъ краемъ лоннаго соединенія, съ боковъ—безымянною линіею. Въ большинствѣ случаевъ это не настоящая плоскость, и линія, соединяющая мысъ съ верхнимъ краемъ симфиза, на большей части своего протяженія обыкновенно проходитъ выше, чѣмъ безымянная линія.

2) Верхній отдѣлъ тазовой полости. Задняя граница его образуется серединою 3 крестцоваго позвонка, передняя—срединою задней поверхности симфиза, боковыя—областями тазовой стѣнки, соответствующими вертлужнымъ впадинамъ.

3) Нижній отдѣлъ тазовой полости. Задняя граница—нижній конецъ крестцовой кости, *articulationes sacro-coccygeae*, передняя—нижній край лоннаго соединенія, боковыя—*spinae ischii*.

4) Выходъ таза. Задняя граница—верхушка копчиковой кости, передняя—нижній край симфиза, боковыя—*tubera ischii*. Выходъ таза образуютъ два трехугольника, сходящіеся своими основаніями подъ тупымъ угломъ; общее основаніе ихъ образуется линіею соединенія бугровъ сѣдалищныхъ костей, верхушка копчиковой кости и нижній край лоннаго соединенія служатъ ихъ вершинами.

Въ каждой изъ этихъ тазовыхъ плоскостей мы различаемъ, какъ уже раньше было упомянуто, слѣдующіе размѣры: прямой размѣръ, идущій спереди назадъ (во входѣ въ тазъ онъ носитъ названіе истинной конъюгаты, *conjugata vera*), далѣе поперечный размѣръ—справа налѣво и, наконецъ, два косыхъ размѣра, причемъ направляющійся слѣва и спереди мы называемъ первымъ, а идущій справа и спереди—вторымъ.

Какъ понимать теперь выраженіе: головка стоитъ въ такой-то или такой-то тазовой плоскости, положимъ—въ нижнемъ отдѣлѣ таза? Выраженію этому придается часто ошибочное толкованіе, новичекъ полагаетъ, что какъ скоро онъ введеннымъ въ рукавъ пальцемъ наталкивается на головку близъ уровня *spinae ischii*, то головка стоитъ въ нижнемъ отдѣлѣ таза. Между тѣмъ это—заблужденіе. Здѣсь важно не то, гдѣ стоитъ въ данный моментъ самое низкое мѣсто головки, а то, гдѣ находится ея наибольшій размѣръ. Поэтому, когда мы говоримъ: „головка стоитъ въ нижнемъ отдѣлѣ таза“, то это означаетъ, что она стоитъ въ этой плоскости своимъ наибольшимъ размѣромъ. Если бы мы вздумали руководствоваться только наиболѣе низкимъ мѣстомъ головки, то мы поступали бы ошибочно: это мѣсто можетъ быть крайне различно, въ зависимости отъ положенія головки относительно тѣла плода (членорасположеніе), отъ ея конфигураціи и отъ величины головной опухоли. Если, напр., головка своимъ наибольшимъ размѣромъ находится во входѣ въ тазъ, но при этомъ головная опухоль особенно велика, то головка можетъ иногда вдаваться въ нижній отдѣлъ таза. Впрочемъ, до извѣстной степени мы, конечно, можемъ судить о мѣстѣ нахождения головки и по уровню болѣе ея низкаго мѣста. Такъ, напр., если мы непосредственно позади половой расщелины уже

наталкиваемся на волосистую часть головки, то мы знаемъ, что послѣдняя стоитъ въ тазу.

Но для того чтобы имѣть возможность привести вполне точныя данныя, мы должны обратить вниманіе на отношеніе прощупываемыхъ частей костнаго тазового канала къ головкѣ. Весьма важную точку опоры для этого даютъ намъ *spinae ischii*, явственно прощупываемыя черезъ стѣнку рукава. Когда намъ удастся прощупать ихъ, то, значитъ, головка стоитъ еще надъ нижнимъ отдѣломъ тазовой полости; какъ скоро головка находится въ нижнемъ отдѣлѣ тазовой полости; мы уже болѣе не прощупываемъ сѣдалищныхъ остей, такъ какъ онѣ покрыты головкою; нормальной величины головка зрѣлаго плода выполняетъ тазъ настолько, что добраться до *spinae ischii* можно было бы только съ извѣстнымъ насиліемъ, пройдя пальцами между головкою и тазомъ. Если сѣдалищныя ости прощупываются легко, то это доказываетъ, что головка стоитъ надъ нижнимъ отдѣломъ таза, но этимъ и ограничивается значеніе этого признака, такъ какъ головка можетъ стоять въ верхнемъ отдѣлѣ таза, во входѣ въ тазъ или еще выше. Можно, конечно, воспользоваться для оцѣнки положенія и мѣстомъ нахождения наиболѣе низко стоящей точки, но окончательное рѣшеніе основывается только на отношеніи прощупываемыхъ частей костнаго таза къ головкѣ. Мы прощупываемъ въ сагитальномъ направленіи всю доступную осязанію выпячивающуюся часть головки и смотримъ, можемъ-ли мы добраться сзади до мыса, спереди до верхняго края лоннаго соединенія. Если да, то, стало быть, головка стоитъ еще надъ входомъ въ тазъ, ибо, находясь въ тазовомъ входѣ, головка (при нормальной величинѣ) покрываетъ конъюгату, точно такъ же, какъ при своемъ нахожденіи въ нижнемъ отдѣлѣ таза она покрываетъ сѣдалищныя ости, и мы могли бы достигнуть цѣли не иначе, какъ употребивъ извѣстное насиліе для того, чтобы пройти между головкою и тазовою стѣнкою. Поступая согласно этимъ указаніямъ, мы опредѣляемъ стояніе головки. Если головка находится еще надъ входомъ въ тазъ, то мы должны изслѣдовать, стоитъ-ли она здѣсь еще подвижно или уже опустилась однимъ сегментомъ въ тазовую полость и настолько неподвижна, что давленіе пальцемъ не смѣщаетъ ея.

Спрашивается теперь, какъ нужно накладывать щипцы въ зависимости отъ стоянія головки. Относительно этого нужно прежде всего сказать слѣдующее. Чѣмъ ниже стоитъ головка, тѣмъ выше послѣ наложенія щипцовъ лежатъ рукоятки инструмента. При наложеніи ложки по большей части ложатся надлежащимъ образомъ безъ дальнѣйшихъ манипуляцій. При низко стоящей въ тазовомъ выходѣ головкѣ рукоятки обращены вверхъ (рис. 54, III); если головка стоитъ нѣсколько выше, то онѣ направлены приблизительно горизонтально (рис. 54, II); наконецъ, если головка помещается еще выше, въ верхнемъ отдѣлѣ полости таза, то онѣ наклонены нѣсколько книзу (рис. 54, I). Теперь, когда мы извлекаемъ въ случаѣ послѣдняго рода, то мы должны производить тракціи въ направ-

ленію рукоятокъ сперва нѣсколько внизъ, затѣмъ горизонтально и подъ конецъ вверхъ. Чѣмъ выше стоитъ головка, тѣмъ больше времени нужно, чтобы приблизить рукоятки къ животу роженицы. Прежде различали по большей части такъ назыв. позиціи и говорили: нужно тянуть сперва внизъ (влеченіе въ I позиціи), далѣе горизонтально (влеченіе во II позиціи), затѣмъ вверхъ (влеченіе въ III позиціи). На самомъ дѣлѣ, однако, нельзя было, понятно, дѣйствовать столь схематично, но должно было крайне постепенно переводить одно направленіе тракціи въ другое, соответственно нормальному поступательному движенію головки при родахъ. Какъ скоро головка своимъ наибольшимъ размѣромъ прошла черезъ тазовой входъ, имѣютъ силу всѣ тѣ правила, съ которыми мы познакомились

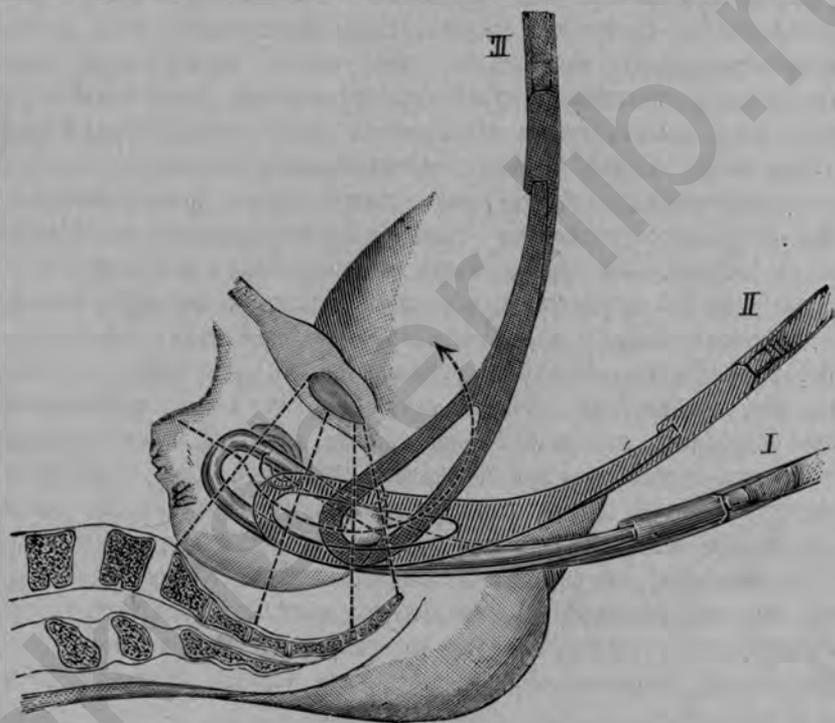


Рис. 54. Положеніе щипцовъ въ зависимости отъ стоянія головки. I—головка въ верхнемъ отдѣлѣ полости таза. II—головка въ нижнемъ отдѣлѣ полости таза. III—головка, выступающая изъ тазового выхода. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

при описаніи наложенія щипцовъ, съ тою только разницею, что мы принимаемъ въ соображеніе тѣ или другія предписанія, связанныя со стояніемъ головки и только-что приведенныя нами. Какъ, однако, должны накладываться щипцы въ томъ случаѣ, когда головка стоитъ еще выше? Этимъ-то вопросомъ, наложеніемъ щипцовъ на высоко стоящую головку, такъ назыв. „высокими щипцами“, мы и займемся теперь.

При изложеніи условій для наложенія щипцовъ (ср. стр. 28) мы видѣли, что одно изъ главнѣйшихъ условій гласило: «головка должна нахо-

даться въ маломъ тазу и стоять въ прямомъ размѣрѣ тазового входа (zangengerecht)». Какъ понять это требованіе? По мнѣнію однихъ авторовъ, оно удовлетворено, когда головка своимъ наибольшимъ размѣромъ прошла черезъ входъ въ тазъ, по другимъ авторамъ—и тогда уже, когда она опустилась въ тазовую полость такимъ сегментомъ, что стоитъ вполне неподвижно, хотя бы наибольшій діаметръ ея и находился еще нѣсколько надъ входомъ въ тазъ. Мы лично склоняемся въ пользу послѣдняго воззрѣнія. Наложеніе щипцовъ при такой высоко стоящей головкѣ (слѣдовательно, при нахожденіи головки въ тазовомъ входѣ или при *неподвижномъ* стояніи ея на тазовомъ входѣ) мы называемъ „высокими щипцами“. Для того, чтобы инструментъ могъ быть наложенъ, головка обязательно должна стоять неподвижно. *На подвижно стоящую на тазъ головку щипцы никогда не должны быть накладываемы*, и нарушеніе этого правила равносильно врачебной ошибкѣ. Но спрашивается теперь, что дѣлать тогда, когда головка еще подвижна, а между тѣмъ имѣется настоятельное показаніе къ окончанію родовъ? Въ этомъ случаѣ, при наличности остальныхъ предварительныхъ условій для наложенія щипцовъ (полное раскрытіе маточнаго зѣва, изглаженіе шейки), мы входимъ въ рукавъ рукою, захватываемъ ножку плода, дѣлаемъ поворотъ на ножку и пользуясь послѣднею въ качествѣ опоры, извлекаемъ плодъ; мы производимъ такимъ образомъ «поворотъ» и «извлеченіе»—операциі, которыя мы подробно опишемъ въ другомъ мѣстѣ (см. отдѣлы II и III).

Каковы показанія для «высокихъ щипцовъ»? Это по большей части случаи узкаго таза, такъ какъ именно узость таза и задерживаетъ головку и не даетъ ей опускаться такъ легко, какъ при нормальномъ тазѣ. Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ родовъ мы, когда насъ приглашаютъ къ роженицѣ, находимъ головку уже въ тазу, а у перворождающихъ констатируемъ это даже въ самомъ началѣ родового акта, такъ какъ у нихъ головка вступаетъ въ тазъ нормально уже въ послѣднее время беременности. Если поэтому мы у первороженицы находимъ головку еще не вступившею въ тазъ, то мы имѣемъ полное основаніе сразу же предположить, что въ данномъ случаѣ дѣло идетъ объ узкомъ тазѣ.

Для надлежащаго уразумѣнія сущности и техники „высокихъ щипцовъ“ считаю необходимымъ сказать нѣсколько словъ о *родахъ при узкомъ тазѣ*.

Когда мы въ настоящемъ изложеніи говоримъ объ узкомъ тазѣ, то мы разумѣемъ при этомъ плоскій и притомъ плоскій рахитическій тазъ. Это практически наиболѣе важная форма узкаго таза; при ней прямой размѣръ входа въ тазъ, conjugata vera, укороченъ, поперечный размѣръ можетъ быть нормаленъ, прямые размѣры болѣе низкихъ тазовыхъ плоскостей равнымъ образомъ по большей части уменьшены не особенно значительно. Такимъ образомъ главнымъ препятствіемъ для родовъ является только входъ въ тазъ. Только эту форму узкаго таза мы и положимъ въ основу послѣдующаго изложенія.

Степень сужения может быть весьма различна; высокія степени сужения мы здѣсь обойдемъ молчаніемъ, такъ какъ насъ интересуютъ только умѣренные степени, допускающія прохожденіе неповрежденнаго, живого плода. Низшею границею такихъ среднихъ степеней суженія таза мы можемъ принять для истинной конъюгаты 7,5—8 см. При подобномъ суженіи зрѣлый плодъ, во всякомъ случаѣ, можетъ еще пройти живымъ и жизнеспособнымъ. Конечно, величина эта только приблизительная; опредѣленіе ея съ точностью до миллиметра здѣсь невозможно уже потому, что и у зрѣлаго плода величина головки бываетъ различна. Но для нормальныхъ условій прохожденія плода мы можемъ держаться названнаго предѣла. Если конъюгата еще короче, то головка нормальной величины въ состояніи пройти родовой каналъ только раздробленною или, во всякомъ случаѣ, съ такими поврежденіями, которыя обусловятъ смерть плода даже при рожденіи его живымъ. О томъ, что путемъ искусственнаго расширенія таза, симфизеотоміи (см. отдѣлъ VI), удастся иногда провести плодъ живымъ и жизнеспособнымъ даже и при болѣе сильномъ суженіи таза, мы здѣсь не будемъ распространяться.

Разсмотримъ теперь механизмъ родовъ при такомъ узкомъ тазѣ. Положимъ, насъ пригласили къ перворождающей съ плоскимъ рахитическимъ тазомъ, conjugata vera котораго равна 8 цтм. Это — здоровая, крѣпкая особа, потужная дѣятельность вполне исправна, брюшные покровы напряжены. Маточный зѣвъ раскрылся совершенно, шейка изглажена, пузырь разорвался незадолго передъ тѣмъ. Мы находимъ головку еще на тазѣ и узнаемъ, что причиною тому узкій тазъ. Мы констатируемъ I черепное положеніе, малый родничекъ влѣво, большой вправо, стрѣловидный шовъ направленъ поперечно. Но мы замѣчаемъ, что поперечно идущій стрѣловидный шовъ находится вблизи мыса, тогда какъ обычно мы привыкли его прощупывать на приблизительно одинаковомъ разстояніи отъ передней и задней тазовой стѣнки; далѣе, наше вниманіе обращаетъ на себя то обстоятельство, что большой родничекъ стоитъ относительно низко: въ то время какъ нормально головка вступаетъ съ опущеннымъ малымъ родничкомъ, здѣсь оба родничка находятся приблизительно на одномъ уровнѣ; большой родничекъ помѣщается подлѣ мыса, только чуть вправо отъ него.

Такое вставленіе головки характерно для плоскаго таза. Именно благодаря ему становится возможнымъ прохожденіе головки. Здѣсь имѣютъ значеніе два момента:

1) Переднетеменное вставленіе (рис. 55); это и есть только-что указанное нами положеніе головки. Головка косо наклонена къ заднему плечу; лежащая впереди теменная кость опустилась ниже задней, передней теменной бугоръ скатывается мимо верхняго края симфиза въ тазъ, тогда какъ задній стоитъ еще надъ мысомъ. Этимъ и объясняется, почему мы находимъ стрѣловидный шовъ проходящимъ близъ мыса. Въ меньшей степени головка обнаруживаетъ такое вставленіе при вступленіи черѣдко и при нормальномъ тазѣ (*Naegeler's*кое наклоненіе). Это

переднетеменное вставленіе представляется благопріятнымъ для даннаго случая. Послѣ того какъ передняя теменная кость опустилась, задняя постепенно скатывается мимо мыса въ тазъ, стрѣловидный шовъ отходить отъ мыса, переднетеменное вставленіе исчезаетъ. Этимъ путемъ головка, такъ сказать, прокрадывается черезъ узкое мѣсто, причемъ сперва опускается одна сторона, а затѣмъ другая; при этомъ въ узкой конъюгатѣ находятся всегда меньшіе размѣры головки, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда переднетеменного вставленія не имѣется. Переднетеменное вставленіе можетъ быть настолько рѣзко выражено, что удастся прощупать лежащее впереди ухо; тогда говорятъ о такъ назыв. переднемъ ушномъ положеніи—терминъ не особенно удачный.

2) Относительно низкое стояніе большого родничка. И это положеніе является благопріятнымъ для нашего случая. Мы находимъ большой родничекъ стоящимъ ниже потому, что членорасположеніе головки нѣсколько измѣнилось. Подбородокъ, обычно прилегающій къ самой груди, нѣсколько отошелъ отъ нея (дефлексія). Это представляетъ большую выгоду. Въ томъ случаѣ, когда подбородокъ прилегаетъ непосредственно къ груди, въ конъюгатѣ стоитъ большой поперечный размѣръ головки, *diameter biparietalis*, длиною въ $9\frac{1}{2}$ цтм.; если же подбородокъ нѣсколько отклоняется отъ груди, то большой поперечный размѣръ головки передвигается нѣсколько изъ узкаго мѣста въ сторону, гдѣ въ его распоряженіе предоставлено большее пространство, и въ узкую конъюгату вступаетъ малый поперечный размѣръ головки, *diameter bitemporalis*, длина котораго равняется всего $8\frac{1}{2}$ цтм., и тогда головка, само собою разумеется, легче можетъ пройти черезъ тазовой входъ.

Эти механизмы настолько характерны, что названные результаты ощупыванія позволяютъ намъ поставить діагнозъ наличности въ данномъ случаѣ плоскаго таза.

Такимъ образомъ въ нашемъ случаѣ головкѣ подъ вліяніемъ энергичной работы потугъ и брюшного пресса удастся черезъ не очень продолжительное время пройти тазовой входъ. Особенныхъ препятствій на

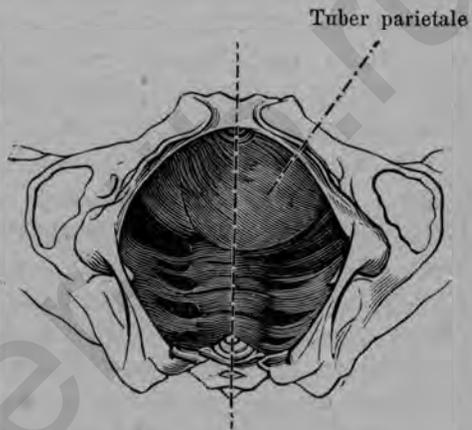


Рис. 55. Вступленіе головки въ плоскій тазъ. I черепное положеніе. Стрѣловидный шовъ пробѣгаетъ вблизи мыса, передняя теменная кость прощупывается на большомъ протяженіи (переднетеменное вставленіе), передній теменной бугоръ стоитъ ниже конъюгаты, задній—выше ея. Большой родничекъ стоитъ относительно низко (легкая дефлексія), большой поперечный размѣръ (*tuber parietale*) находится не въ конъюгатѣ, а расположенъ нѣсколько въ сторонѣ, отодвинутъ влѣво, меньшій поперечный размѣръ находится въ конъюгатѣ.
 $\frac{1}{4}$ натур. величины.

дальнѣйшемъ пути уже не имѣется, и плодъ рождается нормальнымъ образомъ. Роды происходятъ совершенно самопроизвольно, оканчиваясь благополучно и для матери, и для плода.

Возьмемъ теперь другой случай. Мы являемся къ повторнорожающей, равнымъ образомъ имѣющей плоскій тазъ съ истинной конъюгатой въ 8 цтм. Больная рожала уже 5 разъ, первые роды протекли безъ врачебнаго вмѣшательства, ребенокъ живъ; послѣдующіе роды каждый разъ требовали искусственной помощи, послѣднія дѣти рождались мертвыми. Мы находимъ довольно вялые брюшные покровы, отвислый животъ; родовыя схватки слабы. Внутреннее изслѣдованіе обнаруживаетъ полное раскрытіе маточнаго зѣва; пузырь незадолго предъ тѣмъ разорвался. Головка стоитъ подвижно на тазѣ; и здѣсь также мы констатируемъ переднетеменное вставленіе и низкое стояніе большого родничка. Потуги еще не фиксировали головки; послѣдняя при дальнѣйшемъ выжиданіи обнаруживаетъ наклонность къ отхожденію.

Въ данномъ случаѣ условія не столь благоприятны, какъ въ предыдущемъ. Изгоняющія силы слабѣе, потуги плохи, вялые брюшные покровы исключаютъ возможность энергичной работы брюшного пресса, головка обнаруживаетъ наклонность къ удаленію отъ тазоваго входа. Мы поэтому едва-ли можемъ рассчитывать на то, что здѣсь головкѣ удастся силами природы преодолѣть препятствіе нормальнымъ образомъ въ теченіе не слишкомъ продолжительнаго времени. Въ виду этого, мы не держимся пассивнаго образа дѣйствій, но дѣлаемъ поворотъ на ножку и тѣмъ самымъ создаемъ положеніе тазовымъ концомъ, которое вначалѣ пользуемъ по возможности выжидательно; только когда плодъ рождается до пунка, мы предпринимаемъ извлеченіе; несмотря на значительное сѣженіе, намъ удается быстро провести головку черезъ тазъ, и мы извлекаемъ ребенка живымъ.

Послѣдній случай показываетъ намъ, что положеніе тазовымъ концомъ для случаевъ этого рода представляется не неблагоприятнымъ.

Такъ какъ на самомъ дѣлѣ послѣдующая головка, благодаря своей нѣсколько конической формѣ, создаетъ относительно благоприятныя механическія условія для прохожденія черезъ тазъ и такъ какъ мы въ особенности располагаемъ превосходными способами (*Wigand'a*, *Veit'a*) для быстраго и надежнаго проведенія послѣдующей головки черезъ тазъ (см. отдѣлъ II), то предложено было при плоскомъ тазѣ предпринимать такъ назыв. *профилактическій поворотъ*. Какъ скоро акушеръ являлся на роды въ такое время, когда головка стояла еще подвижно на тазѣ, онъ долженъ былъ, при условіи достаточнаго раскрытія маточнаго зѣва, дѣлать поворотъ на ножку.

Но черезчуръ широкая рекомендація этого способа принесла и отрицательные результаты. Дѣло въ томъ, что много разъ подобная операція предпринималась и въ случаяхъ, подобныхъ первому изъ приведенныхъ нами, т. е. въ такихъ, которые благополучно протекли бы и безъ вся-

каго посторонняго вмѣшательства. Не нужно вѣдь забывать, что въ концѣ концовъ для плода роды въ головномъ положеніи по большей части даютъ болѣе благопріятные шансы, чѣмъ роды тазовымъ концомъ. При медленномъ прохожденіи головка имѣетъ возможность конфигурироваться съ несравненно меньшею опасностью для плода, чѣмъ при быстромъ проведеніи при послѣдующей головкѣ. Въ послѣднемъ случаѣ головка должна обязательно пройти черезъ тазъ въ кратчайшее время, иначе плодъ погибнетъ (см. отдѣлъ II); напротивъ, при головномъ положеніи плоду не повредить, если головка потребуетъ для прохожденія черезъ тазъ даже многихъ часовъ.

Съ подробностями относительно поворота, въ особенности противопоказаній къ нему, мы познакомимся ниже (см. отдѣлъ III).

Такимъ образомъ мы не присоединяемся къ требованію производства профилактическаго поворота при плоскомъ тазѣ. Но, съ другой стороны, мы и не отвергаемъ его совсѣмъ, а держимся въ этомъ отношеніи, такъ сказать, средняго положенія.

Мы говоримъ такъ: если условія складываются настолько неблагопріятно, что на самопроизвольное вступленіе головки въ узкій тазъ едва-ли можно разсчитывать, если, слѣдовательно, потуги слабы, брюшной прессъ недостаточенъ, вставленіе головки неблагопріятно, то мы отдаемъ предпочтеніе положенію тазовымъ концомъ и предпринимаемъ профилактическій поворотъ, при томъ предположеніи, конечно, что операція выполнима еще безъ опасности. Когда же, напротивъ, условія благопріятны, въ особенности у перворожениць, такъ что есть основаніе надѣяться на самопроизвольное прохожденіе головки черезъ узкій тазъ, то мы держимся выжидательно и во многихъ случаяхъ имѣемъ возможность наблюдать наступленіе благополучнаго исхода безъ всякаго съ нашей стороны активнаго вмѣшательства.

Если бы, однако, при такомъ выжиданіи оказалось, что силы природы все-таки не могутъ провести головку черезъ суженное мѣсто или не въ состояніи сдѣлать это настолько скоро, чтобы матери или плоду не угрожала опасность, а между тѣмъ головка стоитъ уже *неподвижно* и пропала значительнымъ сегментомъ въ тазъ, то мы накладываемъ тогда высокіе щипцы и втягиваемъ ими головку черезъ узкое мѣсто въ тазъ.

Можемъ-ли мы и какъ долго именно выжидать самопроизвольнаго окончанія родовъ, вопросъ этотъ всецѣло рѣшается рядомъ дальнѣйшихъ условій. Прежде всего мы всегда должны имѣть въ виду опасность, связанная для матери и для плода съ болѣе продолжительнымъ теченіемъ родового акта, въ особенности при узкомъ тазѣ. Чѣмъ болѣе значительно препятствіе, тѣмъ родовыя схватки обычно бурнѣе; если онѣ усиливаются до степени судорогъ, то плоду грозитъ сильнѣйшая опасность (ср. стр. 35); мы должны, слѣдовательно, очень тщательно контролировать его сердечные звуки. Черезчуръ продолжительное непосредственное сжатіе головки равнымъ образомъ опасно. Материнскія мягкія части, въ свою

очередь, подвержены спеціальнымъ поврежденіямъ (образованіе мочевыхъ свищей, ср. стр. 37). Наконецъ—и это заслуживаетъ особаго вниманія—большая продолжительность родовъ, въ случаѣ наличности значительнаго механическаго препятствія для поступательнаго движенія плода, сопряжена съ опасностью растяженія влагалищной шейки, разрыва матки, о чемъ подробно будетъ говорить въ послѣдствіи.

И такъ, выжидательное отношеніе при узкомъ тазѣ всегда обязываетъ насъ къ очень большой осторожности.

Многokrатно возбуждался спорный вопросъ: нужно-ли при плоскомъ тазѣ предпринимать поворотъ или накладывать щипцы? Подобная постановка вопроса ложна. Поворотъ и щипцы при данныхъ условіяхъ исключаютъ другъ друга. Тамъ, гдѣ выполнимъ поворотъ, стало быть при подвижно на тазѣ стоящей головкѣ, тамъ щипцы противопоказаны; тамъ, гдѣ при неподвижной головкѣ должны быть наложены щипцы, неумѣстенъ будетъ поворотъ. Названный вопросъ правильнѣе долженъ быть поставленъ слѣдующимъ образомъ: нужно-ли при плоскомъ тазѣ дѣлать ранній (профилактическій) поворотъ, или же слѣдуетъ выжидать и въ послѣдствіи, въ случаѣ надобности, наложить щипцы?

Мы держимся того мнѣнія, что, какъ это уже было нами сказано, тамъ, гдѣ условія складываются благопріятно, такъ что благополучный исходъ родовъ представляется возможнымъ помимо нашего вмѣшательства, тамъ нужно соблюдать выжидательное отношеніе, въ особенности если дѣло идетъ о первороженіи. Если же роды, несмотря на хорошую потужную дѣятельность, лягутъ черезчуръ долго, такъ что, напр., можно опасаться угрожающаго опасностью давленія на мягкія части (пузырно-влагалищные свищи!), то мы приходимъ на помощь со щипцами—понятно, при неподвижной головкѣ, хотя бы тазовой входъ и не былъ еще пройденъ наибольшимъ ея размѣромъ,—и проводимъ ими головку черезъ суженное мѣсто.

Но если оказывается, что, несмотря на правильно выполненныя тракціи, притомъ такой силы, какую могутъ развить руки *одного* лица, головка не подвигается впередъ, то это служитъ указаніемъ на то, что въ данномъ случаѣ тазъ слишкомъ узокъ для щипцовъ; поэтому мы должны ихъ снять и приступить къ перфорации (если бы не было показанія къ производству симфизиотоміи). Какъ скоро рѣчь заходитъ о высокихъ щипцахъ, необходимо всегда помнить, что они *представляютъ собою только попытку* спасти плодъ, и что, слѣдовательно, ихъ нельзя примѣнять тамъ, гдѣ головка обнаруживаетъ рѣзко выраженное дефлексіонное положеніе (лобное положеніе, лицевое положеніе).

Я надѣюсь, что случаи, въ которыхъ можно накладывать щипцы на высоко стоящую головку, въ достаточной мѣрѣ выяснены приведеннымъ изложеніемъ. Только при самомъ строгомъ показаніи должно предпринимать наложеніе высокихъ щипцовъ. Это весьма трудная, быть можетъ самая трудная изъ всѣхъ акушерскихъ операций, и кто не обла-

даетъ достаточною ловкостью, достаточноымъ навыкомъ, кто выполняетъ ее, не слѣдя строго предписаннымъ правиламъ, тотъ можетъ причинить большой вредъ. Напротивъ, выполненная *lege artis*, операція эта можетъ дать самые благопріятные результаты.

Прежде чѣмъ приступаютъ къ наложенію высокихъ щипцовъ, нужно всегда попробовать примѣненіе предложеннаго *Hofmeister*'омъ способа— *низдавленія головки въ тазъ*. Приведя роженицу въ состояніе глубокаго наркоза, пытаются осторожно низвести въ тазъ головку, захваченную рукою черезъ расслабленные брюшные покровы. Роженица при этомъ придаетъ такъ назыв. *Walcher*'овское *свѣшивающееся положеніе*: ягодицы при этомъ придвинуты къ краю стола, ноги спускаются свободно внизъ; при такихъ условіяхъ получается нѣкоторое, хотя, правда, и не особенно значительное, удлиненіе истинной конъюгаты.

Низведение головки должно быть производимо *самымъ щадящимъ образомъ*; разъ оно не приводитъ скоро къ цѣли, нужно отказаться отъ форсированнаго давленія. *Fritsch* рекомендуетъ по возможности участіе двухъ лицъ въ низведеніи головки. „Одно лицо надавливаетъ одною рукою на затылокъ, другою—на переднюю часть черепа. Давленію поочередно подвергается сильнѣе то затылокъ, то передняя часть черепа, такъ какъ при низведеніи головки идущею впередъ частью является то первый, то вторая. Второе лицо надавливаетъ на головку непосредственно надъ лоннымъ соединеніемъ кзади и книзу и этимъ путемъ сжимаетъ ее въ направленіи конъюгаты. Это давленіе посредниѣ даетъ нерѣдко прямо поразительные результаты“. Если способъ *Hofmeister*'а удастся, то низдавленная головка уже съ меньшимъ трудомъ можетъ быть извлечена щипцами.

Мы, однако, полагаемъ, что правильнѣе было бы не ставить наложенія щипцовъ въ зависимость отъ удачнаго исхода вышеописаннаго приема. Надлежащимъ образомъ и осторожно выполненное наложеніе высокихъ щипцовъ въ состояніи еще спасти плодъ тамъ, гдѣ безъ этого не оставалось бы ничего иного, какъ только предпринять перфорацию.

Перейдемъ теперь къ описанію *техники наложенія высокихъ щипцовъ* и прежде всего выяснимъ принципъ этой операціи. Когда мы обхватываемъ щипцами высоко стоящую головку въ черепномъ положеніи (рис. 56), то рукоятки обращены довольно сильно книзу (кзади). Направленіе, которое должна принять головка, должно соответствовать проводной линіи таза; слѣдовательно, для головки, вступающей въ тазъ, оно будетъ соответствовать *началу* изогнутой стрѣлки на рис. 56. Сравнивая это направленіе съ направленіемъ рукоятокъ щипцовъ (*R*), мы видимъ, что они существенно разнятся. Влеченіе въ направленіи *R* не соответствовало бы направленію, въ которомъ должна подвигаться головка. По закону параллелограмма сила *R* разлагается на два слагаемыхъ *a* и *b*, изъ коихъ только одно первое дѣйствуетъ на поступательное движеніе головки, тогда какъ слагаемое *b* лишено всякаго значенія для послѣдняго и обнаруживается только давленіемъ на переднюю стѣнку таза. Такимъ образомъ, если бы произ-

водили влечение въ направленіи рукоятокъ, то значительная часть силы не только оставалась бы неутраченной для операціи извлеченія, но еще дѣйствовала бы отрицательно, вредно отзываясь на мягкихъ частяхъ, подвергающихся сильному сдавливанію между головкою и лоннымъ соединеніемъ. Поэтому недостаточно тянуть просто въ направленіи *R*, но, для того чтобы содѣйствовать надлежащему поступательному движенію головки по проводной линіи таза, мы должны одновременно и производить влечение въ направленіи *R*, и оказывать давленіе на рукоятки въ отвѣсномъ направленіи (рис. 58). Для этой цѣли одна рука, положенная на крючки щипцовъ, тянетъ въ направленіи *R*, а другая, лежащая поперечно на

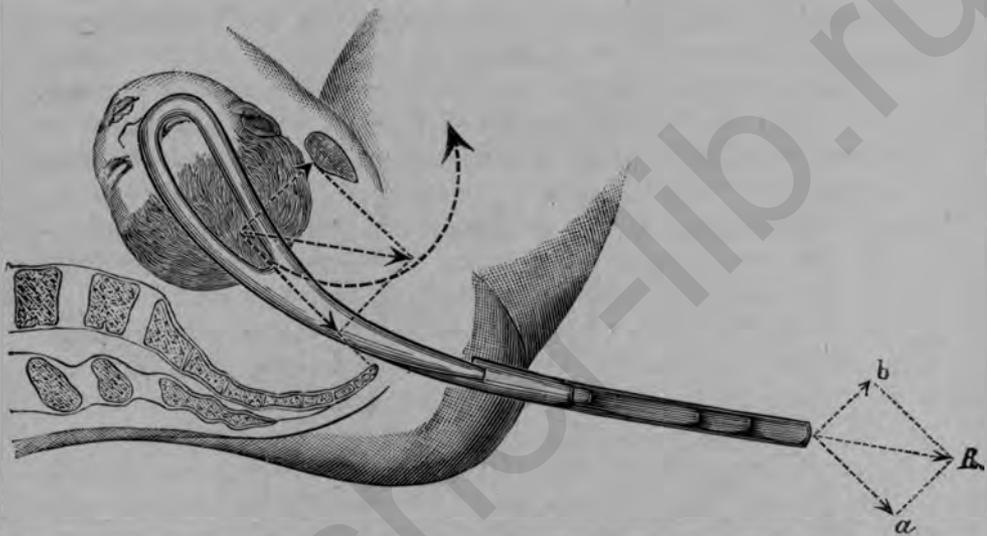


Рис. 56. Принципъ введенія щипцовъ при высоко стоящей головкѣ. Влечение въ направленіи рукоятокъ (*R*) не отвѣчало бы направленію, въ которомъ головка слѣдовало бы прежде всего двигаться (начало изогнутой стрѣлки); только слагаемое *a* дѣйствуетъ на поступательное движеніе головки; слагаемое же *b* пропадаетъ для этого послѣдняго и выражается лишь давленіемъ на переднюю стѣнку таза. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

замкъ, надавливаетъ въ вертикальномъ къ первому направленію — *Osiander*'овскія стоячія тракціи, названныя такъ потому, что акушеръ долженъ при этомъ стоять. Дѣятельность обѣихъ рукъ должна быть соразмѣряема такимъ образомъ, чтобы получалось именно желаемое движеніе; въ этомъ отношеніи руководящею нитью является точное знакомство съ направленіемъ какъ тазового канала, такъ и того пути, который предстоитъ пройти плоду.

Въ частности техника наложенія высокихъ щипцовъ представляется въ слѣдующемъ видѣ.

Приготовленія въ общемъ совпадаютъ съ тѣми, какія имѣютъ мѣсто при всѣхъ другихъ операціяхъ со щипцами. Здѣсь, однако, мы почти всегда должны оперировать подъ наркозомъ, тогда какъ обычно наложеніе

щипцовъ производится нами сплошь и рядомъ безъ такового. Только въ рѣдкихъ случаяхъ, а именно у очень мужественныхъ женщинъ и при наличности спеціального противопоказанія, мы имѣемъ возможность или бываемъ вынуждены обойтись безъ усыпленія.

Роженицу укладываютъ на достаточно высокомъ столѣ въ ягодично-спинномъ положеніи. Если при обычныхъ операціяхъ со щипцами положеніе это представляется весьма выгодномъ, то здѣсь оно тѣмъ болѣе цѣлесообразно. Оперировать на низкой кровати было бы крайне неудобно, такъ какъ намъ необходимо, между прочимъ, производить сильное влеченіе внизъ, а, стоя на колыняхъ предъ низкою кроватью, операторъ едва-ли способенъ приложить такую силу.

Ягодично-спинное положеніе, при которомъ ягодицы помѣщаются у края стола, а бедра притянуты сильно къ животу, всего удобнѣе позволяетъ намъ тянуть головку въ тазъ по проводной линіи. Иногда, однако при извлеченіи оказывается болѣе цѣлесообразнымъ *Walcher*'овское свѣшивающееся положеніе (см. выше), при которомъ ноги роженицы спускаются надъ столомъ.



Рис. 57. Введеніе лѣвой ложки для наложенія на высоко стоящую головку. Подъ руководствомъ 4 пальцевъ ложка продвигается назадъ впереди art. sacro-iliaca. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Щипцы на высоко стоящую головку мы всегда накладываемъ въ поперечномъ размѣрѣ или лишь незначительно отклоняясь отъ него; слѣдовательно, такъ какъ головка стоитъ большею частью поперечно, то ложки накладываются на затылокъ и переднюю часть черепа. При низкомъ стояніи головки мы по возможности всегда накладывали инструментъ такъ, чтобы его вогнутая сторона обращена была къ проводной точкѣ, т. е. къ той точкѣ, которая должна выступить подъ лонную дугу первую (при черепномъ положеніи къ области большого родничка). Въ виду этого, щипцы должны были лежать косо, какъ скоро проводная точка находи-

лась еще далеко сбоку. Въ нашемъ же случаѣ мы должны отказаться отъ подобнаго наложенія инструмента. По причинѣ своей сильной тазовой кривизны, щипцы должны лежать въ тазовомъ входѣ въ соотвѣтствіи съ кривизною тазового канала, слѣдовательно лѣвая ложка—слѣва, правая—справа.

Для прилаживанія мы вводимъ 4 пальца (полуруку) (рис. 57), а въ случаѣ надобности даже всю руку, тогда какъ при простыхъ операціяхъ со щипцами для этой цѣли достаточно 2 пальцевъ. При высоко стоящей головкѣ мы должны обращать особенное вниманіе на то, оттянулась-ли уже шейка вверхъ за головку или же край маточнаго зѣва еще прощупывается на головкѣ. Въ послѣднемъ случаѣ пальцы прилаживающей руки должны тщательно покрыть край маточнаго зѣва, дабы онъ не былъ захваченъ ложкою щипцовъ, плотно прилегающею къ головкѣ. Такъ какъ намъ для этого нужно входить въ рукавъ далеко, то поэтому мы и прибѣгаемъ къ помощи полуруки.

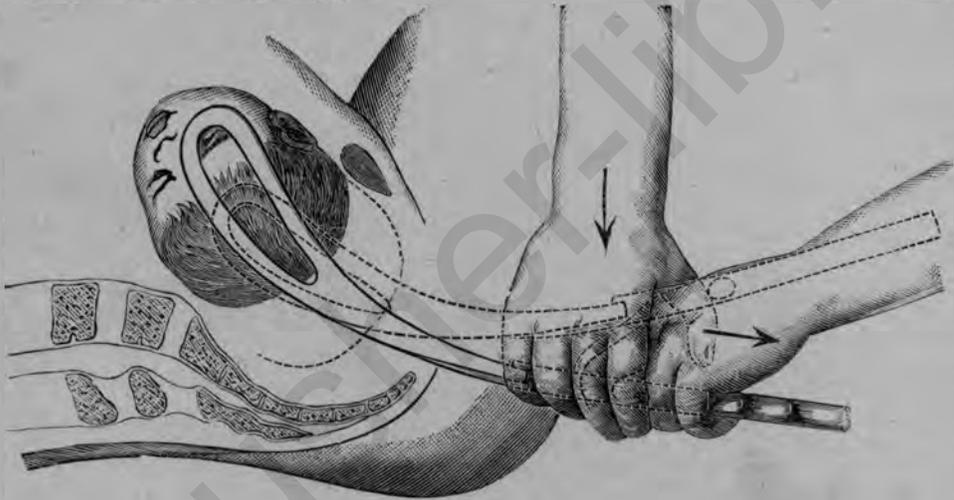


Рис. 58. Ниведеніе головки въ тазъ (высокіе щипцы). Лѣвая рука тянетъ въ направленіи рукоятки, правая надавливаетъ въ перпендикулярномъ первому направленіи. Чѣмъ дольше правая рука надавливаетъ внизъ, тѣмъ больше лѣвая въ то же время тянетъ вверхъ, такъ что рукоятки по мѣрѣ опусканія головки поднимаются вверхъ (см. пунктированные линіи направленія щипцовъ). $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Уже съ самаго начала мы должны наложить ложки съ нѣсколько опущенными рукоятками (при простыхъ операціяхъ со щипцами рукоятки въ началѣ введенія ложекъ направлены отвѣсно вверхъ, ср. рис. 11). Сперва накладывается, какъ и обычно, лѣвая, затѣмъ правая ложка. Цѣлесообразно всегда провести ложку нѣсколько назадъ, впереди articulatio sacro-iliaca (рис. 57), и только затѣмъ уже, опустивъ сильно рукоятку къ промежности, перемѣстить ее въ сторону.

По наложеніи обѣихъ ложекъ сильнымъ потягиваніемъ обѣихъ рукоятокъ къ промежности замыкаютъ щипцы. Пробною тракціею удостовѣряются,

захвачена-ли головка какъ слѣдуетъ. Только послѣ того кладутъ одну руку на рукоятки такимъ образомъ, чтобы указательный и средний пальцы захватили *Busch*'евскіе крючки (рис. 58); засимъ другая рука кладется поверхъ и впереди первой поперечно на область замка. Въ то время какъ правая рука тянетъ въ направленіи рукоятокъ, лѣвая рука надавливаетъ на область замка въ отвѣсномъ направленіи. Движенія обѣихъ рукъ относительно другъ друга соразмѣряются такъ, чтобы движенія ложекъ соответствовали желательному направленію. Давленіе руки, лежащей поперечно на замкѣ, не обусловливаетъ отвѣсненія всего инструмента внизъ (кзади), но создаетъ здѣсь точку вращенія, такъ что подъ влияніемъ работы другой руки рукоятки щипцовъ поднимаются одновременно съ опущеніемъ ложекъ въ тазъ.

Каждая тракція должна продолжаться не долѣе минуты. Между каждыми двумя тракціями нужно сдѣлать паузу, которою и пользуются для изслѣдованія. Отъ времени до времени слѣдить за сердечными звуками плода; если бы плодъ во время операціи умеръ, то щипцы, само собою разумѣется, снимаютъ и приступаютъ къ перфорации. Иногда удается уже одною или немногими тракціями низвести головку въ тазъ.

При опусканіи головки рукоятки щипцовъ постепенно поднимаются вверхъ. Мы говорили уже, что между тракціями производятъ изслѣдованіе, причемъ удостовѣряются каждый разъ, какъ стоитъ головка, по прежнему-ли еще поперечно или же не повернулась-ли она уже въ щипцахъ такъ, что препятствіе перемѣстилось кпереди. Благопріятный поворотъ узнаютъ еще и по взаимному сближенію рукоятокъ, вначалѣ далеко отстоявшихъ другъ отъ друга. Если головка стоитъ еще поперечно, то немного расслабляютъ щипцы въ замкѣ, выжидаютъ нѣсколькихъ родовыхъ схватокъ и затѣмъ снова опредѣляютъ положеніе головки. Какъ скоро она повернулась въ щипцахъ, можно безъ дальнѣйшихъ околичностей закончить извлеченіе. Если же головка и послѣ нѣсколькихъ потугъ все еще продолжаетъ сохранять поперечное положеніе, то нужно наложить щипцы, какъ при низкомъ поперечномъ стояніи, косо, съ вогнутою стороною, обращенною къ затылку (ср. стр. 76). Для этого нѣтъ надобности удалять ложки, но достаточно перемѣстить каждую въ отдѣльности подъ руководствомъ пальцевъ, послѣ чего выполняется извлеченіе при одновременномъ поворотѣ затылка кпереди.

Сказанное достаточно поясняетъ, насколько трудна операція, съ которою намъ здѣсь приходится имѣть дѣло. Если суженіе таза значительно, то для проведенія головки чрезъ суженное мѣсто требуется приложеніе большой силы. Необходимо приложить всю силу обѣихъ рукъ. Большаго количества силы, однако, чѣмъ то, какое могутъ дать руки одного крѣпкаго мужчины, примѣнять не слѣдуетъ; ни въ какомъ случаѣ нельзя допустить привлеченія къ потягиванію другихъ помощниковъ, будутъ-ли то человѣческія руки или даже веревки либо машинная сила, какъ то иногда практиковалось въ прежнее время. Тамъ, гдѣ сила од-

ного мужчины оказывается недостаточною, кончаются границы операции со щипцами. Если бы при примѣненіи еще большей силы и удалось даже провести черезъ тазъ головку, то это могло бы совершиться только цѣною такихъ поврежденій плода (переломы черепныхъ костей, внутречерепное кровотеченіе), которыя неизбѣжно повели бы къ рожденію мертвого или умирающаго младенца; такой исходъ находился бы въ совершенномъ противорѣчій съ единственнымъ назначеніемъ щипцовъ—содѣйствовать рожденію живого плода. Поэтому, если нѣсколько сильныхъ тракцій свидѣтельствуютъ о томъ, что предъ нами случай подобнаго рода, то необходимо удалить щипцы и предпринять перфорацию.

Очень часто, впрочемъ, при наложеніи высокихъ щипцовъ прилагаютъ гораздо больше силы, чѣмъ сколько требуется ея для проведенія головки, только потому, что путь, по которому ведутъ инструментъ, невѣренъ. Мы видѣли уже выше, что когда потягиваютъ просто въ направленіи рукоятокъ, то большая доля силы пропадаетъ для поступательнаго движенія головки и выражается только давленіемъ на переднюю стѣнку таза (прижатіе материнскихъ частей). Тамъ же мы указывали на то, что мы должны дѣйствіемъ обѣихъ рукъ, изъ которыхъ одна тянетъ въ направленіи рукоятокъ, а другая въ то же время надавливаетъ на область замка внизъ, сообщить ложкама движеніе, отвѣчающее направленію тазового канала и пути предстоящаго слѣдованія головки; послѣдняя должна двигаться по тазовой оси.

Трудности, связанныя съ наложеніемъ щипцовъ на высоко стоящую головку, побудили къ попыткамъ устранить ихъ путемъ измѣненія конструкціи инструмента. Такимъ образомъ возникли такъ назыв. **щипцы съ осевымъ влеченіемъ**, и въ этомъ отношеніи мы должны упомянуть на первомъ планѣ заслуги *Tarnier*, предложившаго рядъ моделей. Существенная особенность щипцовъ *Tarnier* заключается въ спеціальному влекущему аппарату, подвижно укрѣпленному къ ложкама щипцовъ. Стержни, дѣйствующіе влекущею силою, фиксируются къ ложкама такъ, что они не препятствуютъ наложенію щипцовъ обычнымъ способомъ. По снятіи влекущаго аппарата щипцы въ общемъ почти не отличаются отъ нашихъ обычно примѣняемыхъ щипцовъ. Они довольно велики, снабжены сильною тазовою кривизною и могутъ быть примѣняемы и безъ влекущаго аппарата, какъ и всякіе обыкновенные щипцы. Только замокъ по своему устройству нѣсколько отклоняется отъ нашего, такъ какъ обнаруживаетъ еще штифтъ (шпенекъ) стараго французскаго замка. Кроме того, мы видимъ на рукояткахъ небольшое винтовое приспособленіе, позволяющее неподвижно фиксировать инструментъ. Наложеніе щипцовъ *Tarnier* производится слѣдующимъ образомъ. Удаливъ влекущій аппаратъ, накладываютъ щипцы совершенно такъ, какъ это дѣлаютъ при обыкновенныхъ щипцахъ, по правиламъ, изложеннымъ нами при описаніи послѣднихъ. Помощью названнаго винтового приспособленія фиксируютъ щипцы неподвижно; засимъ выводятъ влекущіе стержни изъ ихъ покойнаго положенія

(въ послѣднемъ они прилегаютъ къ краямъ щипцовъ) и укрѣпляютъ къ ихъ концамъ сильно изогнутый книзу влекущій аппаратъ (рис. 59). Рукоятками щипцовъ при послѣдующемъ извлеченіи вначалѣ вовсе не пользуются; онѣ служатъ только стрѣлками (*aiguilles indicatrices*), указывающими стояніе головки въ каждый данный моментъ. Чѣмъ ниже опускается головка, тѣмъ выше направляются эти стрѣлки. Поступательное движеніе головки производится только потягиваніемъ, resp. давленіемъ влекущаго аппарата. Обѣ руки кладутъ на поперечную палочку влекущаго аппарата и тянутъ внизъ и назадъ. Благодаря шарнирному соединенію влекущихъ стержней съ ложками, головка можетъ слѣдовать исключительно въ томъ направленіи, какое предписывается ей тазовымъ каналомъ. Слѣдовательно, она будетъ двигаться по тазовой оси. Потягиваніе въ невѣрномъ на-

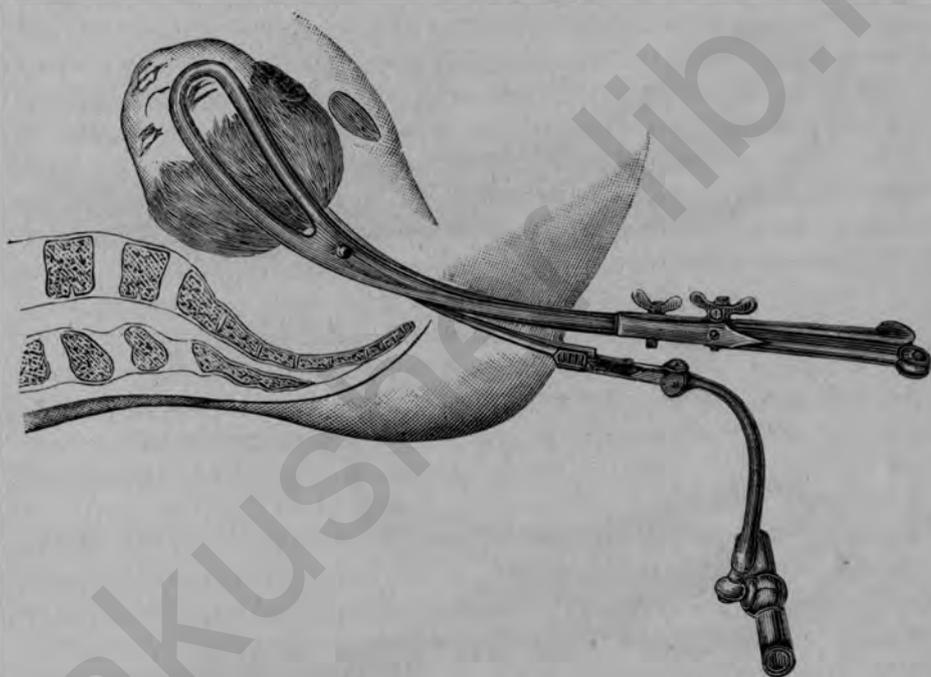


Рис. 59. „Щипцы съ осевымъ влеченіемъ“ *Tarnier*. Потягиваніе производится только влекущимъ аппаратомъ; чѣмъ ниже опускается головка, тѣмъ выше стоятъ рукоятки (стрѣлки). $\frac{1}{4}$ натур. величины.

правленіи не можетъ имѣть здѣсь мѣста. Въ этомъ именно и заключается главная выгода щипцовъ съ осевыми тракціями, при которыхъ приложенная сила утилизируется полностью въ интересахъ поступательнаго движенія головки. Какъ скоро головка подъ вліяніемъ потягиванія за влекущій аппаратъ опустилась въ тазъ, что узнается немедленно же по обращенному вверхъ положенію рукоятокъ, влекущій аппаратъ снимается со стержней, приводимыхъ снова въ свое покойное положеніе, и инструментомъ пользуются дальше, какъ обыкновенными щипцами.

Однако, вполне правильное влечение по тазовой оси не достигается и при щипцах *Tarnier*. *Tarnier* указывалъ, какъ на существенную особенность своего инструмента, на то, что положеніе рукоятокъ въ качествѣ указательныхъ стрѣлокъ позволяетъ судить въ каждый данный моментъ о направленіи влечения. Между тѣмъ полного совпаденія направленія влечения съ тазовою осью мы какъ-разъ и не наблюдаемъ. По справедливому замѣчанію *Breus'a*, преимущество конструкціи заключается скорѣе въ *большей свободѣ движенія черепа, достигаемой благодаря шарнирному соединенію влекущихъ стержней съ ложками щипцовъ*. *Breus* поэтому предлагаетъ замѣнить названіе „щипцы съ осевымъ влеченіемъ“ болѣе подходящимъ названіемъ „щипцы для тазового входа“.



Рис. 60. „Щипцы для тазового входа“ *Breus'a*. а: ложечные отростки находятся вблизи рукоятокъ. б: во время потягиванія за рукоятки ложечные отростки направлены вверхъ. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

Такъ какъ при щипцахъ *Tarnier* рукоятками для потягиванія не пользуются и онѣ служатъ только указательными стрѣлками, то *Breus* устроилъ щипцы для тазового входа, въ которыхъ влекущимъ аппаратомъ являются сами рукоятки, подвижно соединенныя съ ложками. Въ этихъ щипцахъ (рис. 60) вѣтви соединены другъ съ другомъ крѣпкимъ шарнирнымъ сочлененіемъ, допускающимъ движеніе въ сагиттальномъ направ-

левія. Верхнія ребра ложекъ удлинены кнаружи доходящими почти до самаго замка шпороподобными отростками, такъ назыв. „ложечными отростками“, просверленные концы которыхъ соединяются при помощи вдвигаемаго металлическаго штифта. Эти ложечные отростки главнымъ образомъ имѣютъ своимъ назначеніемъ удерживать подвижныя ложки въ параллельномъ положеніи, необходимомъ для надежнаго захватыванія головки.

По введеніи ложекъ указательный палецъ ведущей руки прижимаетъ ложечный отростокъ къ замку. Сильно опустивъ рукоятки и прижавъ къ нимъ ложечные отростки, мы замыкаемъ щипцы; засимъ проводимъ черезъ концы отростковъ штифтъ. Чѣмъ больше при влеченіи удаляются отъ рукоятокъ отростки, тѣмъ меньше становится тазовая кривизна щипцовъ.

Часто достаточно бываетъ влеченія уже одною рукою, такъ что другою можно воспользоваться для контроля. Въ промежуткѣ между отдѣльными тракціями нѣсколько расслабляютъ замокъ, благодаря чему давленіе на головку уменьшается, и повороты послѣдней совершаются легче.

Преимущество этихъ щипцовъ заключается, какъ уже сказано, въ томъ, что разность между направленіемъ влеченія и тазовою осью корригируется движеніями въ шарнирномъ соединеніи ложекъ. Головка можетъ слѣдовать только въ томъ направленіи, которое предписывается ей тазовымъ каналомъ. Щипцы эти свободны отъ бесполезнаго и даже вреднаго давленія на стѣнки таза.

Опытъ показалъ, что *Breus'*овскіе щипцы для тазового входа представляютъ собою цѣлесообразные инструменты. Считаемъ, однако, необходимымъ замѣтить, что для того, кто умѣетъ надлежащимъ образомъ обращаться съ обыкновенными щипцами, эти сложные щипцы являются излишними.

Нѣкоторыя замѣчанія относительно предсказанія при наложеніи щипцовъ.

При оцѣнкѣ предсказанія при всякомъ оперативно-акушерскомъ приѣмѣ необходимо прежде всего обращать вниманіе на состояніе, въ которомъ находится роженица въ моментъ, предшествующій производству этого приѣма. Главная опасность всѣхъ акушерскихъ манипуляцій лежитъ въ возможности инфекции. Чѣмъ строже мы проводимъ подробно изложенную нами въ введеніи профилактику родильной горячки, тѣмъ вѣрнѣе можемъ мы рассчитывать на гладкое, безлихорадочное теченіе послѣродового періода. Нерѣдко, однако, на практикѣ условія слагаются такимъ образомъ, что въ то время, когда мы являемся къ роженицѣ и должны предпринять тотъ или иной необходимый оперативный приѣмъ, мы встрѣчаемся лицомъ къ лицу съ обстоятельствами, омрачающими предсказаніе. Такъ, напр., можетъ имѣться инфекция, послѣдовавшая уже раньше, подъ вліяніемъ-ли неасептичнаго изслѣдованія, предпринятаго повивальною бабкою, или вслѣдствіе попытокъ родоразрѣшенія, производившихся до нашего при-

хода другимъ врачемъ. Въ виду этого, мы настоятельно совѣтуемъ предпосылать всякому оперативному приему точное изслѣдованіе состоянія роженицы, въ особенности же температуры и пульса. Значительное повышеііе температуры всегда должно возбуждать наше вниманіе. Правда, подъемъ температуры иногда можетъ и не имѣть серьезнаго значенія, обуславливаясь, напр., сильною потужною дѣятельностью. Но въ такомъ случаѣ мы получаемъ надежныя распознавательныя точки опоры въ свойствахъ пульса. Если послѣдній медленъ и полонъ, то по большей части нѣтъ никакого основанія предполагать наличность инфекціи, хотя бы даже температура и была повышена. Напротивъ, пульсъ частый и малаго напряженія является обычно серьезнымъ симптомомъ. Какъ-разъ именно тяжелыя инфекціи и обнаруживаются нерѣдко несравненно скорѣе частымъ, плохимъ пульсомъ, нежели повышеііемъ температуры. Зловонныя истеченія равнымъ образомъ должны привлечь наше вниманіе. Процессы разложенія въ половомъ каналѣ во время родовъ могутъ достигать очень высокой степени и даже вести къ скопленію газовъ въ маткѣ (tympania uteri).

Но предпосылаемое производству оперативнаго приема точное изслѣдованіе должно быть направляемо и на всѣ другія стороны, дабы отъ нашего вниманія не ускользнули уже наступившія серьезныя поврежденія. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется въ виду наложить высокіе щипцы, въ случаяхъ узкаго таза, нужно тщательно изслѣдовать, нѣтъ-ли ненормальнаго растяженія шейки, слѣдовательно не угрожаетъ-ли разрывъ матки или даже не наступилъ-ли онъ уже. Если мы не поставимъ заранѣе діагноза и не сообщимъ его, равно какъ и мало благоприятное предсказаніе окружающимъ больной, то на врача, оперативно закончившаго роды, легко возложить отвѣтственность за роковыя поврежденія, поставивъ ихъ въ непосредственную зависимость отъ самой операціи. Даже въ томъ случаѣ, когда приглашеніе къ роженицѣ исходитъ отъ врача, не слѣдуетъ предпринимать хирургическаго вмѣшательства, пока самъ предварительно не ориентуруешься вполне точно относительно положенія больной. Всѣ эти замѣчанія относятся, впрочемъ, не только къ наложенію щипцовъ, но и ко всякому оперативному приему вообще.

Разсмотримъ теперь въ частности тѣ поврежденія, которыя можетъ причинить операція наложенія щипцовъ, и начнемъ прежде всего съ матери. На первомъ планѣ укажемъ на поврежденія родового пути, могущія быть вызванными наложеніемъ щипцовъ. Если щипцы накладываются при еще не вполне раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, что, какъ мы уже говорили въ своемъ мѣстѣ, по возможности должно быть избѣгаемо, то могутъ образоваться значительныя разрывы шейки, которые ведутъ иногда къ сильнѣйшимъ кровотеченіямъ послѣ рожденія плода и могутъ потребовать непосредственнаго зашиванія. Далѣе, поврежденія шейки могутъ произойти влѣдствіе того, что щипцы, наложенныя при не вполне еще раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, захватываютъ съ головою часть стѣнки шейки и при извлеченіи отрываютъ ее. Въ томъ случаѣ, когда маточный зѣвъ еще не

оттянулся вверх за головку и прощупывается еще край его, пальцы прилаживающей руки должны, какъ мы говорили уже о томъ выше, тщательно прикрыть край зѣва.

Самое влагалище равнымъ образомъ можетъ подвергаться поврежденіямъ. При неосторожномъ выполненіи операціи наложенія щипцовъ наблюдались прободенія влагалищнаго свода. Можетъ случиться, что при далеко введенныхъ ложкахъ (высокіе щипцы), когда замокъ щипцовъ находится подлѣ самой вульвы или даже въ ней, ушибается складка слизистой оболочки влагалища. Только въ рѣдкихъ случаяхъ происходитъ подъ влияніемъ самого оперативнаго приѣма поврежденіе стѣнки, отдѣляющей пузырь отъ влагалища, и, стало быть, возникаютъ пузырно-влагалищные свищи. Особенно рѣдко это бываетъ слѣдствіемъ изложенія щипцовъ, и уже скорѣе такое поврежденіе можетъ быть причинено остриемъ осколка кости послѣ перфорациі. Способъ происхожденія мочевыхъ свищей въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ бываетъ совершенно иной (ср. стр. 37). Публика очень склонна послѣ такихъ тяжелыхъ оперативныхъ родоразрѣшеній взваливать вину за образованіе свищей на самую операцію, другими словами—на врача. А между тѣмъ именно здѣсь-то и можно сказать съ полнымъ правомъ, что свищъ произошелъ не потому, что произвели операцію, а потому, что къ операціи не приступили раньше, что хирургическое окончаніе родовъ черезчуръ затянули.

Но влагалище можетъ испытать довольно значительный травматизмъ и со стороны самихъ щипцовъ, если потягиванія ими производятся грубымъ, неправильнымъ образомъ. Сильныя рычагообразныя движенія опасны, легкія же боковыя, выполненныя съ осторожностью, допускаются (ср. стр. 28) въ томъ случаѣ, когда поступательное движеніе головки встрѣчаетъ особенное противодѣйствіе. Совершенно должны быть отвергнуты вертикальныя рычагообразныя и тѣмъ болѣе вращательныя движенія, которыя могутъ причинить весьма серьезныя поврежденія. И при выходномъ движеніи головки, находящейся въ щипцахъ, также необходимо выводить ее бережно. Направляя рукоятки вверхъ къ животу роженицы, мы не должны производить чистаго рычажнаго движенія, но должны оказывать непрерывное, хотя бы и самое легкое, влеченіе (см. стр. 56). Если мы будемъ поднимать рукоятки рѣзкимъ движеніемъ, то передніе края ложекъ неизбежно должны будутъ давить на мягкія части, расположенныя у передней окружности вульвы, и могутъ травмировать ихъ. Эти поврежденія по обѣимъ сторонамъ отверстія мочеиспускательнаго канала, какъ бы они ни были поверхностны, имѣютъ значеніе уже потому, что они вскрываютъ находящуюся здѣсь пещеристую ткань (*corpora cavernosa clitoridis, bulbus vestibuli*) и обуславливаютъ сильныя кровотеченія. Сильное прижатіе къ лонному соединенію не остается безъ вліянія и на шейку мочевого пузыря и можетъ повести къ параличу пузыря сфинктера и тѣмъ самымъ къ недержанію мочи. При черезчуръ раннемъ подниманіи рукоятокъ затылокъ можетъ произвести опасное давленіе на мочеиспускательный каналъ. При

выходномъ движеніи головки рѣзкое подниманіе рукоятокъ влечетъ за собою врѣзываніе заднихъ краевъ и верхушекъ щипцовъ въ заднюю влагалищную стѣнку, въ особенности если, какъ это нерѣдко случается, щипцы устроены неправильно, именно одна вѣтвь, по большей части правая, вмѣстѣ переходитъ въ ложку черезчуръ утолщается.

Особенно значительнымъ поврежденіямъ могутъ подвергнуться влагалище и окружающія его части благодаря поворотамъ, сообщаемымъ головкѣ щипцами. Мы видѣли, что въ извѣстныхъ случаяхъ наложенія щипцовъ, напр. при низкомъ поперечномъ стояніи головки, приходится накладывать инструментъ косо и затѣмъ поворачивать головку щипцами. Эти повороты, однако, какъ уже сказано было въ соответственномъ мѣстѣ, должно всегда производить очень осторожно, ни въ какомъ случаѣ не прибѣгая къ форсированію и обязательно при одновременномъ потягиваніи. Еще несравненно опаснѣе представляются тѣ широкіе повороты, къ которымъ рекомендовалъ прибѣгать *Scanzoni* при передне-черепныхъ и лицевыхъ положеніяхъ. На эти опасности мы уже обратили вниманіе выше при описаніи *Scanzoni*'еваго способа (см. стр. 89 и 99).

Наложеніе щипцовъ можетъ отразиться невыгодными послѣдствіями и для прочихъ частей таза. Такъ, непосредственное прижатіе нервныхъ стволовъ (*plexus ischiadicus*) можетъ обусловить развитіе параличей.

Даже сочлененія таза не свободны отъ травматизма. Не только копчиковая кость можетъ подвергнуться вывиху, но и болѣе крѣпкимъ соединеніямъ таза, напр. симфизу, угрожаетъ опасность поврежденія. Наблюдались также разрывы тазовыхъ сочлененій, хотя, правда, лишь въ видѣ крайне рѣдкаго исключенія.

Такимъ образомъ мы познакомились съ цѣлымъ рядомъ поврежденій матери, связанныхъ съ операціею наложенія щипцовъ. Мы можемъ, однако, сказать, что всѣ эти поврежденія предотвратимы, какъ скоро операція выполняется вполне *lege artis* и только тамъ, гдѣ она дѣйствительно показуется.

Намъ остается упомянуть еще объ одной опасности, которая, впрочемъ, можетъ наступить не только послѣ наложенія щипцовъ, но и послѣ всякаго другого оперативнаго родоразрѣшенія. Я разумью атонію матки, вялость ея послѣ окончанія родового акта, и обусловливаемое этимъ сильное кровотеченіе изъ незакрывшихся еще и не сдавленныхъ потужною дѣятельностью сосудовъ мѣста прикрѣпленія послѣда. Такая атонія наступаетъ легко послѣ особенно быстро протекшихъ родовъ, напр. послѣ такъ назыв. стремительныхъ родовъ. Такъ какъ оперативное родоразрѣшеніе по большей части выводитъ плодъ изъ родовыхъ путей гораздо скорѣе, чѣмъ это дѣлаютъ силы природы, то всякая такая операція нѣсколько увеличиваетъ возможность атоніи матки.

Въ отдѣлѣ IX намъ о родовыхъ поврежденіяхъ и кровотеченияхъ придется еще говорить болѣе подробно.

Операція наложенія щипцовъ можетъ повлечь за собою и поврежде-

нія плода. Разматривая извлеченную щипцами головку младенца, мы почти всегда можем замѣтить на ней легкія вдавленія и красноту, вызванныя ложками инструмента. Такіе слѣды давленія не имѣютъ значенія, но встрѣчаются также и болѣе значительныя степени ихъ, обязанныя своимъ происхожденіемъ частью непосредственному прижатію ложками щипцовъ, частью давленію на стѣнки родового канала, обусловливаемому узкимъ тазомъ. Въ этомъ случаѣ мы находимъ уже болѣе интенсивную красноту отдѣльныхъ участковъ, а въ иныхъ случаяхъ дѣло можетъ дойти даже до ограниченнаго омертвѣнія и рубцеванія. Далекое болѣе тяжкія поврежденія наступаютъ въ томъ случаѣ, когда головныя кости плода подвергаются настолько сильному давленію, что оно не компенсируется возможнымъ до извѣстной степени смѣщеніемъ костей на мѣстѣ швовъ. Сжимая черезчуръ сильно ложки щипцовъ, мы тѣмъ самымъ сжимаемъ костный черепъ плода и притомъ настолько, что въ результатѣ могутъ получиться вдавленія костей, трещины ихъ и даже переломы. Щипцы, какъ мы уже говорили на стр. 26—27, отнюдь не представляютъ собою сжимающаго инструмента, и они должны оказывать давленіе на головку лишь постольку, поскольку это необходимо для плотнаго ея обхватыванія. Поэтому-то мы при извлеченіи захватываемъ щипцы рукою, положенною на область замка, избѣгая сжатія концовъ рукоятокъ. Въ особенности при соскальзываніи щипцовъ мы не должны приближать другъ къ другу расходящихся рукоятокъ, съ цѣлью получить этимъ точку опоры, такъ какъ въ этомъ случаѣ верхушки щипцовъ могутъ оказать вредное давленіе. При такихъ условіяхъ нужно вновь наложить ложки на головку и снова предпринять извлеченіе. Въ томъ случаѣ, когда къ давленію, вызываемому ложками, присоединяется еще и давленіе, обусловливаемое родовымъ каналомъ (узкій тазъ), костный черепъ плода подвергается, конечно, еще болѣе опасности. При низведеніи головки мимо мыса образуется не только слѣдъ давленія, обозначающій собою путь ея вдоль мыса, но нерѣдко также и глубокое вдавленіе идущей сзади лобной или теменной кости, такъ назыв. ложкообразное вдавленіе. Такія вдавленія крайне опасны, и изъ младенцевъ, получившихъ ихъ, остается въ живыхъ едва половина. Названныя смѣщенія и поврежденія костей представляютъ для плода тѣмъ болѣе большую опасность, что они нерѣдко сопровождаются разрывами сосудовъ въ полости черепа. Если внутрочерепное кровоточеніе значительно, то младенецъ погибаетъ. Правда, искусственнымъ дыханіемъ удастся иногда оживить такого младенца, родившагося въ состояніи глубокой асфиксіи, но уже очень скоро асфиксія возвращается вновь, и, хотя попытки возвращенія къ жизни иной разъ и вѣнчаются успѣхомъ повторно, тѣмъ не менѣе въ концѣ концовъ все-таки наступаетъ печальный исходъ. Такого рода симптомокомплексъ позволяетъ почти съ увѣренностью предположить послѣдовавшее внутрочерепное кровоизліаніе, которое своимъ давленіемъ на дыхательный центръ обусловливаетъ невозможность его функціонированія.

Кровотеченіе можетъ послѣдовать также и на наружной сторонѣ черепныхъ костей, и въ такомъ случаѣ образуется такъ назыв. кефалгэматома—кровоизліяніе между костью и надкостницею, приподнимающее послѣднюю. При изслѣдованіи младенца съ кефалгэматою обнаруживается картина, совершенно аналогичная той, которую даетъ головная опухоль, но въ то время какъ послѣдняя, обуславливаясь только простымъ отекомъ кожи головы, проходитъ уже по прошествіи нѣсколькихъ часовъ, поднадкостничное кровоизліяніе продолжаетъ держаться много дней, даже недѣли. Далѣе, кефалгэматома отличается отъ головной опухоли тѣмъ, что она не переступаетъ за швы, ограничивающіе кость, на которой произошло кровотеченіе, что именно и объясняется ея поднадкостничнымъ положеніемъ, тогда какъ головная опухоль распространяется и на область швовъ. Въ отношеніи терапіи замѣтимъ, что не слѣдуетъ удалять кровь разрѣзомъ, такъ какъ этимъ можно легко дать поводъ къ нагноенію; кровоизліяніе всасывается самопроизвольно, не оставляя послѣ себя никакихъ вредныхъ послѣдствій.

Нерѣдко ложка щипцовъ производитъ давленіе на мѣсто выхода лицевого нерва изъ foramen stylomastoideum и тѣмъ вызываетъ его параличъ. Въ этомъ случаѣ младенецъ обнаруживаетъ типичную картину такого паралича—незакрываніе глаза, опусканіе соответственнаго угла рта и т. д. Этотъ параличъ n. facialis даетъ благоприятное предсказаніе: онъ обыкновенно быстро проходитъ. Но, съ другой стороны, встрѣчаются и болѣе серьезныя непосредственныя послѣдствія прижатія лица; такъ, давленіе можетъ оказать прямое дѣйствіе на область глазъ. Наблюдался даже exophthalmus при переломѣ глазничнаго свода. Далѣе, верхушки щипцовъ, заходя далеко въ направленіи шеи, могутъ сдавить плечевое сплетеніе и повести къ параличамъ въ области верхнихъ конечностей (*Erb*'овскій параличъ). Давленіе щипцовъ на неблагоприятно расположенную пуповину можетъ также отразиться на плодѣ самымъ гибельнымъ образомъ.

Въ заключеніе замѣтимъ еще, что неосторожнымъ сниманіемъ вѣтвей щипцовъ можно повредить, а то даже и совсѣмъ оторвать дѣтское ухо, попавшее въ окошко инструмента.

Мы видимъ такимъ образомъ, что операція наложенія щипцовъ можетъ угрожать различными опасностями и плоду. Но мы и здѣсь должны сказать, что почти всѣ болѣе серьезныя поврежденія предотвратимы, разъ только щипцы правильно наложены и правильно ведутся и разъ ихъ при-мѣняютъ только тамъ, гдѣ для нихъ имѣется строго мотивированное показаніе.

ОТДѢЛЬ II.

Тазовыя положенія и извлеченіе за тазовой конецъ.

Тазовыя положенія.

Опредѣленіе и раздѣленіе. Тазовыя положенія, какъ и описанныя до сихъ поръ головныя положенія представляютъ собою прямыя или продольныя положенія. При нихъ продольная ось плода совпадаетъ съ продольною осью матки, въ противоположность поперечнымъ положеніямъ, гдѣ оси плода и матки болѣе или менѣе перекрещиваются. Частью, ближайшею къ тазу, является нижній отдѣлъ тѣла плода. Въ зависимости отъ членорасположенія плода (см. стр. 16), въ данномъ случаѣ — положенія нижнихъ конечностей, мы различаемъ слѣдующіе виды тазовыхъ положеній:

Ягодично-ножное положеніе, называемое также *удвоеннымъ ягодичнымъ положеніемъ*. Здѣсь имѣется фізіологическое членорасположеніе, т. е. нижнія конечности согнуты въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ, такъ что бедра притянуты къ животу и ноги вмѣстѣ съ ягодицами образуютъ идущую впереди часть. Выраженіе „удвоенное ягодичное положеніе“ нельзя назвать удачнымъ.

Простое ягодичное положеніе. Ножки при разогнутыхъ колѣняхъ запрокинуты вверхъ, стало быть согнуты въ тазобедренномъ суставѣ. Идущею впереди частью являются однѣ ягодицы.

Полное ножное положеніе, полное ногоположеніе. Нижнія конечности разогнуты какъ въ тазобедренномъ, такъ и въ колѣнномъ суставѣ, такъ что предлежать обѣ ножки.

Неполное ножное положеніе, неполное ногоположеніе. Только одна ножка разогнута въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ, другая же вытянута по животу и груди. Можетъ предлежать какъ передняя, такъ и задняя ножка.

Полное колѣнное положеніе. Нижнія конечности разогнуты въ тазобедренномъ и согнуты въ колѣнномъ суставѣ. Предлежать оба колѣна.

Неполное колѣнное положеніе. Предлежитъ только одно колѣно, другая ножка запрокинута вверхъ.

Ножныя и колѣнныя положенія устанавливаются лишь въ теченіе родового акта, послѣ разрыва пузыря.

Всѣ названныя положенія носятъ одно общее названіе *тазовыхъ положеній* или *положеній тазовымъ концомъ*. Для теченія родовъ не

имѣть особенно существеннаго значенія, имѣемъ-ли мы дѣло съ однимъ или другимъ изъ этихъ положеній, а потому мы ихъ опишемъ вмѣстѣ.

При тазовыхъ положеніяхъ, какъ и при всѣхъ продольныхъ положеніяхъ вообще, мы различаемъ I положеніе, когда спинка обращена влѣво, и II положеніе, когда она обращена вправо. Далѣе, различаются: 1 подраздѣленіе (a), когда спинка находится больше кпереди, и 2 подраздѣленіе (b), когда она находится больше кзади.

Что касается частоты положеній тазовымъ концомъ, то въ среднемъ оно встрѣчается приблизительно въ 3% всѣхъ случаевъ родовъ. Процентное отношеніе это, однако, измѣняется, если исключить преждевременные роды, именно оно составляетъ тогда 2%. Намъ извѣстно вѣдь, что головное положеніе зачастую устанавливается лишь къ концу беременности.

Обращаясь къ *этіологии* тазовыхъ положеній, мы должны прежде всего замѣтить, что и причины нормальныхъ головныхъ положеній до настоящаго времени не вполне выяснены. Мы можемъ только сказать, что положенія тазовымъ концомъ образуются нерѣдко при отсутствіи тѣхъ моментовъ, которымъ приписываютъ происхожденіе головныхъ положеній, напр. при вялости маточныхъ стѣнокъ и брюшныхъ покрововъ, какъ это особенно часто бываетъ у повторнорожающихъ съ относительно быстро слѣдовавшими другъ за другомъ беременностями, далѣе при чрезмѣрномъ обиліи околоплодной жидкости (*hydramnion*). Затѣмъ часто устанавливаются въ тазовомъ положеніи малые, незрѣлые, также умершіе или уродливые плоды. Узкій тазъ, препятствующій вступленію головки, равнымъ образомъ можетъ дать поводъ къ образованію положенія тазовымъ концомъ. Нерѣдко приходится имѣть дѣло съ сочетаннымъ вліяніемъ нѣсколькихъ *этіологическихъ* моментовъ. Въ другихъ случаяхъ не удается найти никакой видимой причины.

Распознаваніе тазового положенія обезпечивается по большей части уже однимъ наружнымъ изслѣдованіемъ. При обычномъ ощупываніи предлежащей части мы находимъ надъ тазомъ не круглую, плотную, гладкую головку, а также крупную часть, которая, однако, представляется менѣе плотною и имѣетъ менѣе гладкую поверхность — ягодицы. Къ тому же ягодицы не обнаруживаютъ такого явственнаго баллотированія, какъ соединенная съ туловищемъ узкою шейкою и потому легче изолированно подвижная головка. На днѣ матки мы находимъ круглую, плотную головку; иногда удается распознать и переходъ въ туловище, шейную борозду. Засимъ бросается въ глаза меньшая ширина дна матки сравнительно съ тѣмъ, какою она бываетъ при головномъ положеніи. Далѣе, мы находимъ на одной сторонѣ спинку, на другой — мелкія части, и отсюда узнаемъ, имѣется-ли передъ нами I или II положеніе. Сердечные звуки, какъ и при чередномъ положеніи, слышатся всего явственнѣе на сторонѣ спинки, но нѣсколько выше пупка, тогда какъ при головномъ положеніи они различаются громче всего ниже пупка. При II положеніи мѣсто сердечныхъ звуковъ расположено нѣсколько дальше кзади, чѣмъ при I, соответственно положенію сердца въ грудной клѣткѣ.

При внутреннемъ изслѣдованіи мы прощупываемъ черезъ передній влагалищный сводъ вмѣсто круглаго, плотнаго черепа болѣе мягкую и болѣе равномерную часть. Иногда при удвоенномъ ягодичномъ положеніи ощущаются толкающія движенія ножекъ. Нерѣдко сама беременная заявляетъ, что она чувствуетъ опусканіе ножекъ. Если при родахъ маточный зѣвъ раскрытъ и пузырь уже прорвался, то мы прощупываемъ непосредственно подлежащую часть и этимъ путемъ не только узнаемъ то, что въ данномъ случаѣ имѣется положеніе тазовымъ концомъ и какое именно, но и опредѣляемъ также, имѣемъ-ли мы дѣло съ I или II положеніемъ, съ 1 или 2 подраздѣленіемъ. Тамъ, гдѣ мы прощупываемъ крестцовую кость, напр. при положеніи Ia—слѣва и спереди, тамъ, конечно, будетъ находиться и дѣтская спинка. Далѣе, мы иногда прощупываемъ половыя части и такимъ образомъ можемъ въ этомъ случаѣ опредѣлить полъ плода. Нужно, однако, быть при этомъ осторожнымъ, такъ какъ здѣсь легко возможны ошибки: мошонка, напр., можетъ запрокинуться вверхъ настолько, что она окажется недостижимой, между тѣмъ какъ складки на промежности могутъ симулировать половыя губы. Затѣмъ, мы можемъ опредѣлить размѣръ таза, въ которомъ проходитъ поперечный діаметръ ягодицы. Такимъ образомъ, напр.: предлежать ягодицы съ обѣими ножками, крестецъ слѣва и спереди, половыя части справа и сзади, поперечный діаметръ ягодицы во II косомъ размѣрѣ, стало быть удвоенное ягодичное положеніе Ia. Иногда бываетъ не совсѣмъ легко сразу распознать ощупывающимъ пальцемъ ягодицы, какъ таковыя. Такъ, напр., возможно смѣшеніе съ лицевымъ положеніемъ; палецъ прощупываетъ отверстие, но это можетъ быть и заднимъ проходомъ, и ртомъ. Если при ощупываніи ані заднепроходный сфинктеръ, какъ это бываетъ, сокращается, то это сокращеніе можетъ симулировать сосательное движеніе губъ. Сильная родовая опухоль равнымъ образомъ можетъ обусловить неясность контуровъ. Въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ тщательно убѣдиться ощупываніемъ, добирается-ли палецъ отъ найденнаго отверстия на одной сторонѣ до крестцовой кости, на другой до половыхъ частей, или же на одной сторонѣ до носа, а на другой до подбородка; кромѣ того, ротъ удается распознать при болѣе точномъ изслѣдованіи по альвеолярнымъ краямъ (см. стр. 93).

Что касается теченія родовъ, то прежде всего замѣтимъ, что и въ тазовомъ положеніи роды могутъ протечь совершенно самопроизвольно и безъ всякаго вреда для матери и для плода.

Механизмъ родовъ въ тазовомъ положеніи слѣдующій. Возьмемъ для примѣра простое ягодичное положеніе Ia. Ягодицы большею частью вставляются въ тазъ такимъ образомъ, что поперечный діаметръ ихъ находится въ косомъ размѣрѣ таза, въ нашемъ случаѣ — во 2-мъ, такъ что лѣвая ягодица будетъ обращена вправо и кпереди, правая — влѣво и кзади. По тѣмъ же причинамъ, которыя обуславливаютъ поворотъ головки на днѣ таза въ прямой размѣръ, ягодицы при дальнѣйшемъ опусканіи вступаютъ своимъ поперечнымъ діаметромъ въ прямой

размѣръ тазового выхода. Но случается также, что ягодицы сохраняютъ свое поперечное стояніе и прорѣзываются косо. Лѣвая ягодица доходить до лонной дуги и упирается здѣсь или нѣсколько выдвигается впередъ, правая же выкатывается надъ промежностью. При этомъ происходитъ боковое сгибаніе позвоночника, т. е. боковая сторона туловища, обращенная впередъ, становится сильно вогнутою, а обращенная назадъ — сильно выпуклою. Только послѣ того передняя ягодица совершенно выступаетъ изъ-за лонной дуги, и ягодицы снова устанавливаются въ косомъ положеніи, соответственномъ положенію спинки. Затѣмъ идетъ дальнѣйшее прорѣзываніе нижняго конца туловища, показывается пупокъ съ пуповиною, идущею отъ него по животу вверхъ. Но пуповина можетъ также направляться и внизъ отъ пупка, проходить между бедрами и подниматься вверхъ по спинкѣ (плодъ сидитъ верхомъ на пуповинѣ). Какъ скоро туловище выходитъ еще нѣсколько больше, причемъ спинка поворачивается больше впередъ, выпадаютъ ножки. Въ это время грудь и *одновременно* лежащая на ней ручки опускаются въ тазъ, плечики проходятъ черезъ тотъ же косой размѣръ, черезъ который проходили предъ тѣмъ ягодицы. Поперечный ихъ діаметръ въ тазовомъ выходѣ равнымъ образомъ вступаетъ въ прямой размѣръ (иногда, впрочемъ, происходитъ и чрезмѣрный поворотъ, превращающій I положеніе во II, и наоборотъ), и въ то время какъ переднее плечо упирается въ лонную дугу, надъ промежностью выкатывается заднее; только послѣ этого совершенно прорѣзывается переднее плечо. Такимъ образомъ ручки рождаются одновременно съ грудью, скрещенныя на ней. Въ это время головка вступила въ тазъ, сохраняя свое физиологическое членорасположеніе, съ подбородкомъ, прилегающимъ къ груди; ея прямой діаметръ проходитъ въ косомъ размѣрѣ, противоположномъ тому, въ которомъ проходили поперечные діаметры ягодицъ и плечъ, въ нашемъ случаѣ, стало быть въ 1 косомъ размѣрѣ; головка поворачивается засимъ въ прямой размѣръ, такъ что личико обращено прямо кзади, къ крестцовой кости. Этимъ путемъ головка съ покоящимся на груди подбородкомъ опускается постепенно до тѣхъ поръ, пока затылочная ямка не достигаетъ *ligamentum angustum*; упираясь въ эту послѣднюю, головка совершаетъ свой механизмъ прорѣзыванія: надъ промежностью послѣдовательно выкатываются подбородокъ, лицо, лобъ, темя и, наконецъ, затылокъ. Наибольшимъ діаметромъ, проходящимъ при этомъ черезъ половую расщелину, является разстояніе отъ затылка до лба, малый косой діаметръ, стало быть тотъ же самый, что и при нормальномъ черепномъ положеніи.

Лишь рѣдко при *естественномъ, самопроизвольномъ теченіи родовъ* случается, что при опусканіи туловища ручки задерживаются (напр. у безмянной линіи) и запрокидываются вверхъ и что подбородокъ отходитъ отъ груди; въ этомъ случаѣ роды приостанавливаются.

Если имѣется 2 подраздѣленіе, то оно, какъ правило, превращается при прохожденіи черезъ тазъ въ 1 подраздѣленіе. Спинка постепенно

поворачивается впередъ, напр. при ягодичномъ положеніи Ib слѣва и сзади влѣво и впередъ, переходя въ положеніе Ia. По большей части поперечный діаметръ плечъ проходитъ черезъ тазъ въ косомъ размѣрѣ, противоположномъ тому, въ какомъ проходилъ раньше поперечный діаметръ ягодицъ. Но спинка можетъ также проходить мимо мыса и такимъ образомъ въ дальнѣйшемъ своемъ движеніи обратиться впередъ; при этомъ она поворачивается слѣва и сзади сперва вправо и назадъ и затѣмъ уже вправо и впередъ, такъ что I положеніе превращается во II. Лишь рѣдко при *самопроизвольномъ теченіи родовъ* спинка продолжаетъ оставаться сзади, но и при этихъ условіяхъ роды еще могутъ послѣдовать (см. ниже).

Если дѣло идетъ о ножномъ или колѣнномъ положеніи, то нижнія конечности могутъ пройти черезъ тазъ въ любомъ положеніи, и только съ момента вступленія ягодицъ въ тазъ начинается собственно самый механизмъ прорѣзыванія. Относительно неполныхъ ножныхъ и колѣнныхъ положеній нужно, однако, замѣтить, что опустившаяся ножка всегда въ концѣ концовъ обращается къ передней стѣнкѣ таза, хотя бы вначалѣ она и была заднею. Если, напр., имѣется неполное ножное положеніе Ia съ предлежаніемъ задней правой ножки, то поворотъ произойдетъ такимъ образомъ, что правая ножка станетъ переднею; стало быть, I положеніе превратится во II.

При прохожденіи ягодицъ черезъ тазъ происходитъ обыкновенно выходненіе меконія изъ заднепроходнаго отверстія. Въ то время, какъ при головныхъ положеніяхъ такое отхожденіе первороднаго кала свидѣтельствуетъ большею частью объ опасности, угрожающей плоду (см. стр. 35), оно при тазовыхъ положеніяхъ не имѣетъ никакого значенія. Здѣсь имѣетъ мѣсто чисто механическое выжиманіе, зависящее отъ того, что заднепроходное отверстіе находится подъ простымъ атмосфернымъ давленіемъ, тогда какъ содержимое живота подвергается значительному сверхнормальному давленію.

Предсказаніе для матери при тазовыхъ положеніяхъ мало чѣмъ отличается отъ такового при черепномъ положеніи. Для нея почти безразлично, проходитъ-ли плодъ черезъ родовый каналъ впередъ головнымъ или же тазовымъ концомъ. Такъ какъ здѣсь наиболѣе объемистая часть, головка, прорѣзывается послѣднею, а предшествующія ей менѣе крупныя части тѣла постепенно растягиваютъ вульву, то въ механическомъ отношеніи родовый актъ даже протекаетъ легче при положеніяхъ тазовымъ концомъ. Но предсказаніе, однако, до нѣкоторой степени ухудшается необходимостью болѣе частаго оперативнаго вмѣшательства при тазовыхъ положеніяхъ, чѣмъ при черепныхъ, хотя, правда, асептика и исключаетъ главныя опасности операцій. Къ тому же, въ этомъ случаѣ промежность ставится въ нѣсколько менѣе выгодныя условія благодаря тому, что мы, въ интересахъ плода, проводимъ головку черезъ половую расщелину довольно быстро. Нужно, однако, замѣтить уже здѣсь, что часто виною разрыва промежности являются лишь погрѣшности въ технику извлеченія головки.

Несравненно болѣе важное значеніе имѣть предсказаніе для плода, которое представляется значительно болѣе неблагоприятнымъ, чѣмъ при черепныхъ положеніяхъ. Статистика показываетъ намъ, что въ то время, какъ при послѣднихъ число мертворожденій составляетъ лишь около 4—5 %, при положеніяхъ тазовымъ концомъ рождаются мертвыми около 20 % дѣтей. Но такая высокая смертность является по преимуществу слѣдствіемъ неправильнаго веденія родовъ въ тазовомъ положеніи и въ особенности необоснованнаго и преждевременнаго производства извлеченія. На это обстоятельство мы считаемъ необходимымъ обратить особенное вниманіе. Надлежащимъ веденіемъ родовъ въ тазовомъ положеніи могутъ быть достигнуты далеко болѣе лучшіе результаты. Какъ скоро мы правильно ведемъ роды въ этомъ положеніи съ самаго начала, мы — при отсутствіи какихъ-либо ненормальныхъ условій (напр. узкаго таза) — можемъ ручаться за рожденіе живого младенца почти съ такою же степенью увѣренности, какъ при черепномъ положеніи.

Въ чемъ же заключается опасность, угрожающая плоду при родахъ въ тазовомъ положеніи? Опасность эта начинается съ того момента, когда послѣ рожденія нижняго конца тѣла замедляется и задерживается выходъ остальной части тѣла. Сказанное станетъ болѣе яснымъ, если мы проведемъ параллель между родами въ черепномъ и тазовомъ положеніи. Предположимъ, что при черепномъ положеніи головка плода родилась и поступательное движеніе засимъ приостановилось. Сколько-нибудь опасныхъ послѣдствій такая остановка родового акта не повлечетъ за собою. Если тѣло матки къ этому времени даже уже и уменьшилось, все же плацентарное кровообращеніе отнюдь еще не обязательно совершенно прекращается. Но представимъ себѣ даже, что оно уже не удовлетворяетъ своему назначенію, что плодъ получаетъ черезчуръ мало кислорода, что такимъ образомъ дыхательный центръ его приходитъ въ возбужденіе; въ такомъ случаѣ плодъ дѣлаетъ попытки дышать, и такъ какъ дыхательныя отверстія его окружены уже не околоплодною жидкостью, а воздухомъ, то попытки эти вреда ему не причиняютъ. Правда, дыханіе его будетъ несовершеннымъ, ибо грудная кѣтка его довольно тѣсно обхвачена родовыми путями, но опасности въ этомъ опять-таки нѣтъ никакой, такъ какъ для насъ не представляетъ ни малѣйшаго труда быстро вывести плодъ наружу вполне, такъ чтобы онъ могъ пользоваться дыханіемъ въ полной мѣрѣ. Для этого намъ стоитъ только произвести выжиманіе путемъ давленія на дно матки или, если это не удастся, извлечь плодъ, захвативъ его за подмышечныя впадины.

Совершенно иначе обстоитъ дѣло, когда при тазовомъ положеніи плодъ рождается до пупка и затѣмъ роды останавливаются. При такихъ условіяхъ плоду угрожаетъ очень большая опасность. Матка уже значительно уменьшилась, стало быть уменьшилась и поверхность прикрѣпленія послѣда, который, можетъ быть, даже частью уже и отслоился. Но даже и въ томъ случаѣ, когда дѣтское мѣсто срослено со стѣнкою матки еще

на большомъ протяженіи, правильный обмѣнъ веществъ между матерью и плодомъ становится невозможнымъ, потому что направляющаяся отъ пупка плода къверху пуповина сжимается между тѣломъ плода и стѣнкою родового канала до такой степени, что плацентарное кровообращеніе прекращается. Если такое состояніе длится нѣкоторое время, то плодъ становится асфиктическимъ и начинаетъ производить дыхательныя движенія. Но такъ какъ дыхательныя отверстія его омываются околоплодною жидкостью, то въ легкія плода попадаетъ эта послѣдняя, а не воздухъ. Только въ томъ случаѣ, когда послѣ прорѣзыванія пупка быстро, черезъ нѣсколько минутъ, рождается остальное тѣло плода, можно рассчитывать на то, что плодъ родится живымъ.

Такимъ образомъ предсказаніе будетъ тѣмъ лучше, чѣмъ быстрее наступитъ послѣ прорѣзыванія пупка рожденіе остального тѣла плода. При этомъ условія сложатся гораздо благоприятнѣе въ томъ случаѣ, когда выходеніе плода до пупка произойдетъ самопроизвольно, одними силами природы, чѣмъ когда извлеченіе предпринято уже съ самаго начала. Дѣло въ томъ, что когда поступательное движеніе плода обусловливается силами природы—потужною дѣятельностью и работою брюшного пресса, стало быть давленіемъ сверху, то плодъ почти всегда сохраняетъ свое физиологическое членорасположеніе: ручки остаются лежащими на груди, головка не измѣняетъ своего состоянія сгибанія. Какъ скоро же производится извлеченіе и плодъ, слѣдовательно, подвигается впередъ потягиваніемъ снизу, членорасположеніе большею частью уже измѣняется: подбородокъ отделяется отъ груди и ручки запрокидываются вверхъ или, точнѣе, ручки остаются въ томъ же положеніи, а грудь опускается внизъ. Къ тому же при неполнѣй правильномъ производствѣ извлеченія спинка можетъ получить неблагоприятное положеніе, повернувшись къзади, что при естественномъ теченіи родовъ не имѣетъ мѣста.

И такъ, сравнимъ теперь два случая: одинъ, когда ребенокъ родился до пупка самопроизвольно, и другой, когда это достигнуто путемъ извлеченія. Возможность быстрого выходенія остальной части тѣла плода въ первомъ случаѣ значительно болѣе велика, чѣмъ во второмъ. При остановкѣ или замедленіи родовъ плода, родившагося до пупка самопроизвольно, мы остальную часть его тѣла можемъ обычно легко и быстро выжать или извлечь; для этого намъ достаточно только низвести оставшіяся скрещенными на груди ручки и затѣмъ вывести головку. Напротивъ, при извлеченіи, когда ручки, благодаря этому акту, запрокидываются къверху, намъ нужно освобождать каждую изъ нихъ порознь, что можетъ потребовать и много труда и, главное, много времени, а вѣдь быстротою рожденія плода и обусловливается благополучный исходъ.

Разсмотримъ далѣе условія, при какихъ шансы на удачное разрѣшеніе отъ родовъ при тазовыхъ положеніяхъ представляются всего болѣе благоприятными. Весьма выгоднымъ условіемъ является значительное растяженіе вульвы. Чѣмъ лучше подготовлены наружныя родовыя пути, тѣмъ

быстрѣ можетъ послѣдовать выходженіе наиболѣе объемистой части плода—послѣдующей головки. Подготовка эта будетъ лучшею въ томъ случаѣ, когда естественное рожденіе плода до пупка медленно растянуло мягкія родовыя части, чѣмъ когда извлеченіе обусловило быстрое прохожденіе ягодицъ.

Засимъ, растяженіе наружныхъ родовыхъ путей будетъ тѣмъ значительнѣе, чѣмъ объемистѣе идущая впереди часть плода. Такимъ образомъ удвоенное ягодичное положеніе является относительно наиболѣе выгоднымъ изъ всѣхъ тазовыхъ положеній, такъ какъ объемъ обѣихъ ягодицъ съ обѣими ножками почти равняется объему головки. Менѣе благоприятно простое ягодичное положеніе, при которомъ ножки запрокидываются вверхъ, еще хуже въ отношеніи предсказанія ножныя и колѣбныя положенія

Наконецъ, предсказаніе тѣмъ лучше, чѣмъ энергичнѣе послѣ рожденіе пупка совершается дѣятельность изгоняющихъ силъ—потугъ и брюшнаго пресса.

Сказанное нами о предсказаніи предначертываетъ вмѣстѣ съ тѣмъ и путь для *терапии*, въ качествѣ важнѣйшаго принципа которой нужно установить правило, что *тазовыя положенія должны вестись возможно выжидательно*. Въ этомъ отношеніи грѣшать, нужно сознаться, крайне сильно. Есть не мало врачей, для которыхъ наличность положенія тазовымъ концомъ, если только раскрыть маточный зѣвъ, является тотчасъ же поводомъ къ оперативному извлеченію плода. Насколько такой образъ дѣйствій ошибоченъ, доказывается предшествовавшимъ положеніемъ. Напротивъ, первая наша обязанность заключается въ томъ, чтобы по возможности предоставить рожденіе плода до пупка силамъ природы.

При всемъ томъ мы не остаемся совершенно пассивными къ родамъ въ тазовомъ положеніи. Такъ, уже въ періодѣ раскрытія зѣва мы предписываемъ роженицѣ пребываніе въ постели, чтб, напр., при черепныхъ положеніяхъ по большей части не представляется необходимымъ. Далѣе, мы должны въ особенности тщательно заботиться о предотвращеніи преждевременнаго разрыва пузыря, слѣдовательно первымъ дѣломъ избѣгать слишкомъ частаго и слишкомъ энергичнаго внутренняго изслѣдованія ¹⁾. При полномъ раскрытіи зѣва роженица можетъ, правда, содѣйствовать потугамъ работою брюшнаго пресса, но мы не должны особенно поощрять

¹⁾ Въ тѣхъ случаяхъ, когда акушеръ является на роды рано и когда онъ при еще стоящемъ пузырьѣ находитъ ягодицы подвижно находящимися на тазѣ, рекомендовали превращать ягодичное положеніе въ черепное, пользуясь обѣими руками, манипулирующими снаружи на животѣ (см. отдѣлъ III). Одна рука толкаетъ ягодицы вверхъ и въ сторону, другая въ то же время отодвигаетъ головку книзу и въ противоположную сторону; какъ скоро ягодицы и головка переступаютъ средину боковыхъ поверхностей матки, удается большею частью легко направить головку внизъ, а ягодицы въ дно матки.

Описываемый способъ, однако, разрѣшается предпринять только при условіи, если пузырь еще стоитъ и если можно съ увѣренностью ожидать нормальнаго, естественнаго теченія родовъ въ черепномъ положеніи, слѣдовательно, для этого прежде всего тазъ долженъ быть нормаленъ.

Когда удалось установить черепъ надъ тазомъ, вступленію головки въ послѣдній содѣйствуютъ давленіемъ извиѣ.

ее къ этому, такъ какъ чѣмъ медленнѣе, чѣмъ постепеннѣе прорѣзываются ягодицы, тѣмъ благопріятнѣе исходъ родовъ. Какъ скоро ягодицы показываются въ половой расщелинѣ, все должно быть устроено такъ, чтобы въ случаѣ надобности, въ особенности при замедленіи родового акта послѣ рожденія пупка, можно было предпринять безотлагательно необходимое оперативное пособіе. Такимъ образомъ мы укладываемъ роженицу на поперечной кровати, ибо при необходимости извлеченія намъ придется производить потягиваніе внизъ, а на продольной кровати это выполнить невозможно. Затѣмъ, мы велѣмъ приготовить все необходимое для ребенка — теплую ванну и, въ виду того, что младенецъ нерѣдко рождается въ состояніи асфиксіи, ведро съ холодною водою; нужно также держать наготовѣ эластическій трахеальный катетеръ для высасыванія слизи. Слѣдуетъ имѣть подъ рукою и продезинфицированные, уже заранѣе щипцы для тѣхъ рѣдкихъ случаевъ, когда они могутъ потребоваться для извлеченія послѣдующей головки, такъ какъ если бы намъ пришлось ихъ разыскивать и дезинфицировать въ нужный моментъ, мы потеряли бы много драгоценнаго времени. Наконецъ, мы должны обнажить свои руки и продезинфицировать какъ кисти рукъ, такъ и предплечья. Продѣлавши все это, мы садимся предъ роженицею, готовые въ каждый моментъ приступить къ необходимому оперативному пособію, но до поры до времени воздерживаясь отъ всякаго вмѣшательства въ совершающійся на нашихъ глазахъ фізіологическій процессъ. Нужно сознаться, что во все не такъ легко оставаться пассивнымъ зрителемъ того, какъ во время потугъ ягодицы продвигаются нѣсколько впередъ и затѣмъ при межпозвонковой паузѣ отходятъ опять нѣсколько назадъ. Сблазнъ пустить въ ходъ пальцы и ускорить прохожденіе ягодицъ чрезвычайно великъ. Но тѣмъ не менѣе при нормальныхъ условіяхъ мы должны обязательно держаться выжидательнаго образа дѣйствій. Какъ скоро ягодицы начинаютъ прорѣзываться, мы одною рукою производимъ давленіе на промежность въ сторону лоннаго соединенія, дабы во время выкатыванія надъ промежностью одной ягодицы другая упиралась въ лонную дугу. Другую руку мы во время врыванія ягодицъ кладемъ на дно матки, оставляя ее въ этомъ положеніи до окончательнаго рожденія плода. Рука эта оказываетъ непрерывное, легкое давленіе въ направленіи внизъ, чѣмъ по возможности предотвращается измѣненіе фізіологическаго членорасположенія. Если бы прохожденіе ягодицъ совершалось черезчуръ медленно, то рука, лежащая на днѣ матки, можетъ, въ особенности во время потугъ, производить болѣе сильное давленіе и такимъ образомъ путемъ такъ назыв. „выжиманія“ (*Kristeller*) способствовать поступательному движенію. Насколько было бы ошибочно производить безъ надобности влеченіе за идущую впереди часть, такъ какъ при этомъ легко измѣняется фізіологическое членорасположеніе плода, настолько цѣлесообразнымъ можетъ быть способъ выжиманія.

Велѣдъ за роженіемъ ягодицъ мы наблюдаемъ за прорѣзываніемъ жи-

вота. Какъ только нѣсколько выступилъ пупокъ, необходимо удостовѣриться на счетъ состоянія и положенія пуповины. Если она очень сильно напряжена и направляется къверху, то мы захватываемъ ее слегка нѣсколькими пальцами и осторожно оттягиваемъ немного внизъ ту часть ея, которая направлена вверхъ, выражаясь технически— „разслабляемъ“ пуповину. Въ томъ случаѣ, когда младенецъ сидитъ верхомъ на пуповинѣ, мы осторожнымъ оттягиваніемъ книзу части ея, переходящей на спину, освобождаемъ ее настолько, чтобы можно было закинуть за петлю пуповины одну ножку плода; боковое сгибаніе послѣдняго облегчаетъ эту манипуляцію. Если разслабленіе пуповины не удастся, то не остается ничего иного, какъ перерѣзать ее, прижать плодный конецъ, быстро извлечь плодъ и предпринять окончательную перерѣзку пуповины.

Ножки выпадаютъ сами собою. Мы поддерживаемъ родившіяся части одною рукою и заставляемъ роженицу, „всего лучше надлежаще наученную уже заранѣе, сильно сокращать брюшной прессъ. Другая наша рука, лежащая на днѣ матки, производитъ энергичное давленіе въ направленіи книзу. Грудь прорѣзывается вмѣстѣ со скрещенными на ней руками; при прохожденіи плечиковъ мы поддерживаемъ промежность такимъ же образомъ, какъ дѣлали это при прорѣзываніи ягодицъ. Послѣ того мы поднимаемъ плодъ вверхъ къ животу роженицы и слѣдимъ за выходненіемъ головки, лично занявшись защитою промежности, а давленіе на дво матки поручая акушеркѣ.

Таковъ способъ, какимъ мы въ нормальныхъ случаяхъ ведемъ роды въ тазовомъ положеніи. Но не всегда мы имѣемъ возможность держаться столь малоактивнаго положенія. Такъ, когда послѣ рожденія пупка выходненіе остальной части тѣла плода замедляется, мы должны позаботиться о возможно скоромъ выведеніи ея. Ждать при этихъ условіяхъ, пока наступитъ асфиксія плода, было бы большою ошибкою, и мы здѣсь должны предотвратить опасность быстрымъ извлеченіемъ младенца. Въ томъ случаѣ, когда плодъ родился до пупка силами природы, остальная часть его подается большею частью легко и быстро извлеченію. Помощью манипуляцій, къ описанію которыхъ мы сейчасъ перейдемъ, извлекаютъ плодъ за ягодицы до тѣхъ поръ, пока не покажется нижній уголъ лопатки, засимъ, добравшись рукою до груди, освобождаютъ лежація на ней ручки и въ заключеніе низводятъ головку.

Но бываютъ случаи, въ которыхъ при положеніи тазовымъ концомъ, какъ и при нормальномъ черепномъ положеніи, въ силу какихъ-либо спеціальныхъ показаній (опасность для матери или для плода), оказывается необходимымъ ускорить окончаніе родовъ уже въ раннемъ стадіи родового акта. При черепномъ положеніи мы прибѣгаемъ для этого къ помощи щипцовъ, здѣсь же мы пользуемся „извлеченіемъ за тазовой конецъ“. Съ этой операціи мы и начнемъ наше послѣдующее изложеніе.

Извлечение за тазовой конецъ.

Какъ и при всякой родоразрѣшающей операціи (см. наложеніе щипцовъ, стр. 28), и здѣсь должны быть на-лицо извѣстныя *условія* для того, чтобы возможно было предпринять извлечение. Условія эти слѣдующія:

1) Маточный зѣвъ долженъ быть совершенно раскрытъ, или, по крайней мѣрѣ, онъ долженъ быть настолько растяжимъ, чтобы при прохожденіи головки безъ труда вполнѣ изгладиться. Если бы мы вздумали произвести извлечение при неполнѣ изглаженномъ маточномъ зѣвѣ, то въ результатъ могли бы получиться значительные разрывы шейки. Кромѣ того, шейка матки могла бы ущемить шею плода и тѣмъ самымъ сильно замедлить и затруднить прохожденіе головки. Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ поддаваться соблазну преждевременно извлекать за выступившую черезъ маточный зѣвъ ножку, какъ скоро шейка еще недостаточно расширилась; нарушеніе этого правила влечетъ за собою сплошь и рядомъ величайшія трудности при послѣдующемъ освобожденіи ручекъ и выведеніи головки, а если подъ конецъ и удастся извлечь плодъ, въ большинствѣ случаевъ оказывающійся, благодаря тяжелой и длительной операціи, мертвымъ, то разорванная шейка является источникомъ сильныхъ, угрожающихъ опасностью жизни кровотеченій. На подобнаго рода образъ дѣйствій нужно возложить отвѣтственность за печальный исходъ во многихъ такихъ случаяхъ, въ которыхъ терпѣливое выжиданіе привело бы несомнѣнно къ благополучному окончанію родовъ. Только въ случаѣ крайней необходимости, при наличности самаго настоятельнаго и безотложнаго показанія, мы бываемъ вынуждены рѣшиться на извлечение при недостаточномъ расширеніи маточнаго зѣва, но тогда мы знаемъ, что идемъ навѣрно на рискъ поврежденій и, слѣдовательно, должны приготовить уже заранѣе все необходимое для остановки кровотеченія.

2) Пузырь долженъ быть разорванъ. Если воды еще не отошли, то предварительный разрывъ пузыря можетъ быть выполненъ очень легко: стоитъ только разорвать въ одномъ мѣстѣ яйцевыя оболочки пальцами или инструментомъ, и они спадутся сами собою.

Остальныя условія не обязательны; но, само собою разумѣется, что тазъ не долженъ быть настолько узокъ, чтобы исключить возможность самопроизвольнаго рожденія плода (истинная конъюгата, слѣдовательно, должна быть не меньше 5 ½ стм.); границы суженія здѣсь, впрочемъ, заключаются въ большихъ предѣлахъ, чѣмъ при наложеніи щипцовъ. Если тазъ черезчуръ узокъ, чтобы допустить прохожденіе неуменьшенной головки, то приходится предварительно предпринять прободеніе послѣдующей головки.

Показанія къ извлеченію аналогичны тѣмъ, какія мы подробно описали для наложенія щипцовъ при головныхъ положеніяхъ (см. стр. 31 и слѣд.), стало быть опасности для матки или для плода, которыя могутъ

быть устранены или, по крайней мѣрѣ, уменьшены скорѣйшимъ окончаніемъ родового акта.

Считаемъ нужнымъ подчеркнуть еще разъ то обстоятельство, что тазовыя положенія сами по себѣ еще отнюдь не являются показаніемъ къ оперативному вмѣшательству. Роды до пупка должны, если только это возможно, произойти силами природы, и показаніе къ извлеченію начинается съ того момента, когда замедляется дальнѣйшее изгнаніе плода; въ особенности это имѣетъ мѣсто тамъ, гдѣ плодъ очень великъ или гдѣ препятствіе на днѣ таза весьма значительно (первороженицы, особенно болѣе старшаго возраста). Именно въ такого рода случаяхъ представляется очень выгоднымъ, когда нижняя половина тѣла плода рождается медленно, такъ что постепеннымъ растяженіемъ родовыхъ частей расширяется въ надлежащей степени путь для послѣдующей головки.

Что касается *приготовленій* къ операциі, то и здѣсь въ общемъ приложимо то, что мы говорили при описаніи наложенія щипцовъ (см. стр. 38 и слѣд.), въ особенности относительно дезинфекціи.

Только по поводу наркоза замѣтимъ, что мы при извлеченіи за тазовой конецъ по возможности обходимся безъ него. Это представляетъ уже то большое преимущество, что роженица имѣетъ возможность содѣйствовать работою брюшного пресса рожденію послѣдующей головки.

Роженицу укладываютъ на краю стола въ ягодично-спинномъ положеніи; при узкомъ тазѣ мы въ дальнѣйшемъ теченіи операциі пользуемся также и *Walcher*'овскимъ свѣшивающимся положеніемъ (см. стр. 119).

Весьма важно до *начала операциі* точно ознакомить акушерку съ предстоящею ей задачею. Она должна въ теченіе всей операциі производить легкое давленіе на дно матки; въ особенности помощь эта необходима при выведеніи головки.

Техника извлеченія.

Представимъ себѣ, что предъ нами случай *неполнаго ножного положенія*, передняя ножка вышла изъ половой расщелины и при наличности предварительныхъ условій дано показаніе къ извлеченію. Сидя между бедрами лежащей на операционномъ столѣ роженицы, мы захватываемъ выпавшую ножку обѣими руками такъ, чтобы расположенные другъ подле друга и направленные параллельно голенямъ большіе пальцы обращены были къ намъ, и производимъ за нее потягиваніе книзу и къзади (рис. 61). Тянуть нужно съ паузами, по возможности только во время потуги. По мѣрѣ дальнѣйшаго выступанія ножки обѣ руки послѣдовательно въ томъ же положеніи передвигаются вверхъ по конечности, такъ что большіе пальцы постоянно остаются у самыхъ наружныхъ половыхъ частей. Какъ скоро область ягодицъ приближается къ половой расщелинѣ, мы одною рукою сильно приподнимаемъ вверхъ ножку, указательный же палецъ другой руки вводимъ въ задній паховой сгибъ, чтобы и за него производить потягиваніе; придерживая переднюю ягодицу у лонной дуги,

мы сильно приподымаемъ заднюю ягодицу и выводимъ ее по промежности (рис. 62). Лишь послѣ того опускаемъ извлекается и передняя ягодица (рис. 63). До сихъ поръ, до прорѣзыванія ягодицъ, мы, какъ уже сказано было, постепенно передвигали наши руки кверху; теперь же, съ момента начинающагося извлечения туловища, этого дѣлать не слѣдуетъ, и большіе пальцы остаются лежать другъ подлѣ друга на крестцѣ до конца, а остальные пальцы обхватываютъ бедро. *Обхватывать животъ плода не разрѣшается ни въ какомъ случаѣ*, такъ какъ потребное для этого сильное прижатіе легко можетъ повлечь за собою поврежденія брюшныхъ внутренностей (разрывъ печени, разрывъ наполненной толстой кишки). Всегда за рожденіемъ ягодицъ поворачиваютъ при дальнѣйшемъ извлече-



Рис. 61. Начало извлечения при ножномъ положеніи. Положеніе Ia. Предлежитъ передняя, лѣвая ножка. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

ніи спинку нѣсколько впередъ. Если бы спинка вначалѣ обращена была кзади (2 подраздѣленіе), то дѣлаютъ паузу, во время которой наблюдаютъ за тѣмъ, въ какую сторону стремится повернуться плодъ подъ вліяніемъ потужной дѣятельности и давленія, производимаго извнѣ ассистентомъ, и тогда въ направленіи этого поворота и производятъ извлечение.

До рожденія пупка извлечение, если только поспѣшность не вызывается очень настоятельнымъ показаніемъ, должно производиться медленно, но съ того момента, какъ прорѣзался пупокъ, необходимо дѣйствовать быстро и въ сознаніи преслѣдуемой цѣли, не позволяя себѣ ни одного излишняго и бесполезнаго приема, но, съ другой стороны, избѣгая и опрометчивой торопливости. Пуповину расслабляютъ; если она проходитъ между бедрами, такъ что младенецъ сидитъ на ней верхомъ, то ее проводятъ

за ягодицу. Въ случаѣ если бы вторая ножка не выпала легко сама собою, выпаденіе ея облегчаютъ, приподнявъ туловище нѣсколько вверхъ и въ сторону. Извлеченіе производятъ до тѣхъ поръ, пока въ половой расщелинѣ не покажется нижній уголь лопатки (рис. 64).

Вслѣдъ за рожденіемъ нижняго угла лопатки нужно приступить къ выведенію ручекъ. Такъ какъ при извлеченіи онѣ не всегда оказываются запрокинутыми вверхъ, но могутъ также одна или обѣ оставаться лежащими на груди, въ особенности если во время извлеченія производится давленіе снаружи, то прежде всего необходимо освѣдомиться, лежатъ-ли онѣ на груди. Для этого мы захватываемъ одною рукою обѣ голени



Рис. 62. Ножное положеніе Ia. Задняя ягодица приподнимается надъ промежностью.
 $\frac{1}{4}$ натур. величины.

плода и приподнимаемъ младенца нѣсколько вверхъ, а другую руку, держа ее ладонною поверхностью внизъ и скользя ею по брюшной поверхности плода, направляемъ вверхъ къ груди (рис. 65). Если мы находимъ здѣсь ручку, то мы захватываемъ ее за предплечье или за кисть и просто отводимъ ее внизъ до тѣхъ поръ, пока не покажется соответствующее ей плечико, и затѣмъ такимъ же способомъ извлекаемъ и вторую ручку.

Если же ручки не лежатъ на груди, а запрокинулись вверхъ, то нужно ихъ „освободить“. Это освобожденіе производится слѣдующимъ образомъ. Мы должны сообщить освобождаемой ручкѣ движеніе, соответствующее ея нормальному движенію въ плечевомъ суставѣ, стало быть, должны свести ее внизъ не по спинной поверхности, но мимо личика по



Рис. 63. Выведение передней ягодицы. $\frac{1}{4}$ натур. величины.



Рис. 64. Плод извлеченъ настолько, что показывается нижній уголъ лопатки.
 $\frac{1}{4}$ натур. величины.

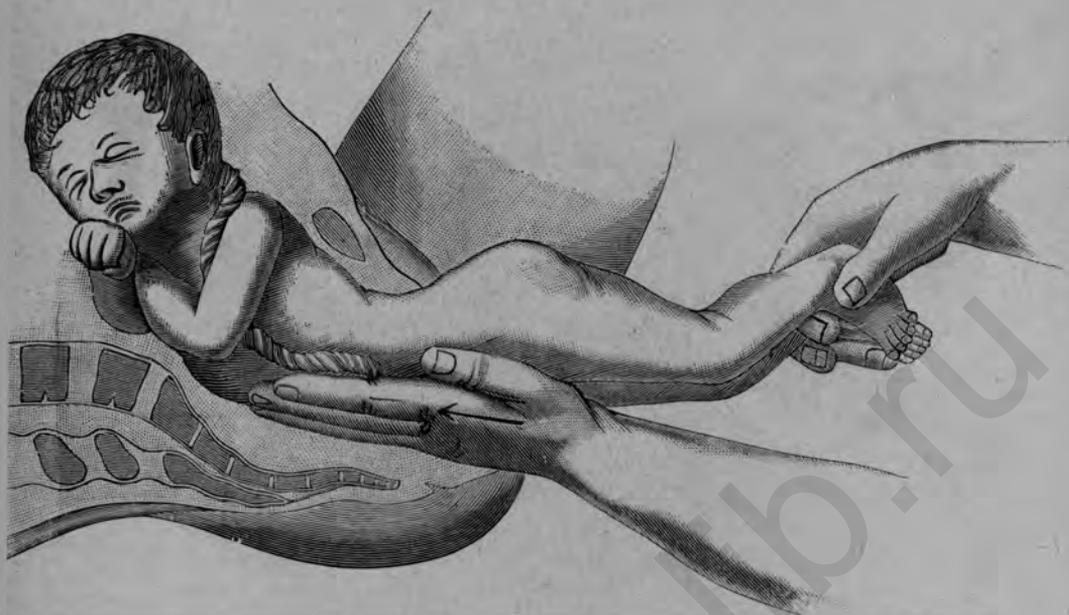


Рис. 65. Рука акушера направляется вверх по поверхности живота и груди плода съ целью опредѣлить, лежать-ли на груди одна или обѣ ручки. $\frac{1}{4}$ натур. величины.



Рис. 66. Освобождение ручекъ. I моментъ. Одна рука акушера наклоняетъ младенца внизъ и въ сторону, другая рука направляется къ заднему плечу. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

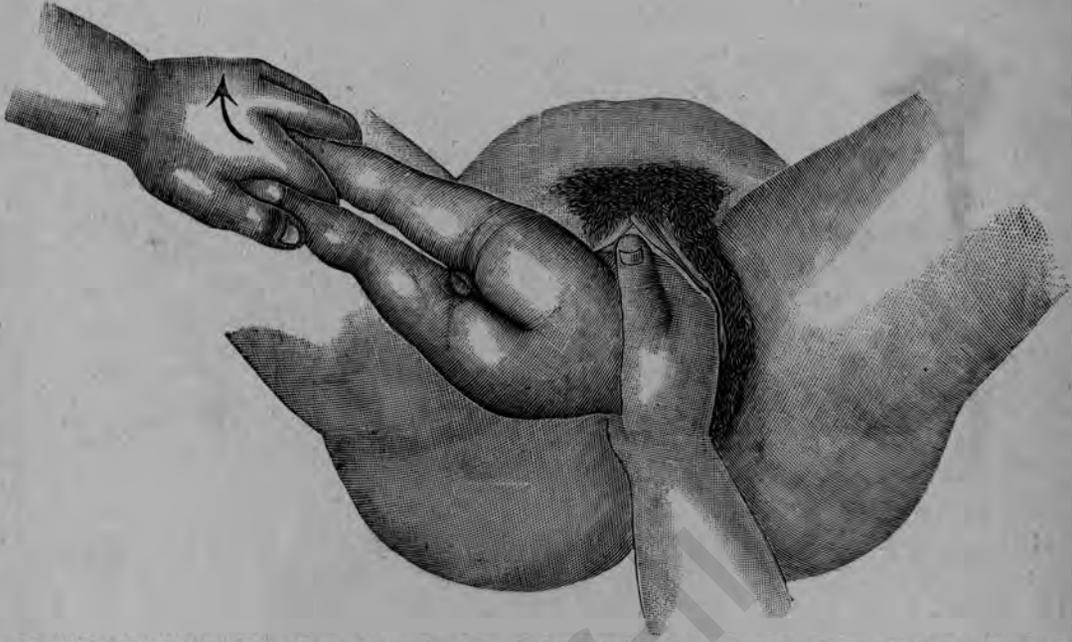


Рис. 67. Освобождение ручек. II моментъ. Одна рука акушера приподнимает младенца вверх и въ сторону, другая направляется къ локтю. $\frac{1}{4}$ натур. величины.



Рис. 68. Какъ рис. 67, видъ сбоку. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

груди и животу, и такъ какъ пространство, имѣющеее здѣсь въ нашемъ распоряженіи, ограничено, то *ручка должна прилежать вплотную къ туловищу плода*, какъ бы скользя по личику. Каждая ручка плода освобождается одноименною нашею рукою, слѣдовательно правая ручка—нашею правою рукою, лѣвая—нашею лѣвою, причемъ мы начинаемъ всегда съ той ручки, которая лежитъ больше кзади, впереди *articulatio sacro-iliaca*, стало быть при I положеніи—съ правой ручки. Въ этомъ случаѣ мы прежде всего захватываемъ лѣвою рукою голени плода, притомъ такъ, что указательный палецъ вводится со стороны задней поверхности между самыми нижними частями голеней, большой палецъ обхватываетъ наруж-



Рис. 69. Освобожденіе ручекъ. III моментъ. Пальцы правой руки обхватываютъ верхнее плечо, рука описываетъ вокругъ младенца концентрической кругъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

ную лодыжку одной ножки, а три остальныхъ пальца—наружную лодыжку другой ножки. Останемся при взятомъ нами примѣрѣ I положенія. Захвативъ только-что описаннымъ способомъ ножки младенца лѣвою рукою, мы сильно наклоняемъ его внизъ и въ правую сторону матери, такъ чтобы спинка плода обращена была кпереди и нѣсколько въ сторону (влѣво), четырьмя же приведенными другъ къ другу пальцами другой руки направляемся по спинкѣ къ правому плечу (рис. 66). Какъ только мы добираемся до него, лѣвая рука приподнимаетъ младенца въ сторону праваго пахового сгиба, а четырьмя пальцами правой руки мы проходимъ по правой плечевой кости къ локтевому сгибу (рис. 67 и 68) и давлениемъ на него сводимъ верхнее плечо внизъ по личику и груди (рис. 69), послѣ чего эта же рука, *описывая концентрической кругъ около*

младенца, выводить ручку къ половой расщелинѣ, пользуясь уже и содѣйствіемъ праваго пальца (рис. 70).

Теперь приступаютъ къ освобожденію второй ручки. Для этого снова наклоняютъ туловище, обхватываютъ обѣими руками плечики младенца, включая и освобожденную ручку, причѣмъ оба большихъ пальца кладутся на лопатки, и поворачиваютъ туловище въ другую сторону, со-

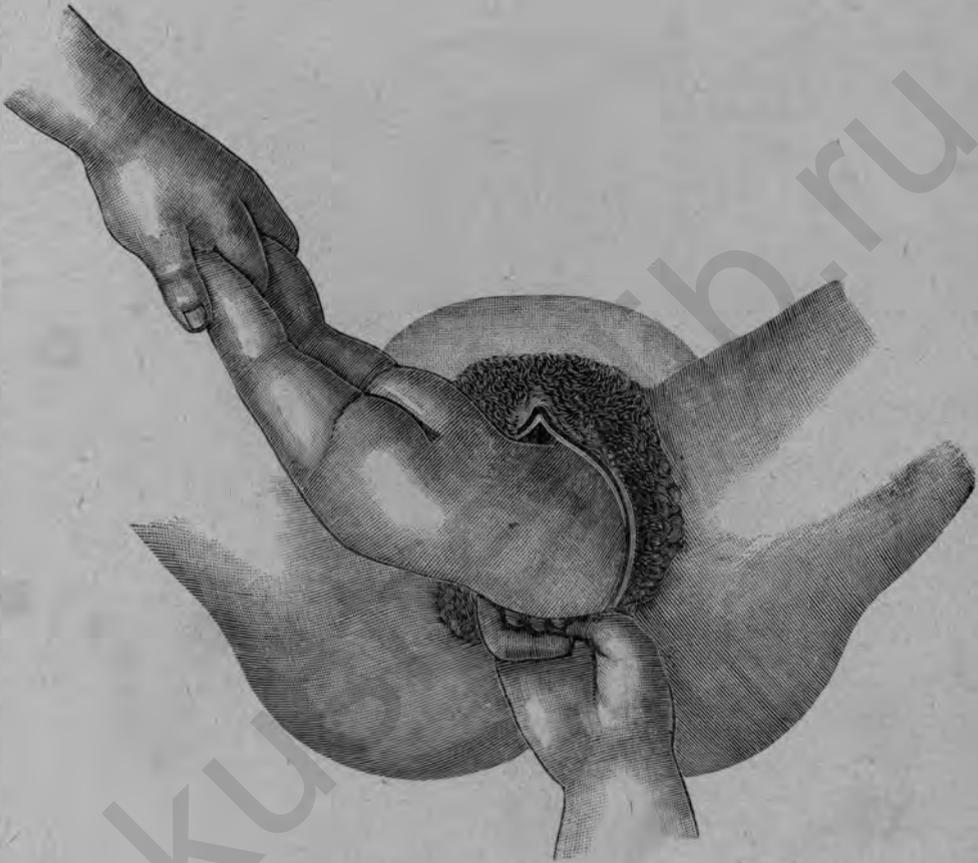


Рис. 70. Освобожденіе ручекъ. IV моментъ. Ручка сведена внизъ и выводится къ половой расщелинѣ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

общая ему легкое вращеніе около его продольной оси, такъ что и другая ручка помѣщается впереди articulatio sacro-iliaca (рис. 71). Затѣмъ лѣвая ручка освобождается такимъ же образомъ, какъ и правая. Правая рука наклоняетъ тѣло младенца за ножки внизъ и влѣво, лѣвая рука идетъ по спинкѣ къ плечу. Правая рука приподнимаетъ младенца къ лѣвому паху, лѣвая направляется къ локтевому сгибу и, описавъ концентрической кругъ, сводитъ ручку внизъ.

Вслѣдъ за освобожденіемъ ручекъ предпринимаютъ освобожденіе головки. Правая рука приближаетъ ножки младенца къ оператору, лѣвая, вначалѣ слегка оттянутая назадъ, вводится по брюшной сторонѣ младенца

между обѣими ручками вверхъ къ груди. Засимъ правая рука кладетъ ножки младенца по обѣ стороны лѣваго предплечья, такъ что младенецъ какъ-бы сидитъ верхомъ на этомъ послѣднемъ; указательный и средній пальцы ея, крючкообразно согнутые, помѣщаются поверхъ плечиковъ по обѣимъ сторонамъ шеи на заднюю ея область. Одноименные пальцы лѣвой руки направляютъ къ личику стоящей въ тазу головки, которое



Рис. 71. Задняя ручка освобождена. Младенца поворачиваютъ, чтобы привести больше къзади и другую ручку. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

при I положеніи обращено къ правой сторонѣ матки; здѣсь ихъ кладутъ по обѣ стороны носа на fossae scapulae и приводятъ подбородокъ внизъ къ самой груди. Не измѣняя своего положенія, обѣ руки поворачиваютъ головку такъ, чтобы личико обращено было прямо назадъ. Лѣвая рука удерживаетъ все время подбородокъ приближеннымъ къ груди; правая, производя потягиваніе за затылокъ, не должна, однако, выводить его подъ лонную дугу, но затылокъ долженъ оставаться позади лоннаго сочлененія въ то время, когда начинается выкатываніе головки. Затылочная ямка, упираясь въ ligamentum arcuatum, служитъ точкою вращенія для

головки, которая выводится по механизму естественного прорывания (рис. 72).

Съ момента рожденія рта особенно торопиться уже незачѣмъ, такъ какъ плодъ въ состояніи дышать, и дальнѣйшее извлеченіе остальной части головки можетъ производиться медленно, въ интересахъ цѣлости промежности.



Рис. 72. Освобожденіе головки. Указательный и средний пальцы одной руки кладутся на fossae caninae и приближаютъ подбородокъ къ груди. Одноименные пальцы другой руки помѣщаются поверхъ плечиковъ на обѣ стороны задней области шеи. Затылочная ямка, упираясь въ ligamentum arcuatum, является точкою вращения для прорывающейся головки. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Если бы мы вздумали, какъ это нерѣдко ошибочно дѣлается, низводить затылокъ по дугу лонную, то черезъ половую расщелину прошелъ бы лобно-затылочный діаметръ головки, который и разорвалъ бы промежность. Когда же затылочная ямка остается у ligamentum arcuatum до *полнаго* выкатыванія головки, то наибольшимъ размѣромъ, проходящимъ черезъ половую расщелину, явится менѣе длинный подзатылочно-лобный діаметръ. Послѣ того какъ личико даже уже совершенно прошло черезъ уздечку, все-таки не слѣдуетъ низводить затылка опусканіемъ, какъ это часто

ошибочно дѣлается; затылочная ямка, какъ уже сказано было, должна оставаться у *ligamentum arcuatum* до полного выкатыванія *всей* головки.

Подобно тому какъ при самопроизвольномъ прохожденіи головки выгодно оказывать давленіе извнѣ на дно матки, такъ точно бываетъ весьма полезно и при извлеченіи за тазовой конецъ одновременно съ потягиваніемъ производить въ помощь оператору выжиманіе, поручаемое ассистенту или акушеркѣ. При этихъ условіяхъ ручки и подбородокъ скорѣе сохраняютъ свое физиологическое членорасположеніе. Особенно успѣшно является такая поддержка при актѣ освобожденія головки.

Если при неполномъ ножномъ положеніи выпавшею ножкою является *задняя*, то нужно потягивать за нее внизъ и назадъ до тѣхъ поръ, пока не удастся провести указательнаго пальца въ паховой сгибъ другой ножки. При наклонности выпавшей ножки поворачиваться впередъ къ лонной дугѣ *не слѣдуетъ противодѣйствовать этому повороту*.

При *полномъ ножномъ положеніи* захватываютъ каждую рукою по ножкѣ, причемъ большіе пальцы должны быть обращены къ оператору. По мѣрѣ дальнѣйшаго извлеченія ножекъ, руки переставляются все выше и выше, пока въ заключеніе большіе пальцы не будутъ лежать на ягодицахъ. Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ передвигать пальцы настолько высоко, чтобы оказывать давленіе на животъ. Выведеніе задней ягодицы производится и здѣсь путемъ сильнаго приподниманія передней ножки.

При *коленныхъ положеніяхъ* рукояткою для извлеченія являются пальцы, помѣщенные въ колѣнные сгибы, или же низводятъ ножку.

Въ томъ же случаѣ, когда нижнія конечности согнуты въ тазобедренномъ суставѣ, когда, стало быть, имѣется *ягодичное положеніе*, простое или удвоенное, мы запасаемся рукояткою слѣдующимъ образомъ.

Разсмотримъ прежде всего тѣ случаи, въ которыхъ ягодицы къ моменту предпринимаемаго извлеченія вступили уже въ полость таза. Здѣсь низводить ножку, для того чтобы получить рукоятку, никоимъ образомъ не слѣдуетъ: для этого мы располагаемъ очень ограниченнымъ пространствомъ и рискуемъ переломить ножку. Слѣдовательно, рукоятку приходится создавать на самихъ ягодицахъ. Это достигается такимъ образомъ, что оба указательныхъ, пальца, крючкообразно согнутые, вводятъ съ наружной стороны бедеръ въ паховые сгибы и этимъ путемъ производятъ влеченіе одновременно за обѣ ягодицы. Если такое одновременное потягиваніе не удастся сразу, то можно поочередно тянуть то за одну ягодицу, то за другую. При необходимости увеличить силу потягиванія можно обхватить свободною рукою кистевой суставъ оперирующей руки. Въ самый паховой сгибъ должно вкладывать лишь одинъ палецъ.

До тѣхъ поръ, пока ягодицы стоятъ въ тазу еще не низко, можетъ быть очень затруднительно добраться до задняго пахового сгиба. Въ такомъ случаѣ нужно сначала удовольствоваться потягиваніемъ за передній паховой сгибъ, въ ожиданіи, пока не станетъ достижимымъ и задній. Извлеченіе за задній паховой сгибъ является существенно важнымъ мо-

ментомъ, такъ какъ задняя ягодица описываетъ большій путь, нежели передняя, ближе стоящая къ лонной дугѣ. Мы вводимъ поперечникъ ягодицъ въ прямой размѣръ таза и, придерживая переднюю ягодицу у лонной дуги, выкатываемъ заднюю надъ промежностью (рис. 73). Лишь послѣ этого мы выводимъ потягиваніемъ окончательно и переднюю ягодицу. Засимъ мы кладемъ оба большихъ пальца на крестецъ, обхватываемъ остальными пальцами ягодицы и при дальнѣйшемъ извлеченіи стараемся повернуть спинку впередъ. Какъ скоро младенецъ извлеченъ до пупка или нѣсколько дальше, ножки выпадаютъ сами собою; иногда выпаденію этому можно содѣйствовать легкимъ приподниманіемъ нижняго конца тѣла плода.



Рис. 73. I ягодичное положеніе. Извлеченіе ягодицъ указательными пальцами, вложенными въ паховые сгибы. $\frac{1}{4}$ натур. велачины.

Описанное извлеченіе за ягодицы при помощи обоихъ указательныхъ пальцевъ можетъ представить довольно трудный пріемъ, въ особенности пока невозможно производить одновременнаго потягиванія за обѣ ягодицы. При отсутствіи особенно настоятельнаго показанія лучше выждать время, когда ягодицы будутъ уже плотно стоять на днѣ таза.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы пользуемся такъ назыв. **тупымъ крючкомъ** (рис. 74). Это—укрѣпленный къ рукояткѣ круглый металлическій стержень, длиною около 25 см., съ дугообразно изогнутымъ концомъ. Крючокъ этотъ мы употребляемъ вмѣсто указательнаго пальца, не потому, что примѣненіе его позволяетъ приложить большую силу, но ради того, чтобы въ только-что упомянутыхъ трудныхъ случаяхъ имѣть возможность производить потягиваніе за обѣ ягодицы. Такъ какъ имѣющееся въ нашемъ распоряженіи пространство недостаточно велико, чтобы обѣ руки могли одновременно оперировать во влагалищѣ, то одну руку мы замѣняемъ

инструментомъ, рукоятка котораго, находясь передъ половую расщелиною, служить рукояткою для потягиванія за одну ягодицу, тогда какъ указательный палецъ другой руки тянетъ непосредственно за вторую ягодицу. Такимъ образомъ тупой крючокъ представляетъ какъ-бы продолженіе нашего указательнаго пальца. Мы вдвигаемъ его въ задній паховой сгибъ, указательный же палецъ помѣщаемъ въ передній паховой сгибъ.

Нѣкоторые авторы допускаютъ употребленіе тупого крючка только при мертвомъ плодѣ. Но при осторожномъ оперированіи можно успѣшно примѣнять его и при живомъ младенцѣ. Тѣмъ не менѣе пользованіе имъ нужно ограничивать лишь исключительными случаями, и гдѣ это только возможно, слѣдуетъ стараться обойтись безъ него.

Наложеніе тупого крючка производится слѣдующимъ образомъ. Пальцы руки, противолежащей спинкѣ, проводятся по задней боковой поверхности младенца къ заднему паховому сгибу, такъ чтобы концы ихъ вошли въ послѣдній съ наружной стороны задняго бедра. Это проведеніе пальцевъ до пахового сгиба можетъ быть крайне затруднительно, подчасъ даже невозможно, когда ягодица стоитъ еще довольно высоко и когда промежность очень напряжена; въ такомъ случаѣ приходится создавать себѣ необходимое пространство путемъ широкой эпизиотоміи. Другая рука захватываетъ тупой крючокъ за рукоятку (указательный и средній пальцы ея кладутся на выступы) такъ, чтобы верхушка его обращена была въ сторону ножекъ. Въ этомъ положеніи мы продвигаемъ крючокъ по ладонной поверхности впервые введенной, т. е. правой, руки вдоль задней боковой поверхности младенца вверхъ и подъ руководствомъ защищающихъ пальцевъ вводимъ его съ наружной стороны задняго бедра въ задній паховой сгибъ. Послѣ того какъ пальцы руководящей руки удостовѣряются ощупываніемъ въ томъ, что крючокъ лежитъ дѣйствительно въ паховомъ сгибѣ и не вызываетъ давленія на родовые пути, руку эту выводятъ обратно. Теперь одна рука тянетъ непосредственно за переднюю ягодицу указательнымъ пальцемъ, вставленнымъ въ передній паховой сгибъ, и одновременно съ этимъ другая рука потягиваетъ при помощи крючка за заднюю ягодицу (рис. 75). Какъ скоро передняя ягодица достигаетъ лонной дуги, выводятъ сильнымъ приподниманіемъ рукоятки заднюю ягодицу надъ промежностью и, наклонивъ рукоятку къ животу матери, удаляютъ крючокъ изъ пахового сгиба. Послѣ этого извлеченіе продолжается способомъ, уже описаннымъ нами ранѣе.



Рис. 74. Тупой крючокъ *Kilian'a*. $\frac{1}{3}$ натур. величины.

Примѣненіе тупого крючка должно производиться чрезвычайно осторожно въ виду возможности причиненія имъ тяжелыхъ поврежденій. Онъ долженъ лежать точно въ паховомъ сгибѣ, а не, положимъ, на бедрѣ, въ противномъ случаѣ при сильномъ потягиваніи произойдетъ переломъ послѣдняго. Далѣе, указывали на то, что крючокъ треніемъ въ паховомъ сгибѣ можетъ обусловить пораненіе мягкихъ частей. Такая случайность дѣйствительно не исключена, въ особенности при значительной тонкости инструмента. Мы примѣняемъ поэтому довольно толстый, почти въ палецъ толщиной, блоковой крючокъ *Kilian'a* (рис. 74). Поврежденія родовыхъ путей могутъ быть предотвращены тщательнымъ контролемъ руководящей руки. Какъ бы то ни было, примѣненіе тупого крючка требуетъ, повторяю, всегда большой осторожности, и по возможности лучше стараться обойтись однимъ ручнымъ извлеченіемъ.

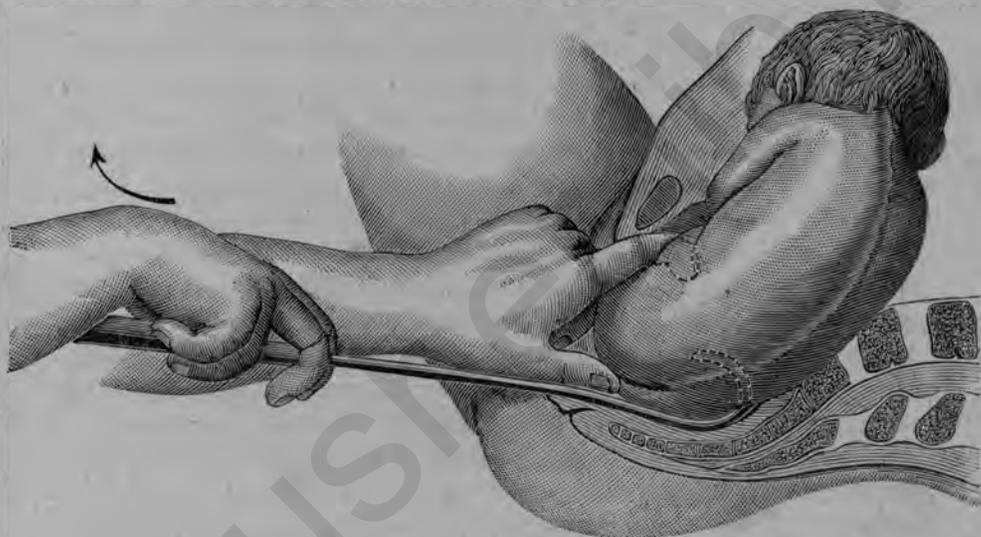


Рис. 75. Извлеченіе ягодицы тупымъ крючкомъ. Послѣдній лежитъ въ заднемъ паховомъ сгибѣ, указательный палецъ— въ переднемъ. Потягиваніе одновременно за обѣ ягодицы. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Описанное нами примѣненіе тупого крючка во многомъ уклоняется отъ способа его употребленія, обычно практикуемаго. Другіе авторы вводятъ крючокъ въ передній паховой сгибъ и усматриваютъ главное его значеніе въ томъ, что онъ позволяетъ приложить большую силу. Мы же, напротивъ, употребляемъ крючокъ единственно для того, чтобы изложеннымъ способомъ примѣненія получить возможность одновременнаго потягиванія за обѣ ягодицы.

Вмѣсто тупого крючка предлагали пользоваться также и другими вспомогательными средствами, въ особенности *петлями*. Для этой цѣли пригодны петли, употребляющіяся при поворотѣ (см. ниже рис. 101), но, впрочемъ, можно пользоваться и всякою иною петлею, напр. петлею для пуповины. Сильное потягиваніе такую петлею, помѣщенною въ паховой сгибѣ,

можно легко причинить поврежденія; во всякомъ случаѣ необходимо избѣгать при этомъ всякихъ пилящихъ движеній. Для того, чтобы вложить петлю, наворачиваютъ одинъ конецъ ея на-подобіе бянты, продвигаютъ маленькій клубокъ снаружи въ передній паховой сгибъ и стараются затѣмъ захватить его снутри. Какъ скоро ягодица продвинута ниже, петля позволяетъ направлять потягиваніе впередъ и вверхъ лучше, нежели это удается при помощи заведеннаго въ паховой сгибъ пальца, который оказываетъ давленіе больше кзади (*Fritsch*). Петлю потягиваютъ тогда вверхъ, тогда какъ задняя ягодица приподнимается надъ промежностью.

Въ помощь извлеченію привлекали также эластическія каучуковыя петли, продвигавшіяся въ паховой сгибъ посредствомъ особаго петлепровода (*Bunge*). Совершенно излишнимъ инструментомъ являются такъ назыв. ягодичные щипцы, состоящіе изъ двухъ крючковъ, соединенныхъ между собою на-подобіе обыкновенныхъ акушерскихъ щипцовъ.

Наложеніе головныхъ щипцовъ на ягодицы, предлагаемое нѣкоторыми авторами, должно быть совершенно отвергнуто.

Низведеніе ножки. Если ягодицы стоятъ еще высоко, если онѣ еще подвижны надъ тазовымъ входомъ, то въ случаѣ необходимости извлеченія мы должны создать себѣ для этого рукоятку, и мы достигаемъ этого тѣмъ, что низводимъ одну изъ ножекъ. Было сдѣлано предложеніе при достаточно широкомъ раскрытіи маточнаго зѣва всегда предпринимать такое низведеніе ножки, дабы, въ случаѣ если бы понадобилось ускорить родовой актъ, располагать во всякое время рукояткою для извлеченія. Съ подобнымъ широкимъ показаніемъ мы, однако, отнюдь не можемъ согласиться, такъ какъ это поощряло бы сплошь и рядомъ прибѣгать безъ всякой необходимости къ приему, какъ бы то ни было вовсе не безразличному, въ такихъ случаяхъ, которые благополучно протекли бы, будучи предоставлены силамъ природы. Мы лично предпринимаетъ преждевременное низведеніе ножки только въ томъ случаѣ, когда это оправдывается специальными соображеніями. Такъ, напр., операція эта можетъ оказаться цѣлесообразною при узкомъ тазѣ и при боковомъ отклоненіи ягодиць. Но въ особенности показуется низведеніе ножки въ томъ случаѣ, когда при высоко стоящихъ ягодицахъ (предполагая, что маточный зѣвъ раскрытъ) представляется необходимость ускоренія окончанія родовъ, когда, слѣдовательно, предстоить какая-либо опасность для матери или младенца, которая можетъ быть устранена или, по крайней мѣрѣ, уменьшена скорѣйшимъ изгнаніемъ плода. Точно также, когда въ данное время еще нельзя или не слѣдуетъ (въ виду недостаточнаго расширенія маточнаго зѣва) предпринимать извлеченіе, можетъ иногда быть умѣстно низведеніе ножки, разъ имѣется въ виду впослѣдствіи произвести извлеченіе.

Мы считаемъ особенно необходимымъ подчеркнуть еще разъ, что низведеніе ножки допустимо лишь при высоко стоящихъ, подвижныхъ ягодицахъ. Какъ скоро ягодицы уже вступили въ тазъ, всякая попытка низведенія ножки неизбѣжно окончится переломомъ бедра, такъ какъ для

такой манипуляціи не имѣется достаточно мѣста. Равнымъ образомъ и при удвоенномъ ягодичномъ положеніи, когда, слѣдовательно, ножка, лежащая рядомъ съ ягодичею, можетъ быть очень легко захвачена, не слѣдуетъ при низко стоящихъ ягодичахъ пытаться низводить ножку, но нужно рукоятку создать въ паховыхъ сгибахъ.

Производство операциіи. Если ножка помѣщается рядомъ съ ягодичами, то иногда достаточно войти двумя пальцами, захватить ими ножку надъ лодыжками и оттянуть внизъ. Но если ножки лежатъ выше или



Рис. 76. I ягодичное положеніе, ягодичы стоятъ высоко. Рука захватила переднюю ножку, чтобы низвести ее. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

если онѣ запрокинуты вверхъ и прилегаютъ къ животу, то нужно вводить уже четыре пальца, а то даже и всю руку. Въ такомъ случаѣ по большей части приходится прибѣгать къ наркозу.

Мы вводимъ ту руку, которая находится *vis-à-vis* ножекъ младенца, стало быть при I положеніи, когда ножки лежатъ вправо, — лѣвую, при II положеніи — правую. Въ то время, какъ другая рука раздвигаетъ большія половыя губы, пальцы оперирующей руки, сложенной такъ, чтобы она занимала возможно меньше мѣста, постепенно проникаютъ во влагалище; пока первая рука придерживаетъ въ сторонѣ то одну половую губу, то другую, въ предотвращеніе ущемленія волосъ, внутренняя рука входитъ въ рукавъ вся, такъ что кистевой суставъ обхватывается половую расщели-

ною (подробности см. ниже, въ отдѣлѣ III, при описаніи поворота). Когда вся рука находится во влагалищѣ и пальцы приготовляются пройти вдоль тѣла младенца въ матку, другая рука кладется на дно матки съ цѣлью фиксировать послѣднюю и облегчить доступъ къ подлежащимъ извлеченію частямъ. *При всѣхъ внутриматочныхъ акушерскихъ приемахъ необходимо подобное содѣйствіе наружной руки (бимануальное оперированіе)*. Пальцы оперирующей руки продвигаются теперь по переднему бедру вверхъ до голени, давленіемъ большого пальца на колѣнную чашку производится сгибаніе ножки въ колѣнномъ суставѣ, голень захватывается всею рукою такимъ образомъ, чтобы мизинецъ лежалъ всего ближе къ ножкѣ, и вытягивается вдоль тѣла младенца во влагалище и въ половую расщелину (рис. 76). Мы выбираемъ *переднюю* ножку, такъ какъ этимъ путемъ получаемъ болшую гарантію въ поворотѣ спинки впередъ. Мы знаемъ вѣдь, что при естественномъ теченіи неполнаго ножного положенія выпавшая ножка окажется у передней тазовой стѣнки даже въ томъ случаѣ, когда первоначально она была заднею. Если бы положеніе роженицы на спинѣ противопоставило операціи извѣстныя затрудненія, то послѣднія уменьшаются, помѣщая больную на бокъ, соотвѣтствующій мѣстонахожденію ножекъ.

Къ освобожденію ручекъ.

Въ дополненіе къ сказанному нами объ освобожденіи ручекъ считаемъ уместнымъ привести еще нѣкоторыя подробности.

Къ освобожденію ручекъ приступаютъ въ тотъ моментъ, когда младенецъ извлеченъ настолько, что показываются нижніе углы лопатокъ, отнюдь не позже. Скорѣе уже можно предпринять его нѣсколько раньше, и въ случаяхъ узкаго таза это представляетъ даже особія выгоды: здѣсь лучше выполнить освобожденіе ручекъ раньше, чѣмъ могло бы произойти ущемленіе головки и ручекъ въ суженномъ пространствѣ. Но по большей части сигналомъ для освобожденія ручекъ является указанный нами выше моментъ, т. е. прорѣзываніе нижнихъ угловъ лопатокъ.

Въ то время какъ одна рука вводится во влагалище, другая должна держать и направлять тѣло младенца. Мы захватываемъ младенца всегда за ножки, причемъ, какъ уже сказано было раньше, указательный палецъ кладется съ задней стороны между самыми нижними частями голеней, большой палецъ обхватываетъ одну наружную лодыжку, а три остальныхъ пальца— другую (рис. 66).

Рука, введенная во влагалище, направляется всегда своею ладонною поверхностью, тѣсно прилегая къ брюшной сторонѣ младенца, вверхъ къ груди, въ то время какъ другая рука слегка приподнимаетъ туловище и ориентирована относительно того, лежатъ-ли на груди обѣ ручки или только одна (рис. 65). Если извлеченіе производится только во время потугъ и при этомъ оказывается непрерывное давленіе извнѣ на матку, то ручки нерѣдко сохраняютъ свое благоприятное положеніе, т. е. остаются лежащими

на груди. Въ такомъ случаѣ внутренняя рука захватываетъ предплечье и потягиваемъ за него низводитъ всю ручку вмѣстѣ съ плечикомъ. Если на груди лежатъ обѣ ручки, то онѣ выводятся послѣдовательно одна за другой. Иногда путемъ простаго приподниманія туловища онѣ выпадаютъ сами собою. Описаннымъ способомъ легко и быстро выполняется освобожденіе ручекъ.

Но сплошь и рядомъ ручки оказываются запрокинутыми вверхъ, и тогда онѣ по большей части лежатъ впереди личика или рядомъ со лбомъ. Въ этомъ случаѣ ихъ необходимо освободить способомъ, приведеннымъ нами уже выше. Замѣтимъ лишь еще слѣдующее. Наружная рука, держащая младенца за ножки, измѣненіями положенія послѣдняго въ весьма существенной степени облегчаетъ продвиганіе внутренней руки. Она прежде всего сильно наклоняетъ младенца внизъ и въ противоположную сторону [стало быть, при освобожденіи правой ручки—въ правую сторону матери и внизъ (рис. 66)]. Какъ скоро, однако, освобождающая рука достигаетъ плечика, другая рука сильно приподнимаетъ младенца вверхъ къ паховому сгибу [въ только-что приведенномъ случаѣ—къ правому (рис. 67)].

Освобождающая рука лежитъ вначалѣ своею ладонною поверхностью на спинкѣ младенца. Приведенные возможно ближе другъ къ другу четыре пальца ея поднимаются черезъ остистые отростки вверхъ къ плечу, а оттуда по верхнему плечу къ локтевому сгибу (большой палецъ остается вначалѣ на спинкѣ). Давленіе на плечевую кость, которое должно низвести ее, производится не раньше, чѣмъ рука достигаетъ локтевого сгиба, слѣдовательно не раньше, чѣмъ давленіе можетъ быть распредѣлено по всей длинѣ плечевой кости. Если бы пальцы продвинуты были не столь далеко, и давленіе произведено было лишь на верхнюю половину верхняго плеча, то въ результатъ получился бы переломъ послѣдняго.

Если добраться до локтевого сгиба представляется затруднительнымъ, то отнюдь не слѣдуетъ пытаться дѣлать его достижимымъ при помощи оттягиванія внизъ всего младенца. Этимъ мы вызвали бы только ущемленіе ручки между головкою и стѣнкою таза и еще болѣе затруднили бы актъ освобожденія. Если пальцы не доходятъ до локтя, то освобождающая рука должна попытаться отвести его внизъ осторожнымъ, но тѣмъ не менѣе энергичнымъ давленіемъ на плечико. Еще разъ подчеркнемъ то обстоятельство, что оперирующая рука всегда должна прилегать къ младенцу *всею своею ладонною поверхностью*; она описываетъ около него концентрическій кругъ [Fritsch⁴⁾]; ручка, приводимая въ движеніе рукою, остается всегда въ тѣсномъ соприкосновеніи съ поверхностью головки и груди младенца.

Многіе авторы совѣтуютъ производить освобожденіе ручекъ только двумя пальцами, прибѣгая къ помощи четырехъ пальцевъ лишь при суще-

⁴⁾ Въ настоящемъ отдѣлѣ я во многомъ слѣдую предписаніямъ Fritsch'a («Klinik der geburtshilflichen Operationen»).

ствованиі особенныхъ затрудненій. По нашему мнѣнію, всегда лучше сразу же пускать въ дѣло четыре пальца, при условіи, конечно, что для этого имѣется достаточное пространство. Независимо отъ того, что четырьмя пальцами мы имѣемъ возможность пройти выше, такой способъ представляетъ еще слѣдующее преимущество: согнутые въ переднихъ фаланговыхъ суставахъ четыре пальца обхватываютъ верхнее плечо, и такъ какъ ширина ихъ приблизительно соответствуетъ длинѣ дѣтской плечевой кости, то давленіе распредѣляется равномерно на всю плечевую кость, которая обхватывается этими четырьмя пальцами какъ-бы шинами (рис. 69). При пользованіи лишь двумя пальцами, оказывающими давленіе на верхнее плечо, поврежденіе послѣдняго можетъ произойти скорѣе.



Рис. 77. Освобожденіе ручки разноименною рукою. Правая ручка, лежащая далеко въ противоположной сторонѣ, изводится лѣвою рукою. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Мы освобождаемъ, какъ уже сказано было выше, сперва ту ручку, которая лежитъ больше кзади, впереди крестцово-подвздошнаго сочлененія, стало быть при I положеніи—правую. Какъ скоро эта ручка освободится, нерѣдко уже при введеніи руки для освобожденія второй ручки младенецъ поворачивается безъ особенныхъ вспомогательныхъ приѣмовъ такимъ образомъ, что и вторая ручка помѣщается уже больше кзади, впереди крестцово-подвздошнаго сочлененія; въ такомъ случаѣ можно, конечно, обойтись безъ вышеописаннаго поворота (рис. 71) обѣими обхватывающими младенца руками. Тамъ, гдѣ такой переворотъ предпринимается, обѣ руки должны обхватывать *плечевой поясъ*; большіе пальцы ставятся на обѣ лопатки; легкимъ вращеніемъ всей плечевой области ручка, освобожденіе которой

предпринимаютъ, перемѣщается больше кзади. Если бы мы захватили туловище ниже, то вращательное движеніе оказало бы недостаточное дѣйствіе.

Вмѣсто этого поворота можно также прибѣгнуть къ слѣдующему способу, предложенному *Fritsch*'емъ: рука, освобождающая первую ручку, обхватываетъ, послѣ выведенія ея къ полой расщелинѣ, верхнее плечо, „устанавливаетъ его тотчасъ подъ прямымъ угломъ къ продольной оси младенца, сильно одушеннаго другой рукой, и описываетъ имъ кругъ такимъ образомъ, чтобы спинная поверхность младенца повернулась съ одной стороны, напр. спереди и слѣва, въ другую, напр. впередъ и вправо“.

Но освобожденіе ручекъ можетъ натолкнуться еще и на дальнѣйшія затрудненія. Такъ, бываетъ, что пальцы освобождающей руки не могутъ добраться до локтя вслѣдствіе того, что послѣдній лежитъ очень далеко въ противоположной сторонѣ. Въ этомъ случаѣ чрезвычайно успѣшнымъ оказывается *освобожденіе разноименною рукою* (рис. 77). Какъ скоро раскрывается подобнаго рода причина затрудненія, руки мѣняють и производятъ освобожденіе другою рукою, слѣдовательно, напр., освобожденіе правой ручки выполняютъ лѣвою рукою. Движеніе, которое должно быть сообщено ручкѣ, остается, само собою разумѣется, такимъ же, какъ и при освобожденіи одноименною рукою; соотвѣтственно физиологическому движенію въ плечевомъ суставѣ, ручка должна быть сведена по груди. Въ то время, какъ другая рука нѣсколько приподнимаетъ туловище въ направленіи къ спинкѣ плода, освобождающая рука, прилегая своею ладонною поверхностью къ младенцу, продвигается вверхъ отъ живота къ груди и дальше къ ручкѣ, обхватываетъ послѣднюю четырьмя пальцами *съ наружной стороны* и оттягиваетъ ее внизъ. Иногда удается низвести ручку пальцемъ, продвинутымъ съ наружной стороны въ локтевой сгибъ. Такое освобожденіе разноименною рукою можно, впрочемъ, примѣнять нерѣдко и въ другихъ случаяхъ вмѣсто обычнаго освобожденія одноименною рукою.

Особенныя затрудненія возникаютъ въ томъ случаѣ, когда ручка запрокидывается вверхъ такъ, что она уже находится не впереди личика и не рядомъ со лбомъ, но лежитъ *дальше кзади на головкѣ*, рядомъ съ ухомъ или позади него, а то даже и на затылкѣ. Такая случайность, впрочемъ, едва-ли будетъ имѣть мѣсто, если съ самаго начала имѣется тазовое положеніе и если роды до пупка совершились силами природы. Обыкновенно же причиною описываемой ненормальности является предшествовавшее нецѣлесообразное оперативное вмѣшательство: иногда ручка пріобрѣтаетъ неблагоприятное положеніе благодаря тазовому положенію, произведенному помощью труднаго поворота, или же извлеченіе за тазовой конецъ было выполнено ненадлежащимъ образомъ; нецѣлесообразные оперативные повороты младенца равнымъ образомъ могутъ повести къ неправильному положенію ручки.

Освобожденіе ручки, запрокинутой за затылокъ, можетъ быть чрезвычайно затруднительнымъ. Если другая ручка еще не освобождена, то

сперва низводить эту ручку, болѣе легко поддающуюся освобожденію; этимъ путемъ мы выгадываемъ болше мѣста для освобожденія ручки, лежащей на затылкѣ. Можно также попытаться придти къ цѣли поворотомъ младенца, крѣпко обхватывая его за плечевой поясъ; лучше, однако, сразу пройти вверхъ всею рукою и освободить ручку (*Fritsch*). Одна рука сильно наклоняетъ младенца книзу, тогда какъ другая проводится по передней поверхности вверхъ, и только послѣ того, какъ она перемиститъ верхнее плечо кзади, приподнимають ножки младенца.

Если, однако, описаннымъ путемъ не удастся освободить ручку, то можно рѣшиться на низведеніе ея по спинкѣ; при этомъ, впрочемъ, нужно быть почти всегда готовымъ встрѣтить поврежденіе (отдѣленіе діафиза отъ верхняго эпифиза). Въ иныхъ случаяхъ будетъ правильнѣе предварительно умышленно сломать плечевую кость (посрединѣ діафиза, какъ мѣста, всего легче заживающаго) и затѣмъ низвести ее. Лучше, во всякомъ случаѣ, извлечь живого ребенка съ переломленнымъ плечикомъ, чѣмъ мертваго съ неповрежденнымъ, а долгое манипулированіе неизбѣжно вызоветъ смерть младенца. Къ тому же переломъ плеча у новорожденнаго, подвергнутой безотлагательно надлежащей терапіи, излечивается очень легко.

Если бы послѣ освобожденія одной ручки вторую, лежащую на затылкѣ, не удалось вывести изъ ея неблагопріятнаго положенія, то, прежде чѣмъ рѣшиться на умышленный переломъ ея, можно попытаться закончить извлеченіе, не низводя предварительно ручки, стало бытъ извлечь головку и ручку одновременно. Ручка ложится обыкновенно въ углу лонной дуги и тѣмъ самымъ, понятно, ограничиваетъ мѣсто для прохожденія головки. Если, однако, пространственныя отношенія не черезчуръ неблагопріятны, то этимъ путемъ удается иногда получить хорошіе результаты.

Къ освобожденію послѣдующей головки.

Освобожденіе послѣдующей головки требуетъ особенной ловкости и особеннаго вниманія; для того, чтобы младенецъ родился живымъ, извлеченіе должно производиться относительно быстро. Въ виду важности разсматриваемаго вопроса, мы остановимся на немъ нѣсколько подробнѣе, чѣмъ это сдѣлали выше.

Само собою разумѣется, что при нашей операціи мы должны сообщить головкѣ тѣ положенія и движенія, какія она обнаруживаетъ нормально при самопроизвольномъ прохожденіи. Послѣдующая головка равнымъ образомъ опускается черезъ тазовой входъ въ полость таза поперечно или приблизительно поперечно, такъ какъ продольно-овальная головка въ этомъ положеніи всего лучше приспособляется къ поперечно расположенному овалу тазового входа. При прохожденіи черезъ тазовую полость личико, вначалѣ обращенное въ сторону, поворачивается постепенно къ задней стѣнкѣ таза, такъ что на тазовомъ днѣ головка стоитъ въ прямомъ размѣрѣ тазового пространства, имѣющаго здѣсь продольно-овальную форму; въ то время,

как затылочная ямка упирается въ лонную дугу, происходит выкатываніе головки. При этомъ прорѣзываніи головка всегда сохраняетъ свое физиологическое членорасположеніе, т. е. подбородокъ лежитъ на груди.

При извлеченіи мы должны удовлетворять двоякаго рода показанію: 1) мы должны сообщить головкѣ въ каждомъ стадіи надлежащее вставленіе, стало быть позаботиться о томъ, чтобы подбородокъ оставался на груди и головка производила правильные повороты, 2) мы должны содѣйствовать поступательному движенію головки.

Для выведенія головки имѣется большое число способовъ, около 20. Намъ нѣтъ надобности перечислять ихъ всѣ, и въ нижеслѣдующемъ изложеніи мы опишемъ лишь нѣкоторые изъ нихъ, наиболѣе существенные. Какъ общее правило, можно сказать, что наилучшими будутъ тѣ способы, которые удовлетворяютъ обомъ только-что упомянутымъ показаніямъ. Въ этой области многое еще остается неразъясненнымъ, ибо въ качествѣ наилучшаго способа восхваляется то одинъ, то другой, безъ того, чтобы при этомъ всегда строго различали, идетъ-ли дѣло о низведеніи головки въ тазъ черезъ (сѣуженный иногда) тазовой входъ, или о выведеніи ея изъ тазового выхода. При нормальномъ тазѣ мы вѣдь послѣ освобожденія ручекъ находимъ головку стоящую по большей части въ тазовой полости, такъ что намъ остается только установить личико кзади и вывести головку по типу правильнаго механизма. Большинство методовъ и относится къ этой послѣдней операціи.

Въ прежнее время послѣдующую головку обыкновенно извлекали щипцами, но достигали при этомъ не особенно благоприятныхъ результатовъ. Лишь въ срединѣ XIX вѣка стали вырабатывать ручные способы, увѣнчавшіеся несравненно лучшимъ успѣхомъ.

Назову здѣсь „*Пражскій ручной приемъ*“, предложенный въ Пражской клиникѣ *Kiwisch*’емъ. Онъ заключается въ томъ, что средній и указательный пальцы одной руки, крючкообразно согнутые, кладутъ по обѣимъ сторонамъ шеи на плечики, а другою рукою захватываютъ ножки младенца и, приподнявъ ихъ къ животу матери, выводятъ головку по промежности. Такимъ образомъ приемъ этотъ совершенно не считается съ первымъ изъ вышеприведенныхъ показаній, съ надлежащимъ вставленіемъ головки, и удовлетворяетъ лишь второму показанію—поступательному движенію. Къ тому же, сильное потягиваніе предъявляетъ черезчуръ большія требованія къ дѣтскому шейному позвоночнику, и, дѣйствительно, далеко не рѣдко происходятъ опасныя поврежденія. Въ виду этого, описываемый приемъ не заслуживаетъ примѣненія, но за нимъ остается историческое значеніе, такъ какъ онъ именно и вытѣснилъ извлеченіе послѣдующей головки щипцами и далъ толчокъ къ дальнѣйшему развитію ручныхъ способовъ.

При другомъ ручномъ приемѣ, датирующемъ отъ давняго времени, указательный и средній пальцы одной руки добираются до лица и представляются по обѣимъ сторонамъ носа къ *fossae caninae* или кладутся въ

ротъ, тогда какъ одноименные пальцы другой руки помѣщаются на нижня части затылочной кости. Этимъ прекрасно удается сообщить головкѣ надлежащее вставленіе. Но зато описываемый приемъ почти совершенно игнорируетъ поступательное движеніе, которое такимъ образомъ является предоставленнымъ почти исключительно силамъ природы и наружному давленію. Очевидно, слѣдовательно, что онъ можетъ быть пригоденъ лишь въ легкихъ случаяхъ. Приемъ этотъ не заслуживаетъ примѣненія еще и потому, что пальцы, лежащіе подъ лонною дугою, занимаютъ мѣсто, которое въ противномъ случаѣ использовано было бы дѣтскимъ тѣломъ; при такихъ условіяхъ промежности угрожаетъ, понятно, большая опасность.

Зато цѣлесообразнымъ представляется уже ранѣе нами описанный ручной приемъ, при которомъ пальцы одной руки равнымъ образомъ лежатъ на личикѣ и содѣйствуютъ вставленію головки, указательный же и средній пальцы другой руки, положенные по обѣимъ сторонамъ шеи на плечики, берутъ на себя обезпеченіе поступательнаго движенія. Мы называемъ этотъ приемъ *Veit'овскимъ ручнымъ приемомъ*; въ литературѣ онъ извѣстенъ подъ многими другими именами — ручной приемъ *Mauriceau*, ручной приемъ *Smellie*, ручной приемъ *Mauriceau-Veit'a*. *Veit'u* принадлежитъ заслуга выведенія его изъ забвенія ¹⁾. Приемъ этотъ почти всегда вѣнчается успѣхомъ. Онъ служитъ какъ къ тому, чтобы низводить головку въ тазъ черезъ (суженный) тазовой входъ, такъ и къ тому, чтобы выводить ее изъ таза. Въмѣсто того, чтобы приставлять указательный и средний пальцы къ *fossae caninae*, рекомендуется также вводить указательный палецъ въ ротъ младенца, помѣщая его на край нижней челюсти. Въ трудныхъ случаяхъ при высоко стоящей головкѣ, при далеко отошедшемъ отъ груди подбородкѣ, послѣдній способъ является болѣе умѣстнымъ. Въ подобномъ случаѣ зачастую невозможно добраться пальцами до *fossae caninae*, чтобы получить здѣсь достаточную опору. Нѣкоторые авторы отвергаютъ введеніе пальца въ ротъ при живомъ младенцѣ, опасаясь поврежденія языка и челюстей, но такіа поврежденія возникаютъ только въ томъ случаѣ, когда способъ производится неправильно. Палецъ долженъ лежать не на языкѣ, но на краѣ челюсти, кромѣ того, — и это самое главное, — на немъ вовсе не лежитъ задача сильнымъ потягиваніемъ содѣйствовать поступательному движенію головки; его дѣло, это — заботиться лишь о достиженіи надлежащаго вставленія головки, стало быть прежде всего о сгибаніи шейнаго позвоночника и приближеніи подбородка къ груди. Задачу поступательнаго движенія выполняютъ главнымъ образомъ пальцы другой руки, обхватывающіе плечики, и затѣмъ наружное давленіе на головку, производимое одновременно ассистентомъ или акушеркою. Сначала должна быть введена рука, соответствующая лицевой сторонѣ плода, которая и должна достигнуть рта или *fossae ca-*

¹⁾ *Veit* рекомендовалъ вводить палецъ въ ротъ, но мы говоримъ о *Veit'овскомъ* ручномъ приемѣ и тогда, когда для приближенія подбородка къ груди пальцы приставляютъ къ *fossae caninae*.

піпае; затѣмъ уже вводятся пальцы другой руки, обхватывающіе плечики. Черезчуръ раннее потягиваніе за плечики усиливаетъ разгибаніе головки и такимъ образомъ можетъ еще болѣе затруднить доступъ къ личику.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда проведеніе головки черезъ суженное мѣсто тазового входа наталкивается на значительное препятствіе, наружное давленіе имѣетъ особенно важное значеніе, такъ какъ потягиваніе за плечики можетъ быть производимо лишь до извѣстныхъ предѣловъ, за которыми уже начинается возможность возникновеніи опасныхъ для жизни поврежденій позвоночника съ растяженіемъ шейнаго мозга.

Возьмемъ въ качествѣ примѣра подобныхъ случаевъ опять-таки плоскій тазъ и припомнимъ себѣ механизмъ подлежащей головки при этой формѣ таза (см. стр. 114 и рис. 55). Мы видѣли, что идущая впереди головка находилась въ положеніи легкаго разгибанія, что большой родничекъ стоялъ относительно низко, прошелъ тазовой входъ, причѣмъ большой поперечный діаметръ головки отклонился въ сторону отъ узкой конъюгаты и въ узкое мѣсто вступилъ малый поперечный діаметръ. Кромѣ того, головка обнаруживала передне-теменное вставленіе, со стрѣловиднымъ швомъ вблизи мыса, такъ что вначалѣ опустилась передняя теменная кость и затѣмъ уже постепенно скатилась внизъ мимо мыса задняя теменная кость. Аналогичныя благопріятныя вставленія мы можемъ утилизировать и при низведеніи головки въ плоскій тазъ при помощи *Veit*овскаго ручнаго приѣма (рис. 78). По освобожденіи ручекъ мы входимъ рукою, соотвѣтствующею брюшной поверхности младенца (при I положеніи—лѣвою рукою), вверхъ, причѣмъ младенецъ сидитъ верхомъ на предплечьи этой руки. Другую руку мы помѣщаемъ на плечики, не производя ими вначалѣ никакого потягиванія. Рука, проведенная вверхъ къ шеѣ, находитъ головку стоящею надъ тазовымъ входомъ, съ личикомъ, обращеннымъ въ сторону, при I положеніи, слѣдовательно, вправо, съ подбородкомъ, далеко отошедшимъ отъ груди. Если мы выбрали для вхожденія разноименную руку, такъ что мы нашли личико смотрящимъ въ другую сторону, то нужно быстро переимѣнить руки. Указательный палецъ съ трудомъ добирается до рта и кладется на край нижней челюсти. Не производя сильнаго потягиванія, онъ приближаетъ подбородокъ къ груди (наружное давленіе на головку можетъ облегчить доступъ ко рту), но онъ не доводитъ его до полного прикосновенія съ грудью, а держитъ на нѣкоторомъ отдаленіи отъ нея, такъ что въ узкую конъюгату вступаетъ не большой поперечный діаметръ, а малый. Въ то время, какъ головкѣ сообщается это вставленіе, рука, давящая на плечики, и наружное давленіе низводятъ головку поперечно черезъ тазовой входъ въ полость таза. Если бы плечики не были еще достижимы, то нужно временно производить потягиваніе за захваченныя ножки. Низведенію головки въ тазъ должно производиться осторожно; какъ скоро головка прошла тазовой входъ, что удастся иногда однимъ движеніемъ, нужно пріостановить потягиваніе, дабы головка не покинула родовыхъ путей быстро и

въ неблагопріятномъ положеніи, причинивъ сильные разрывы ихъ. Послѣ того какъ головка низведена въ тазовую полость, палецъ, лежащій во рту, поворачивасть при дальнѣйшемъ извлеченіи личико къ задней тазовой стѣнкѣ, и въ то время, какъ затылочная ямка упирается въ ligamentum arcuatum, приче́мъ теперь подбородокъ приводится уже до пол-



Рис. 78. *Veit*'овскій ручной приѣмъ для освобожденія послѣдующей головки. Низведение въ (плоскій) тазъ. Одна рука фиксируетъ личико въ сторону и приближаетъ подбородокъ къ груди, но не вполне, такъ что въ конъюгату вступаетъ не большой поперечный діаметръ головки, а малый (указательный палець введенъ въ ротъ или же, какъ обозначено пунктиромъ, указательный и средній пальцы приставлены къ fossae caninae). Указательный и средній пальцы другой руки положены на плечики и потягивають за нихъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

наго прикосновенія съ грудью, выкатывается надъ промежностью головка. Поворотъ поперечно или косо стоящей въ тазу головки личикомъ къзади облегчается иногда давленіемъ на переднюю щеку.

Такимъ образомъ *Veit*'овскій ручной приѣмъ вполне удовлетворяетъ

обоимъ требуемымъ показаніямъ. Тѣмъ не менѣ нельзя отвергать того, что чрезчуръ сильное потягиваніе за плечики можетъ угрожать опасностью младенцу. Нерѣдко при этомъ плодъ рождается въ состояніи асфиксін, и поврежденіе важныхъ для жизни органовъ (шейнаго мозга) подчасъ дѣлаетъ невозможнымъ оживленіе его.

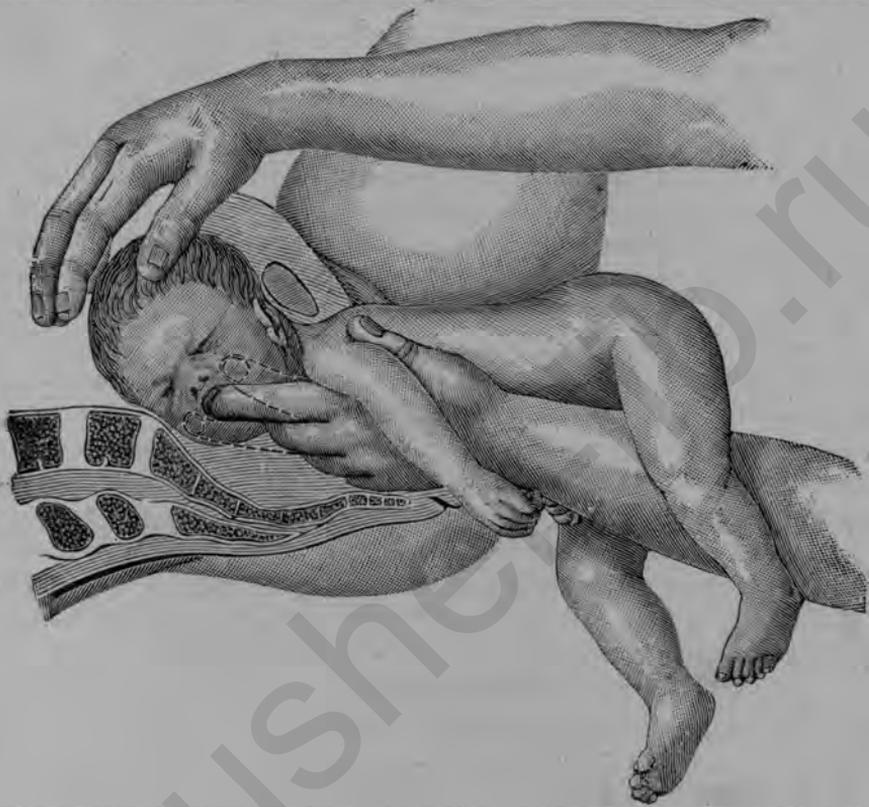


Рис. 79. *Wigand*'овскій ручной приемъ. Низведеніе головки въ плоскій тазъ; *conjugata vera* = $8\frac{1}{2}$ см. Пальцы одной руки содѣйствуютъ надлежащему вставленію головки (какъ при *Veit*'овскомъ ручномъ приемѣ, рис. 78), другая рука оказываетъ давленіе извнѣ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Въ виду этого, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ поступательное движеніе требуетъ производства очень сильнаго потягиванія, приходится отказываться отъ *Veit*'овскаго способа, замѣняя его *Wigand*'овскимъ ручнымъ приемомъ, въ недавнее время снова горячо рекомендованнымъ *Martin*'омъ и *Winckel*'емъ.

Этотъ *Wigand*'овскій ручной приемъ примѣняется только для низведенія головки въ (плоскій) тазъ, но не для выведенія ея изъ таза. Онъ заключается въ томъ, что пальцы одной руки, проведенные къ личику младенца, совершенно такъ же, какъ и при *Veit*'овскомъ ручномъ приемѣ, берутъ на себя задачу надлежащаго вставленія головки, стало быть при плоскомъ тазѣ приближаютъ не вполнѣ подбородокъ къ груди,

тогда как *другая рука* дѣйствуетъ на головку *извнѣ* черезъ брюшную и маточную стѣнку (рис. 79). Этимъ путемъ мы держимъ головку младенца между наружною и внутреннею рукою и можемъ сообщить ей въ точности наиболѣе цѣлесообразное вставленіе. Малый поперечный діаметръ головки мы устанавливаемъ въ конъюгатѣ и, подражая механизму передне-теменного вставленія, осторожно выжимаемъ наружною рукою черезъ тазовой входъ сперва одну, засимъ другую сторону головки. Какъ скоро головка этимъ путемъ вступаетъ поперечно въ полость таза, рука, лежавшая до сихъ поръ на маткѣ, направляется внутрь къ плечикамъ младенца и выводитъ по способу *Veit'a* головку изъ таза. Въ особенно трудныхъ случаяхъ можно и при выполнении *Wigand'овскаго* ручнаго приема воспользоваться помощью ассистента для производства, кромѣ того, осторожнаго потягиванія за плечики или за ножки, но, само собою разумѣется, потягиваніе это не должно быть настолько значительно, чтобы вести къ опаснымъ поврежденіямъ.

Способъ *Veit'a*, въ случаѣ нужды сочetyваемый со способомъ *Wigand'a*, позволяетъ намъ даже при очень плоскомъ тазѣ (примѣрно до конъюгаты въ $7\frac{1}{2}$ см.) извлекать головку настолько надежно и быстро, что младенецъ рождается живымъ и неповрежденнымъ. Изъ описанія терапіи при плоскомъ тазѣ (см. стр. 116) мы можемъ припомнить, что положеніе тазовымъ концомъ при плоскомъ тазѣ не представляется неблагопріятнымъ; мало того, для нѣкоторыхъ случаевъ мы рекомендовали даже превращеніе въ тазовое положеніе при помощи профилактическаго поворота. Послѣдующая головка, въ силу своей конической формы, встрѣчала относительно болѣе благопріятныя условія для прохожденія чрезъ узкій тазъ, нежели предлежащая. Правда, послѣдующая головка, для того чтобы младенецъ родился живымъ, должна проходить черезъ тазъ быстро, тогда какъ головка, идущая впередъ, можетъ проходить медленно и конфигурироваться постепенно. Но заслуга только что описанныхъ превосходныхъ ручныхъ приемовъ и заключается особенно въ томъ, что они позволяютъ намъ проводить головку черезъ тазъ быстро и безъ вреда.

Мы поступаемъ, стало быть, такимъ образомъ, что, по освобожденіи ручекъ, тотчасъ же входимъ во влагалище пальцами руки, соответствующей брюшной поверхности младенца (при I положеніи—лѣвой руки),— по большей части это та рука, которая освободила вторую ручку,—и опредѣляемъ положеніе головки. Если мы находимъ головку въ тазовой полости, то мы устанавливаемъ ее личикомъ кзади и освобождаемъ головку *Veit'овскимъ* ручнымъ приемомъ при содѣйствіи наружнаго давленія, производимаго ассистентомъ или акушеркою. Въ томъ же случаѣ, когда головка находится еще надъ тазомъ, вошедшіе пальцы устанавливаютъ ее поперечно и въ согнутомъ положеніи, и въ то время, какъ пальцы другой руки помѣщаются на плечики, мы стараемся низвести головку *Veit'овскимъ* ручнымъ приемомъ. Если предѣлъ дозволенной при

этомъ силы перейдѣтъ, а цѣль не достигается, то мы переходимъ къ *Wigand*'овскому ручному приему и по изведеніи головки въ тазъ заканчиваемъ извлеченіе приемомъ *Veit*'а. Если же удалось провести головку въ тазъ помощью *Veit*'овскаго способа, то мы имъ же пользуемся и для окончанія извлеченія.

Въ томъ случаѣ, когда выведеніе послѣдующей головки изъ таза продолжается очень долго, цѣлесообразно отгнѣнить назадъ промежность и влагалище и дать доступъ воздуху къ дыхательнымъ отверстіямъ младенца вдоль введенной руки.

Особенно большія затрудненія возникаютъ тамъ, гдѣ извлеченіе начато при не вполне раскрытомъ маточномъ зѣвѣ и гдѣ головка тѣсно охвачена черезчуръ узкимъ маточнымъ рыльцемъ. Какъ мы уже говорили выше, съ операціей нужно по возможности повременить, разъ раскрытіе зѣва представляется неполнымъ. Бываютъ, однако, случаи, въ которыхъ извлеченіе представляется безусловно показаннымъ; тогда отнюдь не слѣдуетъ пытаться преодолѣть препятствіе насильственно, такъ какъ это дало бы въ результатъ самыя печальныя послѣдствія, но нужно постараться растянуть пальцами край маточнаго зѣва и постепенно продвинуть черезъ него головку. Въ случаѣ неудачи можно также расширить мѣшающій острый край надрѣзами. Это, однако, разрѣшается предпринять только въ томъ случаѣ, когда еще рассчитываютъ на рожденіе живого младенца. Если же младенецъ умеръ, то предпринимаютъ прободеніе.

Наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку. Я уже упоминалъ о томъ, что въ прежнія времена на послѣдующую головку часто накладывались щипцы, но что результаты при этомъ получались неблагопріятные и что Пражскій ручной приемъ впервые далъ толчокъ къ вытѣсненію щипцовъ въ этого рода случаяхъ. Начиная съ этого времени, ручныя приемы развивались все больше и больше и усовершенствовались настолько, что стали давать превосходные результаты. Многіе акушеры въ настоящее время примѣняютъ исключительно эти методы и совершенно не признаютъ наложенія щипцовъ на послѣдующую головку. Мы лично также чрезвычайно цѣнимъ ихъ, но тѣмъ не менѣе не вполне отвергаемъ щипцы. Бываютъ единичные, *редкіе* случаи, въ которыхъ эти послѣдніе являются показанными. При еще высоко стоящей надъ тазомъ головкѣ они будутъ неумѣстны; если здѣсь попытки низвести головку въ тазъ по способамъ *Veit*'а и *Wigand*'а потерпятъ крушеніе, то не остается ничего иного, какъ предпринять прободеніе плода, который все равно во время попытокъ извлеченія по большей части успѣваетъ уже умереть.

Щипцы вступаютъ въ свои права только въ томъ случаѣ, когда головка стоитъ въ тазовой полости и своимъ длинникомъ установлена уже прямо или, по крайней мѣрѣ, косо. Если при этихъ условіяхъ не удается въ продолженіе нѣсколькихъ минутъ придти къ цѣли примѣне-

ніемъ *Veit'*овскаго ручного приѣма, несмотря на поддержку, оказываемую наружнымъ давленіемъ, потому-ли, что пальцы наши послѣ тяжелой операціи (трудный поворотъ, трудное освобожденіе ручекъ) слишкомъ утомлены, чтобы быть въ состояніи преодолѣть достаточно быстро сильныя сопротивленія, потому-ли, что достигнуты предѣлы дозволеннаго потягиванія, за которыми начинается опасность для шейнаго мозга младенца, —

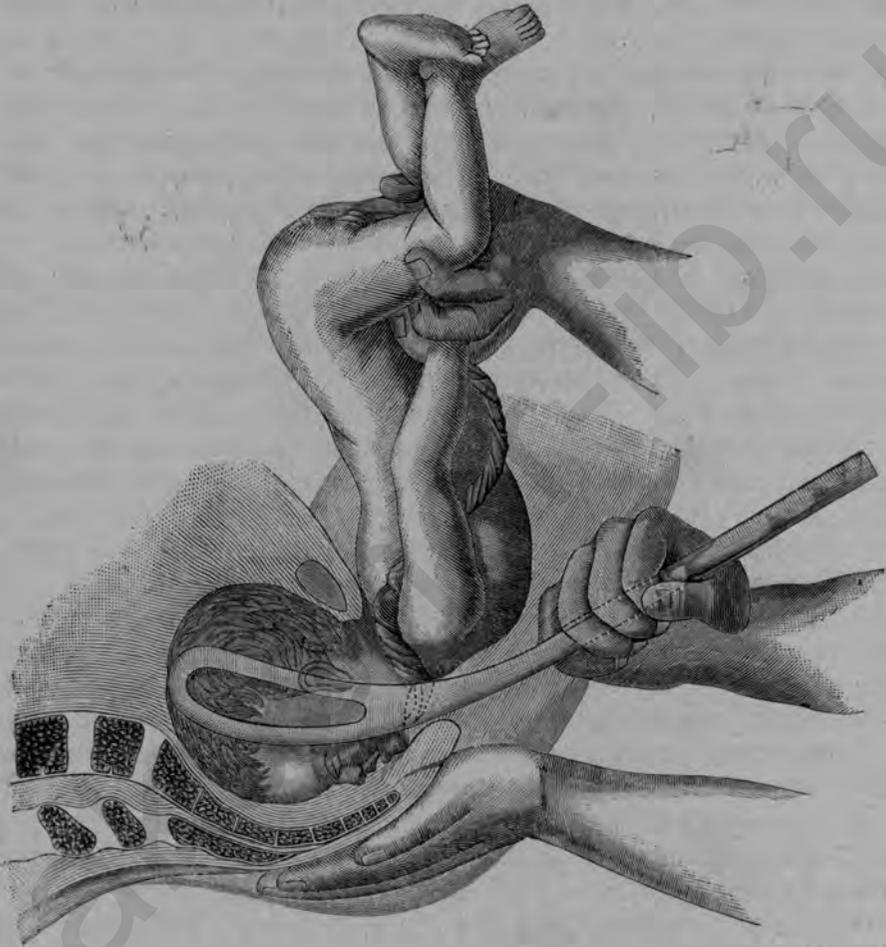


Рис. 80. Наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

и такъ если не приходятъ къ цѣли, то накладываютъ щипцы, содержащія на-готовѣ. Наложеніемъ ихъ удается добиться желаемой цѣли быстро, освободиться отъ вреднаго давленія на шейный мозгъ и иногда извлечь живого младенца. Опытъ показалъ намъ, что этимъ путемъ возможно бываетъ подчасъ спасти плодъ, который безъ того неизбѣжно погибъ бы.

Другой случай, при которомъ умѣстно наложеніе щипцовъ на послѣ-

дующую головку, это тотъ, когда — что, впрочемъ, случается рѣдко, — головка совершила неправильный поворотъ, обращена личикомъ впередъ и подбородокъ, отошедшій далеко отъ груди, упирается надъ лонною дугою (см. ниже рис. 85).

Наконецъ, показаніемъ для щипцовъ являются тѣ случаи, въ которыхъ при форсированномъ, длительномъ извлеченіи грозитъ опасность отрыва туловища отъ головки; если плодъ уже нѣкоторое время мертвъ или если части его обнаруживаютъ исключительныя патологическія свойства, то условія для такого отрыва особенно благоприятны. Независимо отъ того обстоятельства, что на окружающихъ производитъ крайне тягостное впечатлѣніе извлеченіе туловища безъ головки, удаленіе оторвавшейся головки можетъ быть сопряжено съ очень большими трудностями. Въ подобномъ случаѣ мы, если не отдаемъ предпочтенія производству прободенія и извлеченія краниокластомъ, прежде чѣмъ отрывъ станетъ полнымъ, накладываемъ на головку щипцы.

Таковы тѣ, во всякомъ случаѣ рѣдкіе, случаи, въ которыхъ умѣстно наложеніе щипцовъ.

Относительно техники операціи (рис. 80) скажемъ вкратцѣ слѣдующее. Въ общемъ здѣсь приложимы правила, предписываемыя при наложеніи щипцовъ и во всѣхъ другихъ случаяхъ. Нужно только замѣтить, что щипцы проводятся *подъ* младенцемъ. Послѣдняго приподнимаютъ за ножки къ животу матери, не вытягивая при этомъ черзчуръ сильно шейки; ручки должны лежать сложенными на груди. Засимъ подъ руководствомъ пальцевъ накладываютъ щипцы обыкновеннымъ образомъ. Нужно слѣдить, чтобы ими не была захвачена пуповина.

До рожденія подбородка потягиваніе производятъ въ направленіи рукоятокъ; въ то время какъ затылочная ямка упирается подъ лонную дугу, рукоятки поднимаютъ дугообразно къ животу роженицы и выкатываютъ надъ промежностью личико и черепъ ¹⁾.

Если головка оторвалась, то нужно установить ее такъ, чтобы подбородокъ былъ опущенъ книзу, и потягивать ее пальцемъ, введеннымъ въ ротъ, помогая сильнымъ давленіемъ снаружи. Въ томъ случаѣ, когда этимъ путемъ не удается извлечь головки, ее фиксируютъ костными щипцами и потягиваютъ за нихъ, или же накладываютъ щипцы, кефалотрибъ или краниокласть (см. отдѣлъ IV).

Задне-спинное положеніе и извлеченіе при спинкѣ, оставшейся обращенною къзади.

Изъ прежняго изложенія мы припомнимъ себѣ, что и при тазовыхъ положеніяхъ спинка вначалѣ можетъ быть обращена больше къзади (2 подраздѣленіе *b*, см. стр. 137). Обыкновенно бываетъ такъ, что при прохожденіи туловища черезъ тазъ спинка постепенно поворачивается впе-

¹⁾ О наложеніи щипцовъ при подбородкѣ, стоящемъ спереди надъ лонною дугою, см. ниже.

редь, стало быть 2 подраздѣленіе превращается въ 1 подраздѣленіе. Но такой поворотъ не всегда совершается кратчайшимъ путемъ; спинка можетъ пройти болѣе длиннымъ путемъ мимо крестцоваго мыса и только тогда уже повернуться впередъ. Такимъ образомъ, она можетъ, напр., при положеніи I b, при которомъ спинка смотритъ влѣво и кзади, сперва повернуться вправо и назадъ (слѣдовательно, превращеніе во II положеніе) и лишь затѣмъ уже вправо впередъ. Только крайне рѣдко случается при естественномъ теченіи родовъ, что спинка остается обращенною кзади и младенецъ изгоняется въ этомъ положеніи.

При такомъ рѣдкомъ самопроизвольномъ механизмѣ ручки, лежашія на груди, низводятся спереди; послѣ рожденія туловища грудь обращена впередъ. Выхожденіе спустившейся между тѣмъ въ тазъ и обращенной личикомъ впередъ головки можетъ послѣдовать самопроизвольно однимъ изъ слѣдующихъ различныхъ способовъ:

1) Еще въ тазу можетъ произойти нормальный поворотъ личика назадъ, такъ что затылочная ямка упирается подъ лонную дугу и головка прорѣзывается по типу нормальнаго механизма. Наибольшій, проходящій при этомъ чрезъ половую расщелину, діаметръ есть подзатылочно-лобный, стало быть тотъ же самый, что и при нормальномъ черепномъ положеніи.

2) Личико остается обращеннымъ впередъ, головка находится въ положеніи сильнаго сгибанія, подбородокъ лежитъ на груди. Личико вступаетъ спереди подъ лонную дугу до тѣхъ поръ, пока лобикъ не упрется въ *ligamentum arcuatum*, послѣ чего выкатывается черепъ. Наибольшимъ діаметромъ, проходящимъ черезъ половую расщелину, является здѣсь лобно-затылочный, слѣдовательно тотъ же, что и при передне-черепномъ положеніи.

3) Какъ и въ предыдущемъ случаѣ, личико вступаетъ подъ лонную дугу, но черепъ не выкатывается, а немедленно начинается прорѣзываніе темени и затылка. Такой исходъ возможенъ только при наличности очень незначительныхъ сопротивленій, при маленькой головкѣ.

4) Подбородокъ удалился отъ груди *ad maximum*, и помѣщается надъ лонною дугою. Шея упирается въ *ligamentum arcuatum*, въ то время какъ надъ промежностью выкатываются затылокъ, темя, лобъ. Наибольшимъ діаметромъ, проходящимъ черезъ половую расщелину, является здѣсь большой косою діаметръ, тотъ же самый, что и при лицевомъ положеніи.

Въ то время, какъ при самопроизвольномъ теченіи роды происходятъ во 2 подраздѣленіи лишь крайне рѣдко, при оперативномъ извлеченіи младенца можетъ случиться скорѣе, что по выведеніи туловища спинка оказывается еще обращенною назадъ. Такое положеніе въ большинствѣ случаевъ должно быть поставлено въ вину акушеру. Во время извлеченія необходимо постепенно поварачивать спинку впередъ и въ сторону. При этомъ нужно слѣдить за тѣмъ, въ какомъ направленіи потужная дѣятель-

ность стремится совершить поворотъ, и дѣйствовать въ этомъ же направленіи. Если, напр., находящуюся слѣва и сзади спинку изгоняющія силы стремятся повернуть впередъ на болѣе далекомъ пути около крестцового мыса, а операторъ пожелаетъ повернуть ее впередъ кратчайшимъ путемъ, то въ результатѣ получится то, что спинка останется обращенною



Рис. 81. Освобожденіе ручекъ при задне-спинномъ положеніи. I актъ. Въ то время какъ правая рука поднимаетъ младенца вверхъ и влево, лѣвая рука по спинкѣ направляется къ плечу. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

назадъ. Это въ особенности случается тогда, когда тазовое положеніе не существовало съ самаго начала, а получено было лишь путемъ поворота (см. отдѣлъ III), и въ особенности когда такое превращеніе выполнено было неправильно.

Какъ же мы поступаемъ въ томъ случаѣ, когда мы встрѣчаемся съ положеніемъ, при которомъ туловище извлечено, скажемъ, до мечевид-

наго отростка и грудь обращена къ намъ впередъ? Мы производимъ тогда извлеченіе слѣдующимъ образомъ:

Прежде всего мы начинаемъ съ освобожденія ручекъ. Добравшись

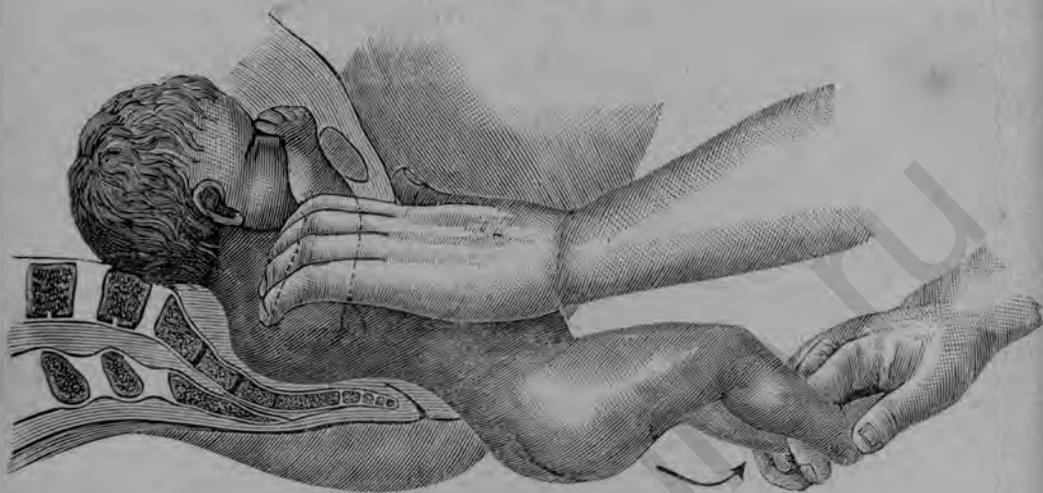


Рис. 82. Освобожденіе ручекъ при задне-спинномъ положеніи. II актъ. Правая рука наклоняетъ младенца внизъ и влево, лѣвая рука низводитъ правую ручку вдоль груди.
¹/₄ натур. величины.

спереди до груди, мы ориентуемся относительно того, лежать-ли здѣсь ручки, и, если лежать, низводимъ ихъ за локоть. Но въ такихъ случаяхъ



Рис. 83. Выведеніе головки при личикъ, обращенномъ впередъ. Обратный Veit'овскій ручной приѣмъ. ¹/₄ натур. величины.

ручки всегда почти бываютъ запрокинуты вверхъ; мы должны, стало быть, ихъ освободить. Это, по *Fritsch'y*, производится вполне аналогичнымъ

образомъ, какъ и при спинкѣ, обращенной впередъ; ручки должны пройти вдоль тѣла младенца совершенно тотъ же предписываемый имъ особенностями плечевого сустава путь. Но наши манипуляціи будутъ совершаться въ порядкѣ, обратномъ тому, въ какомъ онѣ продѣлываются при спинкѣ,

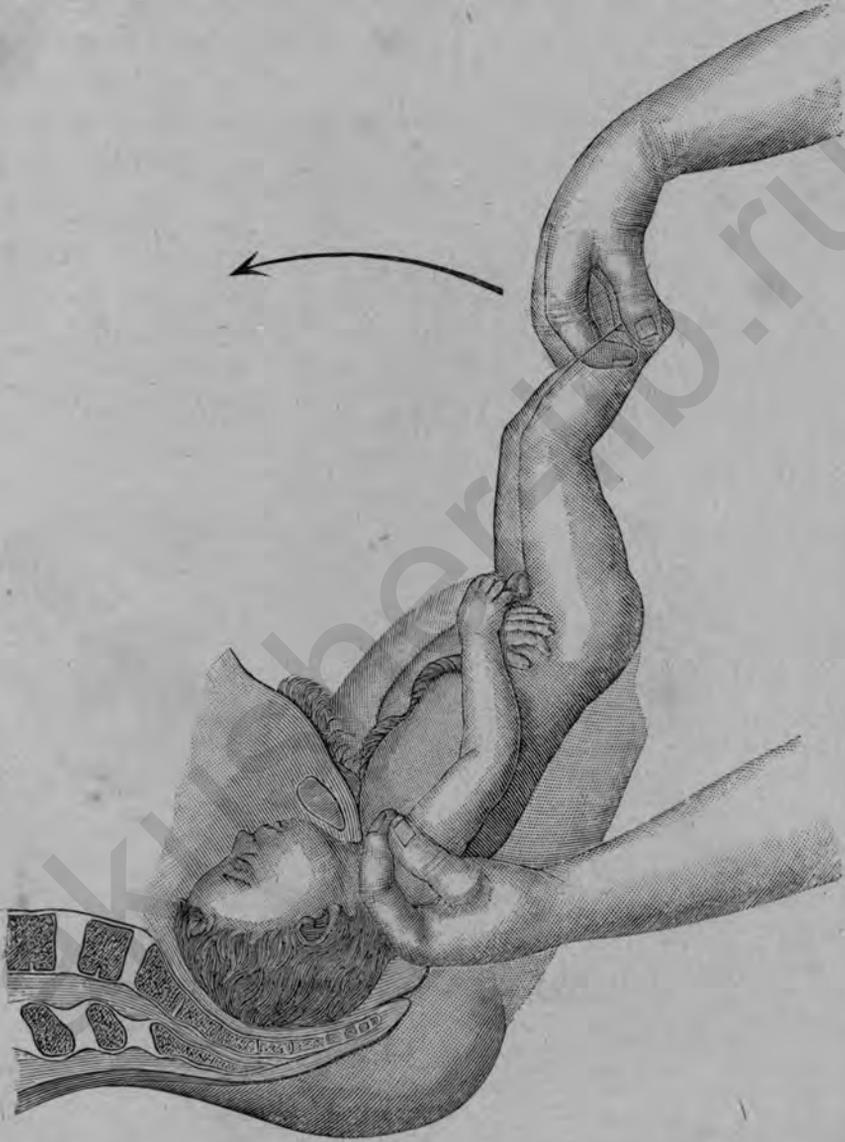


Рис. 84. Выведеніе головки при личикѣ, обращенномъ впередъ; ротъ еще не доступенъ. Обратный Пражскій ручной приѣмъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

обращенной впередъ. И здѣсь опять-таки мы освобождаемъ каждую ручку рукою, находящеюся vis-à-vis ея, стало быть лѣвую ручку нашею правою рукою, правую—нашею лѣвою. Неоперирующая рука, держащая младенца

за ножки, измененіями положенія младенца помогаетъ другой рукѣ при ея продвиганіи вверхъ. Если мы освобождаемъ сперва правую ручку, то вначалѣ приподнимаемъ сильно младенца вверхъ и влѣво, въ то время какъ лѣвая рука своею ладонною поверхностью направляется вдоль спинки сзади и справа до плечика (рис. 81). Послѣ этого младенца сильно опускаютъ внизъ и въ сторону, противолежащую освобождающей рукѣ,



Рис. 85. Выведеніе щипцами головки при личикѣ, обращенномъ впередъ, и съ подбородкомъ, находящимся надъ лонною дугою. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

слѣдовательно влѣво. Четыре пальца продвигаются къ ручкѣ и, описывая около младенца концентрической кругъ въ направленіи сзади и справа впередъ и вправо, низводятъ ручку по груди (рис. 82). Теперь можно сдѣлать осторожную попытку, не удастся-ли еще, быть можетъ, повернуть спинку впередъ, для того, чтобы послѣ этого продолжать извлеченіе

обычнымъ способомъ. Если поворотъ не удастся, то освобождаютъ другую ручку такимъ же образомъ, какъ и первую.

Если освобождены обѣ ручки, но головка обращена личикомъ впередъ, то мы, какъ и при *Veit*'овскомъ ручномъ приѣмѣ, кладемъ указательный и средній пальцы одной руки на плечики со стороны спинки, а одноименными пальцами другой руки добираемся до личика младенца. Головку по возможности поворачиваютъ въ направленіи, соответствующемъ нормальному механизму. Если удастся установить головку въ тазу личикомъ кзади, то ее освобождаютъ обычнымъ способомъ (соответственно сказанному выше sub 1). Но если личико обращено прямо впередъ, и головку не удастся повернуть, то его низводятъ подъ лонную дугу до тѣхъ поръ, пока не упрется здѣсь лобъ, послѣ чего выкатываютъ головку—обратный *Veit*'овскій ручной приѣмъ (соответственно сказанному выше sub 2) (рис. 83). Въ томъ случаѣ, когда палецъ не достигаетъ отстоящаго далеко отъ груди и находящагося спереди надъ лонною дугою рта, можно, оставивъ пальцы другой руки на плечикахъ, захватить младенца за ножки и вывести головку, приподнявъ ножки сильною дугою въ направленіи живота роженицы (рис. 84), — обратный Пражскій ручной приѣмъ (соответственно сказанному выше sub 4).

Если при этомъ головка стоитъ еще не очень низко, то выведение ея по описанному способу едва-ли выполнимо безъ опасныхъ поврежденій для младенца. Поэтому въ такихъ случаяхъ лучше извлекать головку щипцами (см. выше стр. 170). Щипцы накладываются подъ тщательнѣйшимъ контролемъ одной руки (полурука, защита края маточнаго зѣва), тогда какъ другая рука держитъ младенца приподнятымъ вверхъ (рис. 85). Затылокъ, темя, личико выкатываются надъ промежностью сильнымъ приподниманіемъ рукоятокъ кверху.

Поврежденія младенца.

Помимо того, что значительная продолжительность операціи грозитъ младенцу опасностью асфиксії и даже смертью, сама операція можетъ причинить ему сильный вредъ, обусловивъ немаловажныя поврежденія. Приведемъ эти поврежденія, не останавливаясь, однако, подробно на нихъ.

Особенно большой практической интересъ представляютъ *переломы костей конечностей*.

Поврежденія голени встрѣчаются рѣдко, хотя форсированное потягиваніе и давленіе могутъ повести къ ея перелому. Неправильное давленіе при потягиваніи за паховой сгибъ можетъ сломать бедро; если давленіе это, производимое пальцами, петлею и въ особенности тупымъ крючкомъ, дѣйствуетъ не прямо на паховой сгибъ, но больше на бедро, то послѣднее переламывается. Если при ягодичныхъ положеніяхъ, когда ягодичы стоятъ уже плотно въ тазу, низводится, противъ всякихъ правилъ, ножка, то легко можетъ произойти переломъ бедра. Наблюдались также и вывихи бедра.

Переломъ ключицы происходитъ либо вслѣдствіе непосредственнаго давленія, когда, при примѣненіи *Veit*'овскаго ручнаго приѣма, пальцы, помѣщенные на плечикъ, производятъ черезчуръ сильное прижатіе, либо косвеннымъ путемъ при освобожденіи ручекъ подъ вліяніемъ давленія на плечики, обусловливаемого недостаткомъ мѣста (прижатіе ключицы къ грудины).

Далѣе, при освобожденіи ручекъ можетъ случиться переломъ плечевой кости, когда непосредственное давленіе, вмѣсто того, чтобы распредѣляться равномернo на всю длину верхняго плеча, производится на ограниченное мѣсто его. Особенное значеніе имѣетъ здѣсь отдѣленіе діафиза отъ верхняго эпифиза (*Küstner*); оно происходитъ при освобожденіи ручки разноименною рукою, напр. при изведеніи ручки по свинкѣ. Тѣ же самыя моменты, которые у взрослыхъ ведутъ къ вывиху плеча, обусловливаютъ у новорожденныхъ такъ назыв. отдѣленіе эпифиза. Характернымъ симптомомъ поврежденія является сильный поворотъ плечевой кости кнутри съ чрезмѣрною пронаціею предплечья. Это поврежденіе, будучи запущено, можетъ имѣть очень печальныя послѣдствія, обусловливая тяжелыя разстройства и даже потерю отправленій верхней конечности.

Переломы костей конечностей у новорожденнаго даютъ, при соответственномъ леченіи, благопріятное предсказаніе. Плотныя неподвижныя повязки большею частью неумѣстны. Обыкновенно бываетъ достаточно повязки косынками (*Fritsch*); такъ, напр., для перелома бедра покажется фиксированіе бедра къ животу посредствомъ платка, проведеннаго черезъ колѣнную впадину, слѣдовательно въ положеніи, соответствующемъ внутриутробному. Особеннаго вниманія требуетъ леченіе отдѣленія діафиза отъ эпифиза головнаго конца плечевой кости; діафизъ во время леченія долженъ быть фиксированъ въ положеніи сильнаго поворота наружу. Помощью повязокъ это достижимо лишь съ трудомъ, и въ такомъ случаѣ непосредственное соединеніе отломковъ въ желаемомъ положеніи производится посредствомъ скрѣпленія ихъ стальною иглою (*Helferich*).

Поврежденія черепа представляютъ большею частью послѣдствія труднаго извлеченія черезъ узкій тазъ. Прохожденіе мимо сильно выступающаго мыса можетъ произвести ложкообразныя или желобообразныя вдавленія. Наблюдаются затѣмъ переломы и трещины черепныхъ костей, въ особенности чешуи затылочной кости; случается также отдѣленіе этой чешуи отъ *partes condyloideae* съ опаснымъ смѣщеніемъ (поврежденіе продолговатаго мозга). Главная опасность поврежденій черепа лежитъ, помимо непосредственной травмы важныхъ частей мозга, въ внутрочерепномъ кровотеченіи. Если кровотеченіе это сильно, такъ что разрывается даже пазуха, то поврежденіе оканчивается смертью. При умѣренномъ внутрочерепномъ кровотеченіи плодъ рождается, хотя и живымъ, но въ состояніи асфиксіи, приводящемъ къ летальному исходу.

Сильное потягиваніе за плечики или за остальное туловище (Пражскій ручной приѣмъ) можетъ обусловить *разрывы позвоночника*, въ осо-

бенности его шейной части. Одновременныя поврежденія спинного мозга (шейнаго мозга) смертельны. Кровоизліянія въ спинномозговья оболочки могутъ произойти и безъ грубыхъ поврежденій позвоночнаго столба.

Сильное давленіе или потягиваніе при извлеченіи можетъ повести къ *подкожнымъ и межмышечнымъ кровотечениямъ*. Особенно важное значеніе имѣютъ такія кровотечения на шеѣ (гематома грудино-ключично-сосковой мышцы); они возникаютъ либо вслѣдствіе непосредственнаго давленія (давленіе пальцами при *Veit*'овскомъ ручномъ приѣмѣ), либо косвеннымъ путемъ черезъ растяженіе или вращательное движеніе головки. Вытяженіе или давленіе на нервы плечевого сплетенія можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ тяжелые *параличи верхней конечности (Erb*'овскій параличъ).

Неправильныя манипуляціи пальцемъ, лежащимъ во рту, при выполненіи *Veit*'овскаго ручнаго приѣма могутъ обусловить *поврежденія языка*, равно какъ и *нижней челюсти*.

Нецѣлесообразное обхватываніе живота при извлеченіи туловища можетъ повлечь за собою весьма опасныя поврежденія (разрывъ печени).

Укажемъ еще на вѣзываніе петли въ мягкія части ягодиць.

Мы видимъ такимъ образомъ, насколько многообразны поврежденія, могущія наступить при извлеченіи и далеко еще не всѣ нами поименованныя. Нужно, впрочемъ, замѣтить, что подавляющее большинство ихъ можетъ быть предотвращено *надлежащимъ, правильнымъ оперированіемъ*.

Вслѣдъ за извлеченіемъ за тазовой конецъ необходимо всегда подвергнуть младенца самому тщательному изслѣдованію въ цѣляхъ обнаруженія того или другаго поврежденія, въ особенности перелома. Переломы костей конечностей не должны быть ни просматриваемы, ни, тѣмъ паче, утаиваемы, напротивъ они нуждаются въ самомъ тщательномъ хирургическомъ леченіи.

ОТДѢЛЪ III.

Поперечныя положенія. Поворотъ.

Такъ какъ главнѣйшее показаніе для поворота, т. е. для оперативнаго превращенія одного положенія плода въ другое, даютъ поперечныя положенія младенца, то мы прежде всего разсмотримъ эти положенія.

Поперечныя положенія.

Опредѣленіе и раздѣленіе. Въ противоположность тѣмъ положеніямъ плода, при которыхъ продольная ось послѣдняго совпадаетъ съ продольною осью матки, „прямымъ“ или „продольнымъ положеніямъ“, мы называемъ поперечными положеніями тѣ, при которыхъ длинникъ плода стоитъ поперечно къ длиннику матки. Это не слѣдуетъ понимать въ томъ смыслѣ, что обѣ оси всегда расположены другъ къ другу перпендикулярно: большею частью ось наклонена къ оси матки косо, и головной конецъ стоитъ ниже тазового, почему положенія эти называютъ также косыми. Такъ какъ въ дальнѣйшемъ теченіи плечико обыкновенно первымъ вступаетъ въ тазовой входъ, то говорятъ также и о плечевыхъ положеніяхъ. Нерѣдко ручка, принадлежащая этому плечику, выпадаетъ, такъ что она показывается въ половой расщелинѣ.

Въ то время какъ при всѣхъ прямыхъ положеніяхъ мы, въ зависимости отъ того, лежитъ-ли спинка влѣво или вправо, различаемъ I или II положеніе, мы этимъ признакомъ для поперечныхъ положеній, какъ уже сказано было на стр. 16, пользоваться для дѣленія ихъ на позиціи не можемъ, такъ какъ спинка въ данномъ случаѣ обращена не влѣво и не вправо, а впередъ или назадъ. Поэтому мы здѣсь для обозначенія позиціи руководствуемся положеніемъ головки. Если она обращена влѣво, то мы говоримъ о I поперечномъ положеніи, если вправо—то о II. Подраздѣленія при поперечныхъ положеніяхъ опредѣляются спинкою: если она смотритъ впередъ, то мы называемъ это 1-мъ подраздѣленіемъ (а), если назадъ—то 2-мъ (b). вмѣсто того, чтобы обозначать подраздѣленія, мы можемъ также говорить о передне-спинномъ и задне-спинномъ поперечномъ положеніи.

Частота. Поперечныя положенія встрѣчаются приблизительно при $\frac{1}{2}$ % всѣхъ родовъ. Тѣмъ не менѣе врачъ имѣетъ возможность наблюдать поперечныя положенія относительно часто, такъ какъ они всегда требуютъ врачебнаго пособія. Во время беременности такія положенія встрѣчаются сравнительно чаще: мы знаемъ, что головное положеніе уста-

навливается часто только къ концу беременности и что, только включая эти случаи, опредѣляютъ частоту его въ 95 % всѣхъ случаевъ. Такимъ образомъ, если мы у беременной находимъ поперечное положеніе, то это еще не значить, что оно останется такимъ и при родахъ.

Этіологія. Въ общемъ можно сказать, что поперечныя положенія возникаютъ тогда, когда отсутствуютъ условія, нормально создающія прямое положеніе. Такъ, мы встрѣчаемъ поперечныя положенія особенно тамъ, гдѣ брюшныя покровы и стѣнки матки сильно расслаблены, какъ это часто бываетъ, когда нѣсколько беременностей быстро слѣдуютъ одна за другой. Въ этомъ именно обстоятельствѣ и нужно искать причину относительной рѣдкости такихъ положеній у перворождающихъ.

Далѣе поперечное положеніе можетъ произойти, если вступленію головки противопоставляется препятствіе со стороны суженія таза; при такихъ условіяхъ головка легко отклоняется, а вмѣстѣ съ тѣмъ развивается и косое положеніе. Опухоли, суживающія тазовой входъ, равнымъ образомъ могутъ послужить производящимъ моментомъ. Затѣмъ мы находимъ нерѣдко поперечное положеніе и при предлежаніи послѣда.

Въ томъ случаѣ, когда въ періодъ раскрытія головка стоитъ еще подвижно надъ тазомъ и, быть можетъ, обнаруживаетъ наклонность отклониться въ сторону, помѣщеніе роженицы на бокъ, въ направленіи котораго головка обнаруживаетъ сказанную наклонность, возможнымъ образомъ воспрепятствовало бы смѣщенію головки и обусловило бы ея вступленіе въ тазъ. Случайное же положеніе роженицы на другомъ боку, напротивъ, будетъ благоприятствовать отклоненію головки.

Форма матки равнымъ образомъ имѣетъ вліяніе на образованіе поперечныхъ положеній. При прямомъ положеніи плодъ всего лучше является приспособленнымъ къ нормальной продольно-яйцевидной формѣ матки. Если же тѣло матки ненормально широко, то это можетъ содѣйствовать возникновенію поперечнаго положенія. Правда, нужно замѣтить, что между положеніемъ плода и формою матки существуетъ взаимодѣйствіе, такъ что и форма матки приспособляется къ плоду. Ненормальное развитіе матки въ ширину можетъ явиться выраженіемъ неполнаго спаиванія отрѣзковъ обоихъ Мюллеровыхъ ходовъ, образующихъ матку. Какъ извѣстно, верхніе отрѣзки этихъ ходовъ, представляющіе собою яйцепроводы, остаются отдѣленными другъ отъ друга, нижніе же спаиваются и образуютъ матку и влагалище. При полномъ спаиваніи маточныхъ отрѣзковъ получается двойная матка, при отсутствіи соединенія самыхъ верхнихъ частей маточныхъ отрѣзковъ возникаетъ двурогая матка. Въ качествѣ слабаго намека этой двурогости мы находимъ, такъ назыв. *uterus arcuatus* или *uterus incurvatus*. Именно, эта-то широкая форма матки и можетъ дать поводъ къ образованію поперечнаго положенія. Въ томъ случаѣ, когда наружно спаиваніе происходитъ вполне, но внутри остается перегородка, получается такъ назыв. *uterus septus*. Если перегородка представляется не полною, но идетъ внизъ лишь на извѣстномъ разстояніи отъ дна матки,

то и въ такомъ случаѣ могутъ возникнуть ненормальныя положенія, именно поперечныя.

При преждевременныхъ родахъ поперечныя положенія встрѣчаются относительно чаще, чѣмъ при родахъ съ нормальнымъ срокомъ беременности, что вытекаетъ уже изъ сказаннаго выше. Ненормальныя положенія наступаютъ въ особенности при плодѣ, умершемъ уже болѣе или менѣе давно. Hydramnion равнымъ образомъ можетъ сыграть роль этиологическаго момента.

Въ заключеніе замѣтимъ, что при родахъ двойнями второй плодъ, послѣ выхожденія перваго, встрѣчая теперь въ маткѣ уже больше мѣста, нерѣдко принимаетъ поперечное положеніе, хотя бы до того онъ, подобно первородившемуся, находился въ прямомъ положеніи.

Распознаваніе. Именно при поперечныхъ положеніяхъ представляется особенно важнымъ поставить распознаваніе и возможно точнѣе, и возможно раньше. Какъ скоро намъ удастся распознать поперечное положеніе уже въ самомъ началѣ родового акта, то мы, какъ это сказано будетъ вскорѣ, сплошь и рядомъ имѣемъ возможность помощью самыхъ несложныхъ приѣмовъ предотвратить угрожающія большія опасности.

Діагнозъ болѣею частью удается установить уже однимъ наружнымъ изслѣдованіемъ, въ особенности у повторнорожающихъ съ вальми брюшными покровами и расслабленными стѣнками матки. Прежде всего намъ бросится въ глаза, что дно матки стоитъ не такъ высоко, какъ это должно было бы соотвѣтствовать сроку беременности, причемъ мы руководствуемся установленными для прямыхъ положеній нормами стоянія дна для каждаго мѣсяца беременности. Далѣе, вниманіе наше обратитъ на себя то обстоятельство, что животъ и матка не обнаруживаютъ своей нормальной, равномерно-яйцевидной формы, но представляются болѣе неравномѣрными, нѣсколько вытянутыми въ ширину. При ошупываніи мы въ тазовомъ входѣ не находимъ крупной предлежащей части; зато въ одной сторонѣ прощупывается плотная круглая головка, въ другой — ягодицы, что такимъ образомъ даетъ намъ возможность опредѣлить, имѣемъ-ли мы дѣло съ I или со II поперечнымъ положеніемъ. При передне-спинномъ положеніи мы находимъ впереди широкой выступъ спинки, при задне-спинномъ — мелкія части.

При внутреннемъ изслѣдованіи мы не можемъ не замѣтить, — даже въ томъ случаѣ, когда шейка еще не раскрыта, — что передній влагалищный сводъ не отгибается внизъ никакою крупною круглою частью. Влагалищный сводъ представляется плоскимъ, и вообще не удается прощупать никакой предлежащей части. Даже въ началѣ родовъ предлежащая часть не констатируется. Но когда шейка раскрывается болѣе и тѣмъ паче послѣ происшедшаго разрыва плоднаго пузыря можно уже добраться непосредственно до предлежащей части. По болѣею части это будетъ плечико. Что предлежитъ не плотная головка, удается распознать сразу, но зато возможно бываетъ смѣшеніе съ ягодицами, и такое смѣшеніе мо-

жетъ имѣть роковыя послѣдствія для жизни матери и младенца. Точнымъ ощупываніемъ можно убѣдиться въ томъ, что предлежитъ часть туловища; иногда удается прощупать ребра. Какъ скоро плечико констатировано въ качествѣ предлежащей части, тщательное ощупываніе его позволяетъ опредѣлить не только то, что имѣется плечевое положеніе, но и то, какое именно. Мы входимъ въ подкрыльцовую впадину и опредѣляемъ, съ какой стороны лежитъ ея сводъ; въ этомъ же направленіи должна лежать и головка. Далѣе устанавливають, не лежитъ-ли у передней брюшной стѣнки лопатка или ключица, и отсюда узнають, обращена-ли впередъ спинка или же грудь. Такимъ образомъ, если, напр., предлежащею частью является плечико, сводъ подкрыльцовой впадины обращенъ влѣво, стало быть и головка лежитъ влѣво и лопатка обращена впередъ, то, значить, мы имѣемъ предъ собою поперечное положеніе Ia.

Если во влагалище выпала ручка, и мы хотимъ узнать, какая именно, то акушеръ подаетъ, такъ сказать, младенцу свою руку. Если при этомъ рука акушера и ручка младенца встрѣчаются другъ съ другомъ, какъ при рукопожатіи, то, значить, выпала одноименная рукѣ акушера ручка, въ противномъ случаѣ—разноименная.

О положеніи плода можно получить надлежащее представленіе, если мысленно поставить себя самого въ ту же позицію.

Теченіе. Прежде всего нужно замѣтить, что уже и въ началѣ родовъ можетъ послѣдовать самопроизвольное превращеніе косогаго положенія въ прямое. Такимъ образомъ то, что нерѣдко наступаетъ во время беременности, можетъ совершиться и впоследствии подъ вліяніемъ первыхъ потугъ; это называютъ *самопроизвольнымъ поворотомъ* или *самоповоротомъ*. Въ особенности въ томъ случаѣ, когда ягодицы лежатъ вблизи входа въ тазъ, дѣло доходитъ до самоповорота. Послѣдній можетъ наступить, конечно, только тогда, когда головка или ягодицы лишь немного отклонились отъ таза, когда косогае положеніе обязано своимъ происхожденіемъ не постоянно дѣйствующей причинѣ, вродѣ узкаго таза, когда роженица помѣщена на бокъ, соответствующій отклоненной части, и когда плодный пузырь не разорвался преждевременно. Какъ скоро произошелъ самоповоротъ, можно уже рассчитывать на окончаніе родовъ въ прямомъ положеніи.

Но если поперечное положеніе продолжаетъ существовать и послѣ разрыва пузыря, то плечико вступаетъ въ тазовой входъ и потугами вколачивается въ него. Поперечное положеніе уже само по себѣ является сильнымъ механическимъ препятствіемъ для родового акта. За исключеніемъ крайне рѣдкихъ случаевъ, роды при поперечномъ положеніи одними силами природы вообще не могутъ окончиться, и какъ плодъ, такъ и мать погибаютъ. Прежде, однако, чѣмъ перейти къ описанію такого теченія, мы возложимъ тѣ исключительно рѣдкіе случаи, при которыхъ возможно самопроизвольное окончаніе родовъ съ благопріятнымъ исходомъ для матери

и иногда даже для плода. Роды при поперечномъ положеніи могутъ послѣдовать самопроизвольно, безъ пособія врачебнаго искусства:

1. По способу *прохожденія черезъ тазъ вдвое сложеннаго тѣла (modo conduplicato corpore)*. Плечико вколачивается глубоко въ тазъ, принадлежащая ему ручка обыкновенно выпадаетъ. При явленіяхъ увеличеннаго до максимумъ изгиба шейнаго и груднаго позвоночника головка сильно вдавливается въ грудь и животъ; шейный позвоночникъ и нижняя часть груднаго направляются почти параллельно другъ другу. Первыми рождаются ручка и плечико, затѣмъ одновременно выходятъ головка и верхній конецъ туловища и, въ заключеніе, тазовой конецъ. Ребенокъ рождается такимъ образомъ какъ-бы въ поперечномъ положеніи. При зрѣломъ живомъ младенцѣ возможность такого процесса является исключенною. Только въ томъ случаѣ, когда плодъ уже умеръ и мацерировался, онъ можетъ подвергнуться столь сильному сжатию, да и тогда роды возможны лишь при условіи, что изгоняющія силы — потуги и сокращенія брюшнаго прессы — дѣйствуютъ особенно сильно, что родовые пути, главнымъ образомъ тазъ, предоставляютъ въ распоряженіе плода особенно широкое мѣсто. При незрѣлыхъ плодахъ такіе роды могутъ произойти уже скорѣе. При выкидышѣ плоды, само собою разумѣется, могутъ рождаться и въ поперечномъ положеніи безъ большого труда.

2. По способу *самоизворота*. Механизмъ послѣдняго заключается въ самопроизвольномъ превращеніи въ тазовое положеніе, совершающемся внутри таза. Плечико вгоняется глубоко въ тазъ, соответственная ручка выступаетъ изъ половой расщелины; въ то время, какъ головка остается лежать надъ верхнимъ краемъ лонной дуги и сбоку отъ него, спускается внизъ, при явленіяхъ очень сильнаго сгибанія позвоночника, спинка плода рядомъ съ плечикомъ или позади него, въ половой расщелинѣ показывается одна сторона груди, и, въ заключеніе, прорѣзывается и тазовой конецъ. Описываемый процессъ, подобно предыдущему, опять-таки можетъ имѣть мѣсто лишь при особо благоприятныхъ условіяхъ — при исключительно энергичныхъ изгоняющихъ силахъ и при благоприятныхъ пространственныхъ отношеніяхъ. Возможно, что этимъ путемъ можетъ рождаться живымъ даже доношенный плодъ.

Если исключить эти экзотичные случаи, на которые по большей части разсчитывать нечего, то обычное теченіе поперечныхъ положеній, при которыхъ погибаютъ и мать, и плодъ, — мы говоримъ о самопроизвольномъ процессѣ, ибо искусственное пособіе можетъ совершенно измѣнить теченіе родовъ, и притомъ въ большинствѣ случаевъ въ благоприятную сторону, — представляется въ слѣдующемъ видѣ.

Представимъ себѣ, что дѣло идетъ о случаѣ родовъ въ деревнѣ, вдали отъ всякой врачебной помощи.

Въ періодѣ раскрытія потужная дѣятельность вначалѣ слаба, но въ дальнѣйшемъ теченіи потуги усиливаются и вколачиваютъ плечико въ тазъ все ниже и ниже. Такъ какъ поперечное положеніе плода не допускаетъ

дальнѣйшаго прохожденія его, то дѣйствіе изгоняющихъ потугъ будетъ, понятно, инымъ, чѣмъ при нормальномъ родовомъ актѣ.

Мы знаемъ, что нормально въ періодъ раскрытія шейка расширяется и удлиняется; мускулатура ея частью оттягивается къ тѣлу матки, такъ что шейка становится тоньше. Къ концу періода раскрытія она совершенно изглажена. Границу между утонченной шейкою и утолщеннымъ тѣломъ матки образуетъ такъ называемое контракціонное кольцо. Оставимъ совершенно въ сторонѣ вопросъ о томъ, соответствуетъ-ли или не соответствуетъ это контракціонное кольцо въ точности мѣсту внутренняго маточнаго зѣва. Очевидно, что подъ конецъ періода раскрытія дальнѣйшія потуги уже не могутъ производить того дѣйствія, какое онѣ оказывали до сихъ поръ, но, вспоможествуемая брюшнымъ прессомъ, гонять плодъ впередъ. Если механическаго препятствія не имѣется, то плодъ рождается.

Но если изгнанію противопоставляется сильное механическое препятствіе, со стороны-ли сѣуженія таза или, какъ въ нашемъ случаѣ, со стороны поперечнаго положенія плода, то происходитъ слѣдующее. Потуги, вслѣдствіе встрѣчаемаго ими препятствія, становятся все сильнѣе, мускулатура шейки оттягивается вверхъ все больше, контракціонное кольцо поднимается все выше, стѣнка шейки утончается все больше. Растянутая шейка занимаетъ все большую и большую часть плода (плечико, головка, верхняя часть туловища).

Подъ конецъ растяжимость шейки достигаетъ своего предѣла, и стѣнка ея разрывается; мы называемъ это *разрывомъ матки*. Разрывъ происходитъ обыкновенно въ самой верхней части растянутого участка и сообщается по большей части съ брюшною полостью. Весь плодъ цѣликомъ или лишь частью попадаетъ черезъ разрывъ въ брюшную полость. Если онъ не умеръ уже раньше, что обычно имѣетъ мѣсто благодаря тетаническому сокращенію матки, то теперь онъ, понятнымъ образомъ, умираетъ немедленно, такъ какъ опорожнившееся дно матки стягивается, послѣдъ отдѣляется и наступаетъ задушеніе плода. Мать погибаетъ либо мгновенно, вслѣдствіе сильнаго кровотечения, — кровь можетъ проникнуть въ брюшную полость, но можетъ также излиться и наружу, — либо впослѣдствіи отъ присоединяющагося перитонита.

Но неблагоприятный исходъ можетъ наступить еще и раньше, чѣмъ дѣло дойдетъ до разрыва матки, обусловливаясь въ этомъ случаѣ процессами разложенія въ послѣдней, септицеміею.

Таковъ печальный исходъ самопроизвольнаго теченія поперечныхъ положеній при отсутствіи всякаго врачебнаго пособія.

Предсказаніе вытекаетъ само собою изъ только-что сказаннаго. Независимо отъ тѣхъ экзквизитныхъ случаевъ, въ которыхъ роды происходятъ по механизму прохожденія сложеннаго вдвое тѣла плода или по механизму самоворота, прогнозъ какъ для матери, такъ и для плода при естественномъ теченіи представляется безусловно неблагоприятнымъ. Совершенно иначе, однако, обстоитъ дѣло при цѣлесообразной

терапии. Чѣмъ ранѣе попадаетъ случай поперечнаго положенія подъ врачебное наблюденіе, тѣмъ надежнѣе и тѣмъ болѣе простыми приѣмами можемъ мы достигнуть благопріятнаго исхода для матери и по большей части также и для плода. Пока плодный пузырь еще стоитъ, матери и плоду не грозитъ никакой опасности. Напротивъ, чѣмъ больше времени прошло со времени разрыва пузыря, тѣмъ неблагопріятнѣе складываются условія для врачебнаго вмѣшательства. Матка обхватываетъ все тѣснѣе и тѣснѣе плодъ, предстоящая операція, имѣющая цѣль созданія прямого положенія, становится все болѣе и болѣе затруднительною, и, наконецъ, когда произошло уже растяженіе шейки, производство этой операціи становится вообще уже невозможнымъ (запущенное поперечное положеніе). Но, впрочемъ, и тогда еще надлежащая терапия можетъ спасти мать, больше того—даже послѣ уже произошедшаго разрыва матки цѣлесообразная помощь даетъ еще спасеніе.

Лечение ¹⁾). Прежде всего мы въ иныхъ случаяхъ можемъ принять извѣстныя профилактическія мѣры. Если у данной женщины при предыдущихъ родахъ случались часто поперечныя положенія, и если мы констатируемъ у нея ослабленіе брюшныхъ покрововъ, то при вновь наступившей беременности мы можемъ иногда предотвратить образованіе поперечнаго положенія тѣмъ, что примѣрно съ 20-й недѣли предписываемъ ей носить хорошо приспособленный эластическій брюшной поясъ, имѣющій задачей послужить замѣною отсутствующаго тонуса брюшной стѣнки.

Въ остальномъ поперечное положеніе, установленное во время беременности, не даетъ никакихъ показаній къ немедленному вмѣшательству. Мы должны, однако, настоять на томъ, чтобы, какъ только роды начнутся, приглашенъ былъ врачъ.

Когда мы являемся на роды въ періодъ раскрытія и наружнымъ изслѣдованіемъ установили наличность поперечнаго положенія, то мы пытаемся сдѣлать *наружный поворотъ*. Въ большинствѣ случаевъ мы предпочитаемъ создать головное положеніе, сдѣлать наружный поворотъ на головку; но при извѣстныхъ обстоятельствахъ, именно когда ягодичный конецъ лежитъ особенно близко къ тазу, можно сдѣлать поворотъ и на ягодицы. Если наружный поворотъ, въ особенности поворотъ на головку, удастся, если головка остается надъ тазомъ или даже уже вступаетъ въ него, то мы съ очень ничтожными средствами достигли очень многого. Достаточно было уже нѣсколькихъ манипуляцій на животъ, которыя зрители, быть можетъ, приняли даже только за простое изслѣдованіе, чтобы предотвратить всѣ тѣ тяжкія опасности, какія были нами описаны выше.

Но нерѣдко наружный поворотъ остается безуспѣшнымъ. Въ такомъ

¹⁾ Такъ какъ лечение поперечныхъ положеній бываетъ преимущественно оперативнымъ, то оперативные способы эти изложены будутъ нами ниже въ отдѣлѣ, посвященномъ акушерскимъ операціямъ, здѣсь же мы даемъ только *общій обзоръ* терапии.

случаѣ нужно выжидать совершенно спокойно полнаго раскрытія зѣва. Разрывать преждевременно плодный пузырь никоимъ образомъ не слѣдуетъ; напротивъ, необходимо сохранять его возможно дольше. Роженица должна лежать спокойно въ постели, ей запрещаютъ натуживаться, внутреннее изслѣдованіе производятъ крайне осторожно, щадятъ плодный пузырь, заботятся объ опорожненіи мочевого пузыря и прямой кишки. Если плодный пузырь остается сохраннымъ, то при наступленіи полнаго изглаженія зѣва повторяютъ попытку наружнаго поворота на головку и, разорвавъ пузырь, стараются содѣйствовать вступленію головки въ тазъ (*вставленіе головки*).

Если зѣвъ раскрылся вполнѣ, но наружный поворотъ не удался или представляется неумѣстнымъ, то наиболѣе цѣлесообразный врачебный приемъ заключается въ томъ, что входятъ всею рукою или иногда только нѣсколькими пальцами въ матку и въ то время, какъ другая рука помогаетъ извнѣ, захватываютъ одну или обѣ ножки, перевертываютъ плодъ и создаютъ ножное положеніе, иначе говоря—дѣлаютъ такъ назыв. *внутренній поворотъ*. Созданіемъ неполнаго или полнаго ножнаго положенія удовлетворено ближайшимъ образомъ предстоявшее показаніе, и мы пользуемъ это положеніе такъ, какъ если бы оно существовало уже съ самаго начала, т. е. возможно выжидательно, поступая такимъ образомъ въ силу высказанныхъ уже раньше соображеній. Только въ томъ случаѣ, когда имѣется специальное показаніе, когда грозитъ опасность матери или плоду, мы вслѣдъ за поворотомъ предпринимаемъ немедленно извлеченіе за ножку. Однако, самый поворотъ бываетъ иногда опасенъ для плода, напримѣръ прижатіемъ пуповины; въ виду этого, необходимо по возстановленіи прямого положенія тщательно выслушать дѣтскіе сердечные звуки и, въ случаѣ обнаруженія какихъ-либо расстройствъ со стороны послѣднихъ, приступить къ безотлагательному извлеченію.

Въ томъ случаѣ, когда плодный пузырь разорвался преждевременно и когда мы находимъ маточный зѣвъ изглаженнымъ не настолько, чтобы можно было ввести руку для поворота, положеніе представляется менѣе благоприятнымъ. Чѣмъ больше вытечетъ околоплодныхъ водъ, тѣмъ неблагоприятнѣе условія кровообращенія для плода, а, стало быть, и условія для поворота. Если маточный зѣвъ совсѣмъ еще не раскрылся, такъ что онъ не пропускаетъ даже двухъ пальцевъ, то во влагалище вводятъ кольпейринтеръ—каучуковый баллонъ, оканчивающійся трубкою (рис. 131); баллонъ этотъ наполняютъ жидкостью, такъ что онъ натягиваетъ влагалищный сводъ. Этимъ мы предотвращаемъ дальнѣйшее истеченіе плодныхъ водъ; кромѣ того, давленіе, производимое кольпейринтеромъ, возбуждаетъ дѣятельность потугъ, такъ что изглаженіе зѣва совершается быстрѣе. Если же раскрытіе подвинулось настолько, что въ полость матки удается ввести, по крайней мѣрѣ, два пальца, то при слабой потужной дѣятельности можно предпринять уже и теперь поворотъ на ножку, введя два пальца внутрь и помѣстивъ другую руку наружу,—*комбинированный*

поворотъ по *Braxton Hicks'у*. Въ томъ случаѣ, когда послѣ разрыва пузыря плечико совершенно выполняетъ шейку, такъ что не происходитъ дальнѣйшаго истеченія плодныхъ водъ, и когда потужная дѣятельность исправна, то съ поворотомъ можно ждать, пока раскрытіе зѣва не подвинется настолько, чтобы возможно было ввести въ послѣдній полуруку или даже всю руку.

Мы почти всегда предпочитаемъ производить внутренній поворотъ на ножку съ цѣлью имѣть въ случаѣ надобности тотчасъ же рукоятку для извлеченія. Внутренній поворотъ на головку мы предпринимаемъ только въ видѣ самыхъ рѣдкихъ исключеній.

Если мы являемся на роды поздно, уже тогда, когда со времени излитія плодныхъ водъ протекло довольно много времени, когда плечики вколотились уже очень низко, то предпринять внутренній поворотъ бываетъ иногда очень трудно (*трудный поворотъ*). Впослѣдствіи мы изложимъ подробно, какимъ путемъ мы боремся съ этими затрудненіями.

Тамъ, гдѣ имѣется уже значительное растяженіе шейки (*запущенное поперечное положеніе*), гдѣ грозитъ уже разрывъ матки, мы не должны производить внутренняго поворота. Если бы мы вздумали увеличить пространство, занимаемое растянутой шейкой, еще объемомъ нашей руки, то мы рисковали бы вызвать разрывъ матки. При такихъ условіяхъ нужно раздробить плодъ и немедленно извлечь его, не подвергая шейки дальнѣйшей опасности, иначе сказать—мы должны сдѣлать эмбриотомію. Само собою разумѣется, что бываютъ, такъ сказать, смежные случаи, когда, при наличности *живого плода*, прежде, чѣмъ рѣшиться на эмбриотомію, дозволяется предпринять *осторожную* попытку поворота. Производить кесарское сѣченіе ради одного только поперечнаго положенія нѣтъ никакихъ основаній. Какъ мы должны поступать при уже наступившемъ разрывѣ матки, мы скажемъ впослѣдствіи, какъ и вообще въ послѣдующихъ отдѣлахъ подробнѣе описаны будутъ всѣ упомянутые нами здѣсь оперативные приемы.

Только при маломъ или мацерированномъ плодѣ можно выжидать и даже содѣйствовать родамъ путемъ *conduplicato согроге* или самоизворота. Если самоизворотъ уже почти законченъ, то и при болѣе значительномъ плодѣ можно пользоваться выжидательно этотъ механизмъ или даже содѣйствовать ему.

Поворотъ.

Подъ *поворотомъ* мы разумѣемъ операцію, при которой мы существующее въ данный моментъ *положеніе* плода превращаемъ въ другое. Здѣсь можетъ идти рѣчь: 1) объ измѣненіи поперечнаго положенія въ тазовое, 2) объ измѣненіи поперечнаго положенія въ головное, 3) объ измѣненіи головнаго положенія въ тазовое. Превращеніе тазоваго положенія въ головное не предпринимается. Такимъ образомъ мы можемъ говорить также о *поворотѣ на ножку* или *на ножки* и о *поворотѣ на головку*.

Далѣ мы различаемъ:

1) *Наружный поворотъ*. Въ этомъ случаѣ мы производимъ измѣненіе положенія дѣйствіемъ обѣихъ рукъ, манипулирующихъ черезъ брюшные покровы и стѣнки матки.

2) Такъ называемый *внутренній поворотъ*. При немъ одна рука входитъ въ матку и, захвативъ часть плода, которая должна быть сдѣлана предлежащею, предпринимаетъ поворотъ. Въ то же время рука, дѣйствующая извнѣ, помогаетъ какъ захватыванію этой части плода, такъ и самому повороту. Мы видимъ отсюда, что обозначеніе „внутренній поворотъ“ собственно не совсѣмъ точно: такъ какъ въ операциіи всегда должны участвовать обѣ руки, то правильнѣе было бы говорить о комбинированномъ поворотѣ. Дѣло въ томъ, однако, что послѣдній терминъ обычно примѣняется къ третьему виду поворота, о которомъ мы сейчасъ упомянемъ, такъ что пользованіе имъ для такъ называемаго внутренняго поворота внесло бы путаницу понятій. Когда говорятъ просто о поворотѣ, то подъ этимъ всегда разумѣютъ внутренній поворотъ и притомъ какъ на одну ножку, такъ и на обѣ ножки.

3) Такъ называемый комбинированный поворотъ по *Braxton Hicks'у*. Здѣсь поворотъ производится лишь нѣсколькими пальцами одной руки, введенной во влагалище, при одновременномъ содѣйствіи руки, манипулирующей снаружи.

Наружный поворотъ.

Наружный поворотъ предпринимается почти только при поперечномъ положеніи (см. стр. 188), и притомъ лишь въ періодѣ раскрытія зѣва при еще стоящемъ плодномъ пузырьѣ. Если мы являемся къ роженіи еще къ этому времени, то мы, какъ о томъ уже упомянуто было при описаніи поперечныхъ положеній, должны попытаться создать наружными манипуляціями продольное положеніе, и притомъ почти всегда головное.

Операциія производится слѣдующимъ образомъ: обѣ руки должны дѣйствовать на плодъ черезъ расслабленные брюшные покровы и расслабленную стѣнку матки такимъ образомъ, что одна изъ нихъ старается установить часть, долженствующую быть предлежащею (головку), надъ тазовымъ входомъ, слѣдовательно, двигать ее по срединной линіи внизъ, тогда какъ другая рука въ то же время смѣщаетъ другой конецъ оси плода (ягодицы) вверхъ и опять-таки по срединной линіи. Такимъ образомъ обѣ руки, надавливая въ противоположномъ направленіи на оба конца оси плода (давленіе на плодъ въ его продольномъ направленіи при этомъ избѣгается); стараются повернуть плодъ вокругъ его поперечной оси. Поворотъ долженъ выполняться только въ межпотужныя паузы; во время же потугъ стараются сохранить достигнутый результатъ путемъ нажиманія рукъ на боковыя поверхности матки.

Такого рода поворотъ плода можетъ имѣть прочный успѣхъ только въ томъ случаѣ, когда пузырь еще стоитъ или когда онъ разорвался

незадолго предъ тѣмъ и еще не отошло много околоплодныхъ водъ, когда, стало быть, плодъ легко подвиженъ въ окружающей его околоплодной жидкости. Но если воды уже излились въ большомъ количествѣ, то предпринимать наружный поворотъ безцѣльно. Если бы даже и удалось установить головку надъ тазомъ, то послѣ того, какъ мы ее отпустимъ, она все равно отклонится, такъ какъ мы въ этомъ случаѣ двигали бы не плодъ въ маткѣ, но плодъ вмѣстѣ съ маткою. Другое условіе—это то, чтобы дѣтскія части (ягодицы, головка) явственно прощупывались снаружи и чтобы положеніе плода было диагностировано вполне точно.

Но и при еще стоящемъ пузырьѣ сплошь и рядомъ получаютъ результаты нестойкіе, часто даже и тогда, когда послѣ поворота мы для упроченія успѣха заставляемъ роженицу сохранить положеніе на томъ боку, на которомъ находилась головка. Можно, впрочемъ, попытаться противодѣйствовать отклоненію головки помощью подушки, фиксированной бинтами.

Какъ скоро при полномъ раскрытіи зѣва головка установлена надъ тазомъ, входятъ двумя пальцами во влагалище; фиксировавъ другою рукою снаружи головку и поручивъ ассистенту или повивальной бабкѣ ту же задачу относительно ягодицъ въ днѣ матки, мы удостоверяемся въ томъ, что головка стоитъ цѣликомъ надъ тазомъ, выжидаемъ наступленія потуги и на высотѣ ея разрываемъ напряженный пузырь. По излітіи первыхъ водъ потуги, подкрѣпляемая въ случаѣ надобности растираніями матки, низводятъ головку въ тазъ (при условіи нормальности послѣдняго). Теперь головка уже больше не можетъ отклониться, и роды въ дальнѣйшемъ могутъ послѣдовать самопроизвольно.

Производить это „вставленіе головки“ разрывомъ пузыря при мало раскрытомъ маточномъ зѣвѣ мы не совѣтуемъ, ибо если въ этомъ случаѣ головка, противъ ожиданія, не спустится въ тазъ или если она снова отклонится, то мы тѣмъ самымъ ухудшаемъ шансы для дальнѣйшаго пользованія поперечнаго положенія, для внутренняго поворота (см. также ниже, описаніе поворота по *Braxton Hicks'у*). Эту операцію, какъ и вообще наружный поворотъ на головку, нужно предпринимать только въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ, оставляя въ сторонѣ поперечное положеніе, мы встрѣчаемъ во всемъ остальномъ нормальныя отношенія, стало быть прежде всего только тамъ, гдѣ тазъ нормаленъ, гдѣ весь остальной актъ родовъ, какъ можно предположить, протечетъ самопроизвольно. Но если на-лицо имѣются какія-либо измѣненія, которыя оправдываютъ предположеніе о возможной необходимости дальнѣйшихъ оперативныхъ приѣмовъ, то лучше отказаться отъ производства наружнаго поворота, разорвать пузырь по наступленіи полнаго раскрытія зѣва и тотчасъ же приступить къ внутреннему повороту на ножку, который создаетъ намъ къ тому же рукоятку для извлеченія. Вѣдь если головка установлена надъ тазомъ и если она послѣ разрыва пузыря осталась подвижно стоящею надъ нимъ или даже отклонилась, то въ концѣ концовъ при необходи-

мости окончания родового акта въ этомъ положеніи все равно придется прибѣгнуть къ внутреннему повороту, чтобы тѣмъ самымъ получить рукоятку для извлеченія. Если при производствѣ наружнаго поворота съ разрывомъ пузыря, совершеннымъ при полномъ раскрытіи зѣва, головка не вступаетъ тотчасъ же въ тазъ, то нужно безотлагательно направить руку выше и сдѣлать внутренній поворотъ на ножку.

Какъ упомянуто было при описаніи *тазовыхъ положеній*, наружный поворотъ рекомендованъ былъ и при этихъ послѣднихъ (см. примѣчаніе на стр. 140). Если, явившись къ роженицѣ, мы находимъ ягодицы подвижными надъ тазомъ при *еще стоящемъ пузырь*, то измѣненіе тазового положенія въ головное можно предпринять помощью наружнаго поворота. При разслабленной маткѣ это измѣненіе производится такимъ образомъ, что мы отодвигаемъ ягодицы вверхъ и въ сторону спины, а головку — внизъ и въ противоположную сторону. Какъ скоро ягодицы и головка прошли средину сторонъ матки, удается иногда легко продвинуть ягодицы въ дно матки, а головку привести надъ тазомъ. Давленіемъ извнѣ можно содѣйствовать вступленію головки въ тазъ при полномъ раскрытіи зѣва путемъ разрыва пузыря.

Такимъ образомъ, если мы желаемъ предпринять наружный поворотъ, то должны производить его только тогда, когда не имѣется никакихъ другихъ аномалій, когда нѣтъ никакихъ сомнѣній относительно дальнѣйшаго нормальнаго, самопроизвольнаго теченія родовъ въ полученномъ черепномъ положеніи и въ особенности когда тазъ представляется нормальнымъ.

Внутренній поворотъ.

Обзоръ показаній. Внутренній поворотъ прежде всего показанъ при *поперечныхъ положеніяхъ*, по причинѣ ненормальнаго положенія. Какъ уже подробно изложено было выше, онъ является здѣсь наиболѣе цѣлесообразнымъ средствомъ, какъ скоро наружный поворотъ или былъ испытанъ безуспѣшно, или вообще представляется неумѣстнымъ, въ силу одной изъ изложенныхъ нами причинъ. Такъ какъ при продолжающемся существованіи поперечнаго положенія, благоприятное теченіе родовъ, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ, приведенныхъ на стр. 186, невозможно, то покажется созданіе продольнаго положенія (см. стр. 189).

Далѣе, поворотъ на ножку можетъ быть показанъ при *головныхъ положеніяхъ* и притомъ: 1) либо также въ качествѣ операціи, исправляющей положеніе плода, если для даннаго случая положеніе тазовымъ концомъ представляется болѣе благоприятнымъ, нежели головное положеніе; 2) либо въ томъ случаѣ, когда дано показаніе для окончания родовъ, но головка не стоитъ въ положеніи, показанномъ для шипцовъ, а находится подвижно надъ тазомъ; при этихъ условіяхъ поворотъ на ножку предпринимается съ тою цѣлью, чтобы создать себѣ въ этой ногкѣ необходимую рукоятку для немедленнаго окончания родового акта. Подробности относительно этого

показанія будутъ приведены ниже при болѣе детальномъ описаніи поворота при головныхъ положеніяхъ.

Условія, которыя должны быть выполнены для внутренняго поворота, слѣдующія:

1) Маточный зѣвъ долженъ быть совершенно раскрытъ или, по крайней мѣрѣ, изглаженъ настолько, чтобы пропускать всю кисть руки. Иногда онъ на первый взглядъ кажется недостаточно расширеннымъ, но при болѣе точномъ прощупываніи оказывается, что онъ только спался и растягивается легко.

2) Плодъ въ маткѣ долженъ обладать достаточною подвижностью; шейка не должна быть растянута настолько, чтобы подъ вліяніемъ увеличенія объема, вызваннаго введеніемъ нашей руки, или вслѣдствіе попытки поворота могъ бы угрожать разрывъ матки. (Подробности о производствѣ поворота въ затруднительныхъ случаяхъ см. ниже при описаніи „труднаго поворота“).

3) Тазовой качаль не долженъ быть сжуженъ настолько сильно, чтобы невозможно было проведеніе всей руки, а, стало быть, и проведеніе даже перфорированнаго плода (абсолютное показаніе къ чревосѣченію).

Плодный пузырь не долженъ быть обязательно разорванъ; напротивъ, производство поворота значительно облегчается, если пузырь разрывается уже во время самой операціи.

Приготовленія. Очень важно, чтобы мочевоу пузырь передъ операціей былъ опорожненъ. Осмотръ роженицы въ большинствѣ случаевъ позволяетъ распознать, наполненъ-ли мочевоу пузырь или нѣтъ. Въ первомъ случаѣ пузырь образуетъ надъ лоннымъ соединеніемъ выпуклость, ограниченную сверху бороздоу. На стр. 42 уже указывалось на то, что аналогичную картину можетъ представить и значительное растяженіе шейки. Въ виду того, что растяженіе шейки обязываетъ насъ къ величайшей осторожности и нерѣдко даже исключаетъ производство поворота, очень важно обращать вниманіе на это состояніе. Если мы встрѣчаемъ указанную нами картину, то нужно выпустить мочу катетеромъ. Если послѣ того выпуклость и поперечная борозда исчезаютъ, то, значитъ, онѣ обусловливались только сильнымъ наполненіемъ мочевоу пузыря; напротивъ, если картина не измѣняется и по опорожненіи пузыря, то мы должны внимательно изслѣдовать состояніе шейки.

Выполненію операціи должно предшествовать также и опорожненіе прямой кишки.

Тщательная дезинфекція, само собою разумѣется, представляется обязательнымъ условіемъ, въ особенности потому, что приходится вводить оперирующую руку далеко въ половые органы. Поэтому нужно дезинфицировать не только ручныя кисти, но и предплечье, нѣсколько выше локтя, и равнымъ образомъ наружныя части и животъ роженицы. Рекомендуются также предпринять обеззараживающія промыванія влагалища, во избѣжаніе заноса отдѣляемаго въ вышележащія половыя части.

Операция предпринимается почти всегда под наркозомъ, такъ какъ введеніе всей кисти руки въ большинствѣ случаевъ представляется довольно болѣзненнымъ даже у повторнорожающихъ съ вялыми наружными частями. Расслабленіе брюшныхъ покрововъ необходимо также и въ видахъ успешнаго манипулированія наружной руки. Наркозъ долженъ быть глубокимъ; хорошимъ критеріемъ въ этомъ отношеніи служить прижатіе области клитора къ лонной дугѣ: если больная не реагируетъ при давленіи на это чувствительное мѣсто, то, значить, наркозъ достаточно глубокъ.

Роженица помѣщается большею частью на поперечной кровати, но и здѣсь безусловно предпочтительнѣе, чтобы женщина не лежала на кровати, обычно низкой, но чтобы операция была выполнена на болѣе высокомъ, крѣпкомъ, специально для этой цѣли устроенномъ столѣ. Тазъ роженицы придвигается къ краю стола, ноги придерживаются ассистентомъ (ягодично-спинное положеніе). Для нѣкоторыхъ случаевъ очень выгодно оперировать не въ спинномъ положеніи, но въ боковомъ, напримѣръ при сильно отвисломъ животѣ и въ особенности при производствѣ поворота при задне-спинномъ поперечномъ положеніи.

Въ томъ случаѣ, когда такого высокаго стола не имѣютъ въ своемъ распоряженіи и приходится довольствоваться низкой кроватью, операция на поперечной кровати можетъ быть довольно неудобна; при такихъ условіяхъ всегда слѣдуетъ отдать предпочтеніе боковому положенію. Больную укладываютъ на ту сторону, гдѣ лежатъ ножки (стало быть, при I поперечномъ положеніи и I головномъ положеніи—на правый бокъ), придвигаютъ ее къ краю кровати, соответствующему ея спинѣ (стало быть, при I положеніи—къ лѣвому краю) и становятся сзади нея. Этимъ самымъ опредѣляется и выборъ руки, вводимой во влагалище (при I положеніи—лѣвая рука).

Приготовленія, которыя въ нѣкоторыхъ случаяхъ требуются для ослабленія матки при судорожномъ сокращеніи, будутъ описаны ниже (см. описаніе труднаго поворота).

При поворотѣ на ножку мы вводимъ въ половыя части ту руку, которая лежитъ противъ ножекъ плода, стало быть при I поперечномъ или I головномъ положеніи, гдѣ ножки расположены справа, лѣвую руку, при II положеніи—правую.

Въ томъ случаѣ, когда влагалище представляется сухимъ или когда оперирующая рука жестка и шероховата, умѣстно смазать обезжиреннымъ вазелиномъ предплечье и тыльную сторону ручной кости, но при этомъ нужно остерегаться покрывать вазелиномъ ладонную поверхность кисти руки, такъ какъ иначе рука не въ состояніи будетъ удержать скользкое по большей части тѣло плода.

Нужно приготовить все необходимое и для плода, даже въ томъ случаѣ, когда имѣется показаніе только для поворота, а не для безотлагательнаго извлеченія, ибо во время самаго поворота и благодаря ему можетъ возникнуть такое показаніе къ извлеченію. Необходимо приготовить

одну или двѣ петли для поворота (см. рис. 101). Петля и ножницы для пуповины, само собою разумѣется, должны быть подъ рукою. Точно также должна имѣться на-готовѣ теплая ванночка для младенца, а равно и ведро съ холодною водою и трахеальный катетеръ на случай необходимости оживленія плода.

Внутренній поворотъ (на ножку) при поперечномъ положеніи.

Въ нижеслѣдующемъ изложеніи мы прежде всего рассмотримъ детали техники внутренняго поворота по отношенію къ **передне-спинному поперечному положенію**. Большинство этихъ частныхъ приложимо и къ внутреннему повороту при задне-спинномъ поперечномъ положеніи и при головныхъ положеніяхъ, описаніе котораго приведено будетъ нами ниже.

Пальцы руки, оперирующей внутри, стало быть при I поперечномъ положеніи—лѣвой руки, при II поперечномъ положеніи—правой, складываются вмѣстѣ такъ, чтобы они занимали возможно меньшее мѣсто: 3-й и 4-й пальцы совсѣмъ приведены другъ къ другу, 2-й палецъ обращенъ къ ладонной поверхности 3-го, 5-й—къ ладонной поверхности 4-го, верхушка большого пальца направляется въ бороздкѣ, образуемой между 2-мъ и 5-мъ пальцемъ, возвышаясь нѣсколько надъ основаніемъ остальныхъ пальцевъ. Засимъ ручная кисть, сложенная возможно остро и кonicески, входитъ медленно и осторожно во влагалище, причѣмъ другая рука попеременно разглаживаетъ то одну, то другую половую губу, предупреждая заворачиваніе ихъ внутрь и ущемленіе волосъ. Лучевая сторона ручной кисти при введеніи въ рукавъ направлена къ лонному соединенію. Проведеніе руки черезъ половую расщелину должно производиться очень осторожно, такъ какъ легко могутъ произойти небольшія травмы, дающія поводъ къ сильнымъ кровотечениямъ (varices, пещеристая ткань). Послѣ того какъ ручная кисть совершенно вошла въ рукавъ (она теперь легкимъ вращеніемъ устанавливается нѣсколько косо) и кистевой суставъ охваченъ половой расщелиной, *кладутъ другую руку на матку*. Лишь теперь внутренніе пальцы проходятъ область маточнаго зѣва, тогда какъ наружная рука фиксируетъ матку. Если пузырь еще стоитъ, то пальцы разрываютъ его *въ маточномъ зѣвѣ и тотчасъ же входятъ въ полость яйца*. Такимъ образомъ дальнѣйшія манипуляціи совершаются исключительно внутри яйца. Это лучше, чѣмъ если входятъ между стѣнкою матки и яйцевыми оболочками, проникая черезъ послѣднія только послѣ того, какъ добираются до части, подлежащей захватыванію. При восхожденіи между стѣнкою матки и оболочками яйца опасность инфекціи, вслѣдствіе непосредственнаго соприкосновенія съ маточною стѣнкою, представляется значительно большею. Считаемъ необходимымъ особенно подчеркнуть то обстоятельство, что, какъ скоро внутренняя рука входитъ въ матку, *наружная рука должна фиксировать послѣднюю, что она должна всегда помогать и при дальнѣйшемъ оперированіи, какъ при достиженіи части, которую желаютъ повернуть (ножка),*

такъ и при самомъ поворотъ плода, что такимъ образомъ всегда обѣ руки должны работать совмѣстно.

При выпаденіи ручки (если она лежитъ во влагалищѣ согнутою въ локтевомъ суставѣ, то нужно вывести ручную кисть), мы накладываемъ на нее петлю (см. рис. 101) и поручаемъ ассистенту придерживать ее, умѣренно натягивая. Наложеніе петли имѣетъ задачею помѣшать тому, чтобы ручка запрокинулась вверхъ; при послѣдующемъ родовомъ актѣ тазовымъ концомъ этимъ выгадывается иногда освобожденіе этой ручки; петля, однако, ни въ какомъ случаѣ не должна натягиваться настолько, чтобы препятствовать повороту плода. Петля притягивается въ сторону головки плода, большею частью такъ, что ручка лежитъ въ углу лоннаго соединенія.

Оперирующая рука, добравшись до плечика, не должна, однако, немедленно направляться сейчасъ же дальше, какъ это неоднократно дѣлается второпяхъ; напротивъ, она, при одновременномъ фиксированіи матки другою рукою, должна осторожно *отдавить подлежащую часть, плечико, отъ тазового входа вверхъ и нѣсколько въ сторону головки.* Только послѣ этого рука можетъ идти дальше, все время оставаясь всею своею ладонною поверхностью въ возможно тѣсномъ соприкосновеніи съ поверхностью плода. Пальцы должны возможно ближе прилегать другъ къ другу и должны быть возможно меньше изогнуты. Всѣ движенія должны производиться осторожно и безъ спѣшки; ни въ какомъ случаѣ не должно быть употребляемо насиліе.

При *передне-спинномъ поперечномъ положеніи* мы производимъ поворотъ на нижнюю ножку. Поступаемъ мы такъ потому, что этимъ дается бѣльшая гарантія поворота спинки плода впередъ.

Путь, по которому рука должна добраться до ножки, ведетъ либо вдоль нижней боковой поверхности плода къ ягодицамъ и отсюда къ бедру, а засимъ къ голени, либо непосредственно по брюшной поверхности плода къ ножкѣ. Первый путь является и болѣе правильнымъ, и болѣе надежнымъ. Если пальцы, двигающіеся впередъ вдоль дѣтскаго туловища, остаются все время въ соприкосновеніи съ послѣднимъ, то они первымъ путемъ должны безусловно придти къ дѣли. Напротивъ, если рука направляется непосредственно по брюшной поверхности, то шансы на то, что захвачена будетъ именно требуемая ножка, напр. нижняя, значительно меньше; кромѣ того, можетъ случиться, что захвачена будетъ вмѣсто ножки ручка. Впрочемъ, при извѣстныхъ условіяхъ путь по брюшной поверхности представляется болѣе удобнымъ. *Ни въ какомъ случаѣ, однако, рука не должна пробираться къ ножкѣ по спинкѣ и тѣмъ болѣе пытаться низводить ножку по спинкѣ.* Это было бы большою погрѣшностью, создающею такія положенія, изъ которыхъ младенца едва-ли можно освободить и которыя могутъ сдѣлать необходимымъ его раздробленіе.

Если мы избираемъ первый, надежный путь, то рука, напр. при пер-

вомъ поперечномъ положеніи—лѣвая, направляется вдоль нижней боковой поверхности плода, стало быть въ нашемъ случаѣ вдоль праваго края (рис. 86). Встрѣчая на своемъ пути пуповину, она должна избѣгать всякаго давленія на нее. Пальцами проскальзываютъ подъ петлю, такъ что она попадаетъ на тыльную сторону руки. Выпавшую пуповину вправлять незначѣмъ.



Рис. 86. Поворотъ при передне-спинномъ положеніи. Въ время какаго наружная рука фиксируетъ матку, внутренняя рука нѣсколько отгѣсняетъ предлежащее плечико отъ тазоваго входа вверхъ и въ сторону головку и по нижнему боковому краю плода направляется къ ягодицамъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Рука направляется впередъ только въ межпотужныя паузы, во время же потугъ она должна оставаться спокойно на мѣстѣ.

Рука, направляющаяся вдоль нижней стороны плода, тѣсно прилегая къ ней своею ладонною поверхностью, идетъ до ягодиць (не заходя за нихъ), отсюда до нижняго бедра и, наконецъ, къ голени, разгибая коленный суставъ, если онъ согнутъ. При этомъ наружная рука должна непрерывно помогать внутренней, стало быть отдавливать область ножекъ навстрѣчу внутренней рукѣ. Последняя обхватываетъ голень такимъ образомъ, чтобы мизинецъ лежалъ вблизи стопы, а большой палецъ подлѣ коленной чашки.

Послѣ этого наружная рука пытается нѣсколько продвинуть головку вверхъ. Только послѣ того, какъ это выполнено, рука, захватившая ножку, сводитъ ее внизъ, причеиъ она вначалѣ тянетъ ее косо къ сторонѣ головки, засимъ въ направленіи оси тазоваго входа (рис. 87). Въ то время какъ наружная рука помогаетъ внутренней, попеременно отгѣсняя область ягодиць внизъ, а головку вверхъ, производится поворотъ плода: захваченная ножка, все время по возможности у задней стѣнки таза, вытягивается черезъ влагалище наружу до тѣхъ поръ, пока все коленно

не будет находиться *впереди* половой расщелины (рис. 88). Только съ этого момента поворотъ считается законченнымъ, и ягодицы плода стоятъ въ тазу. Когда ножка находится впереди половой расщелины, дѣтскія ягодицы могутъ еще помѣщаться сбоку, надъ тазомъ.

Если мѣсто нѣсколько ограничено, то голень не захватываютъ полною рукою, но направляются по разогнутой голени до стопы и захваты-



Рис. 87. Поворотъ при передне-спинномъ поперечномъ положеніи. Внутренняя рука обхватываетъ голень. Послеъ того какъ наружная рука нѣсколько отгнѣсняетъ головку вверхъ, внутренняя рука сводитъ ножку внизъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

ваютъ ее ладонью, придерживая голень только указательнымъ и среднимъ пальцами поверхъ лодыжекъ.

Если бы сгибаніе колѣннаго сустава представило затрудненія, то можно также войти пальцемъ въ колѣнный сгибъ и разогнуть ногу послѣ легкаго притягиванія; въ крайнемъ случаѣ можно согнуть ногу въ колѣнномъ суставѣ, стало быть сдѣлать поворотъ на колѣно.

Внутренній поворотъ при задне-спинномъ поперечномъ положеніи.

При *задне-спинномъ положеніи* мы дѣлаемъ поворотъ по возможности на обѣ ножки. Поступаемъ такъ потому, что такой способъ обезпечиваетъ насъ лучше въ поворотъ спинки впередъ, и потому, что при захватываніи только одной ножки, въ особенности верхней, легче могутъ произойти неблагоприятныя вращенія плода, которыя затруд-

нять окончаніе поворота и, создавая неблагоприятное членорасположеніе ручекъ, осложняютъ послѣдующіе роды тазовымъ концомъ.

Въ общемъ мы при производствѣ поворота слѣдуемъ тѣмъ же правиламъ, какія были изложены нами выше. Вводится во влагалище та рука, которая находится противъ ножекъ, стало быть, при I положенія—лѣ-



Рис. 88. Поворотъ законченъ. Колѣно находится впереди половой расщелины.
 $\frac{1}{4}$ натур. величины.

вая. И здѣсь опять-таки мы имѣемъ возможность двоякимъ образомъ добраться до ножекъ: либо вдоль нижняго бокового края плода къ ягодицамъ, либо по брюшной поверхности. Путь черезъ ягодицы ведетъ, правда, надежно къ цѣли, но менѣе удобенъ, чѣмъ непосредственный

путь по брюшной поверхности, которому мы потому и отдаемъ предпочтене. Если мы избираемъ первый путь, то рука аналогичнымъ образомъ, какъ описано было при передне-спинномъ положеніи, послѣ осторожнаго оттъсненія плечика отъ тазового входа, направляется вдоль нижняго бокового края плода, (т. е. при I положеніи — лѣваго) къ ягодицамъ, отсюда къ бедру и вдоль него къ голени, послѣ чего рука захватываетъ одновременно какъ эту голень, такъ и другую, лежащую подъ нею. Если ножки согнуты въ колѣнныхъ суставахъ, то всего лучше провести палецъ (средній) между обѣими голеними до лодыжекъ, въ то время какъ другіе пальцы распредѣляются вокругъ наружной стороны лодыжекъ и стопы такъ, что обѣ стопы лежатъ въ ладони. Но можно также захватить всею рукою и обѣ голени (рис. 89)



такимъ образомъ, что большой палецъ находится подлѣ колѣнъ, а мизинецъ — подлѣ стопъ.

Рис. 89. Поворотъ при задне-спинномъ поперечномъ положеніи. Внутренняя рука захватила обѣ голени. ^{1/4} натур. величины.

Если ножки разогнуты въ колѣнныхъ суставахъ, то рука, добравшись до бедра, должна при дальнѣйшемъ своемъ движеніи попутно пройти и по задней ножкѣ и затѣмъ захватить обѣ голени такъ, чтобы стопы пришли къ сторонѣ мизинца, или чтобы рука, положивъ одинъ палецъ между голеними, могла взять въ ладонь обѣ стопы. Очень важно, чтобы рука, оперирующая снаружи, оттъснила область ножекъ навстрѣчу внутренней рукѣ, облегчая этимъ ихъ захватываніе.

Если выбираютъ путь по брюшной поверхности плода, что въ данномъ случаѣ является болѣе предпочтительнымъ, то можно скорѣе добраться до лежащихъ здѣсь ножекъ. Но нужно ошупывать очень тщательно, дабы захватить дѣйствительно ножки, а не ручки. Когда мы пытаемся пройти къ брюшной поверхности, рука должна восходить позади

передней тазовой стѣнки, обращенная ладонною поверхностью къ плоду, причѣмъ она принимаетъ довольно неудобное положеніе тыльнаго сгиба-банія. Можно, конечно, придти къ цѣли этимъ путемъ и при положеніи роженицы на спишь, но несравненно легче выполнить операцію въ *боковомъ положеніи* больной.

Мы кладемъ роженицу на тотъ бокъ, гдѣ находятся ножки, стало быть при I поперечномъ положеніи—на правый бокъ, при II—на лѣвый.

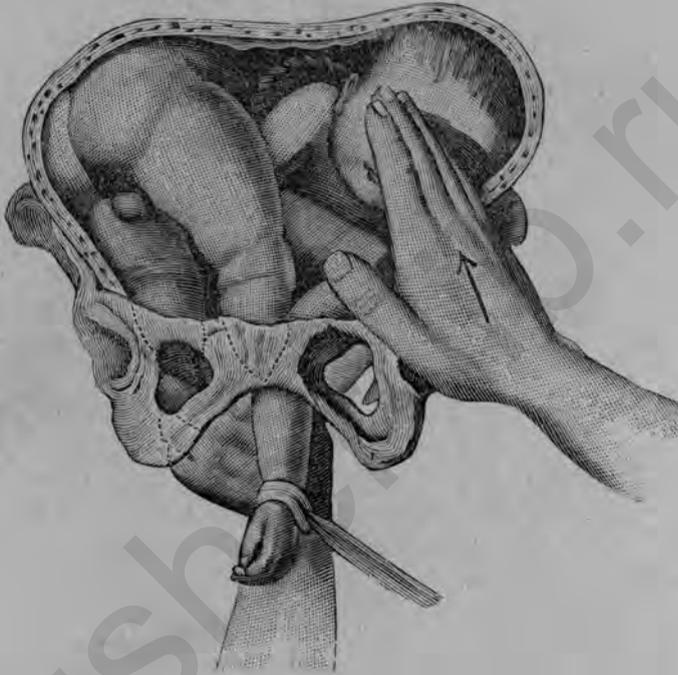


Рис. 90. Поворотъ при задне-спиномъ поперечномъ положеніи. Внутренняя рука тянетъ обѣ захваченныя ладонью ножки внизъ, послѣ того какъ наружная рука отодвинула головку вверхъ. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

И здѣсь опять-таки имѣеть силу прежнее правило—класть женщину на сторону, соответствующую той части плода, которую желаютъ низвести въ тазъ. Мы становимся сзади роженицы и вводимъ во влагалище ту же руку, какъ и при спиномъ положеніи, напр. при I поперечномъ положеніи—лѣвую. Теперь рука можетъ безъ труда пройти вверхъ позади лоннаго соединенія и непосредственно добраться до ножекъ. Правда, при операціи, производимой въ боковомъ положеніи, другая рука, манипулирующая снаружи, можетъ оказывать меньшее содѣйствіе. Какъ скоро поворотъ законченъ, какъ скоро, стало быть, колѣни находятся впереди половой расщелины, возстановляется опять положеніе на спишь (поперечная кровать).

Если по введеніи руки при спиномъ положеніи роженицы обнаруживаются трудность и неудобство дальнѣйшаго продвиганія ея, то мож-

но изменить это положеніе въ боковое, не вынимая введенной руки: для этого приподнимаютъ одну ногу роженицы (при I поперечномъ положеніи—лѣвую), перебрасываютъ черезъ свою руку и становятся при этомъ сзади роженицы.

Какъ скоро ножки захвачены, поворотъ плода производятъ такимъ же способомъ (рис. 90), какъ описано было выше при передне-спинномъ поперечномъ положеніи.

Рекомендуя дѣлать при задне-спинномъ поперечномъ положеніи поворотъ на обѣ ножки, мы должны, однако, замѣтить, что, хотя захватываніе обѣихъ ножекъ и представляетъ наилучшій способъ, но тѣмъ не менѣе оно удается далеко не всегда. Поэтому въ трудныхъ случаяхъ приходится довольствоваться и одною ножкою. При такихъ условіяхъ при задне-спинномъ поперечномъ положеніи опять-таки захватываютъ нижнюю ножку. Но при этомъ не слѣдуетъ, низводя ножку, тянуть ее къ лонному соединенію, но нужно сводить ее возможно сзади, ближе къ крестцовой кости (*Fritsch*); если бы, несмотря на это, другая ножка уперлась надъ переднимъ краемъ таза, то наружная рука должна отгнать ее отсюда внизъ. При низведеніи нижней ножки спинка плода скользитъ мимо мыса; получается такимъ образомъ неполное ногоположеніе со спинкою, обращенною назадъ. Дальнѣйшее извлеченіе, въ случаѣ, если бы таковое вообще потребовалось, не должно производиться слишкомъ долго за эту заднюю ножку. По возможности слѣдуетъ выждать, такъ какъ тогда потужная дѣятельность большею частью повернетъ спинку впередъ. Въ томъ же случаѣ, когда необходимо предпринять извлеченіе, нужно тянуть за заднюю ножку только настолько, пока не прорѣжутся ягодицы; если и теперь крестцовая кость представляется обращенною въ ту же сторону, какъ и раньше, и притомъ назадъ, то потягиваніе слѣдуетъ производить только



Рис. 91. Задне-спинное поперечное положеніе. Захвачена верхняя ножка, плечико не достаточно отгнано отъ тазового входа; выпавшая ручка помѣшала повороту плода вокругъ его продольной оси, вслѣдствіе этого произошло неблагоприятное перекручиваніе плода. $\frac{1}{4}$ натур. величины. (Рисунокъ заимствованъ у *Zweifel*'я).

за тазобедренный сгибъ передней запрокинувшейся вверхъ ножки, стараясь при этомъ постепенно повернуть спинку впередъ. Продолжая дальнѣйшее потягиваніе за заднюю ножку, мы произвели бы чрезмѣрный поворотъ плода, верхняя часть туловища не вполне послѣдовала бы за вращеніемъ и получилось бы неблагоприятное членорасположеніе ручекъ и головки (*Zweifel*).

Избирать для поворота при задне-спинномъ поперечномъ положеніи верхнюю ножку не целесообразно. Впрочемъ, нужно замѣтить, что въ легкихъ случаяхъ, при хорошей подвижности плода, поворотъ удается и этимъ путемъ. Такимъ образомъ, если для случаевъ простыхъ и безразлично, какая ножка захватывается, то все же при выборѣ ножекъ всегда лучше руководствоваться тѣми правилами, какія представляются наиболѣе выгодными для тяжелыхъ случаевъ. Представимъ себѣ, что мы при задне-спинномъ положеніи избрали верхнюю ножку и что имѣется *выпаденіе руки; въ такомъ случаѣ, въ особенности при недостаточномъ предварительномъ оттягиваніи плечика отъ тазового входа, легко можетъ произойти перекручиваніе плода* (рис. 91); выпавшая ручка является препятствіемъ для поворота плода вокругъ его продольной оси.

Такимъ образомъ мы совѣтуемъ: при передне-спинномъ поперечномъ положеніи поворачивать на нижнюю ножку, при задне-спинномъ — по возможности на обѣ ножки, если нельзя — то на нижнюю ножку. Начиная поступить всегда хорошо, если онъ будетъ по возможности держаться этихъ основныхъ правилъ, хотя и нужно согласиться съ тѣмъ, что на практикѣ встрѣчаются случаи, гдѣ строгое слѣдованіе имъ не всегда возможно и гдѣ приходится довольствоваться тою ножкою, какую можно получить.

Меньшая строгость предъявляется къ выбору оперирующей руки въ случаѣ поворота при поперечномъ положеніи. Можно, войдя во влагалище и иною рукою, чѣмъ та, которая находится противъ ножекъ, пройти непосредственно по грудной и брюшной поверхности, достигнуть ножекъ и сдѣлать поворотъ. Мы приведемъ ниже случаи, гдѣ выборъ этой другой руки является даже предпочтительнымъ. Если бы, благодаря ошибочному распознаванію, мы ввели и ненадлежащую руку, то мѣнять руку незначѣмъ, но нужно продолжать оперировать именно ненадлежащею рукою. Точно также приходится мириться съ выборомъ невѣрной руки тамъ, гдѣ настоящая рука, въ силу какихъ-либо специальныхъ причинъ, напр. пораненія, не можетъ быть пущена въ дѣло. Въ трудныхъ случаяхъ иногда выгоднѣе выбирать лѣвую руку, какъ обычно нѣсколько меньшую. Понятно, что при пользованіи ненадлежащею рукою приходится порою отказываться отъ поворота въ боковомъ положеніи, ибо это послѣднее, какъ мы уже говорили, опредѣляетъ выборъ руки.

Какъ уже упомянуто было при терапіи поперечныхъ положеній (стр.

188), съ окончаніемъ поворота ближайшее показаніе является удовлетвореннымъ. Такимъ образомъ извлеченіе не должно обязательно при-
мыкать къ повороту. Это, понятнымъ образомъ, въ особенности относится
къ тому случаю, когда операція предпринимается при не вполне раскры-
томъ зѣвѣ; иначе наступили бы всѣ тѣ опасности и затрудненія, ко-
торья изложены были при описаніи извлеченія за тазовой конецъ.
Но и въ томъ случаѣ, когда поворотъ производится при пол-



Рис. 92. Внутренній поворотъ на головку. Прямой методъ (*Busch*). $\frac{1}{4}$ натур. величины.

номъ раскрытіи зѣва, нужно принципиально отдѣлять во времени объ-
операціи — поворотъ и извлеченіе. Всегда нужно отпускать ножку
или ножки, такъ чтобы она или онѣ могли установиться соотвѣт-
ственно своимъ суставамъ. Засимъ надобно выслушать сердечные звуки
плода: если они правильны, то слѣдуетъ выждать, предоставляя
изгнаніе, по крайней мѣрѣ, до пупка, собственнымъ силамъ природы или
содѣйствуя ему лишь давленіемъ извнѣ. На стр. 139 мы уже говорили
подробно о большихъ преимуществахъ этого способа. Но если тоны
сердца неправильны или если имѣется другое показаніе къ окончанію
родовъ, то велѣдъ за поворотомъ предпринимать извлеченіе, при
условіяхъ, конечно, полного раскрытія зѣва. Нужно, однако, замѣтить,
что нерѣдко разстройство сердечныхъ звуковъ плода, констатируемое

вслѣдъ за поворотомъ, быстро выравнивается при нѣкоторомъ выжиданіи; такимъ образомъ, если зѣвъ и раскрылся еще не вполне, то не слѣдуетъ чрезчуръ торопиться съ извлеченіемъ.

Внутренній поворотъ на головку.

Въ то время когда при поперечныхъ положеніяхъ мы дѣлали наружный поворотъ на головку въ томъ предположеніи, что роды тогда могутъ послѣдовать самопроизвольно въ головномъ положеніи, мы, приступая къ внутреннему повороту, предпочитаемъ производить его на ножку. Если послѣ выпол-



Рис. 93. Внутренній поворотъ на головку. Непрямой способъ (*d'Outrelepont*).
 $\frac{1}{4}$ натур. величины.

ненія операциі оказывалась надобность въ ускореніи родовъ, то низведенная ножка могла вмѣстѣ съ тѣмъ служить рукояткою для извлеченія.

Внутренній поворотъ на головку, въ прежнее время производившійся довольно часто, нынѣ выполняется рѣдко, вступая въ свои права только при тѣхъ поперечныхъ положеніяхъ, при которыхъ головка лежитъ вблизи тазового входа, ручка не выпала, тазъ нормаленъ и вообще условія таковы, что можно ожидать, что головка, приведенная надъ тазомъ, безпрепятственно можетъ опуститься въ тазъ. Если послѣ внутренняго поворота на головку эта послѣдняя остается подвижною надъ тазомъ и если впослѣдствіи при этомъ положеніи наступаетъ

показаніе для окончанія родового акта, то приходится еще разъ войти во влагалище и предпринимать все-таки поворотъ на ножку съ цѣлью немедленнаго производства извлеченія. Поэтому, какъ сказано, внутренній поворотъ на головку дѣлается лишь въ видѣ самыхъ рѣдкихъ исключеній.

Для этой операціи существуютъ два способа:

1) *Прямой способъ, способъ Busch'a.* Во влагалище входятъ рукою, противоположащею головкѣ, стало быть, при I поперечномъ положеніи—правою рукою, при II—лѣвою. Внутренняя рука направляется по головкѣ вверхъ (рис. 92) до тѣхъ поръ, пока пальцы не лягутъ на затылокъ, тогда какъ другая рука фиксируетъ извнѣ матку. Внутренняя рука обхватываетъ головку и, *при содѣйствіи наружной руки*, сводитъ его надъ тазомъ или въ тазъ. При этомъ низведеніи достаточно бываетъ въ большинствѣ случаевъ, если головка обхватывается полурукою, причеиъ большимъ пальцемъ пользуются тогда для того, чтобы отбѣснить плечо вверхъ и въ сторону.

2) *Непрямой способъ, способъ d'Outrelepont'a.* Во влагалище входятъ рукою, противоположащею ножкамъ, стало быть тою же самою, какъ и при производствѣ поворота на ножку, наприиѣръ при I поперечномъ положеніи—лѣвою. Внутренняя рука обхватываетъ плечевую область плода на-подобіе вилки (рис. 93), большой палецъ лежитъ спереди, четыре остальныхъ—сзади. Въ то время, какъ она осторожно отбѣсняетъ плечевую область вверхъ и нѣсколько въ сторону ягодицъ, *другая рука, манипулирующая снаружи*, старается привести головку надъ тазомъ. Внутренняя рука имѣетъ задачу установить головку въ благопріятномъ положеніи и фиксировать ее.

Такъ какъ при этомъ способѣ поворота на головку главная работа производится наружною рукою и отбѣсненіе плеча и низведеніе головки могутъ быть выполнены уже двумя введенными въ матку пальцами, то способъ этотъ собственно примѣняется собственно только для поворота по *Braxton Hicks'у* (см. стр. 212). Если можно ввести всю руку, то всегда почти слѣдуетъ предпочесть поворотъ на ножку.

Внутренній поворотъ при головномъ положеніи.

Условія и предварительныя подготовленія въ общемъ изложены были нами уже выше (стр. 194). По поводу условія, касающагося достаточной подвижности плода, мы должны здѣсь подчеркнуть въ особенности то обстоятельство, что для производства поворота головка обязательно должна стоять подвижно на тазѣ. Если она вколочена въ тазовой входъ или даже опустилась еще ниже, то о поворотѣ не можетъ быть и рѣчи (см. стр. 28, условія для наложенія щипцовъ). Въ этомъ случаѣ какъ поворотъ, такъ и наложеніе щипцовъ исключены. Если головка стоитъ подвижно надъ тазомъ, то поворотъ еще можетъ быть сдѣланъ, но щипцы противопоказаны; если головка вколочена, то щипцы могутъ быть наложены, но поворотъ невыполнимъ.

Если дѣло идетъ о поворотѣ при механическомъ препятствіи (узкій тазъ), то нужно изслѣдовать весьма тщательно, не произошло-ли уже значительное растяженіе шейки; въ этомъ случаѣ поворотъ, въ виду опасности разрыва матки, противопоказанъ.

Показанія для поворота при головномъ положеніи, какъ уже вкратцѣ упомянуто было на стр. 193, распадутся на двѣ группы:

I. II при головномъ положеніи, какъ и при поперечномъ, поворотъ можетъ быть показанъ въ качествѣ операціи, служащей для исправленія положенія. Это именно относится къ тому случаю, когда при данныхъ условіяхъ роды въ положеніи тазовымъ концомъ представляются болѣе выгодными, нежели въ головномъ положеніи.

Пояснимъ сказанное нѣсколькими примѣрами. Такъ, при лобномъ положеніи, въ случаѣ если головка стоитъ еще подвижно надъ тазомъ и зѣвъ раскрытъ, мы предпочтемъ создать положеніе тазовымъ концомъ путемъ поворота, такъ какъ лобное положеніе несравненно неблагоприятнѣе тазового.

Точно также поводъ къ операціи могутъ дать особенно неблагоприятныя вставленія головки при черепномъ положеніи, напримѣръ рѣзко вырженное задне-теменное вставленіе. Подъ задне-теменнымъ вставленіемъ разумѣютъ такое ненормальное членорасположеніе головки, при которомъ она обращена косо къ переднему плечу (боковое сгибаніе шейнаго позвоночника). При этомъ задняя теменная кость располагается на большомъ протяженіи; иногда удается прощупать здѣсь ухо этой стороны, отсюда и названіе задняго ушного положенія. Стрѣловидный шовъ прощупывается вблизи передней тазовой стѣнки. Если это членорасположеніе не исправляется (наложеніе брюшнаго пояса при отвисломъ животѣ) и если условія для поворота (подвижность головки, отсутствіе угрожающаго разрыва) имѣются на-лицо, то предпринимаютъ поворотъ для созданія тазового положенія.

Выпаденіе ручки рядомъ съ подвижно стоящею надъ тазомъ головкою, въ случаѣ невозможности прочнаго вправленія, равнымъ образомъ можетъ послужить показаніемъ къ повороту.

Особенно показуется поворотъ при узкомъ тазѣ, когда головка стоитъ еще подвижно надъ нимъ и когда даны и остальные условія къ этой операціи. Это такъ называемый профилактическій поворотъ при узкомъ (плоскомъ) тазѣ (см. стр. 116 и слѣд.). Если здѣсь условія для самопроизвольнаго прорѣзыванія головки неблагоприятны (выяые брюшныя покровы, недостаточно энергичная потужная дѣятельность, неблагоприятное вставленіе головки, повторнорожающая), то при наличности условій для поворота мы съ большой выгодой для акта родовъ можемъ предпринять поворотъ на ножку. Послѣдующая головка, благодаря своей формѣ, проходитъ чрезъ тазъ относительно легче, нежели предшествующая головка, тѣмъ болѣе, что въ нашемъ распоряженіи имѣются превосходные способы быстраго проведенія послѣдующей головки чрезъ тазъ (*Wigand, Veit*, см. стр. 166, 169 и слѣд.).

При этой группѣ показаній, при которой, стало быть, поворотъ принимается въ качествѣ операціи, исправляющей положеніе плода, производствомъ операціи показаніе и исчерпывается. Возстановленное ножное положеніе пользуется выжлательнью, какъ и ножное положеніе, существующее съ самаго начала. Только при наличности специальныхъ условий, напримѣръ ухудшенія сердечныхъ звуковъ плода, къ повороту безотлагательно присоединяють и производство извлеченія.

II. Вторая группа показаній къ повороту при головномъ положеніи создается необходимостью окончанія родовъ при подвижно стоящей надъ тазомъ головкѣ. Тамъ, гдѣ матери, или плоду, или той и другому грозитъ опасность, которая можетъ быть устранена или, по крайней мѣрѣ, уменьшена окончаніемъ родовъ, или тамъ, гдѣ наступленія подобной опасности можно ожидать несомнѣнно, тамъ именно и дано показаніе къ ускоренію родового акта. Если всѣ необходимыя условия имѣются налицо и если головка стоитъ въ прямомъ размѣрѣ выхода, то мы извлекаемъ ее щипцами. Показанія эти были подробно нами разсмотрѣны при описаніи показаній къ наложенію щипцовъ (см. стр. 31 и слѣд.). Но если головка стоитъ подвижно надъ тазомъ, то мы споспобствуемъ окончанію родового акта тѣмъ, что производимъ поворотъ на ножку и, пользуясь послѣднею, какъ рукояткою, присоединяемъ немедленно къ повороту извлеченіе. Здѣсь главною задачею нашею является извлеченіе, а поворотъ служитъ только средствомъ для достиженія этой цѣли. И такъ, при разсматриваемой группѣ показаній извлеченіе всегда непосредственно примыкаетъ къ повороту.

Какъ примѣръ такой группы показаній приведемъ слѣдующій. Маточный зѣвъ совершенно раскрытъ, головка стоитъ надъ тазомъ, пузырь разрывается. Мы предпринимаемъ изслѣдованіе непосредственно за разрывомъ пузыря и рядомъ съ подвижно стоящею въ тазовомъ входѣ головкою находимъ выпавшую петлю пуповины, пульсъ которой уже представляется неправильнымъ. Дальнѣйшее поступательное движеніе головки поведетъ къ прижатію пуповины къ тазовой стѣнкѣ, и плоду грозитъ гибель, развѣ только онъ прорѣжется очень быстро. Правда, мы могли бы попытаться отодвинуть пуповину назадъ, мимо головки, но такъ какъ пульсъ обнаруживаетъ уже разстройство, то правильнѣе будетъ отвратить опасность отъ плода поворотомъ и немедленнымъ извлеченіемъ.

Примѣромъ опасности для матери, стало быть опять-таки показаніемъ къ окончанію родового акта, можетъ служить, положимъ, тяжелая эклампсія (см. стр. 32). Чѣмъ раньше окончиваются роды, тѣмъ шансы для матери лучше. Если мы являемся къ роженицѣ въ такое время, когда зѣвъ совершенно изглаженъ и головка стоитъ подвижно надъ тазомъ, то мы заканчиваемъ роды поворотомъ и извлеченіемъ.

Другой примѣръ. Сильное кровотеченіе, обусловленное преждевременнымъ отдѣленіемъ (нормально прикрѣпленнаго) послѣда, можетъ угрожать матери очень большою опасностью. Окончаніе родового акта приводитъ

къ сильному сокращенію матки, а, стало быть, и къ остановкѣ кровото-
чения на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда.

Въ видѣ совершенно исключительныхъ случаевъ поворотъ и непосред-
ственно слѣдующее за нимъ извлеченіе могутъ представить собою *ultimum*
refugium тамъ, гдѣ вывести подлежащую прободенную головку не удастся
(см. отдѣлъ IV, перфорация).

Съ особымъ показаніемъ для поворота при головномъ положеніи мы
можемъ встрѣтиться въ нѣкоторыхъ случаяхъ предлежанія послѣда. Пред-



Рис. 94. Поворотъ при головномъ положеніи. Внутрен-
няя рука, отгнѣснвъ головку нѣсколько вверхъ и въ
сторону спинки, направляется вверхъ, тогда какъ на-
ружная рука отдавливаетъ внизъ ягодицы. $\frac{1}{4}$ натур-
величины.

дѣлившуюся часть послѣда, служащую источникомъ кровотечения, къ
стѣнкѣ таза, и этимъ путемъ остановить кровотеченіе (подробности о
предлежаніи послѣда см. ниже въ отдѣлѣ IX).

Это показаніе можно, впрочемъ, включить и въ первую группу, такъ
какъ и здѣсь создаваемое нами ножное положеніе является для данного

ставимъ себѣ, напри-
мѣръ, что маточный
зѣвъ широко раскрытъ,
на одной сторонѣ на-
ходится плацентарная
ткань, на другой— глад-
кія яйцевыя оболочки
и головка стоитъ надъ
тазомъ подвижно; въ
такомъ случаѣ мы преж-
де всего разрываемъ
пузырь. Если вельдъ
засимъ головка опус-
кается, то, прижимая
послѣдъ къ стѣнкѣ ро-
догового канала, она
останавливаетъ крово-
теченіе, и дальнѣйшій
родовой актъ можетъ
последовать собствен-
ными силами природы.
Если же послѣ разрыва
пузыря головка остается
подвижною надъ тазомъ,
и кровотеченіе продол-
жается, то мы имѣемъ
возможность путемъ по-
ворота на ножку низ-
вести ягодицы глубоко
въ тазъ, такъ что эти
послѣднія прижмутъ от-

случая болѣе благопріятнымъ, и, стало быть, мы и здѣсь предпринимаемъ поворотъ съ цѣлью исправленія положенія плода.

Впрочемъ, и въ данномъ случаѣ, несмотря на значительное раскрытіе зѣва, болѣею частью болѣе цѣлесообразно будетъ предпринять поворотъ, не входя въ матку всюю рукою (см. слѣдующую главу, поворотъ по *Braxton Hicks'y*).

Къ производству поворота при головномъ положеніи приложимы въ общемъ правила, приведенныя выше на стр. 195 и 204. Такимъ образомъ



Рис. 95. Поворотъ при головномъ положеніи. Внутренняя рука захватила переднюю голень и тянетъ ножку внизъ, тогда какъ наружная отодвигаетъ вверхъ головку $\frac{1}{4}$ натур. величины.

мы и здѣсь входимъ во влагалище рукою, противолѣжащею ножкамъ, т. е. при I положеніи — лѣвою, при II — правою. Но въ то время, какъ при поперечномъ положеніи выборъ руки имѣетъ не столь большое значеніе, здѣсь выполнение операціи несоответственною рукою является очень неудобнымъ; стало быть, въ случаѣ, если, благодаря діагностической ошибкѣ, введена невѣрная рука, то лучше всего вывести ее обратно, замѣнивъ надеждящею.

Поворотъ производится на *переднюю ножку*. Одна рука входитъ въ матку, другая фиксируетъ послѣднюю снаружи. Прежде всего первая рука осторожно оттъсняетъ головку нѣсколько кверху отъ тазового входа и по направленію къ спинкѣ плода. Затрудненія въ поворотѣ плода часто

обусловливаются тѣмъ, что врачъ, пренебрегая этимъ предписаніемъ, сразу же спѣшить добраться до ножки. При названномъ оттѣсненіи головки наружная рука должна оказывать свое содѣйствіе. Засимъ внутренняя рука продвигается вверхъ по личику плода, стараясь при этомъ держаться не слишкомъ близко къ передней стѣнкѣ матки (рис. 94). Иногда она находитъ ножку уже подлѣ личика, такъ что ей незачѣмъ идти выше. Если же ножка согнута въ колѣнѣ, то рука должна дойти до этого мѣста и разогнуть голень. Нужно тщательно остерегаться смѣшенія локтевого сгиба съ колѣннымъ, чтобы такимъ образомъ не захватить, вмѣсто ножки, ручки. Особенное вниманіе слѣдуетъ обращать на пуповину, во избѣжаніе прижатія ея или даже совмѣстнаго захватыванія съ ножкою. Мы беремъ стопу въ ладонь или, направляясь выше, захватываемъ голень всею рукою, такъ чтобы большой палецъ находился у голеностопнаго сустава.

Наружная рука, до того лежавшая на днѣ матки и облегчавшая достиженіе ножки отдавливаніемъ ея навстрѣчу внутренней рукѣ, переходитъ теперь къ головкѣ и оттѣсняетъ ее вверхъ, тогда какъ внутренняя рука сводитъ ножку по брюшной и грудной поверхности плода (рис. 95); послѣ того какъ головка отклонилась нѣсколько вверхъ, наружная рука содѣйствуетъ повороту, отдавливая ягодицы внизъ; иногда она попеременно повторяетъ оттѣсненіе головки вверхъ, а ягодицъ внизъ. Какъ скоро колѣно находится впереди половой расщелины, поворотъ законченъ.

Поворотъ по Braxton Hicks'у.

Описываемый здѣсь видъ поворота носить въ учебникахъ названіе *комбинированнаго поворота*, такъ какъ при немъ обязательно содѣйствіе наружно манипулирующей руки. Принимая, однако, во вниманіе, что наружная рука должна помогать при всякомъ внутреннемъ поворотѣ, что, стало быть, *всякій внутренней поворотъ долженъ быть комбинированнымъ*, мы, какъ уже замѣчено было на стр. 191, полагаемъ, что выборъ такого выраженія для спеціально здѣсь разсматриваемаго способа нельзя признать удачнымъ. Такое обозначеніе можетъ породить ошибочное мнѣніе, будто при внутреннемъ поворотѣ одновременныя манипуляціи обѣими руками не необходимы. Въ виду этого, мы называемъ эту операцію не комбинированнымъ поворотомъ, а *поворотомъ по Braxton Hicks'у*, т. е. по имени того, кто ее главнымъ образомъ и рекомендовалъ. Правда, уже и раньше нѣкоторые другіе авторы (напр. *Hohl*) предлагали аналогичные способы, тѣмъ не менѣе мы все-таки называемъ ее по имени *Braxton Hicks'a*, который преимущественно содѣйствовалъ введенію операціи во всеобщее употребленіе. Въ выборѣ этого обозначенія мы руководимся желаніемъ не столько почтить автора, сколько дать терминъ, исключаящій возможность заблужденій ¹⁾.

¹⁾ Употребляемые некоторыми авторами выраженія «комбинированный внутренний поворотъ» для внутреннего поворота и «комбинированный наружный поворотъ» для поворота по *Braxton Hicks'у* отнюдь не достигаютъ цѣли, такъ какъ, содержа въ

Особенность поворота по *Braxton Hicks*'у заключается въ томъ, что въ матку вводится не вся рука, какъ при внутреннемъ поворотѣ, а только нѣсколько пальцевъ, по большей части—два. Во влагалище мы входимъ всею рукою, но въ зѣвъ проникаютъ обыкновенно только указательнымъ и среднимъ пальцами. Эти послѣдніе, при содѣйствіи наружной руки, стало быть путемъ комбинированнаго оперирования, стараются захватить ножку и, повернувъ плодъ, вывести его настолько, чтобы дѣтскія ягодицы вступили въ тазъ.

Здѣсь рѣчь можетъ идти: 1) о поворотѣ при поперечномъ положеніи, и притомъ а) на головку, б) на ножку, и 2) о поворотѣ на ножку при головномъ положеніи.

Показанія суть слѣдующія. При поперечныхъ положеніяхъ мы, какъ уже говорилось неоднократно, пытаемся сдѣлать наружный поворотъ въ періодъ раскрытія, пока пузырь еще стоитъ, при мало изглаженномъ зѣвѣ. Если попытка эта не удастся, то мы выжидаемъ полного расширенія зѣва, и тогда въ случаѣ, если не отдается предпочтеніе внутреннему повороту, предпринимаемъ вторично наружный поворотъ съ вставленіемъ головки (разрывъ пузыря). Нѣкоторые авторы совѣтуютъ производить такое вставленіе головки *при стоящемъ пузырь* даже при мало расширенномъ зѣвѣ, когда могутъ проникнуть только два пальца, другими словами — примѣнять способъ, которому посвящена настоящая глава. Мы лично этого не дѣлаемъ и совѣтуемъ избѣгать преждевременнаго разрыва пузыря, выжидая полного изглаживанія зѣва. Въ этомъ случаѣ вставленіе головки, если оно не удастся одними наружными приѣмами, можетъ еще быть достигнуто при содѣйствіи внутреннихъ пальцевъ.

Если въ раннемъ періодѣ родовъ при стоящемъ пузырьѣ имѣется настоящее показаніе къ ускоренію родового акта, то при примѣненіи способа *Braxton Hicks*'а лучше поворачивать на ножку (см. ниже), имѣя въ виду, что вообще поворотъ на головку при поперечномъ положеніи представляется умѣстнымъ лишь въ опредѣленныхъ случаяхъ (см. наружный поворотъ).

Но если при мало раскрытомъ зѣвѣ пузырь лопнулъ преждевременно, то при этихъ условіяхъ—мы оставляемъ въ сторонѣ примѣненіе кольциринтера (см. стр. 189)—нельзя уже выждать полного раскрытія зѣва, но нужно предпринять поворотъ на ножку, притомъ по способу *Braxton Hicks*'а, уже и тогда, когда шейка пропускаетъ всего два пальца.

Однако даже и въ томъ случаѣ, когда мы производимъ поворотъ на ножку при изглаженномъ зѣвѣ, допускающемъ введеніе всей руки, будетъ-ли то при поперечномъ положеніи или при головномъ, разъ

самихъ себѣ противорѣчіе, они только умножаютъ путаницу. Въ лучшемъ случаѣ слѣдовало бы говорить о «комбинированномъ, по преимуществу внутреннемъ поворотѣ» и «комбинированномъ, по преимуществу наружномъ поворотѣ». Но я не рекомендовалъ бы и этихъ обозначеній. «Комбинированный наружный поворотъ» могли бы вѣдь принять за ту операцію, которую мы называемъ «наружнымъ поворотомъ», ибо и при послѣднемъ необходимо манипулировать одновременно обѣими руками

плодь очень подвиженъ (еще стоящій или разорвавшійся лишь незадолго предъ тѣмъ пузырь), будетъ весьма цѣлесообразно не входить въ матку всею рукою, но испытать сперва, не удастся-ли выполнить поворотъ при введеніи лишь 2, 3 или 4 пальцевъ, пользуясь способомъ *Braxton Hicks'a*, такъ какъ это, во всякомъ случаѣ, представитъ менѣе значительный оперативный приемъ. Въ особенности такой способъ является умѣстнымъ тамъ, гдѣ еще сохранилась кайма зѣва, а мы между тѣмъ не можемъ дольше медлить съ поворотомъ, или при предлежаніи послѣда, стало быть, когда грозитъ опасность, что введеніе всей руки можетъ повлечь за собою поврежденіе.

Если при поперечномъ положеніи съ момента излитія плодныхъ водъ прошло уже довольно много времени, то введеніе руки для производства поворота можетъ быть крайне затруднено (см. слѣдующую главу о трудномъ поворотѣ). Если въ подобномъ случаѣ вообще еще дозволительна попытка поворота, то рекомендуется, по меньшей мѣрѣ, попытаться, не удастся-ли достигнуть ножки, не вводя всей руки, объемъ которой значительно увеличилъ бы содержаніе матки. Тамъ, гдѣ случайно одна изъ ножекъ находится по близости зѣва, удастся иногда захватить ее нѣсколькими введенными пальцами. Но даже и въ противномъ случаѣ попытка поворота плода должна, во избѣжаніе разрыва матки, предприниматься лишь съ крайнею осторожностью.

Далѣе, способъ *Braxton Hicks'a* рекомендовался съ цѣлью содѣйствовать ускоренію медленно протекающаго родового акта. Если, напримѣръ, при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ расшареніе шейки происходитъ очень медленно, въ особенности если головка, по причинѣ узкаго таза, не опускается ниже и шейка не изглаживается, то производство поворота по *Braxton-Hicks'у* можетъ дать очень хорошіе результаты (*Fehling*). Выведенныя въ шейку ягодицы, иногда при содѣйствіи легкаго потягиванія за ножку, возбуждаютъ потужную дѣятельность, обусловяютъ болѣе быстрое изглаженіе зѣва и сдѣлаютъ возможнымъ болѣе быстрое окончаніе родовъ. Но такое примѣненіе описываемаго способа является умѣстнымъ лишь въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ, такъ какъ плодь подвергается при этомъ чрезчуръ большой опасности. Современные методы внутриматочнаго леченія баллономъ (см. отдѣлъ V, искусственные преждевременные роды) вытѣснили способъ *Braxton Hicks'a* тамъ, гдѣ дѣло идетъ объ ускореніи медленно протекающаго родового акта.

Возможно скорѣйшее окончаніе родового акта можетъ представиться желательнымъ также уже въ періодъ раскрытія при наличности специальной опасности (въ особенности для матери), напримѣръ при преждевременномъ отдѣленіи (нормально прикрѣпленнаго) послѣда. Полная остановка кровотеченія возможна лишь тогда, когда по опороженіи матки стѣнки ея имѣютъ возможность энергично сокращаться. Если въ подобномъ случаѣ шейка проходима для двухъ пальцевъ, то дѣлаютъ поворотъ по *Braxton Hicks'у* и медленнымъ потягиваніемъ за ножку достигаютъ

быстраго расширенія шейки, а съ тѣмъ вмѣстѣ и возможности окончанія родовъ.

Наиболѣе важнымъ показаніемъ для поворота по *Braxton Hicks*'у являются *известные* случаи предлежанія послѣда. Говорю умышленно „известные“, ибо было бы отнюдь ошибочно утверждать, что при предлежаніи послѣда нужно по возможности поворачивать плодъ по *Braxton Hicks*'у. При описаніи предлежанія послѣда (см. отдѣлъ IX) мы еще подробнѣе коснемся этого вопроса, здѣсь же замѣтимъ только слѣдующее.

Если при шейкѣ, проходимой для двухъ пальцевъ, сильно кровоточитъ мѣсто маточной стѣнки, отъ котораго отдѣлилась часть предлежащаго послѣда, если и всякія другія средства для остановки кровотеченія либо неумѣстны, либо тщетно испытаны, то нужно войти по *Braxton Hicks*'у двумя пальцами въ полость яйца, всего лучше сбоку отъ послѣда, но при необходимости также и черезъ средину его, захватить ножку и, повернувъ плодъ, вытянуть ее. Низведенныя ягодицы прижимаютъ кровоточащую маточную стѣнку къ родовому каналу и тѣмъ самымъ останавливаютъ кровотеченіе.

Иногда послѣднее прекращается лишь послѣ потягиванія за ножку, но такое потягиваніе нужно

продолжать именно настолько, насколько это требуется для остановки кровотеченія. Присоединяя извлеченіе непосредственно къ повороту при еще недостаточно расширенной шейкѣ, мы рискуемъ надрывомъ ее съ опаснѣйшимъ кровотеченіемъ.



Рис. 26. Поворотъ по *Braxton Hicks*'у при головномъ положеніи. Одна рука лежитъ во влагалищѣ, указательный и средній пальцы проникли черезъ зѣвъ и отъвѣняютъ головку въ сторону спинки, тогда какъ наружная рука отдавливаетъ ягодицы внизъ.
 $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Производство операции менее трудно, чѣмъ это, быть можетъ, можно было бы предположить. Оно уже потому относительно легко, что мы въ большинствѣ случаевъ предпринимаемъ операцию въ раннемъ періодѣ родовъ, часто при еще стоящемъ пузырьѣ или непосредственно за его разрывомъ, стало быть при очень подвижномъ плодѣ. Эта большая подвижность плода, равно какъ и возможность явственно прощупать снаружи



Рис. 97. Поворотъ по *Braxton Hicks*'у при поперечномъ положеніи. Одна рука лежитъ во влагалищѣ; указательный и средній пальцы проникли въ зѣвъ и отгвѣняютъ плечико въ сторону головки; наружная рука отдавливаетъ внизъ ягодицы. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

дѣтскія части, являются обязательными условиями для операции. Перейдемъ теперь къ изложенію самой техники ея.

Поворотъ на головку при поперечномъ положеніи.

Простое положеніе на спинѣ можетъ оказаться достаточнымъ для этой операции, хотя поперечная кровать заслуживаетъ предпочтенія. Послѣ того какъ головка путемъ наружныхъ ручныхъ приѣмовъ приведена возможно ближе къ тазовому входу, одна рука входитъ во влагалище (здѣсь часто вполне достаточно ввести 4 пальца или даже только 2) и изслѣдуетъ, достижима-ли головка. Какъ скоро теперь другой, наружной рукѣ удастся установить головку надъ тазовымъ входомъ (ассистентъ отдавливаетъ при этомъ ягодицы въ дно матки), разрываютъ пузырь пальцами; растираніемъ матки стараются вызвать

потуги, а наружнымъ давленіемъ содѣйствуютъ вступленію головки въ тазъ. Послѣ этого роженицу укладываютъ на ту сторону, гдѣ прежде стояла головка.

Если наружное воздѣйствіе на плодъ удастся не настолько, чтобы пальцы руки, оперирующей внутри, могли сразу добраться до головки и если тѣмъ не менѣе все-таки хотятъ сдѣлать поворотъ на головку, то

приходится ввести во влагалище всю руку (по большей части подъ наркозомъ). Выбираютъ руку, противоположащую сторонѣ головки, стало быть при I поперечномъ положеніи—правую. Указательный и средній пальцы проникаютъ въ матку и стараются толкающими движеніями подвинуть предлежащую часть (боковой край, плечико) въ сторону ягодицъ, въ то время какъ другая, наружная рука одновременно пытается установить головку надъ тазомъ. Если внутренніе пальцы протыкаютъ головку, то дальше поступаютъ такъ, какъ описано было уже выше. Это и есть тотъ приемъ, который описанъ былъ *Hohl*'емъ подъ именемъ вставленія головки. Какъ уже упомянуто было выше, мы рекомендуемъ его только для извѣстныхъ случаевъ и притомъ большею частью лишь при полномъ раскрытіи зѣва.

Переходимъ теперь къ *повороту на ножку при поперечномъ или головномъ положеніи*, т. е. къ той операціи, при которой способъ *Braxton Hicks*'а почти исключительно и находитъ себѣ примѣненіе.

Возвышенное положеніе роженицы, поперечная кровать. Наркозъ необходимъ. Во влагалище входятъ тою же рукою, какая вводится въ соответственномъ случаѣ для внутренняго поворота, стало быть, на примѣръ, при I поперечномъ и I головномъ положеніи—лѣвою. Во влагалище вводится вся рука. Наружная рука лежитъ на днѣ матки, въ то время какъ указательный и средній пальцы внутренней руки направляются въ зѣвъ. Если ширина канала шейки дозволяетъ, то можно провести вверхъ даже три или четыре пальца. Эти внутренніе пальцы оттѣсняютъ предлежащую часть, при головномъ положеніи—головку, въ сторону спинки (рис. 96), при поперечномъ положеніи—плечико, въ сторону головки (рис. 97). При содѣйствіи наружной руки, которая попеременно то отдавливаетъ ягодицы внизъ, то приподнимаетъ головку вверхъ, оттѣсненіе предлежащей части внутреннею рукою продолжается до тѣхъ поръ, пока ножка не станетъ достижимою для пальцевъ. Если плодъ лежитъ поперечно, то часто колѣно находится такъ близко отъ зѣва, что пальцы могутъ легко захватить его и разогнуть ножку. Если же пальцы не могутъ добраться до ножки, то поворачиваніе плода продолжается до тѣхъ поръ, пока ягодицы не станутъ надъ тазомъ. Въ томъ случаѣ, когда ножки оказываются тогда запрокинутыми вверхъ, оттѣсняютъ ягодицы еще дальше въ сторону и поворачиваютъ плодъ такимъ образомъ, чтобы брюшная поверхность его обращена была внизъ; послѣ того ножки большею частью оказываются вблизи зѣва (*Kaltenbach*). Въ случаѣ оперированія при еще стоящемъ пузырьѣ пытаются сохранить его до тѣхъ поръ, пока ножка не очутится подлѣ зѣва, разрывая его лишь послѣ того, съ цѣлью имѣть возможность захватить ножку непосредственно. Пальцы кладутся крючкообразно надъ лодыжками и, пользуясь непрерывнымъ содѣйствіемъ наружной руки, вытягиваютъ ножку, верхушкою стопы впередъ, черезъ каналъ шейки во влагалище и черезъ половую расщелину.

Если въ одномъ изъ приведенныхъ нами случаевъ встрѣчаются съ

тазовымъ положеніемъ, то приходится предпринимать не поворотъ, но только низведеніе ножки.

Трудный поворотъ.

До сихъ поръ при изложеніи поворота мы предполагали, что операціи не противопоставляются значительныя затрудненія, что въ особенности плодъ не охватывается чрезчуръ тѣсно маточною стѣнкою и что онъ въ маткѣ достаточно подвиженъ. Чѣмъ больше времени протекло съ момента разрыва пузыря до того момента, когда приходится предпринимать поворотъ, тѣмъ неблагоприятѣе складываются условія для этой операціи. Чѣмъ больше излилось плодныхъ водъ, тѣмъ тѣснѣе матка обхватываетъ плодъ. Засимъ потужная дѣятельность при задержанномъ подѣ влияніемъ механическаго препятствія (поперечное положеніе, узкій тазъ при головномъ положеніи) поступательномъ движеніи становится все болѣе и болѣе бурною, а подѣ конецъ ненормальною, судорожною. Плоду угрожаетъ значительная опасность: уменьшеніе мѣста прикрѣпленія послѣда, обусловленное уменьшеніемъ всей матки послѣ излитія большого количества плодныхъ водъ, ограничиваетъ обмѣнъ веществъ между матерью и плодомъ. Если засимъ матка расслабляется недостаточно, если она приходитъ въ состояніе непрерывнаго сокращенія (судорожныя потуги), то обмѣнъ веществъ затрудняется въ еще большей степени. Къ тому же, когда въ дальнѣйшемъ растяженіе шейки становится значительнымъ, то при попыткѣ произвести внутренней поворотъ увеличеніе содержанія матки, вызванное введеніемъ нашей руки, грозитъ разрывомъ органа. Между тѣми случаями, гдѣ поворотъ выполнимъ легко, и тѣми, гдѣ онъ, по причинѣ грозящаго разрыва матки, противопоказанъ, существуютъ всевозможныя переходныя степени. Въ иныхъ случаяхъ бываетъ затруднительно рѣшить, возможно-ли еще предпринять поворотъ. Если плодъ уже мертвъ, то лучше отказаться отъ опасной попытки поворота и предпринять эмбриотомію (см. отдѣлъ IV). Если же плодъ живъ, то необходимо предварительно тщательно взвѣсить, насколько еще дозволительна попытка поворота.

Въ нижеслѣдующемъ изложеніи мы рассмотримъ трудности, встрѣчаемыя поворотомъ, и средства для устраненія ихъ, причѣмъ мы должны различать:

- 1) затрудненія, противопоставляемыя введенію руки въ матку и захватыванію ножекъ, и
- 2) затрудненія, встрѣчающіяся послѣ захватыванія ножекъ.

I. Затрудненное введеніе руки и затрудненное захватываніе ножекъ.

Уже *введеніе руки во влагалище* можетъ натолкнуться на препятствія. Если половая расщелина узка и не особенно растяжима (пожилыя первороженницы), то при введеніи руки требуется особая осторожность. Половая расщелина должна быть растягиваема медленно, постепеннымъ продвиганіемъ пальцевъ, а не быстрымъ и одновременнымъ введеніемъ

всѣхъ пальцевъ. Поспѣшность и стремительность поведутъ къ поврежденіямъ, которыя, въ особенности при локализаци на передней окружности половой расщелины, могутъ дать довольно значительныя кровотеченія. Если оказывается, что введеніе пальцевъ невозможно безъ нарушенія цѣлости, то предпринимаютъ боковые надрѣзы (эпизиотомія, см. стр. 65). Тамъ, гдѣ препятствіемъ является сильное отечное припуханіе частей, умѣстны насѣчки (скарификація).

Далѣе, введеніе руки можетъ быть затруднено выпавшею и сильно припухшею ручкою; придерживая ее впереди, въ углу лоннаго соединенія, удастся пройти вверхъ сзади нея. Вылущить въ плечевомъ сочлененіи мѣшающую ручку было бы при живомъ плодѣ врачебною погрѣшностью, да оно и не представляется необходимымъ и при несомнѣнно погибшемъ плодѣ. Отрѣзывая ручку, мы лишаемъ себя существенной помощи при извлеченіи раздробленнаго плода.

Если имѣется *судорожное сокращеніе матки* и если *введеніе руки въ матку* затруднено обхватываніемъ плода стѣнками послѣдней, то нужно прежде всего установить, не существуетъ-ли уже угрожающее опасностью растяженіе шейки. При отсутствіи такого растяженія, стало быть при отсутствіи необходимости немедленнаго производства эмбриотоміи, мы должны попытаться достигнуть расслабленія маточной мускулатуры.

Судорожное сокращеніе матки не только происходитъ самопроизвольно, вслѣдствіе существующаго препятствія, но можетъ быть и результатомъ нецѣлесообразнаго пользованія родового акта. Такъ, напримѣръ, роженица могла получать неправильно спорынью. Случается, что врачи прописываютъ *Secalae cornutum* заочно, только на основаніи одного заявленія, что роды не подвигаются впередъ. Подобное назначеніе спорыньи *par distance* несомнѣнно является врачебною погрѣшностью. Повивальныя бабки равнымъ образомъ многократно злоупотребляютъ назначеніемъ маточныхъ рожковъ (потужные порошки). Дѣло въ томъ, что дѣйствіе спорыньи не можетъ быть рассчитано напередъ съ увѣренностью, и вмѣсто усиленія потугъ можетъ получиться непрерывное сокращеніе (судорожныя схватки), которое угрожаетъ опасностью жизни ребенка и тормозитъ теченіе родовъ.

Судорожныя потуги происходятъ также и въ томъ случаѣ, когда матку малтретируютъ черезчуръ частымъ изслѣдованіемъ, вытяженіемъ зѣва или безуспѣшными попытками родоразрѣшенія.

Если насъ приглашаютъ въ подобнаго рода случаѣ, то иногда самое правильное—при отсутствіи сильнаго растяженія шейки, требующаго немедленнаго оперативнаго вмѣшательства — на время воздержаться отъ всякаго активнаго содѣйствія родамъ, съ цѣлью дать отдыхъ роженицѣ и маткѣ. Этою паузою мы можемъ воспользоваться, чтобы примѣнить средства, могущія унять судорожныя сокращенія матки.

На первомъ планѣ въ этомъ отношеніи стоитъ накладываніе компрессовъ на матку (*Priessnitz*'овскія обертыванія или тепловлажныя

компрессы), которые могут оказать благоприятное влияние на урегулирование потужной деятельности. Довольно хорошо действует также теплая ванна, и потому, если ее легко приготовить, то не следует упускать пользования ею.

Но наиболее ценную помощь имеем мы в наркотических средствах. Всего лучше действует сочетанный наркоз морфием, атропином и хлороформом. В нашем наборе мы всегда имеем раствор следующего состава:

Rr. Morphii muriat. 0,1
Atropini sulfuric. 0,01
Aq. dest. 10,0.
MDS. Для подкожного введения.

Из этого раствора мы выеживаем $\frac{1}{2}$ — 1 Правацовой шприц, следовательно до 1 цгрм. морфия и до 1 млгрм. атропина. Как скоро это впрыскивание поддествовало через 10—15 минут, мы приступаем къ хлороформному наркозу, послѣ котораго судорожныя сокращенія нерѣдко ослабѣваютъ настолько, что возможно ввести руку въ матку.

Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ введеніе руки воспрепятствовано тѣснымъ обхватываніемъ плода маткою, *необходимо всегда считаться съ опасностью разрыва матки.*

Никогда не слѣдуетъ приступать къ операци *раньше, чѣмъ не будетъ поставленъ вполне точно диагнозъ даннаго случая.* Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ предварительно сообщить окружающимъ предсказаніе.

Ни въ какомъ случаѣ не должно быть дозволено устранять препятствіе насильственными мѣрами; напротивъ, нужно попытаться придти къ плѣи самымъ осторожнымъ и медленнымъ путемъ, *отказываясь отъ поворота, какъ скоро опасность разрыва неизбежна.*

Говоря въ нижеслѣдующемъ о затрудненіяхъ, противопоставляемыхъ захватыванію ножки, мы имеемъ въ виду главнымъ образомъ поворотъ при поперечномъ положеніи.

Если плечико сильно вколочено въ тазъ, то нужно тщательно взвѣснить, позволительно-ли еще производство поворота. Попытка оттѣсненія плечика вверхъ должна быть предпринимаема очень осторожно, при надлежащей фиксаціи матки снаружи. Какъ скоро плечико вколочено настолько сильно, что оттѣсненіе его безъ опасности разрыва уже немислимо, выполненіе поворота никакимъ образомъ не разрѣшается, и вступаютъ въ свои права эмбриотомія, развѣ только способъ самоизворота подвинулся настолько, что можно оказать ему содѣйствіе. Такъ какъ въ такихъ случаяхъ плодъ оказывается почти всегда уже умершимъ, то показаніе къ раздробленію, само собою разумѣется, въ значительной степени облегчается. Въ случаяхъ, такъ сказать, стоящихъ на рубежѣ, попытка поворота, какъ мы уже говорили выше (см. стр. 190), разрѣшается *только при живомъ плодѣ.*

Въ этихъ трудныхъ случаяхъ всегда избираютъ непосредственный путь къ ножкамъ, т. е. путь по грудной и брюшной поверхности плода. Само собою разумѣется, что для того, чтобы возможно было сразу пойти по этому прямому пути, необходимо предварительно вполне точно диагностировать положеніе.

Въ этомъ случаѣ мы всегда стараемся *сразу же захватить обѣ ножки* плода, слѣдуя въ точности вышеприведеннымъ правиламъ отно-

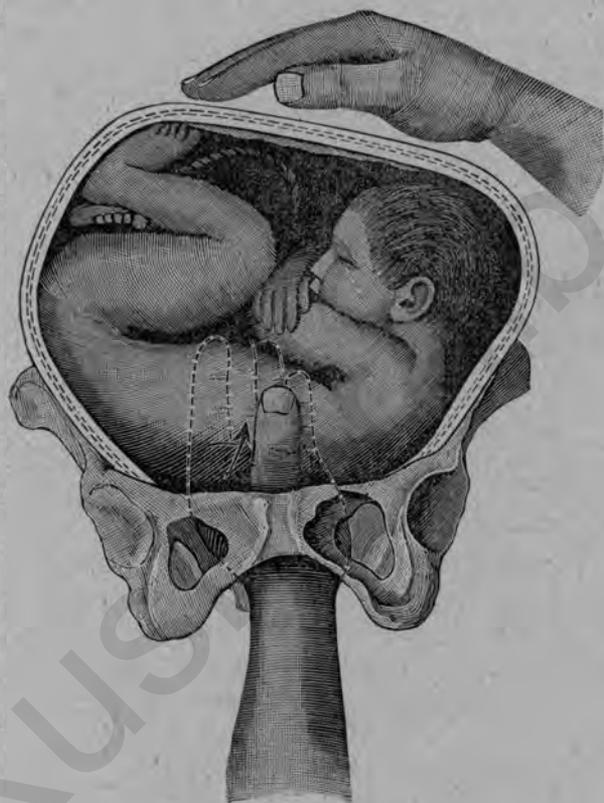


Рис. 98. Поперечное положеніе, спинка обращена прямо внизъ. Поворотъ плода около его продольной оси по *Deutsch'y*, съ целью привести внизъ брюшную поверхность или, по крайней мѣрѣ, боковой край. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

сительно соучастія наружной руки. Какъ-разъ въ этихъ трудныхъ случаяхъ особенно важно, чтобы наружная рука хорошо фиксировала матку; если такой фиксаціи не происходитъ, то рука отодвигаетъ плодъ, а съ нимъ вмѣстѣ и тѣсно прилегающую къ нему матку, черезчуръ сильно вверхъ, усиливаетъ и безъ того существующее уже растяженіе шейки, и въ результатъ получается разрывъ матки. Наружная рука должна направлять область ножекъ навстрѣчу внутренней. Засимъ не нужно забывать, что пальцы, приведенные возможно ближе другъ къ другу, должны своими ладонными поверхностями все время находиться въ тѣснѣйшемъ соприкосновеніи съ тѣломъ плода.

Иногда въ случаяхъ, въ которыхъ введеніе всей руки представляется затруднительнымъ или опаснымъ, можно попытаться достигнуть ножки, не входя въ матку всею рукою (см. выше, поворотъ по *Braxton Hicks*'у на стр. 214).

Случается, что поперечно лежащій плодъ помѣщается такъ, что прямо внизъ обращенъ не боковой его край, но широкая поверхность спинки. При такихъ условіяхъ можетъ быть затруднительно добраться до ножки какъ вдоль боковой поверхности, такъ и непосредственно по брюшной поверхности. Тогда прибѣгаютъ къ способу *Deutsch*'а, состоящему въ томъ, что плодъ поворачиваютъ вокругъ его продольной оси такимъ образомъ, чтобы брюшная поверхность его пришла внизъ. Для этой цѣли обхватываютъ плодъ вилообразно (рис. 98), помѣщая большой палецъ спереди, а четыре остальныхъ сзади, и стараются постепенно произвести поворотъ въ указанномъ направленіи. Правда, способъ этотъ можетъ быть выполненъ съ успѣхомъ только тогда, когда плодъ еще достаточно подвиженъ, а при такихъ условіяхъ можно, конечно, придти къ цѣли, и не прибѣгая къ этому способу. Но, во всякомъ случаѣ, выгодно быть знакомымъ съ нимъ, чтобы имѣть возможность примѣнить его въ подходящемъ случаѣ.

Бываетъ также, что поперечно лежащій плодъ однимъ своимъ боковымъ краемъ сильно вколоченъ въ томъ же косомъ размѣрѣ, въ которомъ рука намѣревается пройти къ ножкѣ. Если, напримѣръ, при поперечномъ положеніи Ia правая сторона плода вколочена въ первомъ косомъ размѣрѣ, стало быть слѣва и спереди вправо и назадъ, то вводимая лѣвая рука съ трудомъ сможетъ добраться до ножки. Въ такомъ случаѣ умѣстна ведущая часто быстро къ цѣли перемѣна руки, говоря иначе — *производство поворота ненадлежащею рукою*. Эта другая рука, въ нашемъ случаѣ — правая, направляется по грудной поверхности плода впереди лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія и захватываетъ безъ труда ножку.

Мѣнять руку приходится иногда при трудныхъ поворотахъ также по причинѣ утомленія руки. Выше мы уже говорили о томъ, что при поперечныхъ положеніяхъ мы отнюдь не связаны въ выборѣ обязательно извѣстной руки.

II. Затрудненный поворотъ.

Когда мы добрались до ножки и пытаемся теперь, вытянувъ ее внизъ, повернуть плодъ, находящійся въ поперечномъ или головномъ положеніи, на тазовой конецъ, то могутъ встрѣтиться препятствія къ завершенію поворота. Намъ удастся привести ножку во влагалище, даже въ половую расщелину, но дальнѣйшее низведеніе терпитъ фіаско, и притомъ именно потому, что плодъ повернуть еще недостаточно. Часть плода, лежавшая въ началѣ операци у тазового входа (плечико, головка), *еще не отклонилась вверхъ*; мы знаемъ, что поворотъ можетъ счи-

таться законченнымъ только тогда, когда коленно находится впереди половой расщелины, когда, слѣдовательно, ягодицы помѣщаются въ тазу.

Это затрудненіе встрѣчается особенно въ томъ случаѣ, когда предпринимаютъ поворотъ при головномъ положеніи. Причина заключается нерѣдко въ томъ, что внутренняя рука, передъ тѣмъ, какъ направиться въ маткѣ выше, не оттѣснила, при содѣйствіи наружной руки, подлежащую часть (головку) вверхъ и въ сторону (въ направленіи спинки), далѣе въ томъ обстоятельствѣ,

что производилось преждевременное потягиваніе за ножку, прежде чѣмъ наружная рука начала отклонять головку вверхъ. При поперечномъ положеніи окончаніе поворота можетъ сдѣлаться невозможнымъ также благодаря перекручиванію плода вокругъ продольной оси, вслѣдствіе неправильнаго выполнения операціи [верхняя ножка при задне-спинномъ поперечномъ положеніи съ выпаденіемъ ручки (см. рис. 91), низведеніе ножки по спинкѣ!]. Въ послѣднихъ случаяхъ часто не остается ничего иного, какъ прибѣгнуть къ раздробленію плода.

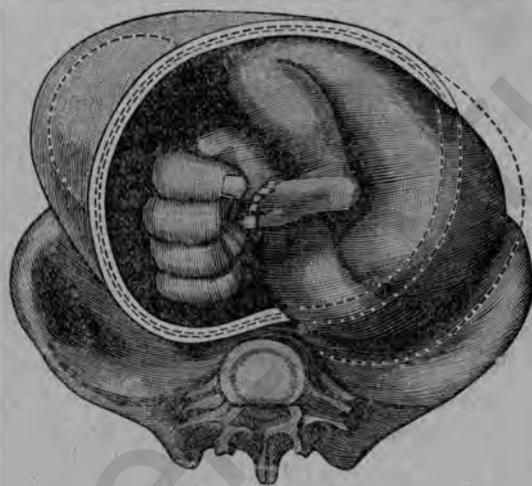


Рис. 99. Поворотъ *неподлежащею* рукою. Видъ сверху, поперечный разрѣзъ матки. Поперечное положеніе Ia; нижній боковой край плода сильно вкочлененъ въ тазъ въ первомъ косомъ размѣрѣ. Лѣвая рука можетъ проникнуть здѣсь только съ очень большимъ трудомъ. Правая рука направляется вверхъ къ ножкѣ впереди лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія.
1/4 натур. величины.

Для того, чтобы преодолѣть трудности поворачиванія, мы имѣемъ въ нашемъ распоряженіи слѣдующіе приемы:

1) *Наружные приемы*. Рука, лежащая снаружи на маткѣ, должна помогать и при поворачиваніи плода, подобно тому, какъ она оказывала содѣйствіе при достиженіи ножки, именно она должна оттѣснить головку вверхъ, а ягодицы внизъ. Иногда бываетъ полезно, если наружная рука смѣщаетъ матку вмѣстѣ съ плодомъ съ одной стороны живота въ другую (*Fritsch*). Совмѣстное участіе наружной руки, какъ уже неоднократно указывалось нами, должно имѣть мѣсто при всякомъ внутреннемъ поворотѣ, и если я упоминаю объ этомъ здѣсь еще разъ, то дѣлаю это потому, что именно при препятствіи къ поворачиванію представляется особенно необходимымъ энергичное содѣйствіе наружной руки.

Если поворотъ дѣлается при боковомъ положеніи роженицы и если поворачиваніе при этомъ наталкивается на затрудненіе, то нужно немедленно по-

ложить роженицу на спину, не выпуская при этомъ изъ руки ножки или ножекъ. Въ этомъ спинномъ положеніи поворачиваніе удается скорѣе, тѣмъ болѣе, что при такихъ условіяхъ наружная рука можетъ оказывать содѣйствіе въ несравненно большей степени.

2) *Потягиваніе въ сторону головы.* Если низведеніе ножки встрѣчаетъ затрудненіе, то нужно производить потягиваніе ея не прямо внизъ, но нѣсколько косо, въ направленіи предположеннаго поворота, стало быть, въ ту сторону, въ которой лежитъ головка. Само собою разумѣется, что наружная рука при этомъ также работаетъ; такимъ образомъ выполняются одновременно и 1, и 2 приемы.

Въ томъ случаѣ, однако, когда подлежащая часть, несмотря на это, все еще не оттѣсняется вверхъ, переходятъ къ нижеслѣдующему приему:

3) *Отталкиваніе подлежащей части большимъ пальцемъ.* Обхвативъ 4-мя пальцами руки голень, освобождаютъ большой палецъ и производятъ имъ давленіе на подлежащую часть, осторожно оттѣсняя ее вверхъ и нѣсколько въ сторону, 4 остальныхъ пальца потягиваютъ одновременно за ножку. И въ данномъ случаѣ комбинируются 1-й, 2-й и 3-й приемы.

Если и этимъ путемъ не удастся произвести поворачиваніе, то на сцену выступаетъ

4) *двойной ручной приемъ Justine Sigmundin.* Принципъ этого приема тотъ же, что и 3-го. Одновременно съ оттѣсненіемъ подлежащей части вверхъ низводится ножка. Такъ какъ большой палецъ оказался недостаточнымъ для оттѣсненія вверхъ, то пускаютъ въ дѣло всю руку. Но если рука отпустить ножку, чтобы заняться отодвиганіемъ подлежащей части вверхъ, то ножка можетъ опять ускользнуть вверхъ и ее пришлось бы снова низводить, а если она будетъ продолжать держать ножку, оттѣсненіе же подлежащей части вверхъ поручено будетъ другой рукѣ, то для одновременнаго оперированія обѣихъ рукъ въ маткѣ не хватить мѣста. Только въ томъ случаѣ, когда ножка находится уже впереди половой расщелины, одна рука можетъ производить потягиваніе за нее, тогда какъ другая, введенная въ матку, оттѣсняетъ подлежащую часть вверхъ. Но если ножка не можетъ быть низведена настолько, то нужно наложить на нее петлю, при помощи которой рука оператора, находящаяся впереди половой расщелины, можетъ потягивать за ножку, тогда какъ другая рука въ то же время отодвигаетъ подлежащую часть вверхъ (рис. 100). По большей части рука, захватившая ножку, потягиваетъ потомъ за петлю, тогда какъ другая рука манипулируетъ внутри. Но иногда можно также поступать и такъ, что рука, однажды уже введенная внутрь, оттѣсняетъ вверхъ плечико или головку, а за петлю тянетъ другая рука. Первый способъ болѣе удобенъ.

Петлю, которою мы здѣсь пользуемся, служитъ тесьма изъ шелка или изъ другого доступнаго кипяченію матеріала, длиною около 80 цм. На одномъ концѣ ея находится прорѣзь (рис. 101а); продѣвъ черезъ этотъ прорѣзь другой конецъ и притянувъ его, мы получаемъ готовую петлю.

Если ножка доведена почти до половой расщелины, то свободная рука может провести петлю к рукѣ, держащей ножку. Но когда ножка не

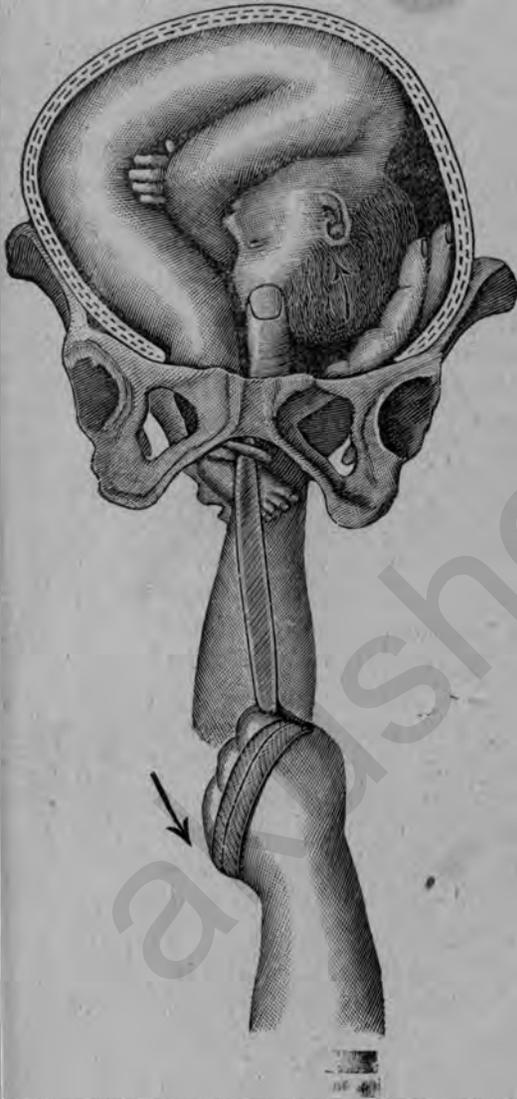


Рис. 100. Двойной ручной приемъ *Sigmundin*. Одна рука оттягиваетъ подлежащую часть вверхъ и къ срединѣ матки, другая низводитъ захваченную петлю ножку. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Рис. 101. *a* — Петля для поворота. *b* — Петля для поворота съ петлеводомъ. *c* — Импровизированная петля для поворота. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

можетъ быть низведена въ такой степени, когда, стало быть, оперирующая рука цѣликомъ находится еще во влагалищѣ, то петля доставляется

ей помощью такъ наз. петлевода, въ виду того, что рука эта не должна выпускать ножки, которая иначе ускользнула бы вверхъ. Для этой цѣли на петлѣ вблизи прорѣза нашить маленькій карманъ, въ который вводится конецъ нѣсколько сгибающейся гладкой палочки, длиною около 40 цтм. Другой конецъ палочки захватывается свободною рукою одновременно съ нѣсколько натянутою петлею (рис. 101b).

Засимъ петля вмѣстѣ съ петлеводомъ продвигается по ладонной поверхности оперирующей руки вверхъ настолько, чтобы она очутилась надъ кончиками пальцевъ. Во время удаленія петлевода рука крѣпко удерживаетъ петлю. Оперирующая рука должна надѣть петлю выше лодыжекъ, стало быть провести черезъ нее ножку. Только послѣ того, какъ это сдѣлано, она затягиваетъ петлю, пользуясь одновременнымъ содѣйствіемъ наружной руки. Если петля не будетъ помѣщена надъ лодыжками, то при потягиваніи она легко можетъ соскользнуть внизъ.

Въ томъ случаѣ, когда подъ рукою нельзя имѣть петлю, какую мы только-что описали, можно воспользоваться также любой, достаточно длиною тесьмою, напр. тесьмою для пуповины. Сложивъ ее вдвойнѣ, можно приготовить петлю такимъ образомъ, что верхній конецъ тесьмы заггибаютъ нѣсколько внизъ къ свободнымъ концамъ и черезъ образованную этимъ путемъ дугу продвѣаютъ послѣдніе (рис. 101c). Это безъ труда можетъ быть сдѣлано и одною рукою. Всего лучше, если при каждомъ поворотѣ имѣють въ запасѣ одну или двѣ готовые петли.

Вмѣсто петлевода можно провести петлю вверхъ также и корнцангомъ.

Петлю можно надѣть свободно и на предплечье оперирующей руки (какъ это рекомендуетъ *v. Herff*) и засимъ провести ее вверхъ помощью петлевода или корнцанга. При этомъ она по ручной кисти спускается на голень плода.

Какъ скоро петля сидитъ крѣпко, рука выводится обратно и обортываетъ вокругъ себя тесьму. Засимъ вводится другая рука, которая и отбѣсняетъ осторожно вверхъ подлежащую часть (плечико, головку) (рис. 100). Плечико или головка должны быть отодвинуты не въ сторону маточной стѣнки, но больше къ срединѣ матки. Въ то же время другая рука тянетъ за петлю, но потягиваніе это должно быть начато только послѣ того, какъ подлежащая часть уже нѣсколько отодвинута вверхъ. Очень выгодно, когда ассистентъ или повивальная бабка наружными манипуляціями помогаютъ поворачиванію.

Только-что описанный двойной ручной приемъ *Sigmundin* очень рационаленъ и въ большинствѣ случаевъ ведетъ къ цѣли.

Наконецъ, при неудачѣ и этого приема фиксируютъ петлею одну ножку и

5) *низводятъ вторую ножку*. Потягиваніемъ за обѣ ножки удается иногда закончить поворачиваніе. Въ случаѣ надобности можно наложить петлю и на вторую ножку и, *потягивая за обѣ, выполнить двойной ручной приемъ*.

Можно также сначала низвести вторую ножку и лишь послѣ безуспѣшности этого приема предпринять двойной ручной приемъ (стало быть, 5-й приемъ ранѣе 4-го).

Пользуясь однимъ изъ 5 приведенныхъ нами приемовъ или комбинаціею нѣсколькихъ изъ нихъ, мы въ большинствѣ случаевъ сумѣемъ произвести поворачиваніе. Если, однако, попытки наши все-таки не увѣнчаются успѣхомъ, то не остается ничего иного, какъ при поперечныхъ положеніяхъ прибѣгнуть къ эмбриотоміи, а при головныхъ положеніяхъ— къ перфорации и извлеченію перфорированной головки краниокластомъ (см. отдѣлъ IV).

Дополненіе къ III отдѣлу.

Предлежаніе и выпаденіе пуповины.

Если черезъ стоящій еще пузырь прошупывается рядомъ съ предлежащею частью петля пуповины, то говорятъ о *предлежаніи пуповины*. Въ томъ случаѣ, когда послѣ разрыва пузыря пуповина опустилась во влагалище, мы имѣемъ такъ назыв. *выпаденіе пуповины*; выпастъ можетъ одна или нѣсколько петель.

Предлежащая петля пуповины, прошупывающаяся рядомъ съ высоко стоящею предлежащею частью плода, можетъ снова отойти назадъ, и если послѣ этого головка или ягодица вступятъ въ тазъ, то роды въ дальнѣйшемъ могутъ послѣдовать безъ вреда для плода, и послѣдній рождается живымъ. Но если при вступленіи въ тазъ предлежащей части пуповина не отходитъ назадъ или выпадаетъ, то плодъ подвергается величайшей опасности. Пуповина прижимается вступающею въ тазъ частью плода (головкою, ягодицами) къ стѣнкамъ родового канала, вслѣдствіе этого кровообращеніе затрудняется или даже совершенно прекращается, плодъ перестаетъ получать кислородъ и, если давленіе продолжается долго, погибаетъ отъ асфиксіи. Только въ томъ случаѣ, когда родовой актъ быстро изгоняетъ его послѣ непродолжительнаго прижатія пуповины, онъ можетъ родиться живымъ или въ состояніи мнимой смерти.

Выпаденіе пуповины наступаетъ при неполномъ замыканіи таза и нижняго сегмента матки предлежащею частью; при этихъ условіяхъ пуповина, пользуясь свободнымъ пространствомъ, спускается внизъ и при разрывѣ пузыря, въ особенности при обиліи водъ, выносится токомъ послѣднихъ. Если головка не можетъ вся войти въ тазъ по причинѣ узости его, то она упирается въ его стѣнку или даже совершенно отходитъ отъ тазового входа, создавая этимъ благоприятныя условія для выпаденія пуповины. Такимъ образомъ узкій тазъ играетъ въ этиологіи выпаденія пуповины видную роль. Моментами, благоприятствующими этому патологическому состоянію, служатъ далѣе вялость матки (повторнорожающія) и отвѣслый животъ. Точно также при поперечныхъ положеніяхъ, когда каналъ шейки замыкается не объемистою частью плода, понятнымъ образомъ легко можетъ про-

изойти выпаденіе пуповины; впоследствии, если потужная дѣятельность вновь вставляетъ лишь немного отклонившіяся головку или ягодицы, можетъ опять возстановиться продольное положеніе. При тазовыхъ положеніяхъ пуповина равнымъ образомъ можетъ выпасть, если замыканіе нижняго сегмента матки предлежащею частью бываетъ неполнымъ; въ особенности это относится къ ножнымъ положеніямъ. Въ томъ случаѣ, когда выпаденіе пуповины происходитъ у первороженницы, можно почти всегда съ увѣренностью заподозрить узкій тазъ.

Чрезмѣрная длина пуповины, равно какъ и очень низкое прикрѣпленіе послѣда, само собою разумѣется, благоприятствуютъ выпаденію пуповины. Напротивъ, короткая пуповина, будетъ-ли эта короткая длина абсолютною или относительною, обусловленною обвитіемъ ея около плода, выпадаетъ далеко рѣже.

Предсказаніе для плода при выпаденіи пуповины, какъ можно заключить изъ сказаннаго, всегда очень серьезно. Тѣмъ не менѣе соответственная терапія въ состояніи не разъ спасти младенца. Чѣмъ уже маточный зѣвъ въ моментъ выпаденія пуповины, тѣмъ менѣе благоприятны шансы на рожденіе живого плода.

Если при цѣломъ еще пузырьѣ и при еще высокомъ стояніи предлежащей части констатируютъ предлежаніе пуповины, то роженицу кладутъ на противоположный бокъ, т. е. на тотъ, въ которомъ пуповины нѣтъ. Нужно стараться по возможности о сохраненіи въ цѣлости плоднаго пузыря, и въ этихъ видахъ прежде всего запрещаютъ женщинѣ всякое натуживаніе. Иногда при этихъ условіяхъ пуповина отходитъ назадъ, и опасность такимъ образомъ устранена.

Въ томъ же случаѣ, когда предлежащая пуповина подверглась прижатію или когда имѣютъ дѣло съ выпавшею пуповиною, наша терапія будетъ различна, въ зависимости отъ особенностей каждаго даннаго случая.

Наступившая несомнѣнно смерть плода, діагнозъ которой долженъ основываться на самой тщательной аускультациі живота, а отнюдь не на одномъ лишь отсутствіи пульсаціи въ выпавшей пуповинѣ, устраняетъ ео ipso показаніе къ спеціальному вмѣшательству по поводу выпаденія пуповины. Тѣмъ не менѣе при наличности механическихъ препятствій (лобное положеніе, узкій тазъ) придется, само собою понятно, предпринять перфорацию предлежащей головки, ибо было бы большою ошибкою изъ-за мертваго младенца подвергать мать опасностямъ труднаго прохода плода черезъ родовой каналъ.

При живомъ плодѣ нужно поступать слѣдующимъ образомъ.

Начнемъ съ головныхъ положеній. Если пуповина выпала при узкомъ зѣвѣ, то шансы для плода довольно неблагоприятны. Отодвиганіе петли вверхъ по головкѣ едва-ли выполнимо, разъ зѣвъ не пропускаетъ, по меньшей мѣрѣ, 2 пальцевъ. Такимъ образомъ не остается ничего иного,

какъ выжидать расширенія зѣва. Впрочемъ, иногда можно еще попытаться, не удастся-ли, быть можетъ, провести выпавшую петлю хотя бы немножко выше маточнаго зѣва и затѣмъ вложить подъ нимъ во влагалище кольпейринтеръ.

Если же зѣвъ расширился настолько, что черезъ него могутъ проникнуть не менѣе 2—3 пальцевъ, то предпринимаютъ *вправление* выпавшей пуповины.

Для этого роженицу укладываютъ на бокъ, соответствующій мѣсто-нахожденію выпавшей петли пуповины. Еще лучше было бы колѣбно-локтевое положеніе; дѣло въ томъ, однако, что мы должны для вправления ввести всю руку, что почти всегда потребуетъ наркоза, а въ этомъ положеніи провести его можно только съ очень большимъ трудомъ.

И такъ, придавъ роженицѣ указанное положеніе, мы вводимъ руку, противолежащую той сторонѣ, гдѣ находится пуповина. Какъ скоро вся рука вошла во влагалище, она захватываетъ выпавшія петли и осторожно, по возможности не надавливая на нихъ, старается продвинуть ихъ вверхъ, причемъ черезъ зѣвъ должно провѣнкнуть столько пальцевъ, сколько онъ можетъ пропустить при данной степени своего раскрытія. Петли должны быть продвинуты насколько можно быстрее и выше. Послѣ того очень медленно выводятъ пальцы обратно, другая же рука въ то же время старается установить головку надъ тазомъ. Засимъ кладутъ роженицу на другой бокъ, т. е. на тотъ, въ которомъ пуповина не выпала, и тщательно выслушиваютъ сердечные звуки плода.

Примѣненіе специальныхъ инструментовъ для вправления, такъ назыв. репозиторіевъ или вправителей пуповины, безцѣльно. Тамъ, гдѣ вправление не удастся ручными приѣмами, будутъ бессильны и инструменты.

Если операція не увѣнчалась успѣхомъ, если сердечные тоны плода ухудшились, то при мало изглаженномъ зѣвѣ надежды на спасеніе младенца сводятся почти на нѣтъ. Единственная возможность исключить гибельное давленіе на пуповину заключается въ отгѣсненіи головки въ сторону или, еще лучше, въ производствѣ поворота по *Braxton Hicks'у*, причемъ, однако, ножку не слѣдуетъ вытягивать слишкомъ низко, а нужно низвести ее только до маточнаго зѣва (*Fehling*). На ножку можно надѣть петлю, чтобы она не ускользнула вверхъ. Съ извлеченіемъ, разумѣется, придется подождать, пока зѣвъ не изгладится вполне.

Если при выпаденіи пуповины констатируется полное изглаженіе зѣва и подвижное стояніе головки на тазѣ, то самая правильная терапія будетъ заключаться въ производствѣ внутреннего поворота на ножку, за которымъ должно безотлагательно слѣдовать извлеченіе.

Если же головка только-что вступила въ тазъ, то спасеніе плода лежитъ въ быстромъ выведеніи его щипцами.

При тазовыхъ положеніяхъ выпаденіе пуповины менѣе опасно, такъ какъ она въ меньшей степени подвергается прижатію. Предпринимать здѣсь попытку вправления не имѣетъ смысла въ виду того, что оно не даетъ

прочнаго успѣха. При еще высокомъ стояніи ягодиць нужно низвести ножку, чтобы во всякое время имѣть рукоятку для извлеченія. Въ остальномъ держатся выжидательно, тщательно слѣдя за сердечными звуками плода; въ случаѣ ихъ ухудшенія, въ случаѣ прижатія пуповины опускающимися ягодицами, предпринимають извлеченіе плода, конечно при условіи полнаго раскрытія маточнаго зѣва.

При поперечныхъ положеніяхъ выпаденіе пуповины ни въ чемъ не измѣняетъ существующаго показанія. Вправленіе безцѣльно, такъ какъ и здѣсь выпавшая пуповина врядъ-ли когда подвергается прижатію. Если при выпаденіи пуповины и при вполнѣ изглаженномъ зѣвѣ предпринимается поворотъ, то за нимъ тотчасъ же должно слѣдовать извлеченіе, ибо при поворотѣ неизбѣжно было имѣть мѣсто извѣстное давленіе на пуповину.

Выпаденіе мелкихъ частей плода при головныхъ положеніяхъ.

Случается, что при еще высокомъ стояніи головки черезъ стоящій пузырь прошупываютъ рядомъ съ головкою *предлежащую* мелкую часть плода (напр. ручку). Почти всегда часть эта лежитъ соотвѣтственно лицевой сторонѣ головки. Если въ этомъ случаѣ положить роженицу на сторону, противоположную той, въ которой находится выпавшая мелкая часть, то послѣдняя обычно отходитъ назадъ, и ничто уже не мѣшаетъ опуститься вступающей впоследствии въ тазъ головкѣ.

Если имѣютъ дѣло съ *выпаденіемъ* ручки послѣ разрыва пузыря, то при достаточно широкомъ зѣвѣ и при еще высокомъ стояніи головки можно отбѣснить ручку назадъ. Обязательнымъ условіемъ при этомъ является отсутствіе болѣе значительной пространственной несоразмѣрности между головкою и тазомъ и настоятельнаго показанія къ немедленному окончанію родовъ. Мы входимъ во влагалище рукою, противоположащею выпавшей ручкѣ, и отодвигаемъ ее вверхъ по личику. Нерѣдко бываетъ выгодно предпринять эту операцію въ боковомъ положеніи роженицы (на боку, соотвѣтствующемъ мѣстонахожденію выпавшей ручки) или въ колѣнно-локтевомъ положеніи. Послѣ того стараются вставить головку и укладываютъ роженицу на противоположный бокъ.

Если вправленіе не удается, то при наличности удовлетворительныхъ пространственныхъ отношеній (широкій тазъ, малая головка) держатся выжидательно, такъ какъ головка можетъ пройти тазовой каналъ и вмѣстѣ съ рукою.

Но если пространственныя условія менѣе благоприятны, если послѣ полнаго раскрытія зѣва головка не скоро вступаетъ въ тазъ или если имѣется показаніе къ ускоренію родовъ, то при высокомъ стояніи головки и при наличности условій къ повороту приступаютъ къ этому послѣднему и иногда къ извлеченію за тазовой конецъ. Если головка уже подвижна, то при показаніи къ немедленному окончанію родовъ при живомъ плодѣ

вступаетъ въ свои права попытка наложенія щипцовъ, при мертвомъ плодѣ—перфорация. При извлеченіи щипцами нужно, понятно, остерегаться захватить вмѣстѣ съ головкою и выпавшую ручку.

Случается, что рядомъ съ головкою *предлежитъ* или *выпадаетъ ножка*. При живомъ плодѣ такая случайность имѣть мѣсто рѣдко. Если по отгѣненіи назадъ ножки головка не вступаетъ въ тазъ, то дѣлаютъ поворотъ на ножку (двойной ручной приемъ, стр. 225), но если головка стоитъ уже неподвижно въ тазу и, стало быть, поворотъ уже невозможенъ, то и здѣсь при остановкѣ родового акта приходится прибѣгнуть къ щипцамъ или, въ случаѣ невозможности или безуспѣшности ихъ примѣненія, къ перфорации.

ОТДѢЛЬ IV.

Раздробляющія операціи.

Въ настоящемъ отдѣлѣ мы займемся операціями, при которыхъ принимается уменьшеніе, раздробленіе тѣла плода. Прежде всего остановимся на тѣхъ операціяхъ, при которыхъ подвергается уменьшенію головка плода, какъ предшествующая, такъ и послѣдующая, т. е. на перфорациі и краниотоміи.

Перфорациа. Краниотоміа.

Перфорациа представляетъ вскрытіе черепной полости, благодаря которому можетъ быть выпущено содержимое черепа (головной мозгъ) и такимъ образомъ достигнуто уменьшеніе объема головки. Подъ *краниотоміею* разумѣютъ дальнѣйшее уменьшеніе и извлеченіе перфорированной головки.

Прежде всего разсмотримъ **показанія** къ перфорациі, причемъ мы должны отличать показанія къ прободенію живого плода и показанія къ прободенію мертвого плода.

Само собою разумѣется, что на *прободеніе живого плода* мы рѣшаемся только на основаніи самыхъ настоятельныхъ соображеній. Примѣръ всего нагляднѣе покажетъ цѣль, преслѣдуемую нами при перфорациі.

Представимъ себѣ, что насъ пригласили на роды въ деревню. Мы находимъ первороженицу въ нормальномъ концѣ беременности; роды продолжаются уже два дня, женщина сильно истощена, температура держится на 39° , плодъ находится въ черепномъ положеніи, тоны сердца слышны, маточный звѣвъ совершенно изглаженъ, пузырь разорвался уже давно, головка стоитъ неподвижно на тазовомъ входѣ, однимъ сегментомъ своимъ она вдавлена въ послѣдній, большая же окружность находится надъ входомъ въ тазъ. Мы констатируемъ плоскій тазъ, съ истинною конъюгатою въ 8 цтм. Далѣе, изслѣдованіе обнаруживаетъ, что контракціонное кольцо помѣщается довольно высоко, а стѣнка шейки уже нѣсколько растянута за предѣлы нормы. Очевидно, что подобнаго рода условія показываютъ скорѣйшее окончаніе родового акта. На этотъ шагъ заставляютъ насъ рѣшиться уже высокая лихорадка и истощеніе роженицы и въ особенности грозящая опасность разрыва матки. Поворотъ на ножку и извлеченіе представляются противопоказанными, ибо головка стоитъ неподвижно и затѣмъ имѣется уже растяженіе шейки. Такъ какъ тазъ не вполне исключаетъ возможность прохожденія доношеннаго живого плода, то мы рѣшаемся

предпринять осторожную попытку извлечения через узкій тазъ неподвижной головки щипцами (высокіе щипцы). Несмотря, однако, на энергичныя тракціи, настолько энергичныя, насколько это вообще является дозволи-тельнымъ, намъ не удается низвести въ тазъ головку. Быть можетъ, тазъ въ дѣйствительности еще уже, чѣмъ мы предположили, или же мы имѣемъ дѣло съ особенно большою и твердою головкою. Такимъ образомъ мы поставлены въ необходимость снять щипцы.

Начинающій, который въ дѣлѣ веденія щипцовъ имѣетъ малый на-выкъ, при существующихъ условіяхъ поступить хорошо, если откажется отъ попытки примѣненія высокихъ щипцовъ. Это будетъ тѣмъ болѣе умѣстно въ томъ случаѣ, когда имѣется значительное растяженіе шейки.

Въ интересахъ матери безусловно необходимо немедленно закончить роды. Намъ не остается ничего иного, какъ приступить къ перфорациі живого плода и, уменьшивъ головку, предпринять извлечение. Можно было бы подумать о замѣнѣ прободенія кесарскимъ сѣченіемъ (относительное показаніе къ *sectio caesarea*), чтобы такимъ образомъ сдѣлать возможнымъ рожденіе живого плода. Но въ нашемъ случаѣ, гдѣ роженица уже сильно истощена, сильно лихорадитъ, гдѣ уже предшествовала попытка родоразрѣшенія помощью щипцовъ, шансы для матери отъ кесарскаго сѣченія будутъ неблагоприятны, не говоря уже о томъ, что мы вынуждены оперировать въ деревнѣ, безъ помощниковъ и необходимой обстановки, и что всякое промедленіе недозволительно. Какъ мы увидимъ подробно впоследствии (см. отдѣлъ VII), относительное показаніе къ кесарскому сѣченію является обоснованнымъ только въ томъ случаѣ, когда условія настолько благоприятны, что можно съ величайшею вѣроятностью рассчитывать на хорошей исходъ для матери. Можно бы, пожалуй, подумать о томъ, нельзя-ли расширить тазъ симфизеотоміею и такимъ образомъ извлечь живой плодъ черезъ естественныя пути. Но и для этой операціи условія въ нашемъ случаѣ сложились бы неблагоприятно, такъ какъ о лоносѣченіи могла бы идти рѣчь, во всякомъ случаѣ, въ клиникѣ, а не въ деревнѣ, въ практикѣ врача-акушера, предоставленнаго единоличнымъ силамъ (подробности см. въ описаніи симфизеотоміи, въ отдѣлѣ VI).

И такъ, въ нашемъ случаѣ самое правильное будетъ, какъ уже сказано было выше, прибѣгнуть къ перфорациі живого плода. Мы безусловно придерживаемся того принципа, что жизнь матери представляетъ большую цѣнность, чѣмъ жизнь плода. Разъ мы спасаемъ жизнь матери цѣною жизни плода, то при дальнѣйшей беременности можно рассчитывать на рожденіе живыхъ дѣтей, если своевременно будутъ установлены соответственныя показанія и если всѣ условія для родоразрѣшенія будутъ обставлены возможно благоприятнѣе (производство, въ случаѣ необходимости, искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, симфизеотоміи или кесарскаго сѣченія). Было бы большою ошибкою въ случаѣ, подобномъ приводимому нами, выжидать съ прободеніемъ, пока плодъ не умретъ, для того, чтобы не прибѣгать къ необходимости перфорировать живой плодъ. Это было бы

не только большою ошибкою, но и шло бы въ разрѣзъ съ правилами гуманности, такъ какъ такое выжиданіе подвергало бы мать неизбѣжному риску тягчайшихъ опасностей (разрывъ матки).

Что касается вообще случаевъ, въ которыхъ показывается перфорация живого плода, то въ этомъ отношеніи на первомъ планѣ стоитъ *узкій тазъ*, т. е. тѣ условія, какія имѣлись и въ нашемъ вышеприведенномъ случаѣ. При плоскомъ тазѣ (возьмемъ его въ качествѣ примѣра) показаніе къ перфорации относится къ тазама, имѣющимъ истинную конъюгату менѣе $7\frac{1}{2}$ стм. Впрочемъ, въ зависимости отъ величины головки, граница эта можетъ быть подвинута вверхъ. Какъ низшій предѣлъ для перфорации, мы принимаемъ $5\frac{1}{2}$ стм. Если тазъ суженъ настолько сильно, что конъюгата равна лишь $5\frac{1}{2}$ стм. или еще и того меньше, то доношенный плодъ, даже и прободенный, не въ состояніи родиться черезъ естественные пути или, въ лучшемъ случаѣ, можетъ родиться только при такихъ поврежденіяхъ матери, которыя дѣлаютъ опасности этой операціи не уступающими опасностямъ кесарскаго сѣченія. Эти-то тазы и даютъ абсолютное показаніе къ *sectio caesarea*. Насколько искусственные преждевременные роды и симфизеотомія отодвигаютъ эти границы вверхъ, объ этомъ мы еще будемъ имѣть случай говорить впоследствии.

Подобно черезчуръ узкому тазу, показаніемъ къ перфорации можетъ служить и черезчуръ *большая головка*. Въ виду того, однако, что величина дѣтской головки только въ умѣренной степени переступаетъ предѣлы нормальныхъ среднихъ цифръ, особенно большіе размѣры головки, въ остальномъ нормальной, заставляютъ насъ рѣшиться на производство перфорации только въ томъ случаѣ, когда одновременно съ этимъ имѣется и значительное уменьшеніе емкости таза.

Но особенное важное показаніе выступаетъ на сцену тамъ, гдѣ головка достигла исключительно большой величины благодаря патологическимъ свойствамъ. Такой случай представляетъ намъ *головная водянка*. При этомъ страданіи подъ вліяніемъ скопленія жидкости въ полости черепа объемъ его увеличивается зачастую до громадныхъ размѣровъ. Черепныя кости большею частью отдѣлены другъ отъ друга широкими швами, онѣ могутъ быть ненормально истончены, но въ иныхъ случаяхъ могутъ быть даже и тверды. При умѣренной степени головной водянки плодъ можетъ родиться самопроизвольно или при помощи пособія искусства, и не будучи уменьшенъ, въ особенности если пространственные отношенія таза благопріятны. Можетъ также случиться, что подъ вліяніемъ давленія, вызываемаго потужною дѣятельностью, произойдетъ разрывъ черепа, и жидкость покинетъ черепную полость. Но если такой разрывъ не наступитъ, какъ это обыкновенно и бываетъ, то сильная головная водянка является весьма значительнымъ механическимъ препятствіемъ для родового акта и ведетъ иногда къ разрыву матки. Тамъ, гдѣ при тазѣ нормальной величины высокостоящая головка, несмотря на хорошую работу потугъ, не вступаетъ въ тазъ, можно всегда подозрѣ-

вать головную водянку. Наружное изслѣдованіе при тщательномъ ощупываніи позволяетъ распознать ненормальную величину головки; въ иныхъ случаяхъ констатируется „пергаментное хрустѣніе“. При внутреннемъ изслѣдованіи важнымъ діагностическимъ признакомъ служитъ прощупываніе широкихъ швовъ и родничковъ. Необходимость высокаго проведенія всей руки и полур руки позволяетъ съ увѣренностью заключить о ненормальныхъ размѣрахъ головки. Правильная терапія заключается, само собою разумѣется, во вскрытіи черепной полости. Послѣ истеченія содержимаго послѣдней изгоняющія силы могутъ сдвинуть головку и вывести ее наружу. При головной водянкѣ достаточно бываетъ произвести проколъ; вкалываютъ въ шовъ тонкій троакаръ и выпускаютъ жидкость черезъ канюлю. Этимъ путемъ удается иногда добиться рожденія даже живого ребенка, хотя, правда, шансы на его успѣшное дальнѣйшее развитіе очень ничтожны.

Далѣе, показаніе къ перфорациі живого плода даютъ *неблагопріятныя вставленія головки*, хотя бы послѣдняя и опустилась уже въ тазъ. Если, напримѣръ головка вступила въ тазъ въ лицевомъ положеніи и если обращенный назадъ подбородокъ даетъ настоятельное показаніе къ немедленному окончанію родовъ, то положеніе вещей можетъ оказаться довольно неблагопріятнымъ (см. стр. 98 и 99). Головка, обращенная подбородкомъ назадъ, не можетъ родиться. Если обстоятельства позволяютъ, то мы, какъ уже указано было раньше, должны выжидать, пока подбородокъ не повернется впередъ или, по крайней мѣрѣ, въ сторону, послѣ чего предпринимаемъ извлеченіе щипцами. Но если опасное состояніе матери требуетъ безусловно немедленнаго окончанія родовъ, то можетъ оказаться необходимымъ производство перфорациі плода. Правда, мы выше уже познакомились со способомъ *Scanzoni*, позволяющимъ достигнуть рожденія живого плода, но примѣненіе этой опасной операціи ограничено лишь исключительными случаями (см. стр. 100, рис. 49).

Лобное положеніе съ обращенною назадъ главною областью, при существованіи настоятельнаго показанія къ окончанію родовъ, равнымъ образомъ можетъ потребовать перфорациі (см. стр. 108).

Сильное суженіе тазового выхода (воронкообразный тазъ) точно также можетъ побудить насъ перфорировать низкостоящую головку.

Наконецъ, показаніе къ перфорациі вступаетъ въ свои права въ томъ случаѣ, когда возможно быстрое окончаніе родовъ требуется *тяжелюю опасностью, угрожающею жизнью матери*, а между тѣмъ незначительное расширеніе шейки не допускаетъ извлеченія плода нераздробленнымъ; примѣромъ такой опасности можетъ служить тяжелая эклампсія. Впрочемъ, въ подобнаго рода случаяхъ мы въ настоящее время предпочитаемъ возможно быстро расширить шейку кольцеобразнымъ или надрѣзами настолько, чтобы можно было провести черезъ нее плодъ нераздробленнымъ (подробнѣе см. въ отдѣлѣ VI).

Резюмируя все сказанное выше, мы можемъ сказать, что перфорациа

живого плода показуется тогда, когда жизненные интересы матери требуют ускорения или окончания родового акта, а всякій другой способ родоразрешения, шадящій жизнь плода, въ данномъ случаѣ является исключеннымъ.

Во всякомъ случаѣ, разъ дѣло идетъ объ установкѣ показанія къ прободенію живого плода, мы поступимъ правильно, привлеки, если только это возможно, къ совѣщанію кого-либо изъ товарищей.

На *прободеніе мертваго плода* мы, понятнымъ образомъ, рѣшаемся несравненно легче. И здѣсь опять-таки рѣшающими являются тѣ же моменты, которые мы описали выше. Но границы показаній представляются болѣе широкими. Повсюду, гдѣ родамъ противопоставляется значительное механическое препятствіе или гдѣ родоразрѣшеніе, ускоренное раздробленіемъ плода, создастъ значительныя преимущества для матери, мы должны облегчить родовой актъ перфорациею мертваго плода. Сама по себѣ перфорация представляетъ оперативный приемъ, не угрожающій матери. Неблагопріятные результаты статистики прободенія зависятъ не отъ опасностей самой операціи, но отъ опасностей тѣхъ осложненій родового акта, которыя дали поводъ къ производству перфорации. Если бы, напримѣръ, въ нашемъ вышеописанномъ случаѣ плодъ при нашемъ прибытіи оказался уже умершимъ, то мы должны были бы безусловно немедленно приступить къ перфорации, не прибѣгая предварительно къ попыткѣ наложенія высокихъ щипцовъ. Точно также и при наличности монѣ значительнаго механическаго препятствія мы, ради мертваго плода, никогда не рѣшимся подвергать роженицу опасности операціи наложенія высокихъ щипцовъ, но всегда предпочтемъ перфорацию. Даже при нормальномъ тазѣ мы будемъ перфорировать, разъ головка встрѣчаетъ какія-либо механическія затрудненія, напримѣръ со стороны напряженности наружныхъ половыхъ частей. При лобномъ положеніи мы опять-таки въ случаѣ смерти плода не будемъ медлить съ прободеніемъ.

Если прохожденіе нераздробленной головки, хотя бы и съ значительными трудностями, представляется возможнымъ, то перфорировать слѣдуетъ, само собою разумѣется, только въ томъ случаѣ, когда смерть плода констатирована съ несомнѣнностью.

Показаніе къ *перфорации послѣдующей головки* является тогда, когда попытки ручного выведенія головки (ручныя приемы *Wigand'a* и *Veit'a*) потерпѣли неудачу, равно какъ и тогда, когда наложеніе щипцовъ либо противопоказано, либо было испытано безуспѣшно. Во время этихъ попытокъ плодъ по большей части умираетъ (см. отдѣлъ II), такъ что мы тѣмъ болѣе можемъ рѣшиться на перфорацию. Обыкновенно поводомъ въ этихъ случаяхъ является узкій тазъ. Замѣтимъ мимоходомъ, что и при головной водянкѣ плодъ нерѣдко находится въ тазовомъ положеніи.

Производствомъ перфорации показаніе въ иныхъ случаяхъ и удовлетворяется, и дальнѣйшій родовой актъ можетъ быть предоставленъ силамъ

природы. Такой примѣръ мы видимъ при выпусканіи жидкости изъ черепной полости при головной водянкѣ. Родовыя силы сдавливаютъ черепъ



Рис. 102. Ножницеобразный перфораторъ *Busch'a*, замкнутый. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

Рис. 103. Ножницеобразный перфораторъ *Busch'a*, раскрытый. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

Рис. 104. Ножницеобразный перфораторъ *Smellie*. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

и изгоняютъ его. Но во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ головной водянки, при которой бываетъ достаточно выпусканія жидкости, выгодно

облегчить сжиманіе головки тѣмъ, что къ перфорациі присоединяють полное опорожненіе содержанія черепа.

Показаніе къ дальнѣйшему уменьшенію и извлеченію перфорированнаго и опорожненнаго черепа, иначе говоря — къ краниотоміи, вступаетъ въ свои права тогда, когда условія даннаго случая дѣлають необходимымъ быстрое окончаніе родовъ, стало быть почти всегда послѣ перфорациі живого плода, такъ какъ операція эта предпринимается только при наличности самыхъ настоятельныхъ показаній. Но и въ томъ случаѣ, когда ускореніе родового акта не представляется безусловно необходимымъ, мы, *разъ только звѣз достаточно широкъ*, не должны медлить съ извлеченіемъ, во всякомъ случаѣ не должны откладывать его дольше четверти часа, ибо иначе можетъ найтись доступъ къ мертвому плоду воздухъ, могутъ наступить въ немъ относительно быстро процессы разложенія, влекущіе за собою роковыя послѣдствія для матери.

Только при узкомъ тазѣ бываетъ иногда выгоднѣе нѣсколько подождать съ извлеченіемъ, чтобы использовать работу потугъ для сдавленія черепа. Но значительная степень суженія таза сама по себѣ и здѣсь можетъ вынудить насъ къ дальнѣйшему уменьшенію головки.

Условія для перфорациі слѣдующія: маточный звѣз долженъ быть раскрытъ настолько, чтобы инструментъ, служащій для перфорациі, можно было подъ защитою пальцевъ надлежащимъ образомъ приставить къ головкѣ и привести въ дѣйствіе, не вызывая раненія стѣнки шейки. Для этого достаточно уже раскрытіе звѣза примѣрно на 3—4 см. Большое преимущество перфорациі и заключается именно въ томъ, что она доставляетъ возможность примѣненія спасительнаго приѣма уже при столь умеренномъ изглаженіи звѣза.

Другое условіе, котораго мы уже мимоходомъ коснулись выше, это то, чтобы суженіе таза не достигало той степени, при которой прохожденіе раздробленнаго плода сдѣлалось бы невозможнымъ или настолько же опаснымъ, а то даже и болѣе опаснымъ, чѣмъ представляется операція кесарскаго сѣченія.

Вопросъ о разрывѣ пузыря имѣетъ второстепенное значеніе. Если бы мы даже и игнорировали стояніе пузыря, то въ этомъ бѣды не было бы никакой, такъ какъ пузырь все равно разорвался бы при производствѣ самой операціи.

Неподвижное стояніе головки не представляетъ обязательнаго условія. Перфорациія именно и даетъ возможность окончанія родовъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ щипцы противопоказуются по причинѣ подвижнаго стоянія головки, а поворотъ и извлеченіе—въ силу какихъ-либо другихъ соображеній.

Приготовленія, касающіяся положенія роженицы (операционный столъ, ягодично-спинное положеніе), наркоза, дезинфекціи, предварительнаго опорожненія мочевого пузыря и прямой кишки, тѣ же, что и при операціяхъ, разсмотрѣнныхъ нами до сихъ поръ.

Впереди операціоннаго стола ставятъ ведро для собиранія вытекающей промывной жидкости, равно какъ и выпускаемыхъ мозга и крови. Далѣе, держать на-готовѣ ирригаторъ съ маточною трубкою (для промыванія полости черепа и влагалища).

Техника. Перфорация извѣстна была уже въ древности. Когда въ тѣ времена вообще и приглашали акушеровъ, то дѣятельность ихъ заключалась главнымъ образомъ именно въ производствѣ раздробляющихъ операцій. До знакомства съ щипцами не знали другихъ средствъ для окончанія родовъ при уже неподвижно стоящей головкѣ.

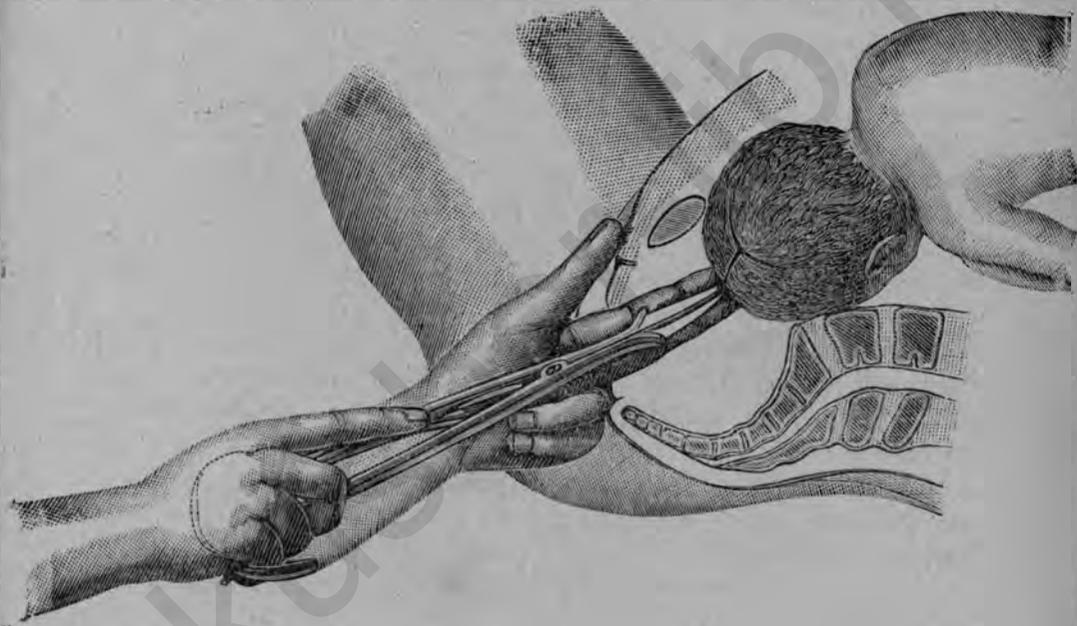


Рис. 105. Перфорация ножницеобразнымъ перфораторомъ. Плоскій тазъ, *conjuncta vera*—7 цтм. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Для перфорации предложено множество инструментовъ. Въ нижеслѣдующемъ мы рассмотримъ главнымъ образомъ тѣ, которые наиболѣе употребительны въ настоящее время.

Мы различаемъ два вида такъ называемыхъ перфораторовъ: 1) ножницеобразные и 2) трепановидные.

Ножницеобразные перфораторы вкалываются въ черепъ; отверстіе укола увеличивается раздвиганіемъ вѣтвей. Изъ болѣе старинныхъ инструментовъ этого рода я упомяну *Fried*овскій кинжалъ. Собственно настоящій ножницеобразный перфораторъ обязанъ своимъ существованіемъ идеѣ *Levet*'а. Его инструментъ имѣетъ прямыя вѣтви и довольно

острую верхушку; рѣзущіе края вѣтвей обращены кнаружи; рукоятки скрещены, какъ въ ножницахъ.

Другіе инструменты отличаются неперекрещивающимися рукоятками, такъ что вѣтви раздвигаются сжиманіемъ концовъ рукоятокъ. Сюда относится весьма пригодный инструментъ *Busch'a* (рис. 102); рѣзущіе по направленію кнаружи края вѣтвей обнаруживаютъ нѣкоторую тазовую кривизну; боковые выступы не даютъ инструменту проникать черезчуръ глубоко; замыкающее приспособленіе (крючокъ), находящееся на концѣ рукоятки, позволяетъ фиксировать перфораторъ закрытымъ. Когда замыкающій крючокъ снимается, то давленіемъ на рукоятки можно привести ихъ къ взаимному прикосновенію, вслѣдствіе чего концы вѣтвей отходятъ другъ отъ друга (рис. 103). Похожъ на этотъ инструментъ и въ такой же мѣрѣ пригоденъ и перфораторъ *Nägele*.

Имѣются также и такіе ножницеобразные перфораторы, при которыхъ, какъ и въ обыкновенныхъ ножницахъ, вѣтви снаружки тупы, а рѣзущіе края обращены кнутри. Примѣромъ подобнаго инструмента является ножницеобразный перфораторъ *Smellie* (рис. 104), равнымъ образомъ снабженный боковыми выступами, препятствующими черезчуръ глубокому вкалыванію инструмента. Перфораторъ этотъ рекомендуется уже потому, что вообще не мѣшаетъ имѣть въ акушерскомъ наборѣ подобныя крѣпкія ножницы.

Для выполненія перфорации ножницеобразнымъ инструментомъ избираютъ большею частью шовъ или родничекъ, но инструментъ можно также вколоть и въ средину кости. Послѣднее имѣетъ то преимущество, что отверстіе при послѣдующемъ смѣщеніи костей не закрывается. Мы входимъ во влагалище 2 или 4 пальцами руки, изслѣдуемъ тщательно край маточнаго зѣва и опредѣляемъ на головкѣ мѣсто для вкола. При лицевомъ и лобномъ положеніи выбираютъ лобъ (лобная кость, лобный шовъ, большой родничекъ); въ меньшей степени рекомендуется здѣсь прободеніе черезъ твердое небо или черезъ глазницу. Ассистентъ фиксируетъ головку и отдавливаетъ ее внизъ въ направленіи тазовой оси. Если перфорации предпослана была попытка наложенія щипцовъ, то можно также оставить на головкѣ щипцы, фиксировать ее ими и перфорировать такимъ образомъ внутри щипцовъ.

Другая рука вводитъ засякъ перфораторъ *Busch'a* сомкнутымъ подъ защитою другой руки и направляетъ его вверхъ (рис. 105); верхушка инструмента приставляется къ мѣсту, выбранному для прободенія, и чуть-чуть вкалывается легкими вращательными движеніями. Нужно слѣдить тщательно за тѣмъ, чтобы при прижиманіи инструмента головка не отклонилась вверхъ; для этого-то и нужно фиксировать ее снаружи. Рукоятка перфоратора при высокомъ стояніи головки держится сильно опущенною къ промежности, такъ что инструментъ стоитъ отвѣсно къ шаровидной поверхности головки. Въ этомъ направленіи, при непрекращающейся тщательной фиксаціи головки снаружи, продолжаютъ вкалывать

верхушку перфоратора по прежнему легкими вращательными движениями до тѣхъ поръ, пока это допускаютъ выступы, находящіеся на инструментѣ. Послѣ этого отодвигаютъ замыкающій крючокъ и сдвигаютъ концы рукоятокъ, вѣдствие чего вѣтви ножницъ расходятся и своими рѣжущими краями отдѣляютъ покровы черепа. Сдѣлавъ эту рану, замыкаютъ инструментъ, нѣсколько вытягиваютъ назадъ, поворачиваютъ на 90°, снова приставляютъ къ головкѣ и опять приводятъ въ дѣйствіе. Иногда отверстіе просверливаютъ въ нѣсколькихъ направленіяхъ. Извлеки инструментъ, опять-таки подъ защитою прилаживающей руки, удостоверяются пальцами, удалась-ли операція и въ особенности также перерѣзана-ли была и твердая мозговая оболочка. Вкалываніе должно производиться очень осторожно, всегда отвѣсно къ шаровидной поверхности головки, дабы инструментъ не могъ соскользнуть съ послѣдней и причинить нежелательныя пораненія. При существованіи значительной головной опухоли предпосылаютъ надрѣзы ея.

При *перфорации послѣдующей головки* для вкола инструмента избираютъ по возможности мѣсто на затылкѣ.

Оставивъ туловище плода въ свѣшивающемся положеніи или поручивъ ассистенту тянуть его внизъ (въ случаѣ надобности—также въ сторону), проникаютъ пальцами одной руки непосредственно позади лоннаго соединенія вверхъ (*v. Herff*) и отыскиваютъ на затылкѣ *наиболѣе доступное мѣсто*, либо въ самой затылочной кости (промежутокъ между атлантомъ и затылочной костью), либо въ зубчатомъ височномъ швѣ, либо въ заднемъ боковомъ родничкѣ. Сюда проводятъ подъ защитою введенной руки верхушку ножницеобразнаго перфоратора; вкалываніе должно производиться въ центръ черепа очень осторожно, во избѣжаніе сбскалыванія инструмента.

Если этимъ путемъ не удастся притти къ цѣли, то можно отдѣлить ножницами покровы шеи вплоть до позвоночника, вскрыть позвоночный каналъ и попытаться отсюда проникнуть въ *foramen magnum* (*Cohnstein, Pasquali*); при головной водянкѣ бываетъ достаточно вскрыть позвоночный каналъ и выпустить жидкость черезъ введенный эластическій катетеръ.

Рекомендовали также вкалывать перфораторъ въ основаніе черепа черезъ переднюю поверхность шеи (основаніе рта) (*Strassmann*).

Перейдемъ теперь къ **трепановиднымъ перфораторамъ**. Вначалѣ инструменты эти устраивались по тому же принципу, какъ и трепаны, употребляющіеся въ хирургіи для трепанации черепа. Поворотъ стержня вкалываетъ сперва центральное остріе, и когда оно проникаетъ на извѣстную глубину, выдвигаются края вѣнчика трепана и выпиляютъ круглый кусокъ кости. Выступающій колоколь прикрываетъ острые края. Такіе трепаны устроены были *Leissnig*'омъ и *Kiwisch*'емъ. *Braun* придалъ инструменту тазовую кривизну. Нѣкоторыми авторами рекомендуется инструментъ *Guyon*'а.

Наилучшимъ перфораторомъ этого рода, нами примѣняемымъ почти

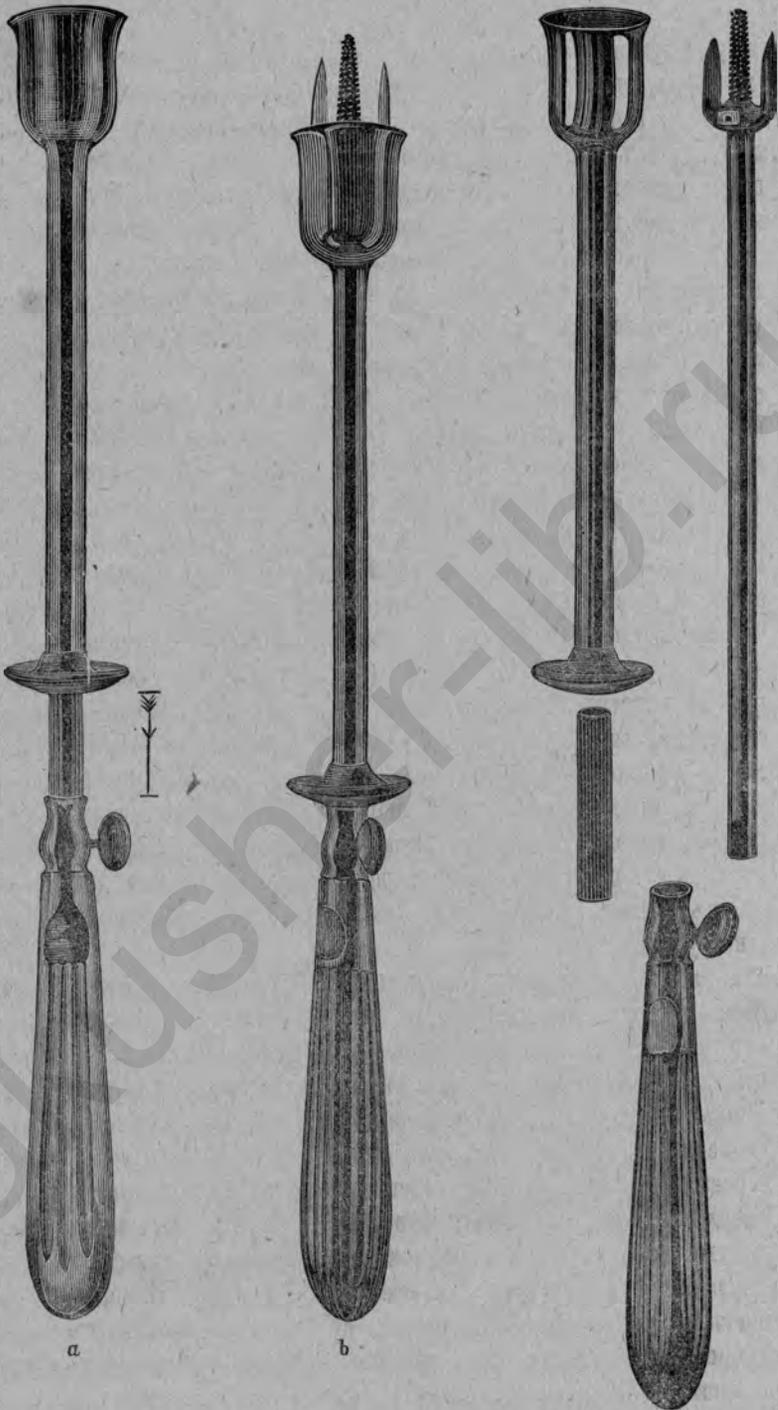


Рис. 106.

Рис. 106. Перфораторъ *Pajot*. *a*—Колоколь прикрываетъ конецъ перфоратора. *b*— При оттягиваніи назадъ находящейся вблизи рукоятки гильзы (см. стрѣлку на рис. *a*) становятся видными буравъ и ножи. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

Рис. 107.

Рис. 107. Перфораторъ *Pajot*, разобранный. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

исключительно, является перфораторъ *Pajot* (рис. 106 и 107). И здѣсь опять-таки въ центрѣ находится узкій буравъ. Вокругъ той же оси вращаются 2 маленькихъ, продольно поставленныхъ ножа съ рѣзущими краями, обращенными въ одномъ и томъ же направленіи. Для прикрытія рѣзущихъ частей и здѣсь имѣется колоколь.

Техника операции. Прежде всего пальцы одной руки тщательно опредѣляютъ мѣсто вкола. Искать непременно шовъ нѣтъ надобности, и здѣсь даже лучше, если перфорируютъ самую кость. Избираютъ наиболѣе доступныя мѣста, большею частью тѣ, которыя находятся посрединѣ въ маточномъ зѣвѣ; при еще узкомъ зѣвѣ выбирать, конечно, не приходится. Другая рука держитъ инструментъ такъ, чтобы выдвинуть былъ впередъ колоколь, чтобы, стало быть, острые части инструмента были прикрыты. Для этого рукоятка обхватывается 4 пальцами, большой же палецъ оттягивается внизъ, насколько возможно, гильзу, находящуюся вблизи рукоятки. Закрытый такимъ путемъ инструментъ подъ руководствомъ прилаживающей руки проводится къ мѣсту вкола. Рукоятка опускается сильно къ промежности, такъ что края защищающаго колокола прилежать всею своею периферіею къ головкѣ; продольная ось инструмента опять-таки ставится отвѣсно къ шаровидной поверхности головки. Колоколь держится между пальцами прилаживающей руки. Въ то время какъ снаружи фиксируютъ головку, рука, держащая рукоятку, начинаетъ производить вращательныя движенія ею, слегка нажимая на головку (рис. 108). Прежде всего проникаетъ центральный буравъ, но уже вскорѣ засимъ высекаютъ оба ножа и вырѣзываютъ круглый кусокъ изъ черепныхъ покрововъ, кости и твердой мозговой оболочки. Вращеніе продолжается до тѣхъ поръ, пока упомянутая нами гильза не будетъ примыкать вплотную къ рукояткѣ. При этомъ положеніи гильзы ножи вкальваются ad maximum. Прикрывъ ихъ вновь колоколомъ посредствомъ нажима на гильзу, вытягиваютъ обратно инструментъ. Вырѣзанный круглый кусокъ черепныхъ покрововъ, кости и твердой оболочки остается внутри колокола. Введя палецъ во влагалище, мы прощупываемъ, удалась-ли операція, и иногда можемъ констатировать круглое, выбитое какъ-бы пробойникомъ, отверстіе.

Перфорация инструментомъ *Pajot* удается необычайно легко и изящно. Она не требуетъ ничьей посторонней помощи (исключая ассистента для фиксации головки снаружи), какъ это бываетъ необходимо при примѣненіи трепана съ вѣнчикомъ (*Leissnig, Kiwisch, Braun*). Маленькіе, крѣпкіе ножи легко проникаютъ даже въ относительно твердыя черепныя кости. Перфораторъ этотъ безусловно заслуживаетъ предпочтенія передъ ножницеобразными инструментами, по крайней мѣрѣ для предшествующей головки и въ особенности въ рукахъ менѣе опытныхъ. Ножницеобразный перфораторъ легче можетъ соскользнуть и причинить пораненіе матери; засимъ полученное отверстіе при примѣненіи этого инструмента имѣетъ болѣе неправильную форму; острые осколки костей выступаютъ впередъ и могутъ поранить материнскія мягкія части, равно какъ и оперирующіе пальцы.

Далѣ—и это очень важно—отверстіе, произведенное ножницами, въ особенности если оно было сдѣлано въ швь, легко закрывается сдвигающимися костями, послѣ того какъ вытечетъ часть содержимаго, что, конечно, задерживаетъ дальнѣйшее опорожненіе черепной полости. Напротивъ, круглое отверстие, производимое инструментомъ *Pajot*, въ особенности если оно сдѣлано было посрединѣ кости, легко допускаетъ полное опорожненіе.

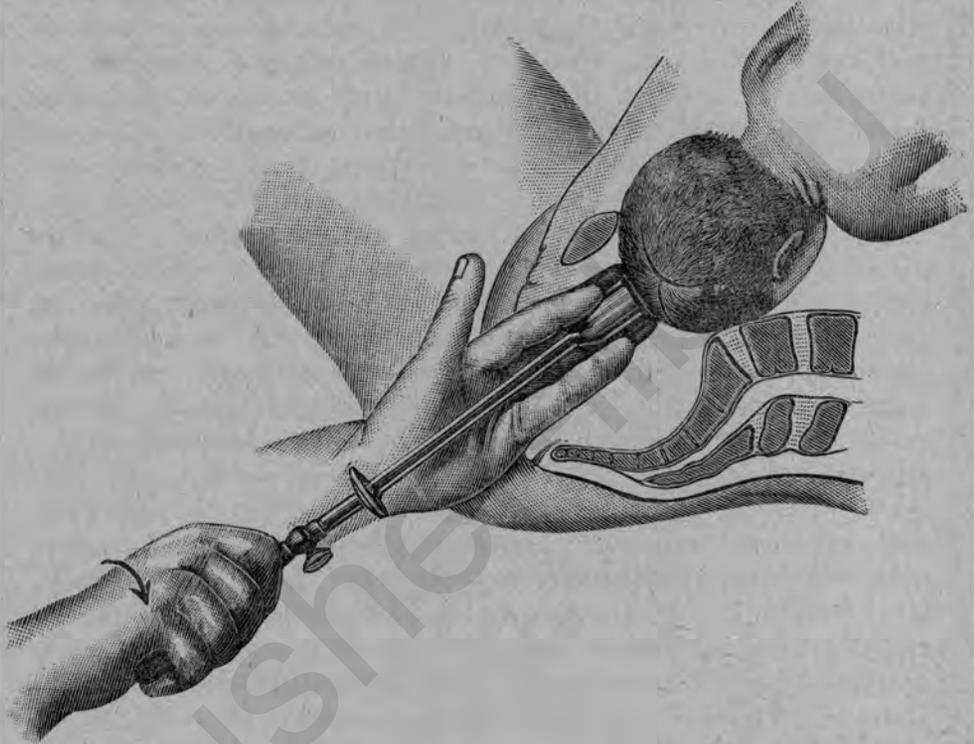


Рис. 108. Перфорация инструментомъ *Pajot*. Плоскій тазъ, *conjuncta vera*—7. цтм. $\frac{1}{4}$ ватур. величины.

Рекомендуя самымъ горячимъ образомъ перфораторъ *Pajot*, я тѣмъ не менѣ замѣчу, что слѣдуетъ имѣть въ акушерскомъ наборѣ, помимо него, также и ножницеобразный инструментъ. Въ особенности для прободенія послѣдующей головки заслуживаетъ предпочтенія ножницеобразный перфораторъ (см. выше), такъ какъ въ этомъ случаѣ мы часто располагаемъ слишкомъ небольшимъ пространствомъ для манипуляцій съ трепаномъ. Впрочемъ, совѣтовали вкалывать здѣсь трепанъ между подбородкомъ и позвоночникомъ или, послѣ сильнаго оттягиванія внизъ нижней челюсти, черезъ твердое небо въ основаніе черепа.

Выполнивъ перфорацию, нужно *тщательно опорожнить содержимое черепа, головной мозгъ*. Хотя обусловленное дѣятельностью родовыхъ силъ сжатіе черепа и вытѣсняетъ содержимое черезъ прободное отверстие, тѣмъ не менѣ правильнѣе будетъ содѣйствовать этому процессу искусственнымъ удаленіемъ мозга. Для этой цѣли черезъ прободное от-

верстие вводятъ въ черепъ, подъ руководствомъ пальцевъ, промывную трубку (маточную трубку), соединенную съ трубкою ирригатора. Для промыванія пользуются какою-либо асептической жидкостью, простою кипяченою водою. Во время вытеканія жидкости разрушаютъ головной мозгъ поворачиваніемъ трубкою. Въ особенности когда дѣло идетъ о перфорации живого ребенка, необходимо разрушить основательно мозгъ и главнымъ образомъ продолговатый мозгъ, мѣсто дыхательнаго центра, такъ какъ въ противномъ случаѣ родившійся перфорированный плодъ можетъ еще обнаруживать признаки дыханія, а то даже можетъ еще кричать. Опорожненіе мозга должно быть полнымъ; иногда выхожденію его можно содѣйствовать пальцемъ или какимъ-либо соответственнымъ инструментомъ, напримѣръ острою ложечкою. Введя желобоватое зеркало, можно выполнить это опорожненіе также и подъ контролемъ глаза; то же самое примѣняютъ иногда и при перфорации. Необходимо всегда принять мѣры къ тому, чтобы исключена была возможность всякаго проявленія доступныхъ слуху признаковъ жизни плода. Нужно имѣть на-готовѣ мокрое полотенце, которымъ закутываютъ головку, какъ скоро она выступаетъ изъ половой расщелины. Родившійся плодъ долженъ быть немедленно опущенъ въ заранее приготовленное наполненное водою ведро; это необходимо уже въ тѣхъ видахъ, чтобы избавить окружающихъ отъ тяжелаго зрѣлища перфорированной головки.

Если изгнаніе перфорированнаго и опорожненнаго черепа не представляется силамъ природы, то предпринимаютъ *извлеченіе головки*. При отсутствіи механическихъ препятствій достаточно бываетъ вложить палецъ въ прободное отверстіе и этимъ путемъ низвести головку. Можно также захватить край прободнаго отверстія острыми щипцами (пулевыми щипцами, *Museux'*евскими щипцами). Если кости раздроблены, въ особенности послѣ перфорации ножницеобразнымъ инструментомъ, то умѣстно покрыть осколки черепными покровами и наложить щипцы на эти послѣдніе. Выступающія кости удаляются, въ случаѣ надобности, костными щипцами подъ тщательнымъ прикрытіемъ.

Потягиваніе головки допускаетъ приложеніе большей силы, если ее захватываютъ костными щипцами, одинъ конецъ которыхъ вводится въ прободное отверстіе, тогда какъ другой лежитъ на головкѣ снаружи. Для этой цѣли особенно пригодны инструменты *Boër'a* (рис. 109) и *Mesnard-Stein'a* (рис. 110).

Но если имѣются значительныя механическія препятствія, какъ это бываетъ въ томъ случаѣ, когда перфорация предпринимается ради узкаго таза, то требуется болѣе энергичное воздѣйствіе и дальнѣйшее уменьшеніе головки.

Эта задача достигалась и достигается еще и теперь такъ называемымъ *кефалотрибомъ* или *кефалотриптеромъ*, устройство котораго составляетъ заслугу *Vaudelocque'a*. Операция, производимая при помощи этого инструмента, называется *кефалотрипсией*. Крѣпкій инструментъ походитъ приблизительно на большіе акушерскіе щипцы (рис. 111), съ тою только разницею, что ложки здѣсь уже и массивнѣе и обладаютъ

лишь незначительною головою кривизною. Въ отношеніи тазовой кривизны инструменты варьируютъ: въ однихъ имѣется сильная тазовая кривизна (какъ въ нашихъ щипцахъ), въ другихъ—слабая. На нижнемъ концѣ рукоятокъ находится сжимающій аппаратъ, который позволяетъ приближать ложки до взаимнаго соприкосновенія, стало быть, энергично сжимать головку, захваченную ложками.

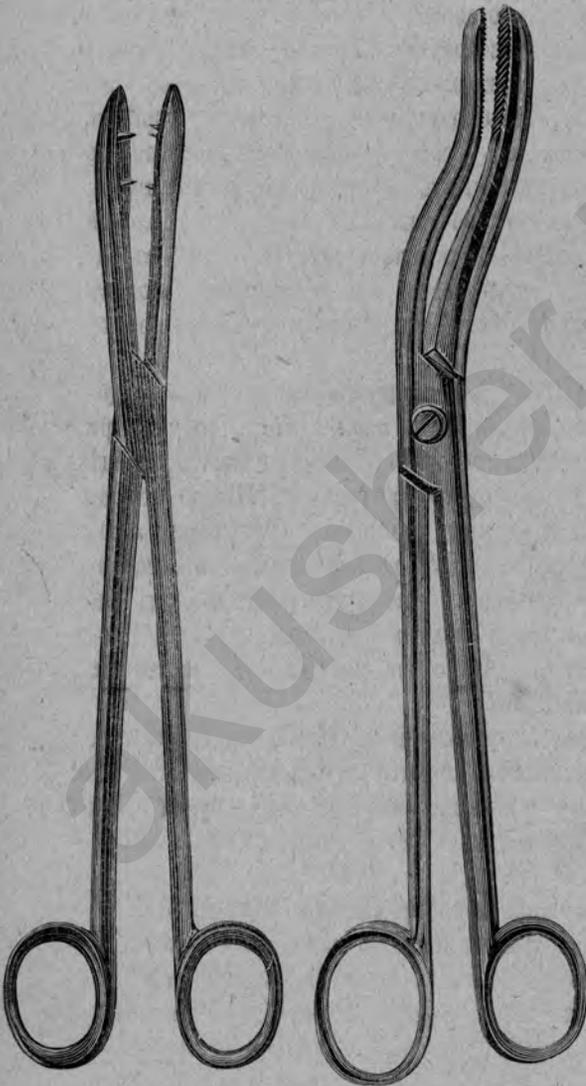


Рис. 109. Костные щипцы *Boër'a*. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

Рис. 110. Костные щипцы *Mesnard-Stein'a*. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

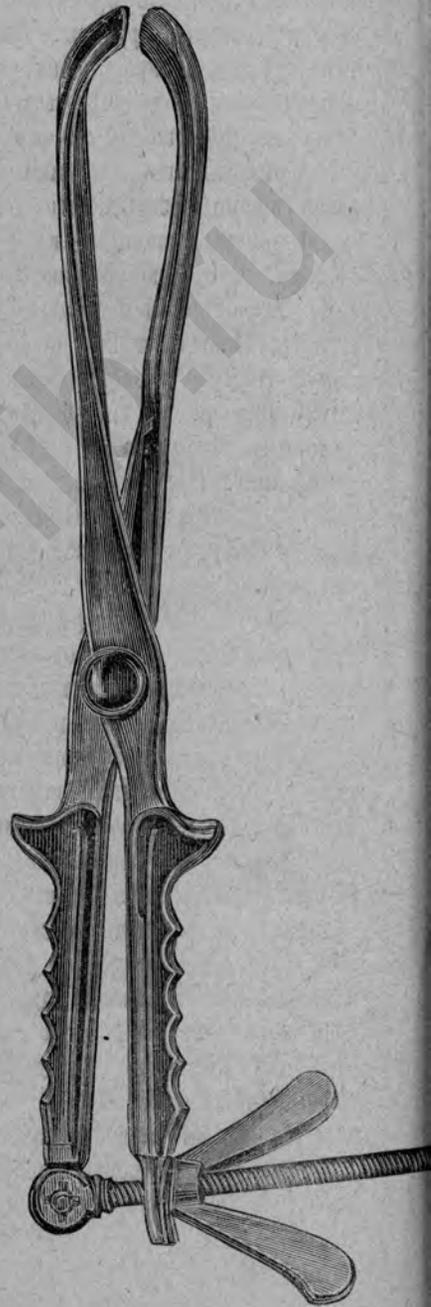


Рис. 111. Кефалотрибъ. Модель *Schultze*, сходная съ моделью *Scanzoni*. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

Накладывается кефалотрибъ аналогично высокимъ щипцамъ. Обязательное условие, это—значительное, хотя бы и не безусловно полное, расширение зъва. *Въ то время какъ головка фиксируется снаружи, лѣвую ложку проводятъ къ головкѣ подъ руководствомъ 4 пальцевъ правой руки, тщательно щадя шейку. 4 пальца должны обхватить внутри маточнаго зъва головку въ ея наибольшей окружности; при введеніи ложки*

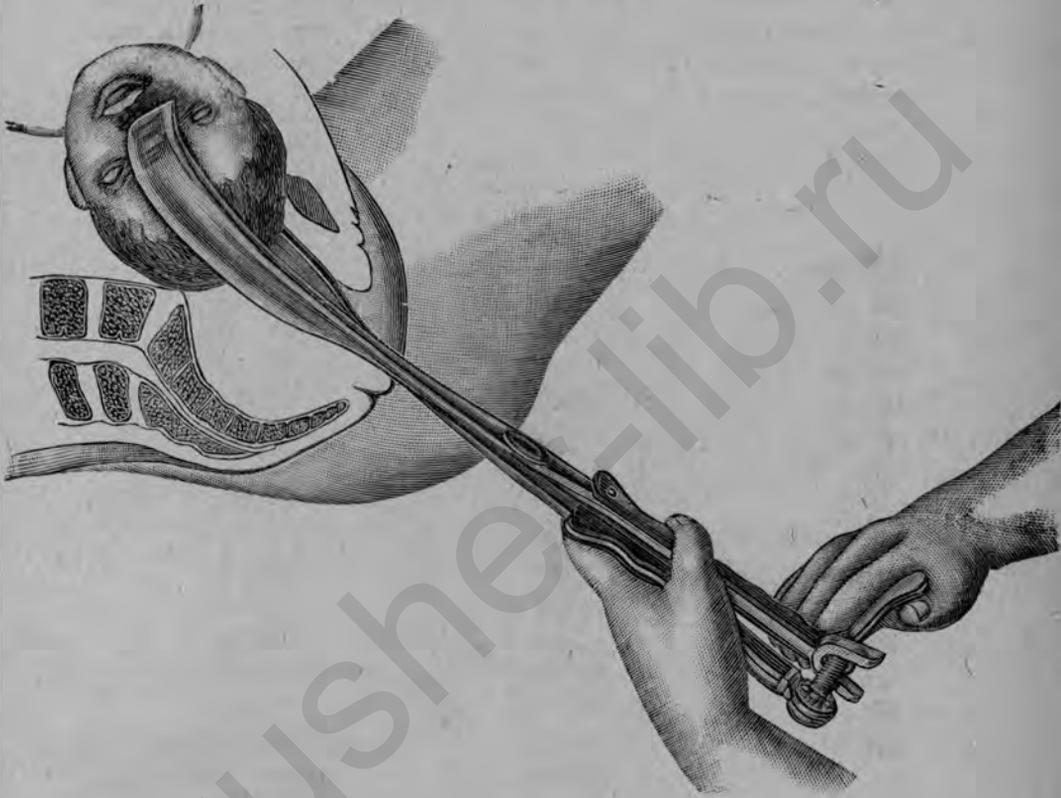


Рис. 112. Операция при помощи кефалотриба. Плоскій тазъ, conjugata vera=7 цтм. Инструментъ наложенъ, ложки лежатъ въ поперечномъ размѣрѣ. Завинчиваніемъ сжимающаго аппарата головка сдавливается слѣва направо, передне-задній поперечникъ ея нѣсколько увеличивается. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

рукоятка сильно опускается къ промежности; ассистентъ, фиксирующій головку снаружи, не долженъ отдавливать ее къ краю тазоваго входа настолько сильно, чтобы препятствовать проведенію ложки. Послѣ этого подъ руководствомъ лѣвой руки проводится по правой сторонѣ правая ложка. Ложки лежатъ *въ поперечномъ размѣрѣ*, лѣвая—слѣва, правая—справа. Засимъ инструментъ замыкается, причемъ рукоятки должны быть сильно опущены внизъ къ промежности. Нужно тщательно слѣдить за тѣмъ, чтобы не ущемить складокъ слизистой оболочки влагалища.

Подчеркнемъ еще разъ, что рукоятки должны быть сильно опущены къ промежности еще до соединенія вѣтвей въ замкѣ. Если не сдѣлать этого,

то, въ особенности про примѣненіи инструмента съ незначительною тазовою кривизною, ложки не обхватятъ всей головки и соскользнутъ по ней въ горизонтальномъ направленіи, если же ложки не проведены къ головкѣ достаточно высоко, то онѣ могутъ иногда соскользнуть въ отвѣсномъ направленіи.

Убѣдившись еще разъ въ томъ, что головка хорошо захвачена инструментомъ, медленно завинчиваютъ, при непрерывающемся фиксированіи головки снаружи, сжимающій аппаратъ (рис. 112) и такимъ образомъ раздавливаютъ головку. Послѣ каждыхъ нѣсколькихъ оборотовъ сжимающаго винта нужно войти во влагалище рукою и изслѣдовать, не



Рис. 113. Операция при помощи кефалотриба. Плоскій тазъ, *conjuncta vera*—7 цм. Во время сжиманія головки (рис. 112) и послѣ него кефалотрибъ (обладающій лишь незначительною тазовою кривизною) поворачиваютъ такъ, чтобы сжатая часть головки легла въ узкую конъюгату. (Поворотъ этотъ на рисункѣ представленъ еще незаконченнымъ). Затѣмъ слѣдуетъ извлеченіе. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

соскользнули-ли ложки, а также не выступаютъ-ли осколки кости. Сдавливая головку слѣва направо, мы увеличиваемъ размѣры ея въ направленіи спереди назадъ. Такое увеличеніе поперечника, не захваченнаго ложками, бываетъ менѣе значительно послѣ перфорации и основательнаго опорожненія черепа; въ прежнее время, когда кефалотрибъ примѣнялся безъ предшествовавшей перфорации, что безусловно заслуживало осужденія, оно было очень велико. Дѣло въ томъ, однако, что въ большинствѣ случаевъ намъ приходится оперировать при плоскихъ тазахъ, суженныхъ именно

въ направленіи спереди назадъ. Поэтому во время завинчиванія инструмента, а, слѣдовательно, и головку, нужно поворачивать осторожно на 90° (рис. 113) такъ, чтобы часть головки, сжатая вѣтвями, легла въ узкую конъюгату, и въ этомъ положеніи и низводятъ головку въ тазъ. При дальнѣйшемъ извлеченіи стараются по возможности подражать механизму черепного положенія, такъ что задняя часть шеи лежитъ подъ лоннымъ соединеніемъ, тогда какъ головка выкатывается впередъ дугою. При извлеченіи головки нужно тщательно слѣдить за тѣмъ, чтобы костные осколки, буде таковыя выступаютъ, не поранили мягкихъ частей.

Если ложки наложены были на головку недостаточно высоко, если головка послѣ сжатія черепного свода не можетъ быть низведена въ тазъ, то нужно разъединить ложки и вновь наложить каждую отдѣльно повыше, дабы при новомъ завинчиваніи имѣть возможность сильнѣе и въ большей степени раздробить основаніе черепа.

При пользованіи инструментомъ съ болѣе значительною тазовою кривизною наложеніе его на головку, правда, производится легче, но вращеніе ложекъ въ прямомъ размѣрѣ едва ли возможно. Такимъ образомъ инструменты съ незначительною тазовою кривизною заслуживаютъ предпочтенія.

Въ новѣйшее время кефалотрибъ почти совершенно вытѣсненъ **кранио-кластомъ** (*Simpson-Braun*). Въ то время какъ кефалотрибъ сдвигаетъ головку въ одномъ направленіи, увеличивая ее въ другомъ, кранио-класть позволяетъ вытягивать головку въ длину и такимъ образомъ приводитъ насъ къ цѣли даже при довольно значительномъ суженіи таза. Къ тому же краниокласть представляетъ собою менѣе объемистый инструментъ, чѣмъ кефалотрибъ, и его примѣненіе возможно уже при меньшемъ расширеніи зѣва. Уменьшеніе головки производится главнымъ образомъ противоавдавленіемъ тазового канала; инструментъ, какъ сказано, тянетъ головку въ длину, отсюда его другое названіе—*краниотракторъ*.

Краниокласть состоитъ равнымъ образомъ изъ двухъ перекрещивающихся въ замковой части рукоятокъ съ сжимающимъ аппаратомъ на концахъ послѣдней (рис. 114). Узкія вѣтви устроены, однако, такъ, что ихъ выпуклыя стороны направлены въ одну и ту же сторону и въ сомкнутомъ состояніи прилегаютъ тѣсно другъ къ другу. Конецъ одной изъ нихъ, такъ наз. внутренней вѣтви, вводимый черезъ прободное отверстіе въ головку, имѣетъ на своей выпуклой сторонѣ желобоватую, шероховатую поверхность. Другая вѣтвь, наружная, накладываемая на головку подобно ложкѣ шипцовъ, снабжена окошечкомъ и сработана такъ, что въ сомкнутомъ видѣ внутренняя вѣтвь входитъ въ ее вогнутую сторону.

Наложеніе инструмента производится слѣдующимъ образомъ. Возьмемъ для примѣра I черепное положеніе, при которомъ личико, стало быть, обращено вправо. Инструментъ лежитъ всего лучше въ томъ случаѣ, когда наружная вѣтвь наложена на личико.

Въ то время какъ головка фиксируется снаружи, 4 пальца лѣвой

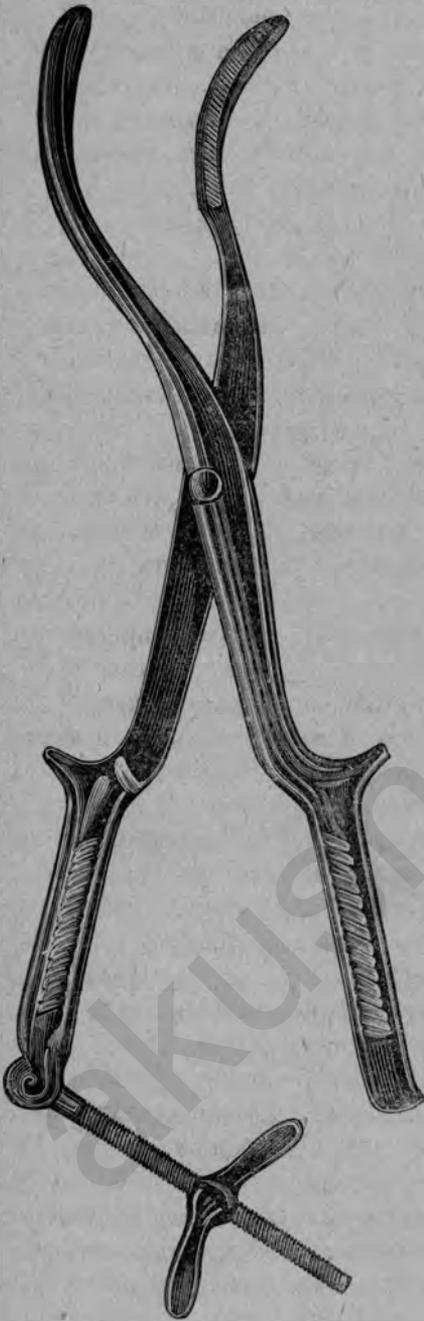


Рис. 114.

Рис. 114. Краниокласть *Braun'a*. $\frac{2}{3}$ натур. величины.



Рис. 115.

Рис. 115. Операція при помощи краниокласта. Плоско рахитическій тазъ. І черепное положеніе. Внутренняя вѣтвь лежитъ внутри черепа, наружная наложена на личико. Извлеченіе производилось уже нѣкоторое время и уже нѣсколько вытянуло головку въ длину. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

руки входят во влагалище, и подь ихъ руководствомъ захваченная правую рукою внутренняя вѣтвь вводится, при сильномъ опусканіи рукоятки, въ прободное отверстіе *возможно выше*. Какъ скоро вѣтвь достигаетъ своего мѣста, рукоятку поручаютъ держать ассистенту. Послѣ того 4 пальца введенной руки, защищая край маточнаго зѣва, направляются по правой сторонѣ головкѣ *насколько возможно выше* до наибольшей скружности ея. Правая рука захватываетъ рукоятку наружной вѣтви и, сильно опустивъ ее внизъ, проводитъ вѣтвь подь руководствомъ внутреннихъ пальцевъ вверхъ по головкѣ, сбоку ея или же нѣсколько кзади; ассистентъ, фиксирующій головку снаружи, не долженъ при этомъ отдавливать ее въ направленіи таза настолько сильно, чтобы мѣшать проведенію ложки. Лѣвая рука выводится обратно и беретъ отъ ассистента рукоятку внутренней вѣтви. Вѣтви соединяются, какъ и ложки щипцовъ, въ замковой части. Рука, введенная во влагалище, должна тщательно слѣдить за тѣмъ, чтобы не были ущемлены складки слизистой оболочки. Послѣ того медленно завинчиваютъ сжимающій аппаратъ. При этомъ рука должна снова войти во влагалище, чтобы предохранить отъ ущемленія стѣнку шейки и слизистую оболочку влагалища. Когда сжимающій аппаратъ завинченъ какъ слѣдуетъ, оба находящихся внутри конца инструмента приближены другъ къ другу, сильно сжимая между собою стѣнку черепа (рис. 115).

Если дѣло идетъ о II черепномъ положеніи, когда личико, стало быть, обращено влѣво, то, сообразно съ устройствомъ инструмента, нужно ввести сначала наружную вѣтвь, которая должна быть наложена на личико. Входятъ во влагалище 4 пальцами правой руки и подь ихъ руководствомъ проводятъ къ личику наружную вѣтвь, захваченную за рукоятку лѣвою рукою. Въ то время какъ ассистентъ фиксируетъ неподвижно введенную вѣтвь, лѣвая рука, опять-таки подь руководствомъ оставшейся во влагалищѣ правой руки, вводитъ въ прободное отверстіе внутреннюю вѣтвь, держа ее такъ, чтобы сторона ея съ шпенькомъ замка отклонена была отъ оператора, стало быть обращена была кзади (книзу) отъ уже введенной ранѣе наружной вѣтви. Послѣ того какъ введена и внутренняя вѣтвь, правая рука выводится изъ влагалища и беретъ отъ лѣвой руки рукоятку внутренней вѣтви, а лѣвая принимаетъ рукоятку наружной вѣтви, и обѣ вѣтви соединяются въ замкѣ. Это соединеніе производится очень удобно, хотя мы и не видимъ самого замка; чтобы привести въ соединеніе замковыя части обѣихъ вѣтвей, нужно только обращать вниманіе на положеніе находящагося на рукояткѣ крючка. Иногда замыканіе контролируется указательнымъ пальцемъ правой руки.

Этотъ способъ наложенія инструмента при II черепномъ положеніи безусловно проще, чѣмъ другой, также практикуемый, способъ (*R. v. Braun*), при которомъ накладывается сперва внутренняя вѣтвь, затѣмъ наружная, и рукоятки проводятся другъ за друга.

Какъ скоро завинчиваніе окончено, пальцы убѣждаются еще разъ въ

надлежащемъ наложеніи инструмента и въ отсутствіи ущемленій. Послѣ того, опустивъ рукоятки сильно къ промежности, производятъ потягиваніе внизъ (рис. 115). Потягиваніе не должно производиться съ полною силою уже съ самаго начала, но должно быть усиливается лишь постепенно. Такъ какъ, благодаря противодействию, производимому газовой стѣнкою, головка, какъ мы уже сказали, вытягивается въ длину, то ее удается низвести въ тазъ. Въ томъ случаѣ, когда зѣвъ изглаженъ еще не вполне, а между тѣмъ мы вынуждены предпринять извлеченіе уже теперь, нужно потягивать лишь очень медленно и осторожно. Впрочемъ, конусообразная форма вытянутой въ длину головки дѣлаетъ возможнымъ осторожное расширеніе зѣва.

При дальнѣйшемъ извлеченіи стараются по возможности подражать механизму черепного положенія: затылокъ выводятъ подъ лонную дугу и, направляя рукоятки сильно вверхъ, подобно тому какъ это дѣлается при извлеченіи щипцами, выкатываютъ личико надъ промежностью.

При дефлексіи головки краниокласть лежитъ всего лучше, такъ какъ здѣсь наружная вѣтвь помѣщается высоко на личикѣ. Продвигать при черепныхъ положеніяхъ послѣ перфорации затылокъ вверхъ внутреннюю вѣтвь, вызывать этимъ дефлексію и засимъ вновь перфорировать ближе къ передней части черепа (*Braun*) опасно (возможность разрыва при уже растянутой шейкѣ).

Инструментъ, само собою разумѣется, долженъ быть сработанъ очень тщательно: онъ не долженъ сильно пружинить, оба конца его должны крѣпко удерживать между собою стѣнку головки.

Случается, что при сильномъ сопротивленіи захваченная кость поддается и вырывается изъ краниокласта. Въ этомъ случаѣ, равно какъ и тогда, когда инструментъ соскальзываетъ, а кость за нимъ не слѣдуетъ, нужно раскрыть краниокласть и наложить наружную вѣтвь въ другомъ мѣстѣ; иногда это приходится повторять нѣсколько разъ. Большое преимущество инструмента и заключается именно въ томъ, что его возможно наложить въ любомъ размѣрѣ таза. Въ трудныхъ случаяхъ бываетъ иногда, что подъ конецъ оказывается выломаннымъ весь черепной сводъ. Если краниокласть вырывается повторно, то лучше предпринять дальнѣйшее удаленіе костей черепного свода не краниокластомъ, а костными щипцами (*Boër, Mesnard-Stein*). Захватываютъ каждую кость отдѣльно, вводя одну вѣтвь между покровами черепа и костью, а другую—внутри черепа, и удаляютъ ее, тщательно защищая пальцами отъ параненія маточный зѣвъ и слизистую оболочку влагалища.

Послѣ полного удаленія черепного свода возстановляютъ лицевое положеніе. Для низведенія подбородка можно воспользоваться острымъ крючкомъ *Levret's*, но при этомъ требуется соблюденіе большой осторожности. Въ настоящее время поступаютъ, по предложенію *Fritsch'a*, слѣдующимъ образомъ: „Замкнутую (внутреннюю) вѣтвь краниотрактора помѣщаютъ на основаніе черепа, открытую—въ ротъ или на подбородокъ. Если завинтить теперь инструментъ, то черепные покровы покрыв-

вають зубцы сломанныхъ костей, основаніе же черепа должно войти между вѣтвями краниотрактора, т. е. стать ребромъ. При такихъ условіяхъ удастся низвести головку вращательными движеніями. Съ наибольшимъ діаметромъ основанія черепа здѣсь уже не приходится считаться, такъ, основаніе черепа стоитъ отвѣсно, но поперечные діаметры должны быть по возможности поставлены въ поперечныхъ размѣрахъ таза въ цѣляхъ использованія наибольшаго пространства“.

Этимъ путемъ удастся низвести головку краниокластомъ даже при значительномъ суженіи таза.

Краниокласть представляетъ собою превосходный инструментъ, находящій себѣ къ тому же многообразное примѣненіе. Такъ, напр., внутреннюю вѣтвь можно провести черезъ глазицу или чрезъ ротъ, а наружную вѣтвь помѣстить на головку. Точно также его можно наложить при мертвомъ плодѣ на ягодицы, причемъ внутренняя вѣтвь продвигается черезъ заднепроходное отверстіе, а наружная вѣтвь помѣщается снаружи. Наконецъ, при помощи его можно захватить плодъ и поперечно за позвоночникъ (*Fritsch*).

Хотя краниокласть и вытѣснилъ съ полнымъ правомъ кефалотрибъ, тѣмъ не менѣе нѣкоторые случаи значительнаго суженія таза выдвигали потребность въ достиженіи еще болѣе значительнаго уменьшенія головки, чѣмъ то, какое можетъ быть произведено краниокластомъ. Неоднократно кефалотрибъ, въ отношеніи болѣе сильнаго размозженія головки, оказывался инструментомъ, оставлявшимъ за собою краниокласть. Кроме того, кефалотрибъ можетъ быть болѣе выгоденъ для уменьшенія послѣдующей или оторвавшейся головки.

По большей части послѣ перфорации *послѣдующей* головки особеннаго инструмента для извлеченія не требуется. Туловище представляетъ собою наилучшую рукоятку. Но при значительномъ суженіи таза извлеченіе можетъ иногда натолкнуться на трудности. Удаленіе мозга по большей части не бываетъ такимъ полнымъ, какъ при предшествующей головкѣ, и, стало быть, требуется дальнѣйшее раздробленіе. Для этой-то цѣли кефалотрибъ и оказался очень раціональнымъ инструментомъ.

Такъ какъ, слѣдовательно, кефалотрибъ не могъ быть совершенно изъять изъ употребленія, то приходилось имѣть въ акушерскомъ наборѣ какъ краниокласть, такъ и кефалотрибъ.

Сказанная потребность удовлетворена была введеніемъ инструментовъ, которые могли примѣняться и въ качествѣ краниокласта, и въ качествѣ кефалотриба. Мы говоримъ о такъ называемыхъ **трехвѣтвистыхъ инструментахъ**. Наизвѣстнѣйшій изъ нихъ, это—инструментъ *Auward'a* съ его различными видоизмѣненіями, предлагавшимися многими авторами.

Внутренняя вѣтвь можетъ въ то же время служить и перфораторомъ, такъ какъ конецъ ея заостренъ (колбовидный буравъ). Уже *J. Veit* видоизмѣнилъ аналогичнымъ образомъ внутреннюю вѣтвь краниокласта. Предложенная *Dührssen'омъ* модель *Auward'овскаго* инструмента (рис. 116) снабжена вмѣсто колбовиднаго бурава острымъ концомъ на-подобіе

введеннаго *Veit*'омъ. Я лично предпочитаю пользоваться для перфорации особымъ инструментомъ, и именно по слѣдующимъ соображеніямъ: если мы

примѣняемъ внутреннюю вѣтвь краниокласта, то она послѣ перфорации мѣшаетъ опорожненію черепа, либо ее приходится выводить и затѣмъ снова вводить. Съ другой стороны, однако, остріе внутренней вѣтви цѣлесообразно въ томъ отношеніи, что его можно воткнуть въ основаніе черепа.

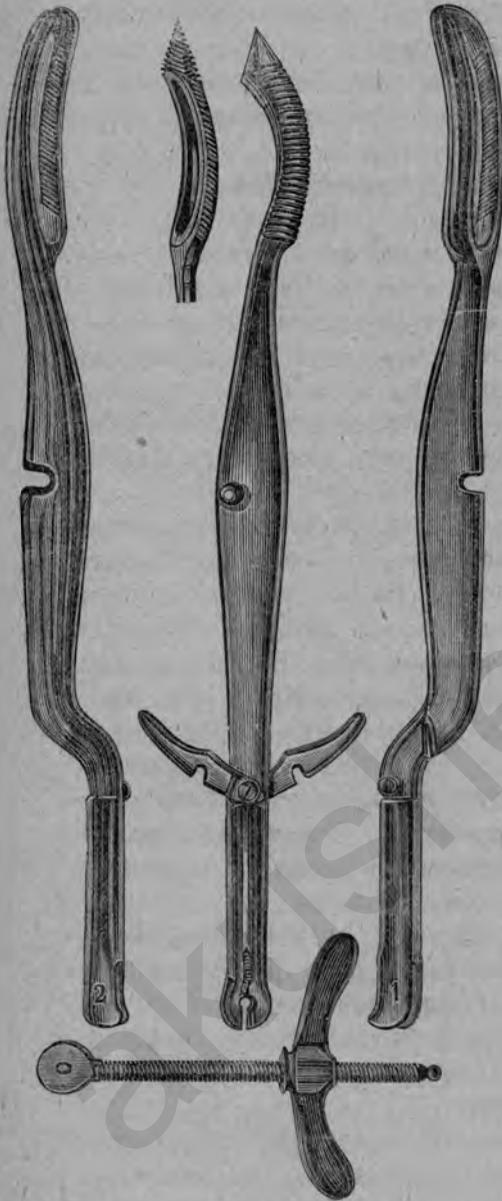


Рис. 116.

Рис. 116. Трехвѣтвистый инструментъ *Auard*'а въ видоизмѣненіи *Dührssen*'а. Конецъ внутренней вѣтви заостренъ (рядомъ представлена первоначальная форма «колбовиднаго бурава»). Маленькая модель на наружномъ концѣ внутренней вѣтви показываетъ, въ какую сторону обращена выпуклость введеннаго внутреннего конца. Внутренняя вѣтвь снабжена на обѣихъ сторонахъ осями, въ которыя входятъ вырѣзы обѣихъ наружныхъ вѣтвей 1 и 2. $\frac{1}{3}$ натур. величины.



Рис. 117.

Рис. 117. *Auard*'овскій инструментъ. Внутренняя и первая наружная вѣтвь образуютъ краниокласть. $\frac{1}{4}$ натур. велич.

Соединение внутренней ветви с первой наружной (ветвь 1 на рисунке) дает краниокласть, которым можно пользоваться, как и всяким другим (рис. 117)¹⁾.



Рис. 118. *Auvard*овский инструмент. Внутренняя и правая наружная ветви свинчены вместе и фиксированы зажимающим крючком. Вторая наружная ветвь наложена и образует с другими ветвями кефалотрибъ.
¹/₄ натур. велич.



Рис. 119. *Auvard*овский инструмент как на рис. 118, с тою разницею, что завинчивание вполне окончено.
¹/₄ натур. величины.

Если, при недостаточности действия краниокласта, желают присоединить действие кефалотриба, то обе наложенные ветви иммобилизуют находящимся на рукоятках замыкающим крючком, после чего

¹⁾ Обе ветви могут быть еще сложены вместе таким образом, чтобы внутренние концы их были обращены друг к другу своими вогнутыми сторонами. Уже первоначальная *Auvard*овская модель этого двухветвистаго краниокласта представляла такую модификацию. Внутренняя ветвь, по *Auvard*'у, должна была быть наложена так, чтобы вогнутая сторона ее обращена была к наружной ветви; при завинчивании (колбовидный буравъ втыкался въ основание черепа) раздавливалась захваченная часть основания черепа. Засимъ послѣ снятія сжимающаго аппарата навинчивали внутреннюю ветвь и соединяли обычнымъ способомъ съ наружною.

накладываютъ вторую наружную вѣтвь (вѣтвь 2 на рисункѣ) совершенно такъ, какъ это дѣлаютъ съ вѣтвью кефалотриба, и при помощи соединенія съ обѣими сначала наложенными вѣтвями образуютъ кефалотрибъ (рис. 118 и 119). Внутренняя вѣтвь снабжена на обѣихъ сторонахъ осями, съ которыми сочленяются обѣ наружныя вѣтви при посредствѣ имѣющихся на нихъ вырѣзовъ.

Существенное преимущество *Auward'*овскаго инструмента по сравненію съ обыкновеннымъ кефалотрибомъ заключается въ томъ, что головка вполне фиксируется обѣими сначала наложенными вѣтвями, краниокластомъ, и такимъ образомъ не можетъ соскользнуть при наложеніи третьей вѣтви и послѣдующемъ сдавливаніи. Къ тому же весь инструментъ не такъ массивенъ, какъ кефалотрибъ.

Zweifel видоизмѣнилъ *Auward'*овскій инструментъ; его модель допускаетъ также соединеніе однихъ обѣихъ наружныхъ вѣтвей (безъ внутренней) на-подобіе вѣтвей кефалотриба и пользованіе ими въ качествѣ такового инструмента. Это достигается тѣмъ, что ось инструмента размѣщена съ внутренней вѣтви на первую наружную; кромѣ того, она нѣсколько приближена къ рукояткѣ. Внутренняя вѣтвь вмѣстѣ съ первой наружною образуетъ краниокласть, причѣмъ становится возможною и такая установка, что вогнутыя стороны внутреннихъ концовъ обращены другъ къ другу. Присоединеніе второй наружной вѣтви превращаетъ инструментъ въ „кефалокласть“. Соединеніе однихъ обѣихъ наружныхъ вѣтвей достигается при помощи вставочной пластинки, выравнивающей разницу въ уровнѣ.

Этой послѣдней модификаціи *Zweifel* придаетъ важное значеніе потому, что при трудномъ выведеніи головки, когда перфорация испытана была безуспѣшно, кефалотрибъ, образуемый описаннымъ простымъ соединеніемъ обѣихъ наружныхъ вѣтвей, приводитъ насъ надежно къ цѣли. Если бы пожелали въ этомъ случаѣ примѣнить въ качествѣ обыкновеннаго кефалотриба *Auward'*овскую модель, то острый винтъ и бороздчатый буравъ ея, по мнѣнію *Zweifel'*я, дѣлали бы почти неизбежными поврежденія материнскихъ мягкихъ частей.

Zweifel слѣдующимъ образомъ описываетъ примѣненіе трехвѣтвистаго инструмента:

„Буравъ, проникающій въ черепную полость, употребляется въ качествѣ зонда, имѣющаго задачей отыскать *foramen magnum*. Рѣшетчатая кость, скалистая кость, словомъ — вся передняя часть черепной полости оказывается на-ощупь неровною, въ заднемъ же отдѣлѣ полости черепа ошупывающій инструментъ наталкивается на перепонку — *tentorium cerebelli*, и здѣсь именно буравъ и долженъ отыскать большую затылочную дыру и нѣсколькими поворотами фиксироваться въ ней. Этимъ создается первая опора для головки, предохраняющая отъ смѣщенія въ моментъ наложенія на черепной сводъ первой наружной ложки. Выдреніе въ *foramen magnum* представляется безопаснымъ, даже при отсутствіи защищающей пластинки или иного способа защиты; представляется вообще

немыслимымъ, чтобы буравъ могъ достигнуть наружной поверхности плода и мягкихъ частей матери, развѣ только внѣдреніе его производилось бы умышленно глубоко и противъ всякихъ правилъ“.

Первая наружная вѣтвь накладывается на затылокъ; соединеніе ея съ внутренней вѣтвью достигается помощью крючка.

„Разъ оператору удалось ввести первую наружную вѣтвь, онъ является полнымъ хозяиномъ положенія: фиксируя головку такъ, какъ это ему угодно, онъ можетъ поворачивать ее помощью инструмента до тѣхъ поръ, пока не получить возможность наложить удобно на лицо вторую наружную вѣтвь“.

Сжимающій аппаратъ соединяетъ вторую наружную вѣтвь съ обѣими другими вѣтвями. При завинчиваніи головка раздробляется и на основаніи черепа.

Fehling равнымъ образомъ соединилъ въ одномъ инструментѣ краниокласть и кефалотрибъ. Онъ отказался отъ мысли примѣнять внутреннюю вѣтвь также въ качествѣ перфоратора, зато придалъ инструменту тазовую кривизну, позволяющую накладывать его на высоко стоящую головку и удобнѣе захватывать ее.

Для того, чтобы имѣть возможность накладывать краниокласть надлежащимъ образомъ какъ при I, такъ и при II положенія (это удается безъ труда также и при примѣненіи обыкновеннаго *Braun'*овскаго инструмента, см. стр. 250), *Fehling* устроилъ два краниокласта: одинъ— для I, другой— для II положенія. Если послѣ того, какъ примѣненіе краниокласта не привело къ цѣли, желаютъ присоединить дѣйствіе кефалотриба, то вводятъ наружную вѣтвь второго краниокласта и при посредствѣ сжимающаго винга соединяютъ съ наложеннымъ краниокластомъ. По *Fehling'*у, подобный кефалотрибъ дѣйствуетъ лучше, чѣмъ инструментъ *Zweifel'*я, благодаря его тазовой кривизнѣ и крѣпости наружныхъ вѣтвей.

Въ большинствѣ случаевъ можно обойтись однимъ краниокластомъ, но для того, чтобы быть вооруженнымъ и для болѣе рѣдкихъ случаевъ, лучше имѣть въ своемъ распоряженіи также и *Award'*овскій трехвѣтвистый инструментъ или одну изъ его модификацій. Хотя вопросъ о томъ, какому инструменту слѣдуетъ отдать предпочтеніе—краниокласту или кефалотрибу, и рѣшенъ, и притомъ въ пользу перваго, тѣмъ не менѣе окончательная побѣда должна быть признана за трехвѣтвистымъ инструментомъ, соединяющимъ въ себѣ преимущества того и другого.

Въ прежнее время, когда еще не располагали цѣлесообразными инструментами для выведенія прободенной предшествующей головки, прибѣгали часто послѣ тщетныхъ попытокъ извлеченія послѣдней къ повороту и извлеченію за ножку. Такого рода пріемъ былъ бы въ настоящее время умѣстенъ только въ крайнемъ случаѣ, напримѣръ при отсутствіи соответственныхъ инструментовъ. Предварительно должны быть удалены всѣ осколки черепа.

Извлечение туловища при значительной узости таза может представить большія затрудненія даже и послѣ того, какъ удалось вывести наружу предшествующую головку (см. ниже стр. 270).

Эмбриотомія.

Подъ именемъ *эмбриотоміи* мы разумѣемъ тѣ операціи, при которыхъ предпринимается раздробленіе тѣла плода. По большей части плодъ раздѣляется на двѣ части. Если для раздѣленія избираютъ шею, то мы говоримъ объ *обезглавленіи* (*decapitatio*). Если оно производится чрезъ среднюю часть туловища, то такую операцію называютъ *de truncatio*; разсѣченіе позвоночника носятъ названіе *спондилотоміи*. Раздѣленіе тѣла плода можетъ быть предпринято также и въ направленіи, косвенномъ къ оси тѣла, напримѣръ отъ одного плечика къ противоположной подкрыльцовой впадинѣ. Удаленіе внутреннихъ органовъ изъ грудной или брюшной полости называютъ *exenteratio* (*evisceratio*).

Эмбриотомія при запущенномъ поперечномъ положеніи.

Главнѣйшимъ показаніемъ къ эмбриотоміи являются запущенныя поперечныя положенія (см. стр. 190). Когда мы приходимъ къ роженицѣ съ поперечнымъ положеніемъ послѣ того, какъ уже прошло довольно много времени съ момента излітія плодныхъ водъ, производство поворота можетъ представить большія затрудненія (см. стр. 218—220). Родовыя схватки, подъ вліяніемъ значительныхъ механическихъ препятствій усиливающіяся все больше и больше, повели къ растяженію шейки. Плечико сильно вколочено въ тазовую входъ, соответственная ручка часто представляется выпавшею, въ растянутый нижній сегментъ матки входитъ все болѣе и болѣе значительная часть плода. Стѣнка шейки сильно истончена, граница между растянутою частью и толстостѣннымъ тѣломъ матки, такъ называемое контракціонное кольцо, помѣщается высоко. Роженица истощена до крайней степени, пульсъ малъ и частъ, животъ чувствителенъ къ прикосновенію и напряженъ настолько, что дѣтскія части прощупываются съ трудомъ; иногда имѣется также *tympania uteri*. При отсутствіи своевременной помощи наступаетъ разрывъ матки съ его гибельными послѣдствіями. Всякая попытка съ нашей стороны предпринять при такихъ условіяхъ поворотъ сопряжена была бы съ рискомъ ускоренія этого разрыва, какъ вслѣдствіе увеличенія содержимаго шейки объемомъ нашей руки, такъ и вслѣдствіе самого поворачиванія. Единственно правильная терапія можетъ заключаться только въ эмбриотоміи. Поперечно лежащій плодъ раздѣляется на двѣ части, которыя и извлекаются каждая отдѣльно.

На такую операцію мы въ большинствѣ случаевъ можемъ рѣшиться съ легкимъ сердцемъ, такъ какъ при этого рода запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ плодъ обыкновенно оказывается уже умершимъ. Вслѣд-

ствіє родовыхъ схватокъ, усиливающихся все больше и больше подъ вліяніемъ механическаго препятствія, равно какъ и вліяніемъ судорожныхъ потугъ (тетанія матки), материнскіе сосуды, ведущіе къ послѣду, подвергаются настолько сильному и продолжительному давленію, что обмѣнъ веществъ между матерью и плодомъ нарушается въ очень интенсивной степени. Къ тому же тѣло матки, благодаря тому, что большая часть плода покинула его и перешла въ растянутую шейку, уменьшилось настолько значительно, что и мѣсто прикрѣпленія послѣда оказывается сильно уменьшеннымъ, а иногда послѣдъ уже отслоился, что, конечно, ведетъ къ смерти плода.

Если смерть плода *несомнѣнна* и если производство поворота представляется особенно труднымъ, то и въ томъ случаѣ, когда мы при живомъ плодѣ могли бы еще предпринять попытку поворота, все же будетъ болѣе целесообразнымъ принципиально отказаться отъ всякой такой попытки и предпринять эмбриотомію, какъ операцію, болѣе щадящую жизнь матери (*Zweifel*).

Когда мы при запущенномъ поперечномъ положеніи находимъ плодъ еще живымъ, мы должны тщательно взвѣсить, возможно-ли еще произвести поворотъ, и, при наличности положительныхъ данныхъ, примѣнить тѣ средства, которыми достигается расслабленіе матки, и предпринять осторожную попытку поворота (см. описаніе труднаго поворота на стр. 218 — 220). Но какъ скоро мы констатируемъ, что поворотъ не можетъ быть выполненъ безъ серьезной опасности для маточной стѣнки, мы должны отказаться отъ него. О производствѣ кесарскаго сѣченія ради спасенія жизни плода едва-ли можетъ идти рѣчь, такъ какъ при подобныхъ запущенныхъ родахъ опасности для матери были бы слишкомъ велики.

Случаи, въ которыхъ приходится прибѣгать къ эмбриотоміи, мы встрѣчаемъ обычно въ сельской практикѣ, гдѣ врачебная помощь сплошь и рядомъ трудно достижима и гдѣ зачастую проходитъ много часовъ, прежде чѣмъ къ роженицѣ является врачъ. Въ городской практикѣ мы попадаемъ къ роженицѣ по большей части въ болѣе ранніе стадіи поперечнаго положенія, такъ что еще возможно бываетъ предпринять поворотъ. Случается также иногда, что поводомъ къ эмбриотоміи служитъ неправильно произведенная попытка поворота. Если, напримѣръ, при такой попыткѣ рука проникла къ ножкѣ по спинкѣ и по спинѣ же пыталась низвести ее, или если при задне-спинномъ поперечномъ положеніи съ выпаденіемъ ручки низведена была верхняя ножка (см. стр. 204), то результатомъ подобныхъ ошибочныхъ манипуляцій можетъ явиться такое перекручиваніе и вкочлачиваніе плода, что окончаніе родового акта возможно только съ помощью эмбриотоміи.

Производство эмбриотоміи требуетъ возможно щадящаго отношенія къ стѣнкѣ матки. Напряженіе растянутаго нижняго сегмента никоимъ образомъ не должно быть усиливается.

Обязательнымъ условіемъ, конечно, является отсутствіе значительнаго

суженія таза, которое исключало бы возможность извлеченія раздробленнаго плода. Маточный зъвъ долженъ пропускать кисть руки.

Оперируютъ при ягодично-спинномъ положеніи роженицы, подъ наркозомъ. Началу операціи должно предшествовать самое тщательное изслѣ-

дованіе, такъ какъ діагнозъ положенія долженъ быть поставленъ съ абсолютною точностью. Необходимо также тщательно разслѣдовать, не произошло-ли уже какого-либо пораненія (разрыва) матки. Обыкновенно имѣется выпаденіе ручки; при отсутствіи такового нужно низвести ручку, соответствующую подлежащему плечу.

Если, какъ это обыкновенно бываетъ, шея плода достижима, то предпринимаютъ обезглавленіе.

Для выполненія этой операціи, пользуются обычно такъ называемымъ *декапитационнымъ крючкомъ Braun'a*. Это желѣзная палочка длиною въ 25 цтм., укрѣпленная къ поперечной рукояткѣ, съ сильно загнутымъ верхнимъ концомъ. Крючкообразный конецъ этотъ снабженъ параболическою кривизною и заканчивается

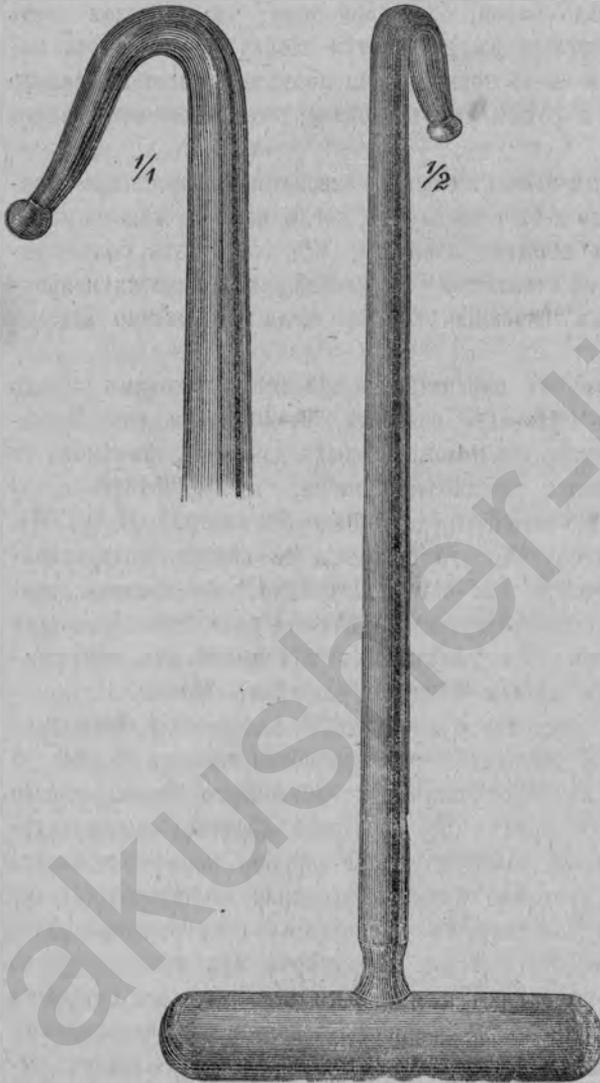


Рис. 120. Декапитационный крючокъ *Braun'a*. $\frac{1}{2}$ натур. величины. Рядомъ съ нимъ представлень конецъ крючка въ натур. величину (видъ сбоку).

пуговкою, отстоящею отъ стержня на 2 цтм. ¹⁾ (см. рис. 120).

¹⁾ Въ руководствахъ приводится ошибочное указаніе, будто крючокъ отстоитъ отъ рукоятки на 3 цтм. Инструментъ, описанный мною изъ Вены и изображенный на рис. 120, показываетъ расстояние всего въ 2 цтм. На мой запросъ *Herzfeld* сообщилъ мнѣ, что разысканный имъ подлинный инструментъ *Braun'a*, датирующій

Обезглавленіе *Braun'*овскимъ инструментомъ производится слѣдующимъ образомъ ¹⁾ (см. рис. 121).

Въ половыя части вводятъ *руку, противоположащую головкѣ*, стало быть, напримѣръ, при I поперечномъ положеніи, когда головка помѣщается слѣва,—правую руку ²⁾. Въ то время какъ эта рука входитъ во влагалище, другая рука тянетъ выпавшую ручку внизъ и въ сторону ягодицъ плода. Введенная рука продвигается по ручкѣ плода вверхъ къ плечу, будучи обращена къ нему ладонью, большой палецъ направленъ впередъ, къ лонному соединенію, а остальные пальцы—назадъ, къ задней тазовой стѣнкѣ. Какъ только рука эта достигаетъ плечика, другая рука отпускаетъ выпавшую ручку и передаетъ ее ассистенту, который долженъ ее

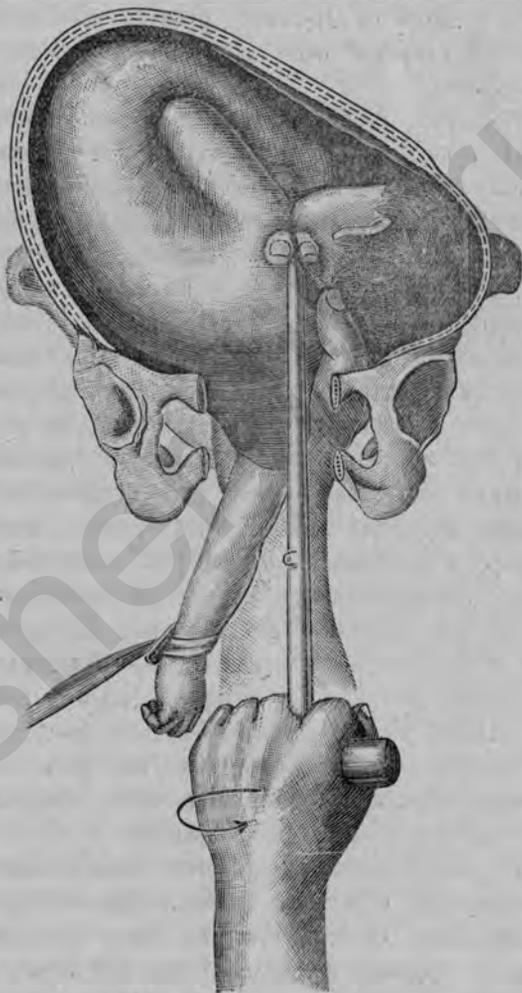


Рис. 121. Обезглавленіе декапитационнымъ крючкомъ *Braun'*а. Запущенное поперечное положеніе (1а), растяженіе шейки. Крючокъ наложенъ вокругъ шеи плода; онъ поворачивается вокругъ продольной оси такимъ образомъ, что вначалѣ пуговка его повернута по направленію къ головкѣ младенца. ^{1/4} натур. велич.

отъ 1853 г., обнаруживалъ разстояніе пуговки отъ *наружнаго* края стержня въ 3 цтм. Разстояніе между пуговкою и стержнемъ составляетъ нѣсколько больше $2\frac{1}{4}$ цтм.; въ различныхъ инструментахъ оно колеблется въ предѣлахъ около $\frac{1}{4}$ цтм.

¹⁾ Въ нижеслѣдующемъ я придерживаюсь главнымъ образомъ описанія ученика *Braun'*а, *Herzfeld'*а.

²⁾ При высоко и сбоку стоящей шеѣ бываетъ иногда очень трудно наложить вокругъ шеи плода руку, противоположащую головкѣ; въ такомъ случаѣ мы вынуждены пользоваться другою рукою.

все время оттягивать въ указанномъ направленіи, послѣ чего она входитъ въ дно матки и производитъ на него давленіе въ направленіи внизъ. Затѣмъ введенная рука обхватываетъ шею плода такимъ образомъ, чтобы большой палецъ легъ спереди между шею и лоннымъ соединеніемъ, а прочіе пальцы—сзади между шею и заднею маточною стѣнкою; кончики большого и указательнаго пальцевъ, обхватывающихъ шею, должны встрѣтиться другъ съ другомъ; рука тянетъ шею внизъ. Во время дальнейшей операціи ассистентъ принимаетъ на себя *фиксированіе головки снаружи*.

Засимъ, свободная рука оператора захватываетъ рукоятку инструмента всею рукою такимъ образомъ, чтобы стержень пришелся между указательнымъ и среднимъ пальцами, приставляетъ пуговку крючка къ лучевому краю предплечья введенной руки и, сильно опустивъ рукоятку и все время вплотную прилегая сначала къ предплечью, а потомъ къ большому пальцу, проводить крючокъ вверхъ до тѣхъ поръ, пока пуговка не доберется до вышележащей стороны шеи. Какъ скоро кончикъ указательнаго пальца почувствуетъ прикосновеніе пуговки, крючокъ, подъ непре-рывнымъ контролемъ пальцевъ, обхватывающихъ шею, заводится за послѣднюю и фиксируется потягиваніемъ за рукоятку внизъ. Послѣ того, опустивъ рукоятку къ промежности, производятъ ею нѣсколько болѣе сильныя потягиванія, такъ что пуговка вдавливается въ мягкія части задней периферіи шеи. Крючокъ лежитъ между рукою, фиксирующею головку, и туловищемъ плода. При послѣдующихъ поворотахъ инструмента рука, лежащая на шеѣ, оказываетъ противодавленіе на головку, для того чтобы эта послѣдняя не смѣстилась къ маточной стѣнкѣ.

Рука, держащая рукоятку, 2—3 легкими вращательными движеніями то влѣво, то вправо производитъ вывихъ шейнаго позвоночника.

Послѣ того рукоятку на-подобіе того, какъ это дѣлаютъ съ ключемъ въ замкѣ, поворачиваютъ нѣсколько разъ вокругъ ея продольной оси, такимъ образомъ, чтобы въ началѣ поворота *пуговка обращена была къ головкѣ плода* (см. направленіе стрѣлки на рис. 121). Стало бытъ, рука, находящаяся на рукояткѣ, поворачиваетъ ее при I положеніи въ направленіи, обратномъ движенію часовой стрѣлки, а при II положеніи—въ направленіи, соответствующемъ этому движенію. Вращеніе крючка производится ладонью введенной руки. При этомъ рука должна все время контролировать и прикрывать крючокъ. Для отдѣленія шеи достаточно обыкновенно нѣсколькихъ поворотовъ крючка. Часто, однако, бываетъ необходимо приставлять крючокъ повторно, для того чтобы достигнуть полнаго отдѣленія шеи. При каждомъ новомъ приставленіи крючка внутренняя рука должна быть занята прилаживаніемъ, крючокъ же остается все время на шеѣ, стало бытъ—для новаго накладыванія не выводится изъ половыхъ частей. По окончаніи поворотовъ крючокъ удаляется тѣмъ же путемъ, какимъ онъ былъ введенъ, причемъ пуговка неизмѣнно остается въ тѣсномъ соприкосновеніи съ рукою. Въ случаѣ, если бы остался мостикъ изъ мягкихъ частей, его перерѣзываютъ ножницами.

Для введенія крючка безразлично, имѣють-ли дѣло съ передне-спиннымъ или задне-спиннымъ поперечнымъ положеніемъ; въ томъ и другомъ случаѣ онъ продвигается вверхъ съ передней стороны, позади лоннаго соединенія, и пуговка послѣ наложенія крючка обращена къ крестцовой кости матери.

Какъ показываетъ статистика, эмбриотомія, произведенная этимъ путемъ, можетъ дать хорошіе результаты, но для этого необходимо всегда оперировать съ большою тщательностью. Если фиксированіе плода, въ особенности головки, выполняется недостаточно точно, то при вращательныхъ движеніяхъ крючка часть силы переносится на растянутую маточную стѣнку, а такъ какъ операція предпринимается какъ-разъ въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ необходимо возможно больше щадить растянутый нижній сегментъ матки, то такое перемѣщеніе силы было бы очень опасно. Такимъ образомъ операція должна производиться съ точнымъ соблюденіемъ правилъ *Braun'a*, приведенныхъ нами выше. Въ особенности необходимо обращать вниманіе на то, чтобы вводилась по возможности рука, противоположная головкѣ; рука эта фиксируетъ головку, и крючокъ помѣщается между фиксирующею рукою и туловищемъ. Важное значеніе имѣетъ также осторожное и надежное фиксированіе плода, въ особенности головки, снаружи, равно какъ и потягиваніе за ручку внизъ.

Zweifel придалъ *Braun'овскому* крючку нѣсколько иную кривизну, съ цѣлью предотвращенія смѣщенія инструмента по продольной оси при его поворотахъ. Затѣмъ, такъ какъ онъ считалъ не безопаснымъ сильное потягиваніе внизъ, предшествующее поворотамъ крючка, то онъ перемѣстилъ точку приложенія рычажнаго дѣйствія съ шеи плода на руку оператора. Этого онъ достигъ тѣмъ, что раздѣлилъ крючокъ на двѣ половины, вращающіяся вокругъ одной общей оси. Инструментъ, названный имъ *трахелоректоромъ* (*шееломъ*), вводится замкнутымъ, притомъ такимъ же образомъ, какъ и *Braun'овскій* крючокъ. Засимъ слѣдуетъ первое потягиваніе, при которомъ концы инструмента (они не снабжены пуговками) проникаютъ въ мягкія части; какъ скоро введенная рука удостовѣрилась въ томъ, что крючокъ обхватилъ шейный позвоночникъ, она покидаетъ свое мѣсто и вмѣстѣ съ другою рукою путемъ закручиванія рукоятки производитъ расхожденіе крючковъ и вывихъ шейнаго позвоночника; послѣ того крючокъ снова замыкается, и подъ защитою введенной руки предпринимается, какъ и при примѣненіи *Braun'овскаго* инструмента, повороты для разъединенія мягкихъ частей.

Способу этому ставили въ упрекъ то, что закручиваніе крючковъ производится безъ прикрытія, вслѣдствіе чего материнскія части могутъ подвергаться травмѣ. Такъ какъ концы сильно изогнутыхъ крючковъ, обхватывающихъ шею, тѣсно прилегаютъ къ мягкимъ частямъ дѣтской шеи, то опасности этой въ дѣйствительности не существуетъ. Къ тому же, оставлять на шеѣ защищающую руку во время закручиванія крючковъ не представляетъ особаго затрудненія.

Хотя и нужно признать, что *Braun'овскій* крючокъ, при надлежащей

техникъ, даетъ хорошіе результаты, тѣмъ не менѣе мы отдаемъ предпочтеніе тому способу, при которомъ перемѣщеніе силы на растянутую маточную стѣнку исключено вполне надежно, а именно *гладкой перерѣзкой шеи*.

Для этой цѣли мы пользуемся такъ называемымъ **серповиднымъ ножомъ Schultzze**. Отъ удобно помѣщающейся въ рукѣ рукоятки (въ прежнее время дѣлавшейся изъ дерева, нынѣ — изъ металла) направляется слегка изогнутый круглый стальной стержень, переходящій затѣмъ въ серпъ (см. рис. 122), внутренней край котораго остро отточенъ. Спинка инструмента имѣетъ около 3 цтм. ширины. Кривизна лезвія не должна превышать ту, какая имѣется въ инструментѣ, представленномъ на рисункѣ 122. Конецъ притупленъ.

Инструментъ *Schultzze* обязанъ своимъ происхожденіемъ сходнымъ инструментамъ, датирующимъ отъ болѣе старыхъ временъ. Такъ, напримѣръ, прообразомъ его является инструментъ *Davis'a*, хотя, впрочемъ, онъ отличается несравненно болѣе сильною и длинною кривизною.

Производство операціи при помощи серповиднаго ножа *Schultzze* представляется въ слѣдующемъ видѣ.

Какъ и при примѣненіи *Braun'*овскаго декапитационнаго крючка, одна рука продвигается къ шейкѣ, тогда какъ другая тянетъ выпавшую ручку внизъ и въ сторону ягодицъ плода. Выборъ вводимой руки не подчиняется строгимъ правиламъ. По большей части избираютъ лѣвую руку, чтобы правою вести ножъ. Какъ скоро введенная рука добралась до плечика, другая рука входитъ въ дно матки и фиксируетъ послѣднюю. Засимъ, внутренняя рука обхватываетъ шейку совершенно такъ же, какъ это дѣлается при операціи *Braun'*овскимъ крючкомъ.

Въ то время какъ лѣвая рука обхватываетъ шею, другая рука продвигаетъ вверхъ ножъ по предплечью введенной руки. Конецъ серповиднаго клинка обращенъ при этомъ къ локтевому краю предплечья. Подъ этимъ прикрытіемъ ножъ проскальзываетъ въ ладонь и, тѣсно прилегая къ ладонной поверхности пальцевъ, находящихся на задней стѣнкѣ шеи, входитъ между нею и шею. Какъ скоро спинка ножа совсѣмъ приближается къ верхушкамъ пальцевъ, послѣдніе продвигаютъ тупой конецъ нѣсколько впередъ; рука, держащая рукоятку, способствуетъ этому движенію легкимъ поворотомъ рукоятки. Верхушка большого пальца, обхватывающаго шею спереди, направляется на встрѣчу тупому концу серповиднаго ножа, и засимъ инструментомъ дѣлаютъ полный поворотъ такъ, чтобы тупой конецъ, въ который упирается верхушка большого пальца, обращенъ былъ впередъ, къ лонному соединенію. Пальцы, лежащіе сзади, нажимаютъ на спинку ножа и направляютъ его лезвіе къ кожѣ шеи; рука, держащая рукоятку, нѣсколько приближаетъ инструментъ, такъ что лезвіе уже слегка врѣзывается въ шею.

Въ то время, какъ прилаживающая рука держитъ описаннымъ образомъ ножъ, причѣмъ большой палецъ упирается въ тупой конецъ ножа, а остальные пальцы лежатъ на тыльной его сторонѣ и на переходной

части прямого стержня, другая рука, держащая рукоятку, *легким потягиваніемъ* ведетъ послѣднюю поперебѣнно впередъ (вверхъ) и назадъ (внизъ), производя, слѣдовательно, пилообразныя движенія (см. рис. 123 и 124). Лезвіе ножа легко проникаетъ въ шею, тѣмъ болѣе въ томъ случаѣ, когда оно попадаетъ какъ-разъ на межпозвонокъ. Большой палецъ *все время остается на верхушкѣ инструмента* (рис. 124), что представляется въ особенности необходимымъ тамъ, гдѣ

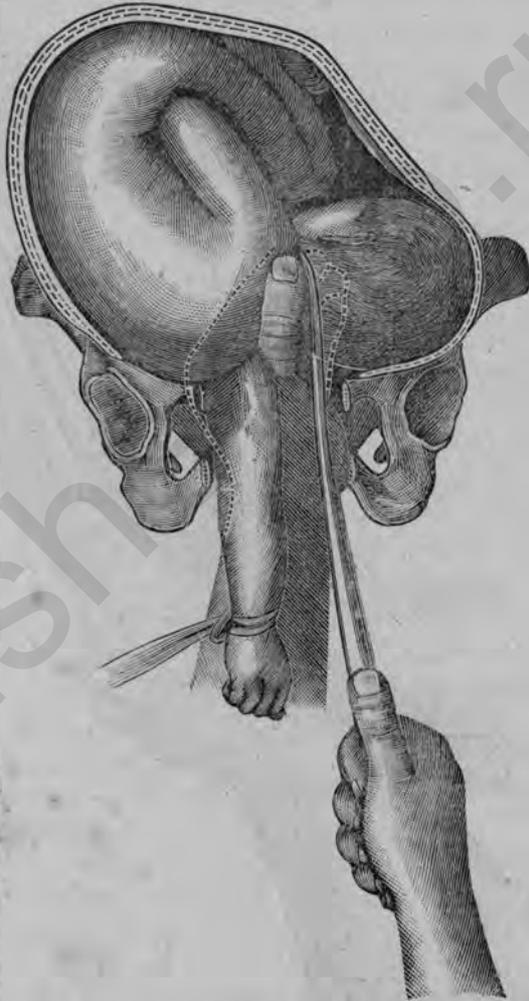


Рис. 123. Обезглавленіе серповиднымъ ножомъ *Schultze*. Запущенное поперечное положеніе (1а), растяженіе шейки. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Рис. 122. Серповидный ножъ *Schultze*. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

приходится перерѣзать лишь незначительный мостикъ изъ мягкихъ частей. Только послѣ того, какъ ножъ совершенно оставилъ половья части, снимаютъ большой палецъ съ его верхушки. При несоблюденіи этого правила ножъ можетъ выскользнуть и поранить оператора или роженицу. Цѣлесообразно также придѣлать къ верхушкѣ ножа небольшую кнопочку



Рис. 124. Веденіе и прикрытіе серповиднаго ножа. Большой палецъ покоится на тупомъ, обозначенномъ пуговчатымъ выступомъ концѣ серпа. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

(см. рис. 122), для того, чтобы обозначить точно мѣсто, гдѣ долженъ лежать большой палецъ. Въ теченіе всей операціи серпъ лежитъ въ защищающей рукѣ (рис. 124).

Серповидный ножъ представляетъ то большое преимущество, что онъ допускаетъ возможность гладкой, красивой перерѣзки, *не перенося части силы на растянутую маточную стѣнку*. Обезглавленіе этимъ инструментомъ имѣло и имѣетъ не мало противниковъ; главнымъ образомъ этому способу ставили въ упрекъ возможность пораненія острымъ ножомъ оператора и роженицы. Однако, многолѣтній опытъ при оперативныхъ упражненіяхъ на фантомѣ, опытъ на живыхъ и отчеты изъ клиники *Küstner'a* и изъ практики прежнихъ учениковъ Іенской клиники показали неосновательность этого упрека. Разъ ножъ ведется осторожно и правильно, онъ не можетъ причинить никакой бѣды. Тотъ, кто вообще желаетъ оперировать, долженъ обладать ловкостью, необходимою для веденія острыхъ инструментовъ подъ защитою пальцевъ безъ руководящаго контролирующаго участія глаза.

Замѣтимъ мимоходомъ, что разъединеніе плода, пролежавшаго долгое время въ спиртѣ, на фантомѣ производится вѣдь несравненно труднѣе, чѣмъ плода только-что умершаго.

Нужно, конечно, признать, что способъ, который позволилъ бы достигнуть гладкой перерѣзки, не угрожая маточной стѣнкѣ и не вызывая опасности пораненія, былъ бы весьма желательнымъ обогащеніемъ оперативнаго акушерства. *Kézmárszky* рекомендовалъ пользованіе *проволочнымъ экразеромъ* (рис. 125). Вокругъ шеи обводится петля изъ тонкой, но крѣпкой проволоки (фортепианной проволоки), оба конца которой снабжены маленькими ушками; оба ушка укрѣпляются въ крючкѣ экразера, и *только послѣ того* проволоки вводятся въ инструментъ *черезъ находящуюся впереди на экразерѣ маленькую щель* (рис. 126). Если теперь посредствомъ винтового механизма подвинуть назадъ крючокъ, то петля стягивается и при дальнѣйшихъ вращеніяхъ гладко перерѣзываетъ шею.

Накладываніе изогнутой проволоки можетъ быть сопряжено съ большими затрудненіями. Но разъ оно удается, то способъ даетъ хорошіе результаты. Правда, мой опытъ въ этомъ отношеніи относится лишь къ манипуляціямъ на фантомѣ.

По совѣту *Fritsch'a*, можно также предпринять разъединеніе плода и помощью *крѣпкихъ ножницъ* (полипныя ножницы *Siebold'a*) подъ защитою ладоночной поверхности пальцевъ. Правда, надежное прикрытіе верхушекъ ножницъ представляется затруднительнымъ, и пораненія пальцевъ при этомъ едва избѣжимы. Можно, впрочемъ, обхватить при этомъ шею тупымъ крючкомъ и оттягивать ея внизъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ операція облегчается введеніемъ желобоватаго зеркала, стало быть—контролемъ глаза.

Серповидный ножъ имѣетъ для насъ особенную цѣну еще въ томъ отношеніи, что онъ позволяетъ предпринять разъединеніе тѣла въ любомъ

мѣстѣ туловища. Если лежащая сбоку шея представляется недоступною, то мы перерѣзаемъ плодь поперечно на предлежащемъ мѣстѣ, напримѣръ посрединѣ черезъ нижнюю часть груди—*detruncatio*. Техника этой операціи

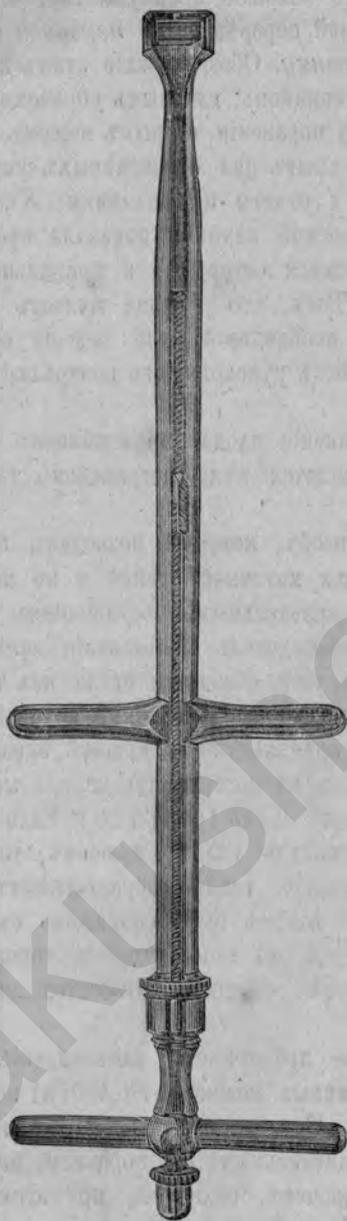


Рис. 125.

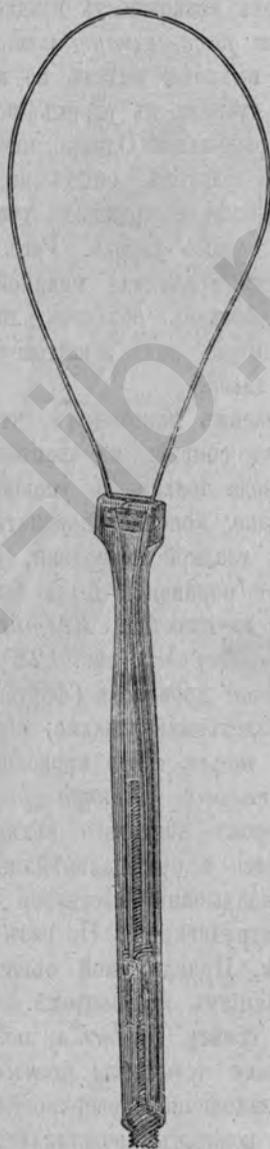


Рис. 126.

Рис. 125. Проволочный экразеръ *Kézmárszky*'аго. $\frac{4}{5}$ натур. величины.

Рис. 126. Верхній конецъ экразера съ проволочною петлею, проволоки которой введены въ инструментъ черезъ маленькую щель; ушки укрѣплены къ крючку. $\frac{4}{5}$ натур. величины.

та же, что и описанная нами выше. Прилаживающая рука должна по возможности обхватить плод на мѣстѣ, подлежащемъ перерѣзкѣ. Но при этомъ, конечно, по причинѣ большой окружности перерѣзываемой части, большой палецъ, лежащій впереди, не въ состояніи достигнуть верхушки заводимаго сзади ножа. Это, однако, ничуть не мѣшаетъ дѣлу; верхушка ножа выдвѣрнется въ дѣтское тѣло, и послѣ перерѣзки части послѣдняго продвигаютъ подъ защитою пальцевъ остріе инструмента дальше впередъ, пока, наконецъ, не удастся привести его въ соприкосновеніе съ кончикомъ большого пальца. Производство операціи облегчается *предварительною экзентераціею* (см. ниже), уменьшающею объемъ тѣла плода. Только въ видѣ исключенія, напримѣръ когда при бришномъ положеніи позвоночника обращенъ сильно кпереди, можетъ быть выгодно ввести ножъ спереди между лоннымъ соединеніемъ и плодомъ и перерѣзать тѣло въ направленіи спереди назадъ.

Въ томъ случаѣ, когда туловище очень низко вколочено въ тазъ (начинающійся самоизворотъ), можно (иногда подъ контролемъ глаза) начать, а то даже и закончить перерѣзку крѣпкими ножницами.

Серповидный ножъ позволяетъ разъединять тѣло плода и въ косомъ направленіи. Такъ, напримѣръ, бывають случаи, гдѣ очень выгодно перерѣзать плодъ косо отъ одного плечика до противоположной подкрыльцовой впадины; тогда одна ручка остается въ соединеніи съ головкою, и ею можно воспользоваться для извлеченія послѣдней.

По разъединеніи дѣтскаго тѣла каждая часть выводится отдѣльно. Послѣ обезглавленія удаляютъ прежде всего туловище, всего проще—путемъ потягиванія за выпавшую ручку. Впрочемъ, можно удалить туловище также и какимъ-либо соотвѣтствующимъ инструментомъ (костные щипцы, краниокласть). Засимъ удаляется головка. Для этого входятъ пальцемъ въ ротъ, низводятъ головку въ тазъ и, надавливая снаружи, поступаютъ подобно тому, какъ описано при ручномъ приѣмѣ *Wigand'a*. Иногда можно также захватить и извлечь головку щипцами или же, фиксируя снаружи, перфорировать ее и удалить засимъ краниокластомъ или кефалотрибомъ. При косою перерѣзкѣ оставшаяся въ соединеніи съ головкою ручка представляетъ удобную рукоятку для извлеченія ¹⁾. Если дѣтское тѣло было перерѣзано посредию, то удаляются оба конца одинъ за другимъ, въ случаѣ надобности—при посредствѣ соотвѣтственныхъ инструментовъ (краниокласть).

Экзентерація или *эвисцерация* представляетъ операцію, выполняемую лишь очень рѣдко. Въ прежнее время она имѣла своимъ назначеніемъ создать свободное пространство для выполненія поворота. Иногда также пытались острымъ крючкомъ постепенно низвести тазовой конецъ. Способъ этотъ, въ виду опасности разрыва матки, *никоимъ образомъ не заслуживаетъ примѣненія*. Мы предпринимаемъ экзентерацію при за-

¹⁾ *Leopold* рекомендуетъ и при пользованіи *Braun*'овскимъ крючкомъ производить перерѣзку такъ, чтобы ручка оставалась съ соединеніи съ головкою.

пушенныхъ положеніяхъ, самое большее, *ради того, чтобы уменьшить объемъ тѣла плода и тѣмъ самымъ облегчить производство поперечной перерѣзки* (см. выше).

Экзентерація выполняется слѣдующимъ образомъ. Вскрываютъ стѣнку подлежащей полости тѣла, всего проще — ножницеобразнымъ перфораторомъ (рис. 102, 103, 104). Подъ защитою введенныхъ пальцевъ вкалываютъ ножницы въ наиболее удободоступномъ мѣстѣ и, раздвинувъ ихъ, расширяютъ отверстіе; засимъ верхушки ножницъ снова сближаютъ, поворачиваютъ инструментъ на 90° и опять раздвигаютъ. Этимъ путемъ расширяютъ отверстіе настолько, чтобы могли пройти, по крайней мѣрѣ, 2 пальца. Въ случаѣ необходимости можно перерѣзать нѣсколько реберъ. Пальцы захватываютъ внутренніе органы полости и по частямъ удаляютъ ихъ; иногда для этой цѣли прибѣгаютъ къ помощи соответственнаго инструмента, напримѣръ *Вогелъ*'овскихъ костныхъ щипцовъ. Послѣ опороженія полости пальцы прободаютъ грудобрюшную преграду и удаляютъ внутренности и другой полости. Этимъ путемъ удается удалить всѣ органы грудной и брюшной полостей плода. Какъ скоро извлечена часть кишки, ее вытягиваютъ; захватывая постепенно дальнѣйшія части кишечника, можно удалить этимъ путемъ всю кишечную трубку *in situ*.

Прочія показанія къ эмбриотоміи.

Въ дополненіе къ сказанному нами о производствѣ эмбриотоміи, мы займемся описаніемъ тѣхъ плодоуменьшающихъ операцій, которыя показуются при значительномъ пространственномъ несоответствіи между туловищемъ плода и родовымъ каналомъ. По большей части мы имѣемъ здѣсь дѣло съ извѣстными *патологическими состояніями, сопровождающимися увеличеніемъ объема плода*.

Если послѣ рожденія головки остальное тѣло не покидаетъ тотчасъ родовыхъ путей, даже при давленіи на дно матки, то такая задержка отнюдь не обязательно обуславливается одною лишь исключительно большою величиною поперечника плечиковъ. Какъ мы уже упоминали на стр. 52, дѣло можетъ объясняться просто тѣмъ, что переднее плечико ущемляется надъ передней тазовою стѣнкою. Тамъ же мы указывали, что легкаго надавливанія на головку въ направленіи къ промежности обыкновенно достаточно было для того, чтобы плечико могло вступить въ тазъ. Если туловище не выходило и послѣ этого, то мы пробирались со стороны спинки въ передней подкрыльцовой сгибъ, устанавливали поперечникъ плечика точно въ прямомъ размѣрѣ и производили извлеченіе за подмышку (см. рис. 20). Но въ томъ случаѣ, когда плечики продолжаютъ стоять высоко, имѣется основаніе принять существованіе особеннаго механическаго препятствія.

Если уже извлеченіе прободенной головки при суженіи таза представляло большія затрудненія, то при извлеченіи туловища ихъ можно, конечно, ожидать уже заранѣе.

Fritsch при большихъ трудностяхъ, противопоставляемыхъ туловищемъ, совѣтуетъ вводить внутреннюю вѣтвь краниокласта въ грудную полость, а наружную накладывать на позвоночникъ; при такихъ условіяхъ можно предпринять сильное потягиваніе и вывести плодъ наружу. Въ случаѣ неудачи, нужно низвести одну ручку, а при необходимости—также и вторую.

Изведеніе ручекъ можетъ представить довольно большія затрудненія. Въ такомъ случаѣ выгодно бываетъ предварительно перерѣзать одну или обѣ ключицы—*клейдотомія* (*Феноменозъ, v. Herff*). Оттянувъ головку сильно въ сторону, направляются четырьмя пальцами одной руки къ туловищу и отыскиваютъ ключицу. Можно сначала попытаться произвести переломъ ключицы сильнымъ надавливаніемъ пальцами. Если это не удастся, то подъ защитою введенныхъ пальцевъ другая рука вводитъ крѣпкія ножницы (ножницы *Smellie*, рис. 104) и перерѣзываетъ ключицу, а въ случаѣ надобности этимъ же путемъ перерѣзывается и вторая ключица. Благодаря такой операціи, неподатливое кольцо плечевого пояса прерывается, боковые отломки отходятъ по срединной линіи и поперечникъ плечиковъ становится значительно меньшимъ. При этихъ условіяхъ мы имѣемъ возможность сильнымъ потягиваніемъ (такъ какъ плодъ умеръ, то дозволительно и потягиваніе за головку) удалить туловище. Если это не удастся, то низводятъ одну или обѣ ручки.

Но можетъ случиться, что плечики стоятъ надъ тазомъ и извлеченная головка прижата къ половой расщелинѣ настолько сильно, что невозможно добраться до туловища пальцами или инструментами. Въ такомъ случаѣ не остается ничего иного, какъ отдѣлить головку, послѣ чего получается достаточно мѣста, чтобы можно было захватить туловище.

Тамъ, гдѣ дѣло идетъ о ненормально большомъ развитіи туловища, намъ придется дѣйствовать подобно тому, какъ мып остушаемъ при суженіи таза. Такие случаи наблюдаютъ иногда у гемицефаловъ. Сильно эмфизематозное вздутіе можетъ увеличить плодъ настолько, что потребуетъ уменьшеніе его.

Если вводимая рука констатируетъ ненормальное растяженіе грудной клѣтки (*hydrothorax*), то послѣ тщетныхъ попытокъ выведенія плода неповрежденнымъ приходится предпринимать уменьшеніе его. Производятъ прободеніе грудной клѣтки, всего проще—ножницеобразнымъ перфораторомъ. Если грудь удастся извлечь, но находятъ ненормальное растяженіе брюшной полости, то нужно уменьшить эту послѣднюю. Такъ какъ въ этихъ, самихъ по себѣ рѣдкихъ, случаяхъ имѣется большею частью скопленіе жидкости, то и здѣсь обыкновенно оказывается достаточнымъ производство прокола или прободенія. Значительныя скопленія жидкости въ свободной брюшной полости (*асцитъ*) могутъ обусловливаться разстройствами зародышеваго кровообращенія (печень). Въ другихъ случаяхъ жидкость можетъ скопиться въ какомъ-нибудь отдѣльномъ органѣ, какъ, напримѣръ, въ почечныхъ опухоляхъ. Мочевой пузырь равнымъ образомъ можетъ быть растянутъ до крайнихъ степеней.

При существованіи въ полостяхъ тѣла объемистыхъ, плотныхъ опухолевыхъ элементовъ, напримѣръ зародышевыхъ включеній, показуется выполненіе операцій, приближающихся къ экзентераціи. При тазовыхъ положеніяхъ операціи эти обыкновенно выполняются легче, чѣмъ при головныхъ положеніяхъ. Опухоли на поверхности тѣла точно также могутъ затруднить актъ родовъ, напримѣръ крестцовыя опухоли, сидящія на крестцовой кости, мѣшка hydrohachis, далѣе опухоли на шеѣ. И здѣсь опять-таки могутъ потребоваться плодуюменьшающія операціи.

Распознаваніе большинства этихъ и имъ подобныхъ состояній удается поставить лишь при самыхъ родахъ, часто только послѣ того, какъ плодъ уже частью родился. Въ подобныхъ случаяхъ, когда для замедленія родовъ нельзя подыскать другого объясненія, необходимо всегда заподозрить существованіе уродствъ и опухолей. Въ сомнительныхъ случаяхъ нужно по возможности произвести изслѣдованіе всею рукою, введя ее подъ наркозомъ. Частности техники должны приравливаться къ каждому данному случаю. Опредѣляющимъ моментомъ являются исключительно интересы матери, и потому раздробленіе плода производится настолько, насколько это необходимо для возможно щадящаго материнскія части выведенія его.

Особаго упоминанія заслуживаютъ еще такъ называемыя *двойныя уродства*. Происхожденіе этихъ уродствъ нужно объяснить себѣ такимъ образомъ, что въ одномъ яйцѣ образовались два зародышевыхъ пузыря, которые затѣмъ не отдѣлились другъ отъ друга, но остались въ болѣе или менѣе тѣсной взаимной связи. Это, стало быть, однойяйцевыя двойни, соединенныя другъ съ другомъ, слѣдовательно всегда плоды, принадлежащія къ одному и тому же полу.

Акушерское значеніе сросшихся двоенъ находится въ зависимости не только отъ абсолютной величины плодовъ, но и въ особенности отъ самаго способа ихъ соединенія. По *G. Veit'y*, различаютъ въ этомъ отношеніи слѣдующія три группы:

- 1) тѣсное сращеніе удвоенныхъ частей плода (*diprosopus, cephalothoracopagus, dipygus*);
- 2) сращеніе одного конца тѣла (*kraniopagus, ischiopagus, pygopagus*);
- 3) болѣе или менѣе значительную смѣщаемость сросшихся частей тѣла (*thoracopagus, dicephalus*).

Распознаваніе, само собою разумѣется, возможно только въ теченіе родовъ; до этого можно, самое большее, только поставить діагнозъ наличности двоенъ. Если замедленіе родовъ не допускаетъ другого объясненія, то положеніе вещей стараются выяснитъ введеніемъ всей руки.

Такъ какъ зачастую имѣется дѣло съ маленькими плодами, то нерѣдко роды происходятъ самопроизвольно. Такъ, не особенно давно въ Іенской поликлиникѣ родился самопроизвольно *ischiopagus*; мы имѣли возможность наблюдать въ клиникѣ въ теченіе нѣсколькихъ дней живымъ этотъ двойной плодъ.

Въ случаяхъ первой группы важное значеніе имѣетъ объемъ удвоенной

части плода. Если она болѣе значительна, нежели то должно было бы соответствовать объему зрѣлой головки, то показывается уменьшеніе, напр. прободеніе *diprosopus'a*.

Въ случаяхъ второй группы плоды помѣщаются нерѣдко такимъ образомъ, что они изгоняются другъ послѣ друга. Иногда приходится дѣлать попытки искусственно установить ихъ на одной прямой линіи, такъ чтобы они могли пройти тазъ одинъ вслѣдъ за другимъ.

Thogasoragi могутъ родиться такимъ образомъ, что сперва выходитъ головка, засимъ, какъ и при самоизворотѣ, изгоняются оба туловища и подъ конецъ слѣдуетъ вторая головка. Или же сперва рождаются тазовые концы, а послѣ того проходятъ черезъ тазъ одна головка за другой.

Тамъ, гдѣ это возможно, нужно сперва вывести тазовые концы, подражая послѣдне-упомянутому способу.

Въ виду рѣдкости описываемыхъ случаевъ, едва-ли можно дать какія-либо подробныя правила. Одно нужно имѣть въ виду, это сообразовать всегда наши дѣйствія исключительно съ интересами матери, и потому раздробленія, прободенія, разъединенія и экзентераціи должны производиться лишь настолько, насколько этого требуетъ каждый данный случай.

ОТДѢЛЬ V.

Прерываніе беременности.

Мы различаем выкидышъ и преждевременные роды. Подъ выкидышемъ мы разумѣемъ выходненіе продукта беременности до 28-й недѣли, стало быть въ такое время, когда плодъ еще не въ состояніи продолжать свое внѣутробное существованіе. О преждевременныхъ родахъ мы говоримъ въ томъ случаѣ, когда плодъ рождается послѣ 28-й недѣли. Такой плодъ можетъ быть жизнеспособенъ.

Установить абсолютно рѣзкія границы здѣсь, конечно, невозможно; въ видѣ исключеній плодъ, родившійся за одну или даже нѣсколько недѣль до названнаго срока, можетъ при особо благоприятныхъ условіяхъ остаться въ живыхъ, и, съ другой стороны, нерѣдко преждевременно родившійся плодъ старше 28 недѣль умираетъ.

Отдѣленіе выкидышей въ первые мѣсяцы (примѣрно до 12—16-й недѣли) отъ выкидышей, наступающихъ въ болѣе позднее время, имѣетъ извѣстное основаніе. Изгнаніе яйца въ первые мѣсяцы, въ особенности, когда послѣдъ еще не образовался вполне, происходитъ большею частью иначе, чѣмъ позднѣе. Въ первые мѣсяцы изгнаніе зародыша является дѣломъ второстепеннымъ, а главное заключается въ изгнаніи яйцевыхъ оболочекъ. Зачастую здѣсь яйцо рождается *in toto* безъ того, чтобы предварительно произошли надрывъ его, излітіе плодныхъ водъ и выходненіе плода. Напротивъ, въ болѣе позднемъ стадіи процессъ обыкновенно приближается больше къ процессу нормальныхъ родовъ. Яйцевыя оболочки разрываются, плодъ рождается, за нимъ выходятъ послѣдъ и оболочки яйца.

При описаніи искусственнаго прерыва беременности мы будемъ держаться перваго приведеннаго нами дѣленія и будемъ, стало быть, говорить объ искусственомъ выкидышѣ, когда рѣчь будетъ идти о жизнеспособныхъ плодахъ, и объ искусственомъ преждевременныхъ родахъ тамъ, гдѣ плоды будутъ уже жизнеспособны.

Искусственный выкидышъ.

Извѣстно, что законодательство налагаетъ тяжкую кару за производство выкидыша, „изгнаніе плода, равно какъ и умерщвленіе его въ утробѣ матери“. Если мы здѣсь говоримъ объ искусственомъ выкидышѣ, то, само собою разумѣется, дѣло можетъ идти не о тѣхъ случаяхъ, гдѣ беременность прерывается только ради того, чтобы устранить плодъ, но о

тѣхъ, гдѣ такое вмѣшательство предпринимается, опираясь на очень вѣскіе научно-обоснованные съ врачебной точки зрѣнія мотивы.

Что при мертвомъ или неспособномъ къ дальнѣйшему развитію яйцѣ изгнаніе его находить себѣ оправданіе, доказывать нѣтъ необходимости. Но разъ мы производимъ изгнаніе здороваго плода, то на это насъ вправѣ подвинуть только такая серьезная опасность для жизни матери, которая можетъ быть устранена или, по крайней мѣрѣ, въ значительной степени уменьшена перерывомъ беременности.

Такого рода рѣшеніе должно быть принимаемо всегда только послѣ самаго тщательнаго взвѣшиванія существующихъ условій, и я настоятельно совѣтовалъ бы во всѣхъ случаяхъ не брать на себя лично отвѣтственности за него, но всегда привлекать къ совѣщанію кого-либо изъ товарищей. Точно также и самое производство искусственнаго выкидыша по возможности должно предприниматься не единолично, но, по меньшей мѣрѣ, въ присутствіи компетентнаго товарища. Вѣдь очень легко можетъ случиться, что врача обвиняютъ въ производствѣ преступнаго выкидыша. Если даже въ концѣ концовъ предварительное или судебное слѣдствіе и установитъ, что для такого обвиненія нѣтъ данныхъ, или даже выяснитъ полную невиновность врача, то, во всякомъ случаѣ, репутація его потерпитъ непоправимый ущербъ. Обезпечивъ себя присутствіемъ компетентнаго консультанта при операціи, врачъ избѣжитъ подобныхъ непріятностей. Крайняя осторожность необходима даже въ томъ случаѣ, когда врача приглашаютъ къ уже начавшемуся выкидышу. Здѣсь опять-таки легко можетъ возникнуть впослѣдствіи обвиненіе въ умыленномъ прерываніи беременности. Кромѣ того, можетъ также случиться, что выкидышъ былъ произведенъ съ преступными цѣлями, и врача позвали только уже для завершенія яко бы самопроизвольнаго наступившаго выкидыша, испугавшись появленія угрожающихъ симптомовъ (кровотеченія, лихорадки); такимъ образомъ здѣсь врачъ можетъ явиться, такъ сказать, невольнымъ сообщникомъ преступнаго дѣянія. Если насъ приглашаютъ къ роженію съ лихорадочнымъ, такъ называемымъ септическимъ выкидышемъ, то, разъ намъ заявляютъ, что никакихъ мѣстныхъ манипуляцій не было произведено, мы всегда должны считаться съ возможностью преступнаго прерыванія беременности, ибо при самопроизвольномъ выкидышѣ, при которомъ внутренняго изслѣдованія не предпринимали, дѣло очень рѣдко доходитъ до процессовъ разложенія, до развитія лихорадки. Такое подозрѣніе находить себѣ оправданіе въ общеизвѣстномъ фактѣ, что преступный выкидышъ производится сплошь и рядомъ, несмотря на тяжкое наказаніе, налагаемое за него, причѣмъ для выполненія его зачастую прибѣгаютъ къ самымъ нераціональнымъ, чрезвычайно опаснымъ способамъ.

Далѣе, врачъ долженъ быть остороженъ, чтобы не вызвать выкидыша по небрежности, благодаря тому, что онъ не распознаетъ беременности и предприметъ приемы (зондированіе, операціи), ведущіе къ прерыванію во-

слѣдней. Нужно себѣ поставить за правило — *при гинекологическомъ изслѣдованіи всякой женщины, достигшей половой зрѣлости, думать о возможности беременности.* Тщательное упражненіе въ гинекологической діагностикѣ почти всегда позволитъ поставить точный діагнозъ. Въ томъ случаѣ, когда имѣется самонаибѣе подозрѣніе на беременность, когда, напримѣръ, не наступила ожидаемая какъ-разъ въ это время менструація, необходимо избѣгать всякихъ внутриматочныхъ манипуляцій. Въ заключеніе слѣдуетъ замѣтить, что бываютъ нерѣдко и такіе случаи, когда врача стараются ввести въ заблужденіе анамнестическими данными, въ надеждѣ, что онъ предприметъ какой-либо внутриматочный пріемъ, который и прерветъ беременность.

Обратимся теперь къ *показаніямъ*, могущимъ дать намъ поводъ къ производству искусственнаго выкидыша.

При наличности *тяжелого заболѣванія, угрожающаго серьезною опасностью жизни беременной*, прерываніе беременности является умѣстнымъ тамъ, гдѣ оно можетъ привести къ устраненію или, по крайней мѣрѣ, къ значительному уменьшенію этой опасности. Пояснимъ это нѣкоторыми примѣрами.

Особенно выраженнымъ является показаніе къ выкидышу въ томъ случаѣ, когда во время беременности имѣется *злокачественное новообразованіе матки.* Если, напримѣръ, мы распознаемъ начинающійся ракъ матки, если изслѣдованіе устанавливаетъ, что новообразованіе ограничивается шейкою и еще не распространилось на тазовую соединительную ткань (изслѣдованіе *per rectum*), что, слѣдовательно, случай представляется еще оперируемымъ, то мы поступимъ вполне цѣлесообразно, если будемъ здѣсь дѣйствовать, не обращая вниманія на беременность. Если бы мы вздумали здѣсь предоставить беременность ея дальнѣйшему теченію, положимъ—до того времени, пока плодъ сдѣлался бы жизнеспособнымъ, то за это время новообразованіе приняло бы такіе размѣры, что случай сдѣлался бы уже неоперируемымъ и о спасеніи женщины нельзя было бы уже и думать. Напротивъ, полная экстирпація матки, выполненная въ такое время, когда случай еще можетъ быть оперированъ, дастъ надежду на спасеніе. При этомъ въ большинствѣ случаевъ будетъ цѣлесообразнѣе удалить въ одинъ сеансъ съ маткою и яйцо; это дастъ лучшіе шансы, чѣмъ когда сперва предпринимается изгнаніе яйца и затѣмъ уже производится полное вылушеніе.

Далѣе, самая беременность можетъ повліять на существующее тяжелое заболѣваніе такимъ образомъ, что нельзя уже ожидать благопріятнаго исхода. Если въ подобномъ случаѣ устраненіе беременности позволяетъ надѣяться на значительное улучшеніе предсказанія, то наступаетъ показаніе для производства искусственнаго выкидыша. Возьмемъ для примѣра *порокъ сердца.* При наличности надлежащей компенсаціи беременность и роды могутъ при этомъ протечь безъ особенно значительныхъ разстройствъ. Но если компенсація нарушена, въ особенности уже въ началѣ беременности, то

сердце не въ состояніи уже справиться съ повышенными требованіями, предъявляемыми беременностью, и дѣло доходить до развитія угрожающихъ симптомовъ (явленія застоя, одышка). Какъ скоро мы убѣждаемся въ томъ, что при продолжающейся беременности эти тяжелыя разстройства не могутъ быть устранены, показуется искусственное прерываніе беременности. Но, во всякомъ случаѣ, необходимо всегда очень тщательно взвѣсить всѣ условія и попытаться сперва придти къ цѣли, не прибѣгая къ такому вмѣшательству. Нужно имѣть въ виду, что въ первые мѣсяцы беременность обыкновенно не оказываетъ никакого значительнаго вреднаго вліянія, а между тѣмъ искусственно вызванный въ послѣдующіе мѣсяцы родовой процессъ, въ особенности, когда онъ, какъ это большею частью бываетъ, протекаетъ медленно, ставитъ къ сердцу увеличенныя требованія сравнительно съ самопроизвольнымъ теченіемъ родовъ.

Хроническія *страданія легкихъ* равнымъ образомъ могутъ дать показаніе къ искусственному выкидышу, если изслѣдованіе обнаруживаетъ, что беременность сама по себѣ можетъ оказывать особенно неблагоприятное вліяніе на теченіе этихъ заболѣваній. Это, впрочемъ, случается лишь очень рѣдко. Такъ, напримѣръ, хроническая бугорчатка сама по себѣ отнюдь не обязательно представляетъ подобное показаніе, и только въ видѣ исключенія, напримѣръ при обостреніяхъ бугорчататаго процесса, вступаетъ въ свои права производство искусственнаго выкидыша.

Тяжелый *нефритъ* можетъ также послужить поводомъ къ искусственному перерыву беременности, если уже въ ранніе мѣсяцы послѣдней наступаютъ тяжелыя явленія, напримѣръ угрожающая слѣпота (ретинитъ), и если тщетно испытаны были всѣ другія средства.

При *злокачественномъ прогрессирующемъ малокровіи* предкажаніе, уже само по себѣ неблагоприятное, еще болѣе омрачается существующею беременностью. Такимъ образомъ устраненіе ея можетъ дать извѣстныя надежды на улучшеніе прогноза.

Тяжелая ревматическая *хорея* равнымъ образомъ приводится въ качествѣ показанія. Тяжелые *психозы* даютъ лишь въ видѣ самыхъ исключительныхъ случаевъ поводъ къ искусственному выкидышу; производству операціи всегда должно быть предпослано совѣщаніе съ опытнымъ психіатромъ.

При всѣхъ приведенныхъ болѣзняхъ показаніе къ искусственному выкидышу должно всегда взвѣшиваться съ крайнею осторожностью и тщательностью. По возможности лучше отложить прерываніе беременности до того времени, когда плодъ станетъ жизнеспособнымъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ поводъ къ искусственному выкидышу даетъ чрезмѣрная *рвота беременныхъ (hyperemіs gravidarum)*. Рвота у беременныхъ въ первые мѣсяцы представляетъ нѣчто столь частое, почти физиологическое, что ее можно отнести къ діагностическимъ признакамъ беременности. По большей части она держится въ умѣренныхъ предѣлахъ, наступая обыкновенно только по утрамъ, натощакъ, причѣмъ она не вре-

дять здоровью и исчезает по прошествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Но въ другихъ случаяхъ рвота повторяется несравненно чаще, и большая часть принятой пищи извергается тотчасъ же наружу, а въ рѣдкихъ случаяхъ желудокъ выбрасываетъ обратно всю введенную въ него пищу. Если такое состояніе длится долго, то оно приводитъ беременныхъ къ необычайному истощенію, подвергая ихъ даже непосредственной опасности жизни. Нужно удивляться тому, какъ относительно долго могутъ нѣкоторые беременныя выносить подобное состояніе. Въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ возможность успѣшно бороться съ этимъ страданіемъ. Въ болѣе легкихъ случаяхъ для этого достаточны бывають покойное пребываніе въ постели и введеніе пищи частыми, но малыми приемами. Случай, въ которыхъ рвота не поддерживается какимъ-либо особымъ заболѣваніемъ, напримѣръ страданіемъ желудка, часто развиваются на истерической почвѣ. Здѣсь внушеніемъ мы можемъ достигнуть отличныхъ результатовъ, въ особенности если есть возможность удалить больную изъ домашней обстановки и перевести ее въ лечебное заведеніе. Цѣнную услугу оказываютъ также бромистые препараты, понижающіе рефлекторную дѣятельность. Наконецъ, можно назначить питательныя клизмы, какъ, во всякомъ случаѣ, недурной суррогатъ невыполнимаго введенія пищи черезъ ротъ. Приведенныя мѣры въ большинствѣ случаевъ оказываются достаточными, но иногда состояніе можетъ принять настолько угрожающіе размѣры (быстрое уменьшеніе вѣса тѣла, обмороки, истощеніе), что дальнѣйшее существованіе рвоты дѣлаетъ неблагоприятный исходъ неизбѣжнымъ. Если въ подобнаго рода случаѣ всѣ другія средства испытаны были безъ успѣха, то приходится прибѣгнуть къ искусственному прерыванію беременности. Тамъ, гдѣ возможно отсрочить этотъ перерывъ до наступленія жизнеспособности плода, это, конечно, должно быть сдѣлано.

Далѣе, искусственный выкидышъ можетъ представляться показаннымъ, хотя, правда, весьма рѣдко, при *ущемленіи искривленной взадъ беременной матки*. Загибъ матки взадъ еще не препятствуетъ зачатію, и если наступаетъ беременность, то наблюдается, какъ обычное явленіе, что матка съ постепеннымъ своимъ увеличеніемъ поднимается надъ тазомъ въ своемъ нормальномъ положеніи. Но въ нѣкоторыхъ, не совсемъ рѣдкихъ, случаяхъ, подъ вліяніемъ ненормальнаго положенія и обусловливаемыхъ имъ осложнений, наступаетъ на 2—3 мѣсяцѣ самопроизвольный выкидышъ. Можетъ, однако, случиться, —относительно очень рѣдко, —что самопроизвольнаго выкидыша не послѣдуетъ и что увеличивающаяся матка не поднимется изъ таза. Она остается лежать ретрофлексированною и на 4—5 мѣсяцѣ достигаетъ такой величины, что почти совершенно выполняетъ полость малаго таза. Такое ущемленіе искривленной взадъ беременной матки вызываетъ весьма угрожающія явленія. Шейка мочевого пузыря сильно оттѣсняется подлежащею шейкою матки къ передней тазовой стѣнкѣ, моча не можетъ выдѣляться и растягиваетъ мочевой пузырь до громадныхъ размѣровъ. Иногда при переполненномъ мочевомъ пузырьѣ

замѣчается непроизвольное отхожденіе мочи по каплямъ (ischuria para-doxa). Стулъ также задержанъ, и разстройства и опасности, вызываемыя этимъ, могутъ быть очень значительны.

Какъ скоро распознаваніе установлено, опорожняють мочевою пузырь высоко введеннымъ сильно изогнутымъ катетеромъ, засимъ стараются приподнять матку изъ таза обѣими руками. Въ томъ случаѣ, когда это удается, можно для обезпеченія успѣха вложить еще пессарій, хотя обыкновенно матка бываетъ уже настолько велика, что она и безъ пессарія уже не опускается въ тазъ. По большей части достаточно бываетъ этой простой терапіи, послѣ которой беременность можетъ протекать дальше безпрепятственно. Если первая попытка вправленія не удается, то послѣдующія въ концѣ концовъ приводятъ къ цѣли, причемъ въ промежуточное время заботятся о томъ, чтобы мочевою пузырь опорожнялся чаще и чтобы беременная подолгу сохраняла положеніе на животѣ или на животѣ и на боку. Можно также ввести во влагалище кольпейринтеръ, который продолжительнымъ давленіемъ можетъ привести матку къ нормальному положенію (*A. Müller*). Но бываютъ рѣдкіе случаи, въ которыхъ всѣ попытки вправленія терпятъ крушеніе; такъ, напримѣръ, срощенія искривленной взадъ матки могутъ сдѣлать безуспѣшными всѣ наши старанія. Для такихъ-то случаевъ и рекомендовали производить искусственный выкидышъ.

Полное выпаденіе беременной матки, не поддающееся никакимъ усиліямъ ввести ее обратно въ тазъ, равнымъ образомъ можетъ сдѣлать необходимымъ опорожненіе матки отъ ея содержимаго.

Особымъ показаніемъ къ искусственному выкидышу является настолько значительное суженіе таза, что онъ не можетъ пропустить зрѣлый плодъ даже въ раздробленномъ видѣ, напримѣръ наличность того суженія, при которомъ производится кесарское сѣченіе (истинная конъюгата менѣе 5 ½ цтм., см. отдѣлъ VII). Если, положимъ, женщина съ такимъ тазомъ уже однажды перенесла кесарское сѣченіе, но при вновь наступившей беременности заявляетъ, что не даетъ своего согласія на повтореніе этой операціи, то выполненіе искусственнаго выкидыша является дозволительнымъ. Во всякомъ случаѣ, при современномъ состояніи вопроса о кесарскомъ сѣченіи, когда опасности этой операціи столь существенно уменьшились, мы рѣшимся на выкидышъ только съ большимъ трудомъ и будемъ настойчиво совѣтовать беременной выжиданіе и засимъ производство кесарскаго сѣченія.

Помимо суженія костнаго таза, абсолютное ограниченіе тазовой полости можетъ быть обусловлено и новообразованиями (напримѣръ міомою матки) или другими патологическими процессами мягкихъ частей. Показаніе къ искусственному выкидышу вступаетъ въ свои права только въ томъ случаѣ, когда дѣло идетъ объ опухоляхъ, которыя не могутъ быть приподняты изъ таза или уменьшены либо вылучены. Точно также, если опухоль сама по себѣ, по причинѣ значительной опасности, угрожающей

жизни женщины, требует вылушения, а оно не может быть выполнено без прерывания беременности (напримѣръ при міомѣ матки), мы при извѣстныхъ условіяхъ видимъ себя вынужденными рѣшиться на операцію, не обращая вниманія на беременность.

Въ общемъ при міомѣ матки не слѣдуетъ черезчуръ быстро спѣшить съ искусственнымъ выкидышемъ, такъ какъ сплошь и рядомъ беременность, да и самые роды могутъ, несмотря на присутствіе міомы, протечь нормально, благодаря тому, что опухоль въ позднѣйшемъ теченіи беременности принимаетъ болѣе благопріятное положеніе.

Другую группу показаній даютъ *ненормальные процессы въ самомъ яйцѣ*, ставящія жизнь матери въ большую опасность. Если наступаетъ сильное кровотеченіе изъ матки (большею частью обусловленное аномаліями прикрѣпленія яйца или начинающимся отдѣленіемъ яйца отъ маточной стѣнки), то, само собою разумѣется, необходимо его остановить. Въ томъ случаѣ, когда такая остановка не удастся болѣе щадящими способами (тампонада влагалища), вступаетъ въ свои права изгнаніе яйца. Такъ какъ болѣе сильныя кровотеченія указываютъ большею частью на начало самопроизвольно наступающаго перерыва беременности, такъ какъ засимъ въ этихъ случаяхъ мы часто имѣемъ дѣло съ ненормальностями яйца, все равно исключаящими возможность нормальнаго дальнѣйшаго развитія послѣдняго, то здѣсь постановка показанія, понятно, является сильно облегченною.

Насколько трудно намъ будетъ рѣшиться предпринять искусственный выкидышъ при здоровомъ яйцѣ, настолько легкимъ является это рѣшеніе тамъ, гдѣ дѣло идетъ объ умершемъ плодѣ или объ аномаліи, исключяющей возможность нормальнаго его развитія. Если здѣсь дальнѣйшее продолженіе беременности подвергаетъ жизнь матери опасности, то перерывъ ея, конечно, будетъ умѣстнымъ. Такъ, напримѣръ, наличие процессовъ разложенія—гниенія, сепсиса (преступный выкидышъ)—показуетъ удаленіе яйца. Къ тому же въ большинствѣ случаевъ мы здѣсь не предпринимаетъ искусственнаго выкидыша, а лишь содѣйствуемъ выкидышу уже наступившему, способствуемъ иногда только выведенію остатковъ яйца (неполный выкидышъ).

Превращеніе яйца въ пузырный заносъ равнымъ образомъ служить поводомъ къ его изгнанію. При пузырномъ заносѣ, наряду съ непосредственнымъ вреднымъ вліяніемъ (кровотеченія), нужно считаться еще съ возможностью злокачественнаго перерожденія, подвергающаго жизнь матери величайшей опасности.

Въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности внезапное чрезмѣрное скопленіе околоплодныхъ водъ, *hydramnion* (большею частью при двойняхъ) можетъ обусловить настолько сильное и быстрое увеличеніе живота, что дыханіе и кровообращеніе затрудняются въ очень высокой степени; при подобныхъ условіяхъ прерываніе беременности показуется даже въ такое время, когда плодъ еще не жизнеспособенъ.

Что касается **техники** производства выкидыша, то здѣсь примѣнимы многіе изъ способовъ, служащихъ для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, въ особенности когда дѣло идетъ о прерываніи беременности въ позднѣйшіе мѣсяцы. Методы эти подробно будутъ описаны при изложеніи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Здѣсь же мы замѣтимъ лишь слѣдующее.

При искусственномъ выкидышѣ въ первые мѣсяцы изгнаніе плода протекаетъ всего легче въ томъ случаѣ, когда яйцо рождается *in toto*, т. е. со своими оболочками. Такимъ образомъ здѣсь мы по возможности должны примѣнять тѣ методы, которые оставляютъ яйцо сохраннымъ, всего лучше—методы, ведущіе къ расширенію шейки и, стало быть, вызывающіе потужную дѣятельность и самопроизвольное изгнаніе или обуславливающіе, по крайней мѣрѣ, такое расширеніе шейки, которое дѣлаетъ возможнымъ ручное или инструментальное удаленіе яйца. Наиболѣе цѣлесообразнымъ способомъ этого рода является введеніе ламинариі (см. ниже).

Въ томъ случаѣ, когда шейка расширилась, а изгнаніе яйца между тѣмъ все еще замедлено, придерживаются той же терапіи, какая сплошь и рядомъ проводится при леченіи самопроизвольно наступающаго выкидыша, почему мы и сошлемся на соотвѣтственное мѣсто (см. стр. 282).

Если производство выкидыша или содѣйствіе ему вызывается наличностью сильныхъ кровотеченій, то наиболѣе цѣлесообразнымъ способомъ является тампонада. При еще узкомъ маточномъ зѣвѣ довольствуются иногда вначалѣ тампонадою влагалища. Если маточный зѣвъ нѣсколько болѣе широкъ, то всего лучше тампонируютъ іодоформною марлею шейку (см. стр. 289) и влагалищный сводъ. Тампонада останавливаетъ кровотеченіе и возбуждаетъ вмѣстѣ съ тѣмъ потужную дѣятельность; иногда вслѣдъ за ея удаленіемъ, по прошествіи 12—24 часовъ, отдѣлившееся яйцо находятъ во влагалищѣ, или, во всякомъ случаѣ, маточный зѣвъ расширяется настолько, что можетъ быть предпринято опорожненіе матки.

При необходимости особенной спѣшки можно быстро произвести расширеніе зѣва, пользуясь наборомъ коническихъ металлическихъ дилататоровъ (см. стр. 285 рис. 127); въ виду разрыхленія, обусловленнаго беременностью, расширеніе происходитъ большею частью легко, такъ что уже скоро удается ввести палецъ для опорожненія матки.

Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ приходится оперировать при ущемленіи искривленной взадъ беременной матки, проколъ яйца, какъ мы уже замѣтили выше, представляетъ собою наиболѣе цѣлесообразный методъ. Черезъ высоко и спереди стоящій маточный зѣвъ пытаются проникнуть сильно изогнутымъ маточнымъ зондомъ или, еще лучше, маточнымъ катетеромъ. Какъ скоро околоплодные воды излились, матку большею частью удается легко вправить, такъ что дальнѣйшее изгнаніе яйца, *resp.* опорожненіе матки производится, какъ и въ другихъ случаяхъ; впрочемъ, изгнаніе яйца можетъ послѣдовать и въ такое время, когда матка вначалѣ еще ретрофлексирована. На тотъ случай, когда доступъ къ трудно

достижимому маточному зъву невозможенъ, совѣтовали производить проколъ dna матки черезъ задній влагалищный сводъ и опорожнять такимъ образомъ плодный пузырь—способъ, не безопасный и не заслуживающій примѣненія. При правильной технике достиженіе маточнаго зъва едва-ли можетъ не удасться. Въ случаѣ затрудненій вставляютъ заднюю влагалищную стѣнку въ желобоватое зеркало (всего лучше—при *Sims*'овскомъ боковомъ положеніи), вводятъ въ самую верхнюю видимую часть задней влагалищной стѣнки *Muzew*'евскіе щипцы, накладываютъ ихъ и засимъ нѣсколько выше накладываютъ вторые щипцы; этимъ путемъ взбираются постепенно все выше и выше, пока не доходятъ до влагалищной части (*Fritsch*).

До тѣхъ поръ, пока представляется еще возможнымъ сохраненіе беременности, будетъ, конечно, правильнѣе, вмѣсто производства искусственнаго выкидыша, попытаться устранить препятствія оперативнымъ путемъ, прибѣгая для этого либо къ вскрытію брюшины со стороны задняго влагалищнаго свода, либо къ лапаротоміи и вправленію при открытой брюшной полости.

Если сохранить беременность уже не представляется возможнымъ, а между тѣмъ производство искусственнаго выкидыша не удалось, если даже послѣ введенія катетера въ матку и излитія околоплодныхъ водъ, вправленіе остается безуспѣшнымъ, если и самопроизвольной потужной дѣятельности не удастся изгнать яйцо, то можно, наконецъ, сдѣлать разрѣзъ выпяченной задней влагалищной стѣнки въ продольномъ направленіи, вскрыть брюшину, перерѣзать обнажившуюся стѣнку dna матки и, по удаленіи яйца, вновь ее закрыть (какъ при кесарскомъ сѣченіи). Для такой операціи названіе „влагалищное кесарское сѣченіе» будетъ болѣе подходящимъ, чѣмъ для операціи, предложенной *Dührssen*'омъ (см. отдѣлъ VI).

При искусственномъ выкидышѣ, предпринимаемомъ ради *hydranion*, наиболѣе раціональнымъ способомъ будетъ проколъ яйца (проколъ яйцевыхъ оболочекъ).

Въ дополненіе къ искусственному выкидышу скажемъ нѣсколько словъ о леченіи самопроизвольнаго выкидыша.

Леченіе самопроизвольнаго выкидыша.

Наступленіе у беременной кровотеченія изъ матки, естественно, направляетъ тотчасъ же подозрѣніе на готовящійся перерывъ беременности. Диагнозъ устанавливается тщательнымъ изслѣдованіемъ и точнымъ анализомъ анамнестическихъ данныхъ. Прежде всего не слѣдуетъ упускать изъ виду того, что клиническая картина (отсутствіе въ теченіе нѣкотораго времени менструаціи, засимъ наступленіе кровотеченій, субъективные признаки беременности) можетъ быть одинакова и при внѣматочной беременности: и при этой послѣдней матка увеличивается въ объемъ, и здѣсь также дѣло доходитъ до кровотеченій (отторженіе отпадающей оболочки).

Если бимануальное изслѣдованіе обнаруживаетъ увеличеніе матки, соответствующее періоду беременности, если матка представляетъ характерную консистенцію, а въ окружности ея не замѣчается ничего ненормальнаго, то дѣло идетъ, очевидно, о внутриматочной беременности. Но если комбинированное ощупываніе показываетъ, что рядомъ съ увеличенною маткою имѣется опухоль (опухоль придатковъ матки), то подозрѣніе тотчасъ направляется на возможность вѣматочной беременности ¹⁾.

Какъ же мы должны поступать въ томъ случаѣ, когда изслѣдованіе обнаруживаетъ, что наступившее кровотеченіе обязано своимъ происхожденіемъ внутриматочной беременности?

Кровотеченіе вызывается частичнымъ отслоеніемъ яйца отъ маточной стѣнки. Если оно незначительно и если для выкидыша нѣтъ постоянно дѣйствующей причины, то это небольшое кровотеченіе можетъ остановиться и беременность можетъ безпрепятственно продолжать свое теченіе. Въ подобнаго рода случаяхъ нужно по возможности дольше держаться образа дѣйствій, поддерживающаго дальнѣйшее продолженіе беременности. Какъ скоро у беременной наступаетъ кровотеченіе, хотя бы самое ничтожное, предписывается строжайшій покой, госр. пребываніе въ постели, и назначеніе опія, который даютъ всего лучше черезъ прямую кишку, въ видѣ пилюль или свѣчекъ (0,05 — 0,1 *Opii puri pro dosi*). Другимъ средствомъ, рекомендуемымъ для успокоенія потужной дѣятельности, является *Extractum Viburni prunifolii*, нѣсколько разъ въ день по чайной ложкѣ, принимать въ теченіе продолжительнаго времени.

Всякое мѣстное леченіе противопоказуется. Только въ томъ случаѣ, когда беременная матка искривлена взадъ, предпринимаютъ ея вправленіе и удерживаютъ пессаріемъ въ нормальномъ положеніи. Этимъ путемъ удается остановить не одинъ угрожающій выкидышъ.

Но если маточный зѣвъ расширяется, если даже наступаютъ болѣ сильныя кровотеченія и потугоподобныя боли, если даже верхушка яйц находится уже въ маточномъ зѣвѣ, а то уже и отошли, какъ это бываетъ въ другихъ случаяхъ, обрывки яйцевыхъ оболочекъ, то, конечно, о сохраненіи беременности уже не можетъ быть рѣчи.

Что касается леченія выкидыша, то въ этомъ отношеніи нашъ настоятельный совѣтъ — *строго индивидуализировать и не торопиться черезчуръ активнымъ образомъ дѣйствій*. Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ сама природа всего лучше выполняетъ задачу изгнанія яйца. Особенно выгоднымъ является рожденіе яйца *in toto*, стало быть — безъ предшествующаго вскрытія яйцевой полости, съ излитіемъ околоплодныхъ водъ и иногда отхожденіемъ плода. Если послѣднее имѣетъ мѣсто, то части придатковъ плода легко задерживаются и обуславливаютъ дальнѣйшія разстройства.

¹⁾ Мы не излагаемъ здѣсь оперативныхъ приѣмовъ при *вѣматочной беременности*, такъ какъ они совершенно выходятъ изъ предѣловъ собственно акушерскихъ операций, входя въ область оперативной гинекологіи.

Но тамъ, гдѣ имѣются болѣе сильныя или болѣе продолжительныя кровотеченія, или тамъ, гдѣ дѣло идетъ о процессахъ разложенія въ маткѣ, тамъ активный способъ дѣйствія будетъ уже умѣстнымъ.

Предпринимаемая нами мѣропріятія зависятъ существеннымъ образомъ отъ свойствъ (расширеніе) маточнаго зѣва, геср. цервикальнаго канала.

Болѣе сильное кровотеченіе при закрытомъ или мало изглаженномъ маточномъ зѣвѣ показываетъ *тампонаду*. Тампонада должна быть выполнена асептически, въ особенности асептическимъ матеріаломъ. Для практиковъ весьма пригодными являются *Dührssen'*овскія запаянныя жестянки, сохраняющія матеріалъ въ обезпложенномъ состояніи.

Послѣ дезинфицирующаго промыванія влагалища беременную помѣщаютъ въ ягодично-спинномъ или же въ *Sims'*овскомъ боковомъ положеніи и при помощи желобатаго зеркала оттягиваютъ назадъ заднюю влагалищную стѣнку. Захвативъ корнцангомъ приготовленные заранее шарики изъ асептической ваты (поперечникъ каждаго шарика равенъ около 4 цтм.), вводятъ ихъ во влагалищный сводъ; шарики прикладываютъ вокругъ влагалищной части, тѣсно прижимая другъ къ другу; другіе шарики покрываютъ влагалищную часть и плотно выполняютъ верхнія двѣ трети влагалища. Цѣлесообразно слегка приудрить тампоны іодоформомъ.

Послѣдующее удаленіе ватныхъ шариковъ облегчается прикрѣпленіемъ къ нимъ нитокъ.

Если кровотеченіе не особенно сильно, то мы предпочитаемъ тампонаду марлею, которая, правда, пропитывается кровью легче, нежели вата, но зато и вводится, и въ особенности выводится несравненно удобнѣе. Длинная, иногда сложенная въ нѣсколько разъ полоска іодоформной марли захватывается корнцангомъ, и начальная часть ея вводится во влагалищный сводъ; послѣдовательно проталкивая полоску, постепенно выполняютъ какъ сводъ, такъ и верхнія двѣ трети влагалища.

Можно также воспользоваться для этой цѣли и кольцеиринтеромъ (см. ниже рис. 131).

По прошествіи примѣрно 12 часовъ тампоны удаляются.

Тампонада влагалища дѣйствуетъ иногда настолько быстро, что по ея удаленіи находятъ на тампонѣ или во влагалищѣ изверженное яйцо.

Если послѣ тампонады бывшія вначалѣ сильными потуги прекращаются, то это большею частью служитъ признакомъ того, что яйцо спустилось въ шейку или даже во влагалище.

Если по удаленіи тампона кровотеченіе останавливается безъ того, чтобы дѣло дошло до расширенія маточнаго зѣва, то нужно выжидать, но если кровотеченіе продолжается, а маточный зѣвъ не изглаживается, то тампонаду возобновляютъ.

Если сильное кровотеченіе продолжается, а между тѣмъ скорое самопроизвольное изгнаніе не наступаетъ, то выжидательный образъ дѣйствій является уже неумѣстнымъ, и нужно ускорить или закончить выкидышъ.

При болѣ сильномъ кровотеченіи маточный зѣвъ, гер. цервикальный каналъ расширяется большею частью настолько, что въ матку можетъ проникнуть палецъ. Какъ скоро это становится возможнымъ, не слѣдуетъ медлить съ опорожненіемъ матки.

Но если маточный зѣвъ еще слишкомъ узокъ или снова сталъ узкимъ (неполный выкидышъ), то приступаютъ къ *расширенію шейки*. При очень узкомъ каналѣ можно воспользоваться для этого ламинаріею (см. ниже); при существованіи кровотечения предпочтенія заслуживаетъ тампонада іодоформною марлею полости матки или только одной шейки. Технику тампонады см. ниже, на стр. 289. Такая тампонада останавливаетъ кровотеченіе и въ то же время вызываетъ и потужную дѣятельность, такъ что на слѣдующій день шейка является уже достаточно широкою, чтобы возможно было опорожнить матку.

Какъ скоро маточный зѣвъ раскрытъ нѣсколько болѣе, какъ скоро онъ удобно пропускаетъ зондъ (или дилаторъ) поперечникомъ въ 10 мм., удается обыкновенно этииъ путемъ скорѣе и притомъ въ одинъ пріемъ придти къ цѣли. Примѣняя послѣдовательно все болѣе и болѣе толстые металлическіе дилаторы (рис. 127), мы въ большинствѣ случаевъ можемъ расширить разрыхленную шейку настолько быстро, что палецъ можетъ удобно проникнуть черезъ нее.

Удаленіе яйца или остатковъ его производится слѣдующимъ образомъ.

Рис. 127. Металлическіе коническіе дилаторы по *Schultze*. Номера (здѣсь ихъ числомъ 10) соответствуютъ по перечнику дилаторовъ въ миллиметрахъ. Инструменты снабжены дѣленіемъ на сантиметры. Въ болѣе толстыхъ дилаторахъ имѣется (представленный на рисунокѣ) центральный каналъ, уменьшающій вѣсь инструмента. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

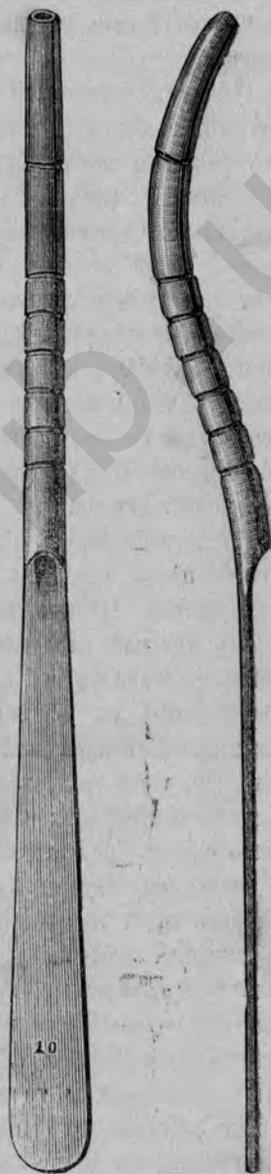


Рис. 127.

Операцію по возможности дѣлаютъ подъ наркозомъ. По большей части только при такихъ условіяхъ имѣется расслабленіе брюшныхъ покрововъ достаточное для того, чтобы возможно было дѣйствовать

вполнѣ бимануально, что въ данномъ случаѣ имѣеть исключительно важное значеніе. Впрочемъ, при простыхъ приемахъ, когда дѣло идетъ только объ удаленіи остатковъ острою ложечкою, можно обойтись и безъ наркоза. При хорошо доступной маткѣ и тонкихъ брюшныхъ покровахъ даже ручное выскабливаніе у понятливыхъ женщинъ можетъ быть выполнено безъ наркоза.

Придавъ беременной ягодично-спинное положеніе, придвигаютъ ее къ краю стола; для простыхъ выскабливаній достаточно бываетъ и *Sims'*овскаго бокового положенія, но мы безусловно предпочитаемъ ягодично-спинное положеніе, такъ какъ только при немъ возможно дѣйствовать вполнѣ бимануально. Строжайшая дезинфекція, само собой разумѣется, обязательна. Тампоны, если таковые еще лежатъ, удаляются, влагалище промывается обеззараживающею жидкостью. Засимъ мы вводимъ желобоватое зеркало, отбѣсвляющее заднюю стѣнку влагалища; крючковатые щипцы, всего лучше — щипцы *Schultze*, захватываютъ переднюю губу маточнаго зѣва такимъ образомъ, что пластинка приходится на наружной сторонѣ, а верхушки проникшихъ съ внутренней стороны крючковъ смотрять въ сторону, противоположную каналу (въ предотвращеніе пораненія пальца при его послѣдующемъ введеніи).

Послѣ того берутъ одинъ изъ коническихъ дилататоровъ или послѣдовательно цѣлый рядъ ихъ (рис. 127) и опредѣляютъ имя длину и ширину канала матки. Наборъ такихъ дилататоровъ содержитъ номера 5 — 16, причемъ каждый слѣдующій номеръ на 1 мм. толще предыдущаго. Если черезъ цервикальный каналъ проходитъ № 15, т. е. дилататоръ съ поперечникомъ въ 15 мм., то ширина канала достаточна для операціи. Если же каналъ представляется болѣе узкимъ, пропуская всего, напр., лишь № 11, то этотъ номеръ оставляютъ въ каналѣ на нѣкоторое время, затѣмъ удаляютъ его и послѣдовательно вводятъ №№ 12, 13, 14 и 15. Другая рука въ это время придерживаетъ влагалищную часть щипцами. Въ томъ случаѣ, когда дилататоры входятъ не совсемъ легко, одна рука должна надавливать матку навстрѣчу снаружи, контролируя прохожденіе расширителей. На каждомъ введенномъ дилататорѣ можно видѣть, на какую глубину онъ проникъ въ матку, ибо дилататоры, подобно всемъ нашимъ внутриматочнымъ инструментамъ, снабжены дѣленіемъ на сантиметры. Такимъ образомъ при всѣхъ внутриматочныхъ инструментальныхъ манипуляціяхъ мы должны точно изслѣдовать осязаніемъ или зрѣніемъ, насколько глубоко каждый разъ проникаетъ инструментъ. Мы предпочитаемъ вводить инструменты въ матку по возможности подъ контролемъ глаза. Разъ опредѣлена длина матки, мы всегда знаемъ, на какую глубину можетъ быть введенъ инструментъ. Этимъ путемъ избѣгается прободеніе матки.

Когда цервикальный каналъ представляется достаточно широкимъ для введенія пальцевъ (будетъ-ли эта ширина существовать съ самаго начала или же будетъ-ли она достигнута предпосланнымъ расширеніемъ), вводятъ указательный и средній пальцы одной руки во влагалище, причемъ одинъ палецъ

входить въ маточный зѣвъ, тогда какъ другая рука нѣсколько притягиваетъ крючковатые щипцы. Какъ скоро палецъ нѣсколько проникъ въ цервикальный каналъ, другая рука переходитъ на животъ и обхватываетъ матку снаружи. Вся дальнѣйшая манипуляція ощупыванія совершается *сочетанно, бимануально*: пальцы, находящіеся въ маткѣ, дѣйствуютъ подъ непрерывнымъ контролемъ наружной руки. Процедура облегчается въ значитель-

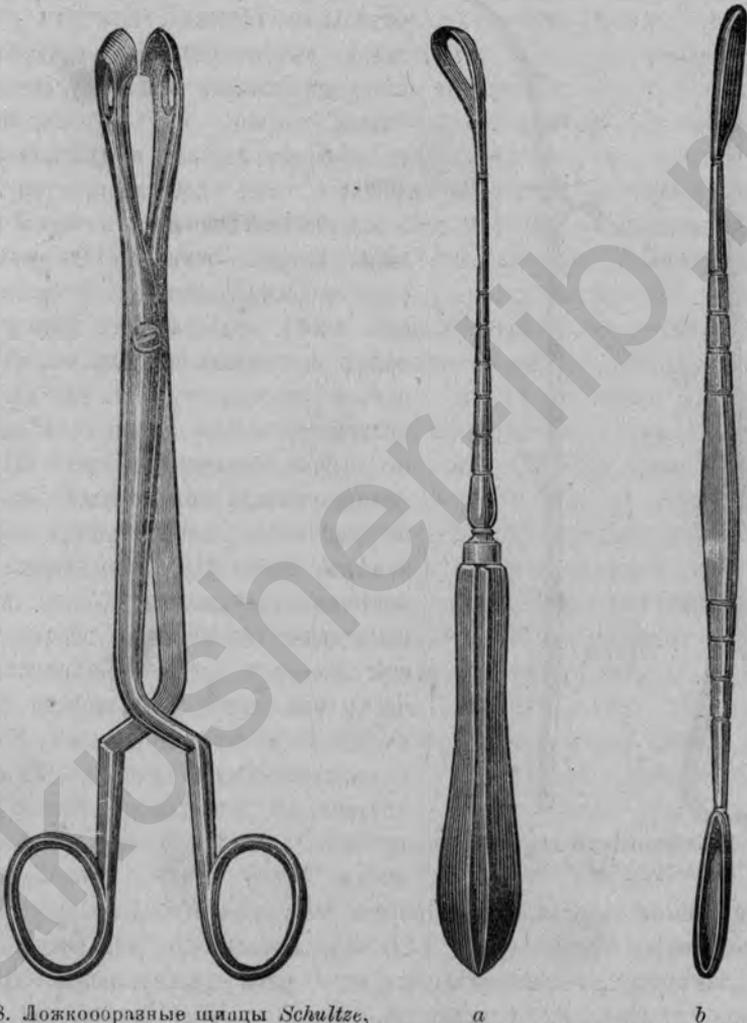


Рис. 128. Ложкообразные щипцы *Schultze*, применяемые также въ качествѣ щипцовъ для выкидыша; лучше, однако, применять такой же инструментъ съ тупыми краями. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

Рис. 129. *a* — острая кюретта (*Récamier*), *b* — тупая кюретта $\frac{1}{2}$ натур. величины.

ной степени, если нога, одноименная съ введенною рукою, ставится на стулъ, а локоть упирается въ колено.

Засимъ палецъ изслѣдуетъ ощупываніемъ содержимое матки, находится-ли въ ней еще все яйцо или же только остатки его. Держась

вплотную у маточной стѣнки, онъ отслаиваетъ, все время подъ противо-
давленіемъ наружной руки, части яйца отъ стѣнки, иногда совершенно
обхватывая яйцо. По возможности отслоивъ все отъ стѣнки, палецъ на-
правляется назадъ и старается при этомъ захватить съ собою яйцо; если
каналъ относительно широкъ, то яйцо выскальзываетъ изъ него вмѣстѣ
съ выводимымъ пальцемъ. Иногда пальцу приходится входить снова одинъ

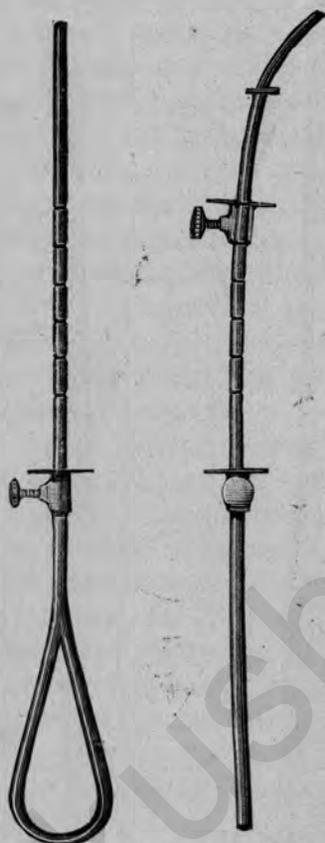


Рис. 130. Штопферъ для марли.
1/2 натур. величины.

или нѣсколько разъ, чтобы достать
отдѣльные обрывки. Въ томъ случаѣ,
когда такое удаленіе представляется
затруднительнымъ или не удастся, вы-
водить палецъ изъ рукава, вводятъ
желобчатое зеркало и дѣлаютъ влага-
лищную часть доступною глазу. При
этомъ часто можно видѣть нижній полюсъ
яйца. Входятъ щипцами для выкидыша
(ложкообразные щипцы *Schultze*, см.
рис. 128), захватываютъ яйцо и извле-
каютъ его цѣликомъ или частями. За-
симъ берутъ кюретту (рис. 129), выбирая
притомъ довольно большую, и удаляютъ
ею прочіе остатки; можно также съ
самаго начала пользоваться кюреттою,
но для болѣе значительныхъ кусковъ,
а тѣмъ паче для всего яйца, пред-
почтенія заслуживаютъ щипцы. Такъ
какъ зачастую имѣются эндометритиче-
скіе процессы, то въ большинствѣ слу-
чаевъ рекомендуется не только удалять
кюреттою отслоенные остатки яйца, но
и систематически выскабливать ею всю
внутреннюю поверхность матки; этимъ
путемъ мы въ то же время извле-
каемъ всего лучше оставшіеся еще
прикрѣпленными остатки яйца. Кюретту, острую (*Récamier*, рис. 129 *a*)
или же болѣе тупую (рис. 129 *b*), вводятъ до дна матки — длина
матки извѣстна либо опредѣляется еще разъ дилататоромъ, причемъ,
благодаря дѣленію на сантиметры, можно всегда видѣть, на какую
глубину проникъ инструментъ, — тогда какъ другая рука придерживаетъ
влагалищную часть щипцами. Длинными взмахами ведутъ кюретту отъ
дна по стѣнкѣ матки внизъ, засимъ, подвигаясь съ одной стороны къ
другой, переходятъ на противоположную поверхность маточной полости и
здѣсь повторяютъ ту же процедуру. Характерный шумъ скобленія указы-
ваетъ, когда кюретта проникаетъ до мышечной оболочки.

Въ заключеніе матку промываютъ однопроцентнымъ растворомъ лизола

при помощи маточнаго катетера, равнымъ образомъ снабженнаго дѣленіемъ на сантиметры; такое промываніе можно, впрочемъ, также сдѣлать и передъ выскабливаніемъ.

При неувѣренности въ томъ, что изъ матки удалено все, передъ промываніемъ вводятъ въ матку палецъ еще разъ.

Послѣ полного удаленія яйца, гесп. его остатковъ кровотеченіе обыкновенно бываетъ ничтожно; если же оно оказывается болѣе значительнымъ, то *тампонируютъ матку іодоформною марлею*. Впрочемъ, мы обыкновенно предпочитаемъ производить тампонаду даже и при отсутствіи сколько-нибудь сильнаго кровотеченія. Въ то время, какъ одна рука фиксируетъ щипцами влагалищную часть, другая рука вводитъ въ маточный зѣвъ начальную часть полоски іодоформной марли, шириною около 4 цтм. (*Dührssen*'овская жестянка № II; жестянку держатъ совсѣмъ близко у половой расщелины); засимъ одна рука беретъ вмѣсто корнцанга марлевый штопферъ (рис. 130), зондоподобный инструментъ (равнымъ образомъ снабженный дѣленіями на сантиметры), и проталкиваетъ имъ начальную часть полоски до дна матки. При желаніи можно также предварительно фиксировать на штопферѣ маленькую подвижную пластинку въ мѣстѣ, соответствующемъ длинѣ матки; при такихъ условіяхъ исключена возможность чрезчуръ далекаго прониканія инструмента и, слѣдовательно, пораненія маточной стѣнки; впрочемъ, такая предосторожность едва-ли необходима, ибо дѣленіе на сантиметры позволяетъ вѣдь и такъ видѣть, на какую глубину проникаетъ инструментъ. Засимъ штопферъ извлекаютъ обратно, вводятъ съ его помощью дальнѣйшую часть марлевой полоски и такимъ образомъ выполняютъ всю матку; какъ скоро она выполнена, прижимаютъ штопферомъ марлю, тогда какъ другая рука удаляетъ щипцы, фиксировавшіе влагалищную часть. Въ заключеніе тампонируютъ марлевою полоскою и влагалищный своль.

Назначеніемъ спорыни можно усилить сокращенія матки. Марля удаляется по прошествіи сутокъ, хотя, впрочемъ, ее можно также оставить и на 2—3 дня.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ удаленіе яйца совершается несравненно проще.

Случается, что яйцо, совершенно отдѣлившееся, удерживается еще маткою. Если палецъ прощупываетъ отслоившееся яйцо, то можно попытаться выжать его бимануально (*Hönlig*). При наклоненіи матки взадъ 2 пальца надавливаютъ черезъ задній влагалищный входъ на заднюю стѣнку, а наружная рука въ то же время оказываетъ давленіе на переднюю стѣнку. При загибѣ матки впередъ ее отгѣсняютъ въ положеніе ретроверсії и поступаютъ аналогичнымъ образомъ. Яйцо при этомъ нерѣдко проскальзываетъ во влагалище. Только-что описанный способъ удаленія яйца можно испытать и въ томъ случаѣ, когда его отслаиваютъ отъ стѣнки ручнымъ способомъ цѣликомъ.

У женщинъ еще не рожавшихъ все яйцо можетъ быть низведено въ расширенную шейку. Только узкій наружный маточный зѣвъ является

препятствіемъ для его удаленія; тогда часто достаточно бываетъ расширить наружный зѣвъ пальцемъ, чтобы возможно было изгнать яйцо.

Если при выкидышѣ въ первые мѣсяцы мы увѣрены, что остались только обрывки яйцевыхъ оболочекъ, — когда, напримѣръ, мы имѣли возможность видѣть выдѣлившіеся раньше куски, — то, въ случаѣ цервикальный каналъ плохо пропускаетъ палецъ, можно отказаться отъ дилатаціи и удалить обрывки, безъ предшествующаго ощупыванія, помощью кюретты средней величины, именно настолько большой, чтобы она могла свободно пройти черезъ шейку. Въ общемъ, однако, удаленіе пальцемъ заслуживаетъ предпочтенія предъ удаленіемъ инструментальнымъ. Палецъ представляетъ собою наилучшій инструментъ.

Особенно важное значеніе имѣютъ тѣ случаи, гдѣ яйцо или остатки его, вслѣдствіе инфекціи, подверглись разложенію, гдѣ констатируются лихорадка и зловонное истеченіе. Разложившіеся массы, поддерживающія лихорадочное состояніе, должны быть обязательно удалены. Точно также и болѣе значительное кровотеченіе можетъ побудить къ оперативному вмѣшательству. Здѣсь, однако, приходится считаться съ тою опасностью, что при операціи въ свѣжія раны могутъ попасть изъ разложившихся массъ инфекціонныя начала. Поэтому нужно попытаться добиться удаленія по возможности единственно помощью пальцевъ, притомъ самымъ щадящимъ образомъ. Если одними пальцами нельзя придти къ цѣли, то пользуются только тупою кюреткою (рис. 129 *b*), но отнюдь не острою. До операціи и послѣ нея матка промывается антисептическимъ растворомъ. Въ заключеніе рекомендуется произвести прижиганіе полости матки іодною настойкою; въ растворъ погружаютъ захваченный корнцангомъ маленький марлевый шарикъ и вытираютъ имъ матку.

Если имѣютъ дѣло съ выкидышемъ при пузырьномъ заносѣ, то слѣдуетъ по возможности достигнуть самопроизвольнаго изверженія. Въ случаѣ же необходимости искусственнаго удаленія матки нужно соблюдать очень большую осторожность, такъ какъ маточная стѣвка можетъ быть сильно истончена; надо пользоваться исключительно только пальцемъ, избѣгая совершенно примѣненія инструмента.

При выкидышѣ въ позднѣйшіе мѣсяцы процессъ приближается больше къ процессу срочныхъ родовъ. Малый плодъ, положимъ — въ возрастѣ 5-го мѣсяца, можетъ выйти уже черезъ относительно мало расширенный маточный зѣвъ. Если изгнаніе его замедляется, то нужно содѣйствовать ему. При достижимой ножкѣ ею пользуются, какъ рукояткою, для извлеченія. Только головка дѣлаетъ иногда затрудненія при прохожденіи черезъ узкій маточный зѣвъ. Если не удастся провести ее потягиваніемъ за туповище или за палецъ, введенный въ нижнюю челюсть, то не слѣдуетъ медлить ея прободеніемъ; это удастся иногда уже однимъ противодавленіемъ пальца, или зонда, или тому подобнаго инструмента. Точно также перфорируютъ и предшествующую головку, если ея выходъ встречаетъ препятствія. Для извлеченія пользуются корнцангомъ или костными щипцами.

При сильно мацерированномъ плодѣ удаленіе зачастую удается только частями.

При задержкѣ послѣда пытаются всегда достигнуть цѣли прежде всего выжиманіемъ; при маткѣ болѣе значительной величины выжиманіе производится со стороны брюшныхъ покрововъ, подобно тому, какъ и послѣ родовъ съ нормальной беременностью. При маткѣ меньшихъ размѣровъ пытаются произвести бимануальное выжиманіе ручнымъ приѣмомъ *Höfing'a*. Если выжиманіе не удается, а между тѣмъ сильное кровотеченіе показываетъ удаленіе послѣда, то оно должно быть произведено пальцами при непрерывномъ содѣйствіи наружной руки (см. отдѣлъ VIII).

Искусственные преждевременные роды.

Искусственные преждевременные роды прерываютъ беременность послѣ 28-й недѣли, стало быть въ такое время, когда плодъ жизнеспособенъ.

Показанія *частію совпадаютъ съ тѣми, какія уже были описаны нами при искусственномъ выкидышѣ*, развѣ во времени, когда выступаетъ на сцену вопросъ объ искусственномъ прерываніи беременности, возрастъ плода уже приблизился къ 28 недѣлѣ. Если окончаніе беременности можетъ устранить или, по крайней мѣрѣ, существенно уменьшить сильную опасность, угрожающую жизни беременной со стороны существующаго заболѣванія, то на перерывъ беременности, само собою разумѣется, рѣшатся тѣмъ легче въ томъ случаѣ, когда плодъ уже жизнеспособенъ. Но тѣмъ не менѣе и при этихъ условіяхъ необходимо строгое установленіе показанія.

При еще оперируемомъ *ракѣ матки* имѣютъ силу тѣ же правила, какія мы привели выше (см. стр. 276). Плодъ долженъ быть выведенъ и матка вылучена возможно скорѣе, всего лучше—оперативнымъ вмѣшательствомъ, произведеннымъ въ одинъ сеансъ (кесарское сѣченіе, брюшное или влагалищное, съ послѣдующею полною экстирпаціею). Известные случаи *заболѣваній легкихъ или сердца равнымъ образомъ могутъ дать поводъ къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ*, какъ скоро наступаютъ угрожающія опасностью расстройства компенсаціи. Мы должны, однако, считаться съ усиленною дѣятельностью, предъявляемую оперативнымъ вмѣшательствомъ и самими родами сердцу. Необходимо тщательно взвѣсить въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, что для больной представляется болѣе опаснымъ—выжиданіе-ли или оперативный приѣмъ.

При тяжеломъ хроническомъ *нефритѣ*, существовавшемъ уже до беременности, угрожающія осложненія могутъ потребовать производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Напротивъ, при остромъ нефритѣ (нефритѣ беременных) постановка показанія для такого оперативнаго приѣма требуетъ осторожности. Дѣло въ томъ, что наступленіе эклампсіи, котораго мы опасаемся, можетъ быть вызвано какъ-разъ искусственно вызванною родою дѣятельностью. Съ другой стороны, при цѣлесообразномъ режимѣ (мо-

лочная діета, потогонныя и проч.) грозныя явленія могутъ при малѣйшемъ теченіи беременности совсѣмъ исчезнуть.

Такъ какъ при нефритѣ жизни плода можетъ угрожать и непосредственная опасность со стороны кровотеченій изъ мѣста прикрѣпленія послѣда, то иногда необходимость искусственныхъ преждевременныхъ родовъ вызывается интересами плода.

Тѣ же самыя интересы плода могутъ выступить на сцену и при *неизлечимомъ заболѣваніи матери*, если есть основаніе предполагать, что послѣдняя не доживетъ до нормального конца беременности. Здѣсь искусственные преждевременные роды могутъ спасти плодъ и позволять обойтись безъ операціи кесарскаго сѣченія на умирающей или даже на мертвой беременной. Но обязательнымъ условіемъ является такое состояніе силъ матери, чтобы роды могли послѣдовать безъ значительнаго ущерба для послѣдней.

Далѣе, какъ и для искусственнаго выкидыша, показаніе для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ даютъ извѣстныя *аномаліи яйца*, какъ, напримѣръ, hydranion, сильныя кровотечения при преждевременномъ отдѣленіи послѣда (placenta praevia) или септическое разложеніе содержимаго матки.

Засимъ, бывають извѣстные случаи такъ называемаго *привычнаго умиранія плодовъ* — случаи, въ которыхъ при цѣломъ рядѣ другъ за другомъ слѣдующихъ беременностяхъ плоды умирають въ определенное время, напримѣръ на 36-й недѣлѣ. Въ большинствѣ случаевъ причина такого явленія можетъ быть найдена, и всего чаще она заключается въ существованіи сифилиса. При подобныхъ условіяхъ, само собою разумѣется, является умѣстнымъ противосифилитическое леченіе родителей. Но встрѣчаются также случаи, въ которыхъ плоды умирають въ определенное время и безъ какой-либо констатируемой причины. При такихъ условіяхъ будетъ правильно предпринимать искусственные преждевременные роды за нѣсколько недѣль до того срока, въ какой, согласно опыту, привычно погибали плоды; оперативный приемъ этотъ позволяетъ спасти не одного младенца.

Но наиболѣе важное показаніе для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ является въ томъ случаѣ, когда имѣется значительная *механическая несоразмѣрность между емкостью родового канала и величиною плода*, въ особенности головки. Въ то время какъ въ извѣстномъ случаѣ прохожденіе зрѣлаго плода можетъ совершиться лишь съ большими трудностями, при которыхъ плодъ большею частью погибаетъ, черезъ тотъ же тазъ плодъ въ возрастѣ, положимъ, 34 недѣль, можетъ родиться легко.

Если вспомнить, что и въ старыя времена несомнѣнно наблюдали случаи, въ которыхъ у женщины роды въ нормальномъ концѣ беременности сопрягались въ необычными трудностями, давая въ конечномъ результатѣ мертвые плоды, и затѣмъ у той же женщины случайное окончаніе

какой-либо беременности на 6 недѣль раньше нормальнаго срока приводило къ легкому разрѣшенію младенцемъ, правда—меньшей величины, но все же жизнеспособнымъ, то нельзя не удивляться тому обстоятельству, что операція искусственныхъ преждевременныхъ родовъ вошла въ обиходъ акушерства лишь такъ поздно, а именно только во второй половинѣ XVIII вѣка. Въ Германіи она впервые выполнена была въ XIX вѣкѣ. Причины жестокой оппозиціи, встрѣченной операціею, и забвенія, въ которое она было пала, заключались главнымъ образомъ во многихъ неблагоприятныхъ исходахъ для матери, объяснявшихся занесеніемъ инфекции. Только съ того времени, когда научились вести искусственные преждевременные роды асептически и когда выработаны были строгія показанія для этой операціи, она стала спасительнымъ приемомъ въ акушерствѣ.

Большая легкость искусственныхъ преждевременныхъ родовъ объясняется не только тѣмъ, что размѣры головки у преждевременно родившагося плода нѣсколько меньше, но и тѣмъ, что головка можетъ несравненно лучше приспособиться къ тазу, несравненно лучше конфигурироваться, что головныя кости легче смѣщаются. Такимъ образомъ главнымъ показаніемъ для этой операціи является узкій тазъ. Но, само собою разумѣется, что здѣсь имѣетъ значеніе не только емкость таза, но и индивидуально различно сильное развитіе головки зрѣлаго плода. Особенно большая и твердая головка пройдетъ съ трудомъ и при нормальномъ тазѣ, а равно при томъ умѣренномъ суженіи послѣдняго, при которомъ головка съ нормальными средними размѣрами родилась бы легко. Такимъ образомъ, если, напримѣръ, у данной женщины нѣсколько родовъ подрядъ протекали очень тяжело (быть можетъ, тяжелыя извлеченія щипцами, которыя вывели наружу умирающихъ младенцевъ) и если причиною оказывается исключительно сильное развитіе плодовъ, то въ такомъ случаѣ искусственные преждевременные роды показываются у нея и тогда, когда тазъ ея нормаленъ или суженъ лишь немного.

При сильномъ развитіи плодовъ или при умѣренномъ суженіи таза возбужденіе родовъ въ болѣе позднее время беременности, къ концу ея, равнымъ образомъ можетъ оказаться полезнымъ (*Ahlfeld*).

Обращаясь къ детальному разсмотрѣнію вопроса о томъ, какія степени узкаго таза показываютъ искусственные преждевременные роды, мы относительно среднихъ размѣровъ плода можемъ замѣтить слѣдующее. Если мы возьмемъ, примѣра ради, практически наиболѣе важный узкій тазъ, плоско-рахитическій тазъ, то увидимъ, что поводъ къ разсматриваемой операціи даютъ преимущественно среднія степени суженія съ конъюгатою въ 7—9 цтм. При обще-суженномъ тазѣ нижнюю границу явится конъюгата въ 8 цтм. Это именно тѣ узкіе таза, при которыхъ при благоприятныхъ условіяхъ можетъ пройти живымъ и зрѣлый плодъ. Роды, однако, могутъ предетавить сильныя затрудненія, и могутъ потребоваться тяжелыя операціи, напримѣръ наложеніе высокихъ щипцовъ или поворотъ и трудное извлеченіе. Если у данной женщины съ такимъ тазомъ происхо-

дили подобные трудные роды, если при этих родах или вскорѣ послѣ нихъ наступала смерть младенцевъ, то новая беременность у нея даетъ показаніе къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ. Отсюда видно, что при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ при этихъ среднихъ степеняхъ суженія таза дѣло идетъ большею частью о *повторно рождающихся*, у которыхъ данныя относительно теченія прежнихъ родовъ являются рѣшающими моментами для операціи. Напротивъ, у первороженицъ средняя степень суженія таза обыкновенно требуетъ выжиданія нормального окончанія беременности, и только нижняя граница суженія (при плоскомъ тазѣ конъюгата въ 7—7½ цтм.) даетъ показаніе къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ. Мы знаемъ, что энергичной потужной дѣятельности и сильной работѣ брюшного пресса первороженицъ удается часто изгнать плодъ безъ вреда даже черезъ относительно сильно суженный тазъ.

Перворожденные дѣти обыкновенно менѣе сильно развиты, нежели послѣдующія. Къ тому же, первороженицы большею частью попадаютъ подъ врачебное наблюденіе недостаточно рано, такъ какъ онѣ не подозреваютъ о суженіи своего таза.

Указывать верхнія границы суженія намъ нѣтъ надобности. При незначительныхъ суженіяхъ вопросъ объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ можетъ возникнуть только въ томъ случаѣ, когда дѣло идетъ объ исключительно большой головкѣ плода. Здѣсь выборъ оперативнаго приѣма рѣшается анамнестическими данными относительно теченія прежнихъ родовъ.

При суженіи, меньшемъ, чѣмъ 7 цтм., объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ не можетъ быть рѣчи. Для того, чтобы мы могли при этихъ условіяхъ провести плодъ неповрежденнымъ, размѣры головки должны были бы быть значительно меньше нормальныхъ. Пришлось бы, слѣдовательно, вызвать роды очень рано, примѣрно уже на 30 недѣль, но надежды на продолженіе жизни такого плода были бы очень ничтожны. Самое большое, на что можно было бы рѣшиться въ подобномъ случаѣ, это—предпринять искусственные преждевременные роды въ болѣе поздній срокъ, напримѣръ на 34—36 недѣль, расширивъ при этомъ тазъ помощью лоносѣченія. Но объ этомъ мы здѣсь распространяться не будемъ, такъ какъ симфизеотомія (см. эту операцію въ отдѣлѣ VI) отодвигаетъ границы для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Замѣтимъ только, что лоносѣченіе вообще не представляетъ операціи, которую можно было бы рекомендовать врачу въ частной практикѣ. Узкіе тазы съ конъюгатою меньше чѣмъ 7 цтм., при которыхъ при зрѣломъ плодѣ приходится произвести перфорацію, для того чтобы закончить роды естественнымъ путемъ, не служатъ, какъ мы уже сказали, показаніемъ къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ. Здѣсь вступаетъ въ свои права перфорація или кесарское сѣченіе на основаніи относительнаго показанія.

Въ общемъ мы можемъ установить слѣдующее положеніе: *искусственные преждевременные роды являются умѣстными главнымъ образомъ только при тѣхъ узкихъ тазахъ, при которыхъ, по мень-*

шей мнръ, возможно и рожденіе нормально большого, зрѣлаго, живого плода. Возбужденіе родовъ до срока предпринимается здѣсь только ради того, чтобы избѣжать связанныхъ съ узкимъ тазомъ затрудненій и опасностей.

Помимо узкаго таза, родовой каналъ можетъ быть уменьшенъ также опухолями (новообразованія, эксудаты). Если это уменьшеніе тазовой полости не можетъ быть устранено инымъ путемъ (приподниманіе опухолей изъ таза, уменьшеніе ихъ, вылушеніе), то при умѣренныхъ степеняхъ ограниченія пространства равнымъ образомъ показывается производство искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ искусственные преждевременные роды предпринимаются по причинѣ уменьшенія тазовой полости, необходимымъ условіемъ является, само собою разумѣется, жизнь плода, тогда какъ въ случаяхъ, приведенныхъ раньше, гдѣ намъ приходится дѣйствовать въ интересахъ матери, операція эта можетъ быть выполнена и при мертвомъ плодѣ.

Очень важное значеніе имѣетъ точное опредѣленіе времени, являющагося наиболѣе подходящимъ для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ въ каждомъ данномъ случаѣ. Какъ общее правило, можно поставить, что шансы на успѣшное дальнѣйшее развитіе плода будутъ тѣмъ лучше, чѣмъ позже предпринимается прерываніе беременности. Съ другой стороны, трудности прохожденія чрезъ узкій тазъ увеличиваются тѣмъ больше, чѣмъ роды ближе къ сроку зрѣлости плода. Въ зависимости отъ условій даннаго случая, намъ придется тщательно взвѣсить всѣ обстоятельства, чтобы дѣйствовать какъ въ интересахъ плода, такъ и въ интересахъ матери. Чѣмъ уже тазъ и чѣмъ сильнѣе развитіе плода, тѣмъ раньше придется прибѣгнуть къ операціи. Если мы, какъ это рекомендовано было нами выше, считаемъ подходящими для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ только среднія степени суженія таза, то срокъ для этой операціи не слѣдуетъ назначать чрезчуръ рано. Наиболѣе подходящимъ временемъ является *34—36 недѣль*. Если же показаніе къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ дается не узкимъ тазомъ, то выборъ времени соразмѣряютъ съ обстоятельствами даннаго случая. Въ интересахъ плода мы стараемся отодвинуть этотъ срокъ возможно дальше, но интересы матери, заслуживающіе предпочтенія предъ таковыми плода, могутъ потребовать и болѣе ранняго прерыванія беременности.

Какъ скоро мы въ извѣстномъ случаѣ рѣшили прервать беременность въ опредѣленное время, мы должны точно узнать, въ какомъ мѣсяцѣ находится *беременная*. Для этой цѣли мы имѣемъ въ своемъ распоряженіи различныя вспомогательныя средства. По большей части время послѣдней менструаціи позволяетъ намъ сдѣлать болѣе или менѣе точный расчетъ. Но начало беременности и время послѣднихъ менструацій могутъ также и разниться на нѣсколько недѣль. Кромѣ того, можетъ также

случиться, что уже послѣ наступившей беременности крови появляются еще одинъ или нѣсколько разъ. Далѣе, возможно, что въ теченіе нѣкотораго времени до начала беременности кровотеченій не было. Такъ, напримеръ, если женщина кормит ребенка, то менструація обыкновенно отсутствуетъ, а между тѣмъ можетъ послѣдовать новое зачатіе. При такихъ условіяхъ намъ, конечно, приходится отказываться отъ подобнаго способа вычисленія. Наконецъ, надобно считаться и съ тѣмъ обстоятельствомъ, что нѣкоторыя женщины даютъ невѣрные указанія относительно времени послѣднихъ регулъ.

Извѣстныя точки опоры для опредѣленія эпохи беременности можетъ дать указаніе того времени, когда женщина впервые почувствовала движенія плода. Это бываетъ большею частью въ срединѣ беременности, но можетъ быть также и раньше, и позже. При сильно развитомъ плодѣ движенія будутъ замѣчены скорѣе, чѣмъ при плодѣ, обнаруживающемъ болѣе слабое развитіе. Повторнорожавшая, знакомая уже съ этимъ ощущеніемъ, равно какъ и женщина, сосредоточивающая вниманіе на движеніяхъ плода, распознаютъ ихъ, конечно, раньше.

Болѣе надежныя указанія даетъ намъ объективное изслѣдованіе. Стояніе дна матки находится въ зависимости отъ періода беременности. До 36 недѣли дно матки непрерывно поднимается вверхъ, такъ что подъ конецъ оно доходитъ до реберной дуги. Въ послѣднія 4 недѣли оно снова опускается и въ концѣ беременности стоитъ опять на той же высотѣ, какъ и на 32 недѣлѣ. Тѣмъ не менѣе въ послѣднее время область *epigastrii* представляется по большей части напряженною, на 40-й недѣлѣ — вялою. Нужно, однако, сказать, что состояніе дна матки, установленное въ качествѣ нормы для опредѣленнаго періода беременности, относится только къ продольнымъ положеніямъ, напряженнымъ брюшнымъ покровамъ и нормальному тазу. Въ нашихъ же случаяхъ, гдѣ какъ-разъ обыкновенно имѣется узкій тазъ, мы этимъ критеріемъ пользоваться не можемъ. Болѣе важное значеніе имѣютъ данныя изслѣдованія шейки. Чѣмъ ближе къ нормальному сроку находится беременность, тѣмъ влагалищная часть и цервикальный каналъ короче; иногда (у повторнороженицъ) каналъ бываетъ проходимъ вплоть до яйца, такъ что длина его можетъ быть опредѣлена съ точностью.

Для опредѣленія періода беременности можно пользоваться также и величиною плода. Длина его можетъ быть установлена, если я не соведу точно, то все же съ нѣкоторою приблизительностью. При физиологическомъ членорасположеніи плода разстояніе отъ темени до ягодицъ, такъ называемая ось плода, равняется, какъ показалъ *Ahlfeldt*, половинѣ длины плода отъ темени до пятки. Такимъ образомъ при зрѣломъ плодѣ длиною въ 50 цм. ось плода будетъ равняться 25 цм. Эту ось плода мы можемъ прекрасно измѣрить. Если головка достижима *per vaginam*, то одну вѣтвь осязательнаго циркуля помѣщаютъ черезъ влагалище на мѣсто, самое отдаленное отъ головки, а другую ставятъ снаружи на дно

матки надъ ягодицами. Если же головка стоитъ надъ тазомъ, то нужно измѣрять отъ верхняго края лоннаго соединенія. Полученная такимъ образомъ длина позволяетъ заключить о возрастѣ плода, а, слѣдовательно, и о поперечникѣ черепа.

Иногда удается прощупать головку черезъ брюшные покровы обѣими руками настолько явственно, что можно получить достаточное представленіе объ ея величинѣ.

Наконецъ, упомянемъ еще о способѣ *P. Müller'a*, при которомъ стараются вогнать головку въ тазъ давленіемъ снаружи. По *Müller'u*, при этомъ нужно поступать слѣдующимъ образомъ (мы слѣдуемъ здѣсь описанію *Beuttner'a*). Установивъ черепъ прямо надъ тазовымъ входомъ (наружный поворотъ), если только онъ уже раньше не имѣлъ этого положенія, кладутъ обѣ руки на основаніе черепа, одну — на область затылка, другую — на область подбородка; давленіе на затылокъ должно быть болѣе сильно (для того, чтобы предотвратить возникновеніе дефлексиі). Ассистентъ пальцемъ, введеннымъ во влагалище и помѣщеннымъ вблизи мыса, контролируетъ эффектъ, тогда какъ его другая рука, наложенная снаружи, направляетъ головку въ тазъ, если она обнаруживаетъ наклонность смѣщаться въ сторону. Чѣмъ больше отрѣзокъ головки, выдающійся впередъ надъ мысленно продолженной кверху плоскостью задней поверхности передней тазовой стѣнки, тѣмъ больше степень несоразмѣрности. *Müller* совѣтуетъ предпринимать искусственные преждевременные роды тогда, когда головка при сильномъ и продолжительномъ давленіи извнѣ, иногда подъ наркозомъ, своею наибольшою окружностью какъ-разъ именно проходитъ черезъ тазовой входъ. Можно, конечно, воспользоваться этимъ «относительнымъ измѣреніемъ таза», тѣмъ не менѣе нужно замѣтить, что силамъ природы удастся нерѣдко провести головку въ тазъ тамъ, гдѣ мы съ нашимъ наружнымъ давленіемъ терпимъ крушеніе, тѣмъ болѣе, что мы не въ состояніи установить головку такъ точно въ наиболѣе подходящемъ для данного случая положеніи.

Необходимо также всегда изслѣдовать, не имѣется-ли беременность двойнями, такъ какъ въ этомъ случаѣ плоды бываютъ большею частью меньшихъ размѣровъ.

Если мы примемъ во вниманіе всѣ означенные моменты, то намъ обыкновенно удастся установить правильно періодъ беременности. Тамъ, гдѣ представляется особенно важнымъ опредѣлить это время возможно точнѣе, можно послѣдовать совѣту *Fritsch'a*, т. е. рекомендовать супругу имѣть половыя сношенія только черезъ долгіе промежутки времени и точно отмѣчать какъ эти сроки, такъ и періоды менструаціи.

Вопросъ о томъ, какимъ путемъ мы можемъ искусственно вызвать родовую актъ, выяснится всего лучше, если мы предварительно рассмотримъ, чѣмъ вызываются сокращенія матки, т. е. потуги. Раздраженія, вызывающія эти сокращенія, чрезвычайно разнообразнаго рода. Такъ, прежде всего они могутъ быть обусловлены механическимъ раздраженіемъ. Мы знаемъ, что въ послѣдовомъ періодѣ треніе рукою, положенною снаружи, можетъ возбудить дѣятельность маточной мускулатуры.

Иородныя тѣла, введенныя въ матку, равнымъ образомъ вызываютъ родовыя схватки. Если мы, напримѣръ, тампонируемъ матку марлею ради атонического послѣдовательнаго кровотеченія, то послѣднее останавливается не столько въ слѣдствіе непосредственнаго давленія, сколько въ слѣдствіе механическаго раздраженія, обусловленнаго присутствіемъ инороднаго тѣла. Одна изъ теорій, объясняющихъ причины начала нормальнаго родового акта, опирается равнымъ образомъ на это дѣйствіе механическаго раздраженія. Къ концу беременности отпадающая оболочка подвергается жировому перерожденію, соединеніе между яйцомъ и маточною стѣнкою становится болѣе слабымъ, яйцо дѣлается какъ-бы инороднымъ тѣломъ и въ качествѣ такового возбуждаетъ родовую дѣятельность.

Термическія раздраженія точно также могутъ вызвать сокращенія матки. Такъ, напримѣръ, пузырь со льдомъ, положенный на животъ послѣ изгнанія послѣда, содѣйствуетъ маточнымъ сокращеніямъ. Орошенія влагалища или матки въ послѣдовомъ періодѣ горячею водою равнымъ образомъ съ успѣхомъ примѣняются противъ атоніи матки.

Электрическія раздраженія, дѣйствующія на матку, вызываютъ, въ свою очередь, ея сокращенія. Далѣе, потуги возбуждаются и химическими веществами, попадающими въ кругъ кровообращенія. Главнѣйшимъ изъ нихъ являются маточныя рожки, содержащіяся въ *Secale cornutum*, resp. въ эрготинѣ. Изъ другихъ веществъ я назову *Juniperus Sabina*, который, какъ и многія другія плодогоныя средства, употребляемыя народною медициною, вліяютъ не столько прямымъ, сколько косвеннымъ путемъ, благодаря своему ядовитому дѣйствію. Это ведетъ къ раздраженіямъ, которыя рефлекторно вызываютъ сокращенія матки. Такимъ же образомъ, напримѣръ, можетъ дѣйствовать и раздраженіе грудныхъ сосковъ. Извѣстно, что прикладываніе ребенка къ груди матери вызываетъ послѣдовательныя потуги.

Большинство **методовъ**, служащихъ къ искусственному прерыванію беременности, основываются на только-что упомянутыхъ дѣйствіяхъ раздраженія. Но эти различныя раздраженія имѣютъ весьма различное значеніе для нашей цѣли. Такъ, напримѣръ, было бы крайне нецѣлесообразно предпринимать искусственные преждевременные роды при помощи спорыньи. Дѣло въ томъ, что спорынья обуславливаетъ въ большинствѣ случаевъ не нормальныя потуги, но продолжительныя сокращенія, въ величайшей степени угрожающія опасностью жизни плода, и такимъ образомъ главная цѣль операціи была бы не достигнута. Скорѣе уже можно было бы прибѣгнуть къ этому средству при производствѣ искусственнаго выкидыша. Далѣе, въ выборѣ методовъ нужно считаться съ тѣмъ обстоятельствомъ, насколько они въ большей или меньшей степени представляютъ опасность *quoad infectionem*. Методы, требующіе внутриматочныхъ приемовъ, могутъ, само собою разумѣется, явиться источникомъ инфекціи. Напротивъ, другіе способы, напримѣръ рефлекторныя раздраженія со стороны грудныхъ сосковъ, въ этомъ отношеніи совершенно безвредны. Необ-

ходимо, однако, замѣтить, что внутриматочные способы являются какъ-разъ наиболѣе дѣйствительными.

Въ нижеслѣдующемъ изложеніи мы опишемъ отдѣльно всѣ примѣняемые методы. Въ зависимости отъ объекта приложенія они могутъ быть раздѣлены на слѣдующія группы:

- 1) воздѣйствіе на влагалище и влагалищную часть;
- 2) воздѣйствіе на матку, притомъ либо только на шейку, либо же непосредственно на тѣло матки;
- 3) воздѣйствіе на область, отдаленную отъ половыхъ частей.

Попутно замѣтимъ, что дѣйствительнымъ является только то раздраженіе, которое дѣйствуетъ продолжительное, а не короткое время.

Тампонада влагалища.

Тампонада влагалища сама по себѣ собственно не можетъ быть названа методомъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Она примѣняется лишь въ томъ случаѣ, когда необходимо остановить сильныя кровотеченія при еще неизглаженномъ цервикальномъ каналѣ. Здѣсь она удовлетворяетъ этому показанію, и если она въ то же время возбуждаетъ потужную дѣятельность, то она тѣмъ самымъ содѣйствуетъ возбужденію родового акта.

Техника тампонады влагалища ватю или марлею приведена была уже при описаніи леченія выкидыша (см. стр. 281 и 284).



Рис. 131. Кольпейринтеръ. $\frac{1}{3}$ натур. величины.

Тампонада можетъ быть выполнена также при помощи кольпейринтера — инструмента, открытаго *C. Braun*омъ.

Кольпейринтеръ представляетъ собою яйцевидный каучуковый баллонъ, который въ наполненномъ, но не вполнѣ напряженномъ состояніи имѣетъ

около 12 цтм. длины и $7\frac{1}{2}$ цтм. ширины. Въ первоначальномъ инструментѣ *Braun's* баллонъ переходилъ въ твердую трубку, конецъ которой образовывался латунною пипеткою и снабженъ былъ кольцомъ для прикрѣпленія тесьмы. Въ настоящее время примѣняютъ обыкновенно простой каучуковый баллонъ, утончающійся въ трубку (*Grenser*) (рис. 131).

По опорожненіи мочевого пузыря и прямой кишки и послѣ дезинфекціи влагалища вываренный баллонъ вводится скомканнымъ во влагалище и черезъ баллонный или поршневой шприцъ наполняется довольно туго водою. Трубка закрывается завязываніемъ или зажимнымъ пинцетомъ. Баллонъ не долженъ быть наполненъ черезчуръ сильно, такъ какъ въ противномъ случаѣ наступаютъ сильныя боли и къ тому же можетъ быть повреждена легко ранимая слизистая оболочка влагалища. Удаленіе баллона совершается легко; для этого стоитъ только выпустить изъ него воду и вывести баллонъ потягиваніемъ за каучуковую трубку.

Орошенія влагалища (методъ *Kiwisch's*; восходящій маточный душъ).

При описываемомъ способѣ пытаются возбудить потужную дѣятельность помощью довольно теплыхъ продолжительныхъ орошеній влагалища. Для этой цѣли пользуются всего лучше асептической жидкостью, безъ всякихъ дезинфицирующихъ веществъ, обильныя количества которыхъ могли бы вызвать раздраженіе или даже интоксикацію. Вполнѣ достаточно кипяченая вода, еще лучше—съ прибавленіемъ небольшого количества поваренной соли (физиологическій растворъ поваренной соли).

Изъ большого ирригатора, въ который повторно подбавляютъ воду, направляютъ посредствомъ влагалищной трубки съ умѣренной высоты паденія во влагалищный сводъ каждые 4 часа струю жидкости приблизительно 40° Ц., прихърно въ продолженіе 10 минутъ. Примѣнять болѣе высокую температуру нераціонально, въ виду возможности повредить мягкіе родовые пути. Нужно обращать вниманіе на то, чтобы изъ трубки предварительно удаленъ былъ воздухъ. Попаданіе жидкости въ маточный зѣвъ предотвращается контролемъ трубки, который производится введеннымъ пальцемъ.

Способъ безопасенъ, но въ то же время и не особенно дѣйствителенъ. Правда, онъ вызываетъ сокращенія, шейка разрыхляется, маточный зѣвъ нѣсколько раскрывается, но родовая дѣятельность лишь рѣдко происходитъ въ надлежащей степени. Во всякомъ случаѣ, тамъ, гдѣ особенно спѣшить нечего, можно примѣнять этотъ способъ въ качествѣ подготовительнаго до тѣхъ поръ, пока цервикальный каналъ не расширится настолько, чтобы позволить примѣненіе другихъ методовъ.

Нѣсколько лучше дѣйствуетъ, быть можетъ, еще такъ называемый *перемѣнный душъ* (*Schrader*), при которомъ поочередно пускается струя то теплой, то прохладной воды. Трубки двухъ ирригаторовъ, наполненныхъ соотвѣтственными жидкостями, соединяютъ съ T-образною трубкою

и при помощи зажимныхъ крановъ вливають то одну, то другую жидкость; каждыя 1—2 часа направляютъ попеременно по $\frac{3}{4}$ литра воды въ 42° Ц. и по $1\frac{1}{2}$ литра воды въ 8° Ц., употребляя каждый разъ всего вмѣстѣ около 12 литровъ теплой и 24 литровъ прохладной воды. Беременная сидитъ при этомъ на стулѣ, ягодицы ея придвинуты совѣмъ къ переднему краю его, верхняя часть туловища откинута возможно сильнѣе назадъ; переднія ножки стула стоятъ въ ваннѣ, въ которую выливается жидкость. Передъ каждою перемѣною жидкости нужно отгѣснять ирригаціонною трубкою промежность кзади, дабы скопившееся во влагалищѣ количество жидкости выливалось вполне и разность температуры дѣйствовала сильнѣе. Потужная дѣятельность вызывается именно контрастомъ между холодомъ и тепломъ.

Расширеніе шейки разбухающими веществами.

Если мы вложимъ въ цервикальный каналъ вещество, разбухающее подъ вліаніемъ жидкости, то каналъ подвергается механическому растяженію. Въ то же время растяженіе это является раздраженіемъ, вызывающимъ сокращенія матки, и такимъ образомъ начинается потужная дѣятельность. Методъ этотъ, дѣйствующій довольно надежно, представляется наиболѣе цѣлесообразнымъ для прерыванія беременности въ ранніе мѣсяцы (см. искусственный выкидышъ); для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ онъ имѣетъ меньшее значеніе, примѣняясь лишь тамъ, гдѣ каналъ шейки еще слишкомъ длиненъ и узокъ, чтобы возможно было прибѣгнуть къ другимъ внутриматочнымъ методамъ.

Въ прежнее время для расширенія пользовались такъ называемою *прессованною губкою*, которая получалась изъ обыкновенной купальной губки путемъ разрѣзыванія, пропитыванія растворомъ камеди, прессованія и высушиванія. Ее вскорѣ оставили, такъ какъ она трудно поддавалась обеззараживанію. Если, однако, стерилизовать конусы изъ прессованной губки сухимъ жаромъ, то противъ примѣненія ихъ нельзя ничего имѣть.

Безусловно заслуживаетъ предпочтенія предъ прессованною губкою расширеніе *ламинарію*. Изъ стеблей *laminaria digitata* (морская водоросль) готовятъ палочки, длиною обыкновенно въ 6—7 цтм., сплошныя или полныя; поверхности и концы ихъ дѣлаются гладкими, къ одному изъ концовъ укрѣпляютъ нитку. Палочки обеспложиваютъ въ термостатѣ и засимъ сохраняютъ въ концентрированной карболовой кислотѣ или въ абсолютномъ спиртѣ, либо ихъ кипятятъ въ продолженіе 1 минуты въ 5% растворѣ карболовой кислоты, оставляя засимъ въ насыщенномъ эфирномъ растворѣ іодоформа.

Мы готовимъ палочки ламинаріи слѣдующимъ образомъ: тщательно соскобливъ поверхность ламинаріи острымъ кусочкомъ стекла, мы вносимъ палочки на 1—2 минуты въ кипящую воду (болѣе тонкія палочки—на 1 минуту, болѣе толстыя—на 2 минуты), послѣ чего погружаемъ ихъ стерильнымъ пинцетомъ въ концентрированную карболовую

кислоту (95 частей *Acidi carbolicі* и 5 частей *Alcohol. absolut.*) и оставляемъ ихъ въ этомъ же растворѣ.

Хотя мы и сохраняемъ палочки ламинаріи въ антисептическихъ растворахъ, тѣмъ не менѣе *непосредственно передъ употребленіемъ* мы ихъ вывариваемъ въ теченіе 1 минуты въ водѣ; дѣлаемъ это какъ для того, чтобы по возможности удалить изъ палочки жидкость, въ которой она сохранялась, такъ и для того, чтобы придать ей большую гибкость. Правда, для акушерскихъ цѣлей послѣднее представляется менѣе необходимымъ, такъ какъ въ этомъ случаѣ палочка вкладывается только въ шейку или лишь немного выше, но въ гинекологической практикѣ очень важно, чтобы палочка, которую продвигаютъ вплоть до дна матки, имѣла кривизну, соответствующую маточному каналу. Въ теченіе такого короткаго времени, какъ 1—2 минуты, палочка все равно можетъ разбухнуть лишь въ ничтожной степени.

Если мы желаемъ ввести палочку, то выбираемъ такую, поперечникъ которой соответствуетъ ширинѣ цервикальнаго канала, стало быть при узкой шейкѣ первороженицы—палочку съ поперечникомъ около 4 мм. Влагалище дезинфицируется, затѣмъ влагалищная часть обнажается зеркаломъ, оттягивающимъ назадъ заднюю стѣнку (въ ягодично-спинномъ, *Sims'овскомъ* боковомъ или колѣнно-локтевомъ положеніи). Крючковатые щипцы фиксируютъ переднюю губу маточнаго зѣва.

Засимъ палочка кладется въ кипящую воду. Съ этого момента пальцы уже не должны прикасаться къ ней. Послѣ вывариванія мы беремъ палочку обезпложеннымъ корнцангомъ и помѣщаемъ ее на небольшой асептической платокъ (вываренный кусокъ марли); мы захватываемъ палочку пальцами черезъ этотъ платокъ и, такимъ образомъ непосредственно къ ней не прикасаясь, сообщаемъ ей желаемую кривизну. Послѣ этого мы снова беремъ палочку корнцангомъ, и въ то время какъ другая наша рука фиксируетъ влагалищную часть щипцами, мы подѣ руководствомъ глаза вводимъ палочку черезъ маточный зѣвъ настолько высоко, чтобы конецъ ея, снабженный ниткою, лишь немного выдавался изъ зѣва. На маточный зѣвъ присыпается небольшое количество іодоформа, и затѣмъ влагалищный сводъ выполняется асептической марлею или ватою, въ предупрежденіе преждевременнаго выскальзыванія палочки.

Женщина остается въ постели и каждые 3 часа измѣряетъ температуру. По прошествіи сутокъ, если только не потребуются болѣе раннее удаленіе палочки (повышеніе температуры), снова обнажаютъ влагалищную часть и удаляютъ палочку, которая за это время сильно разбухла и расширила каналъ шейки. Часто этого бываетъ достаточно для возбужденія родовой дѣятельности. Иногда же приходится вновь ввести болѣе толстую палочку или нѣсколько заразъ, либо переходать къ другимъ методамъ.

Вмѣсто ламинаріи можно также пользоваться и палочками *тупело* (изъ корневища *Nyssa aquatica*), которыя лучше всего обезпложивать въ термостатѣ, такъ какъ при вывариваніи онѣ разбухаютъ чрезчуръ сильно.

Тампонада шейки марлею.

Возбужденіе потужной дѣятельности и расширеніе шейки могутъ быть достигнуты также выполненіемъ цервикальнаго канала марлею (іодоформною марлею) (*Hofmeier*). Техника та же самая, какая приведена была для тампонады матки на стр. 281 и 284 при описаніи леченія выкидыша. Въ то время какъ одна рука фиксируетъ при помощи крючковатыхъ щипцовъ переднюю губу маточнаго зѣва, другая рука посредствомъ марлеваго штопфера (рис. 130) вводитъ начальную часть узкой марлевой полоски въ маточный зѣвъ и черезъ него вверхъ. Штопферъ вдвигаетъ все новыя и новыя части, пока весь каналъ шейки не будетъ туго выполненъ. Концевую часть полоски выполняютъ влагалищный сводъ. Черезъ 12—24 часа полоска удаляется простымъ потягиваніемъ. Зачастую она выталкивается изъ шейки потужною дѣятельностью.

Рекомендовалась также тампонада шейки марлею, пропитанною глицериномъ (*Kehrer*).

Инструментальное расширеніе шейки.

Расширеніе цервикальнаго канала производится также особыми дилаторами, такъ, напримѣръ, часто употребляемыми въ гинекологической практикѣ инструментами вродѣ *Hegar*'овскихъ. О металлическихъ коническихъ дилаторахъ при леченіи выкидыша мы уже упоминали (см. рис. 127).

Для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ этотъ способъ расширенія едва-ли можетъ быть примѣненъ. При быстромъ расширеніи не достигается того разрыхленія ткани, какое получается при медленномъ расширеніи, возбуждающемъ потужную дѣятельность. Способъ является умѣстнымъ развѣ только тамъ, гдѣ приходится спѣшить, гдѣ нужно быстро расширить узкій каналъ шейки, чтобы имѣть возможность примѣнить другіе внутриматочные методы.

A. Müller предложилъ для этой цѣли инструментъ, устроенный на подобіе растягивателя перчатокъ.

Очень хвалятъ также *ecarteur utérin Tarnier*.

Способъ *Hamilton*'а.

Входятъ пальцемъ черезъ цервикальный каналъ, если онъ достаточно для этого широкъ или былъ расширенъ, и отслаиваютъ пальцемъ (или также зондомъ) нижній полюсъ яйца отъ маточной стѣнки, по возможности выше, по всей окружности. Способъ этотъ ненадеженъ и потому не заслуживаетъ примѣненія.

Электрическое раздраженіе матки.

Сокращенія матки могутъ быть вызваны непосредственнымъ электрическимъ раздраженіемъ ея. *Bayer*, рекомендовавшій этотъ методъ, совѣтуетъ пользоваться постояннымъ токомъ, вводя катодъ съ зондомъ въ шейку, а

анодъ въ видѣ большой пластинки ставя на животъ (дно матки) или на крестцовую область. Примѣняютъ слабые токи (около 20 миллиамперовъ), прерывая токъ часто. Каждый сеансъ длится около 10 минутъ; повторяется онъ черезъ большіе или меньшіе промежутки.

Методъ не особенно дѣйствителенъ или для повседневной практики едва-ли удобопримѣнимъ.

Проколъ яйцевыхъ оболочекъ (методъ Scheel'я).

Для того, чтобы вскрыть плодный пузырь, вводятъ, если только каналъ шейки это позволяетъ, палецъ до яйца и протыкаютъ имъ небольшое отверстие; если это не удается, то разрываютъ въ яйцевыхъ оболочкахъ маленькое отверстие пулевыми щипцами. *C. Braun* предложилъ пользоваться пріостреннымъ гусинымъ перомъ, черезъ стволъ котораго проводится маточный зондъ настолько далеко, чтобы пуговчатый конецъ его прикрывалъ остріе пера. Въ этомъ видѣ перо вмѣстѣ съ зондомъ вводится черезъ маточный зѣвъ до яйца, послѣ чего зондъ нѣсколько выдвигаютъ назадъ и остріемъ пера прокалываютъ плодный пузырь.

Что примѣняемые инструменты, въ томъ числѣ и гусиное перо, должны быть асептическими (вываренными), разумѣется само собою.

Описываемый методъ довольно надеженъ: какъ скоро изливается небольшое количество плодныхъ водъ, тотчасъ же начинается родовая дѣятельность. Точно также онъ представляется относительно безопаснымъ и въ смыслѣ инфекціи. Тѣмъ не менѣе мы не можемъ рекомендовать его для всеобщаго примѣненія. Преждевременный разрывъ пузыря всегда представляется до извѣстной степени неблагоприятнымъ для теченія родовъ. Въ особенности, когда дѣло идетъ о родахъ при узкомъ тазѣ, мы, наоборотъ, стараемся по возможности сохранить пузырь до полного раскрытія зѣва. Стоящій еще пузырь въ значительной мѣрѣ содѣйствуетъ раскрытію. Если же пузырь лопнулъ и если дѣтская часть, тѣсно прилегающая къ стѣнкѣ шейки, не способствуетъ изглаживанію зѣва, то періодъ раскрытія можетъ затянуться очень сильно. Чѣмъ больше отойдетъ околоплодныхъ водъ, чѣмъ больше, слѣдовательно, уменьшится матка, тѣмъ неблагоприятнѣе складываются условія для плода. Такимъ образомъ проколъ яйца можетъ быть рекомендованъ всего скорѣе въ томъ случаѣ, когда головка предлежитъ вполнѣ и когда по вскрытіи пузыря изливаются только первыя воды, причемъ замыкающая головка препятствуетъ дальнѣйшему истеченію. Какъ бы то ни было, опытъ, хотя бы, напримѣръ, Вѣнской клиники, показываетъ, что методъ этотъ даетъ хорошіе результаты. При чрезмѣрномъ скопленіи околоплодныхъ водъ (*hydramnion*) проколъ яйца является методомъ наиболѣе рациональнымъ.

Введеніе бужа между яйцомъ и маточною стѣнкою (методъ Krause).

При этомъ способѣ вводятъ эластическій бужъ высоко между яйцомъ и маточною стѣнкою. Бужъ въ качествѣ инороднаго тѣла вызываетъ по-

тужную дѣятельность. Само собою разумѣется, что способъ долженъ быть выполненъ съ строжайшимъ соблюденіемъ асептическихъ правилъ, такъ какъ бужъ отдѣляетъ яйцо отъ стѣнки только частично и непосредственно соприкасается съ послѣднею.

Избираютъ сплошной или, по меньшей мѣрѣ, закрытый на маточномъ концѣ бужъ, съ поперечникомъ въ 5 мм. и длиною въ 25 см. Бужъ, какъ и всѣ прочіе необходимые инструменты, вываривается. Тщательно дезинфицировавъ влагалище, укладываютъ больную въ ягодично-спинномъ или *Sims'*овскомъ боковомъ положеніи и обнажаютъ желобоватымъ зеркаломъ влагалищную часть, фиксируя, въ случаѣ надобности, переднюю губу маточнаго зѣва *Muzenik'*евскими щипцами. Рука, приведенная въ асептическое состояніе, захватываетъ бужъ и подъ руководствомъ глаза вводитъ его въ маточный зѣвъ, не натываясь на стѣнки влагалища. Бужъ долженъ скользить осторожно вверхъ, безъ всякаго насилія. При малѣйшемъ сопротивленіи нужно его нѣсколько оттянуть назадъ и вновь продвинуть въ другомъ направленіи. Можетъ случиться, что бужъ попадетъ прямо на мѣсто прикрѣпленія послѣда и вызоветъ кровотеченіе. Въ этомъ случаѣ его удаляютъ немедленно и при надобности тампонируютъ шейку и влагалищный сводъ. Для того, чтобы не ввести воздуха, можно влить во влагалищный сводъ небольшое количество асептической жидкости и черезъ нее провести бужъ въ маточный зѣвъ. Какъ скоро бужъ проникъ на глубину 15—20 см., конецъ, торчащій изъ зѣва, загибаютъ, такъ что инструментъ весь скрытъ во влагалищѣ, и вкладываютъ въ послѣднее асептическую марлю, которая и закрываетъ выступающую часть бу́жа.

Вмѣсто употреблявшагося до сихъ поръ чернаго каучуковаго бу́жа можно также употреблять и предложенный *Knapp'*омъ гибкій металлическій бужъ (рис. 132), изготовляемый изъ эластической спиральной проволоки. Обезпложивается онъ вывариваніемъ. *Knapp'*овскій бужъ имѣетъ, однако, то неудобство, что секретъ попадаетъ между скрѣпами спиральной проволоки внутрь инструмента, что въ значительной степени затрудняетъ его очищеніе; впрочемъ, вывариваніе разрушаетъ могущіе пристать къ инструменту зародыши. Другимъ недостаткомъ бу́жа является то, что онъ легко портится въ мѣстѣ перехода рукоятки въ спиральную проволоку. Оказываетъ-ли



Рис. 132. Бужъ *Knapp'*а изъ эластической спиральной проволоки. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

дѣйствіе самый матеріалъ, изъ котораго сдѣланъ бужъ (металлъ), этого вопроса я не беру съ рѣшательностью, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ которыхъ

я пользовался *Knapp*'овскимъ бужемъ, родовая дѣятельность возбуждалась дѣйствительно особенно хорошо.

Послѣ введенія бужа женщина ложится въ постель. Половая расщелина покрывается ватой. Черезъ каждые 3 часа измѣряется температура. Какъ скоро она поднимается выше нормы, бужъ долженъ быть немедленно удаленъ. При соблюденіи асептическихъ предосторожностей температура остается нормальной. Описываемый способъ хорошъ и многократно примѣняется нами, но дѣйствіе его довольно неравномѣрно. Въ однихъ случаяхъ родовая дѣятельность идетъ очень эвергично, но въ другихъ случаяхъ она черезъ нѣкоторое время ослабѣваетъ. По прошествіи сутокъ, а въ случаѣ необходимости — и раньше, бужъ удаляется. Если потужная дѣятельность совершается еще не въ достаточной степени, то можно вновь ввести 1 или 2 или даже нѣсколько бужей одновременно.

Въ прежнее время описываемый методъ давалъ положительные результаты чаще, чѣмъ нынѣ. Это объясняется тѣмъ, что тогда не придерживались асептики и повышеніе температуры, хотя бы и легкое, само по себѣ возбуждало потужную дѣятельность.

Если бы при введеніи бужа повредился плодный пузырь, то въ этомъ нѣтъ еще большой бѣды, такъ какъ тогда можно примѣнить способъ прокола яйцевыхъ оболочекъ.

Впрыскиваніе жидкости между яйцомъ и маточною стѣнкою (методъ *Cohen*'а).

Способъ этотъ заключается въ томъ, что между яйцомъ и маточною стѣнкою вводятъ не сплошной бужъ, а полый эластическій катетеръ и впрыскиваютъ черезъ него жидкость, которая отдѣляетъ на значительномъ пространствѣ яйцо отъ маточной стѣнки. *Cohen* пользовался дегтярною водою, но въ сущности можно обойтись и обыкновенною водою или физиологическимъ растворомъ поваренной соли. Способъ довольно надеженъ, но не безопасенъ. Не говоря уже объ опасности инфекціи, незначительной, нужно считаться еще съ возможностью введенія воздуха и, стало быть, образованія воздушной эмболии. Если хотятъ примѣнить этотъ способъ, то нужно дѣйствовать крайне осторожно, придерживаясь слѣдующихъ правилъ.

Вся ирригаціонная система, чрезъ которую проводится жидкость, должна быть асептической. Стало быть, нужно выварить ирригаторъ, трубку и катетеръ. Впрыскиваемая жидкость, само собою разумѣется, равнымъ образомъ кипятится и затѣмъ охлаждается до температуры тѣла. Какъ и при способѣ *Krause*, дезинфицируютъ влагалище, дѣлаютъ доступнымъ глазу маточный звѣвъ и вливаютъ небольшое количество асептической жидкости во влагалищный сводъ, такъ чтобы звѣвъ былъ совершенно покрытъ ею; засимъ вводятъ эластическій катетеръ на высоту примѣрно 15 цтм., совершенно такъ, какъ это дѣлаютъ со сплошнымъ бужомъ. Но введеніе катетера въ маточный звѣвъ должно послѣдовать не раньше,

чѣмъ изгнанъ будетъ изъ трубки и катетера весь воздухъ, и пригомъ въ то время, какъ жидкость уже вытекаетъ изъ катетера. Вырскиваютъ приблизительно около 200 куб. цтм. и извлекаютъ обратно катетеръ, опять-таки пока еще вытекаетъ жидкость. Если поступать описаннымъ образомъ, соблюдая щепетильнѣйшую асептику и старательно избѣгая вступленія воздуха, то методъ можетъ оказать хорошія услуги, въ особенности при безуспѣшности испытанныхъ ранѣе способовъ.

Внутриматочное введеніе баллона.

Если цервикальный каналъ проходимъ или сдѣланъ проходимымъ для 1—2 пальцевъ, то можно примѣнить очень дѣйствительные способы, при которыхъ чрезъ каналъ шейки продвигаются эластическіе баллоны. Мы называемъ эти баллоны *метрейринтерами*, а самый методъ — *метрейризомъ* (по аналогіи съ кольпейринтеромъ и кольпейризомъ).

Barnes предложилъ маленькіе каучуковые баллоны скрипкообразной формы и различной величины, переходящіе въ небольшую каучуковую трубку съ краномъ (рис. 133). Средніе номера имѣютъ около 7 цтм. длины и 3 цтм. ширины (въ нерастянутомъ видѣ). Будучи пустъ, баллонъ можетъ быть сложенъ въ маленькій комокъ.

Какъ и при послѣдне-описанныхъ способахъ, дѣлаютъ доступнымъ глазу маточный звѣвъ, дезинфицируютъ влагалище и вытираютъ слизистую оболочку шейки, поскольку она удободоступна, ватными шариками, пропитанными растворомъ лизола. Сложивъ вываренный баллонъ такъ, чтобы онъ занималъ возможно меньше мѣста, и закрывъ кранъ, захватываютъ



Рис. 133. Баллонъ *Barnes*'а. $\frac{1}{3}$ натур. величины.

баллонъ концамиго и подъ руководствомъ глаза вводить въ цервикальный каналъ. Продвиганіе баллона вверхъ можетъ быть произведено также зондомъ или тому подобнымъ инструментомъ (коническій маточный дилаторъ) при посредствѣ маленькаго кармашка (см. рис. 133). Какъ скоро баллонъ продвинутъ настолько высоко, что, по меньшей мѣрѣ, его

верхняя половина находится над маточным зѣвомъ, наполняютъ его асептической жидкостью помощью небольшого баллоннаго шприца (см. рис. 133), наконечникъ котораго насаживается на конецъ трубки, и засимъ закрываютъ кранъ. Для вѣрности можно еще крѣпко завязать каучуковую трубку тесьмою. Средняя, болѣе узкая, часть баллона задерживается внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ. Конецъ трубки свертываютъ, такъ что онъ скрывается во влагалищѣ, и закрываютъ асептической марлею.

Баллонъ обыкновенно вызываетъ дѣятельныя потуги и расширяетъ шейку. По большей части потужная дѣятельность спустя болѣе короткое или болѣе долгое время выталкиваетъ его во влагалище. Если бы все-таки дальнѣйшее раскрытіе шейки замедлилось, то можно ввести новый баллонъ болѣе значительной величины.

Fehling выпустилъ кармашекъ для зонда и нѣсколько видоизмѣнилъ форму баллона.

Tarnier также предложилъ небольшой каучуковый баллонъ для расширенія (*dilatateur intrauterin*), многократно подвергавшійся видоизмѣненіямъ.

Еще болѣе энергично дѣйствуютъ каучуковые баллоны большихъ размѣровъ. *Schauta* рекомендовалъ *внутриматочное введеніе Braun*'овскаго *кольпейринтера* (рис. 131) ¹⁾. Техника аналогична той, какая описана была для баллона *Barnes*'а. Баллонъ помощью вывариванія приводится въ асептическое состояніе, послѣ чего его свертываютъ настолько плотно, чтобы весь воздухъ изъ него вышелъ, и закрываютъ конецъ каучуковой трубки зажимомъ. Сложивъ баллонъ въ два раза по продольной оси, вводятъ его подъ руководствомъ глаза въ цервикальный каналъ. Засимъ баллонъ наполняютъ умѣренно туго асептической тепловатою водою (смотря по величинѣ баллона—отъ 300 до 500 куб. цм.) и закрываютъ трубу зажимомъ или тесьмою.

Существенное улучшеніе внесъ *Mäurer*, предложивъ производить *умпренное постоянное потягиваніе* за трубку. Для этой цѣли стоитъ только провести трубку черезъ петлю, укрѣпленную къ ножному концу кровати, натянуть ее и фиксировать къ петлѣ колѣно трубки помощью зажимнаго пинцета (*Dührssen*). Этимъ путемъ раскрытіе шейки совершается еще быстрее.

Обыкновенный кольпейринтеръ можно продвинуть черезъ маточный зѣвъ, не расширяя его вполнѣ, слѣдовательно безъ того, чтобы послѣдующая ширина зѣва соответствовала наибольшей окружности кольпейринтера. Баллонъ при этомъ вдавливается на-подобіе песочныхъ часовъ, такъ что онъ какъ-бы проскальзываетъ черезъ маточный зѣвъ.

¹⁾ Въ настоящее время чужно говорить уже не о *кольпейринтерѣ*, но о *метпейринтерѣ*. Неправильнаго выраженія можно избѣгать всего лучше, если говорить вообще только о *внутриматочномъ введеніи баллона*, какъ то предлагаетъ и *Biermer*, недавно давшій сводъ наблюденій надъ леченіемъ баллономъ и сообщившій о достигнутыхъ въ Боннской клиникѣ удачныхъ результатахъ.

Это дало *Champetier* идею видоизменить конструкцию баллона. Баллонъ *Champetier* имѣть коническую форму, верхнее его основаніе въ растянутомъ видѣ имѣть приблизительно величину вполне раскрытаго маточнаго зѣва. Онъ устроенъ такъ, что въ наполненномъ состояніи сжиманіе можетъ лишь немного изменить его форму; это достигается тѣмъ, что мѣшокъ приготовленъ изъ шелковой ткани, снабженной на обѣихъ сторонахъ каучукомъ. Когда этотъ метрейринтеръ выталкивается во влагалище, маточный зѣвъ обнаруживаетъ ширину, соответствующую его верхней окружности. Клиновидная форма баллона прекрасно приспособлена для шадяцаго, постепеннаго расширенія.



Рис. 134. Баллонъ *Champetier-Müller*'а. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

Рекомендуется примѣненіе баллона, видоизмененнаго *A. Müller*'омъ (рис. 134). Авторъ этотъ приготовляетъ свой баллонъ изъ вулканизированной на обѣихъ сторонахъ бумажной ткани, чѣмъ достигается удешевленіе аппарата. Баллонъ своимъ узкимъ открытымъ концомъ переходитъ въ металлическую трубку, снабженную краномъ; кранъ этотъ открывается и закрывается небольшимъ ключикомъ. *Müller* предложилъ также особое, очень удобное приспособленіе для наполненія баллона—каучуковый мѣшечекъ (рис. 136), наконечникъ котораго при помощи байонетнаго замыканія легко можетъ быть соединенъ съ закрывающеюся частью баллона. Въ случаѣ порчи баллона нужно только перемѣнить самый баллонъ, все же остальное можетъ служить и дальше.

Техника аналогична техникѣ введенія вышеописанныхъ баллоновъ. Всего лучше введеніе баллона производится подъ руководствомъ глаза. Баллонъ *Champetier-Müller*'а хорошо выдерживаетъ даже повторное вывариваніе. И этотъ баллонъ равнымъ образомъ свертываютъ, при открытомъ кранѣ, возможно туже (аналогично верхнему листу сигары), засимъ закрываютъ кранъ и продвигаютъ баллонъ черезъ цервикальный каналъ вверхъ помощью щипцовъ (для этой цѣли предложены особые щипцы, см. рис. 135). Послѣ того насаживаютъ на баллонъ каучуковый мѣшечекъ, наполненный водою, и при открытомъ кранѣ постепенно свертываютъ его, начиная снизу (рис. 136); при этомъ вода поступаетъ въ баллонъ и раздуваетъ его. Какъ скоро каучуковый мѣшечекъ совершенно свернуть, закрываютъ кранъ ключикомъ и удаляютъ мѣшечекъ.

Наполненіе баллона можетъ быть, конечно, произведено также и большимъ баллоннымъ или поршневымъ шприцемъ. Женщина остается лежать въ постели. Моча, въ случаѣ надобности, выводится катетеромъ.

Если желаютъ примѣнить постоянное вытяженіе, то можно соединить закрывающуюся часть баллона съ каучуковою трубкою и фиксировать послѣднюю въ вапряженномъ состояніи къ возможному концу кровати, или же привязываютъ къ трубѣ тесьму, которая проводится черезъ ножной конецъ кровати (какъ при вытяженіи грузомъ) и отягощается гирькою (примѣрно, въ 2 фунта); всего проще пользоваться для этого бутылкою съ водою, наполняемою, по мѣрѣ надобности, въ большей или меньшей степени (Боннская клиника). Само собою разумѣется, что вытяженіе можно производить также и непосредственно рукою.

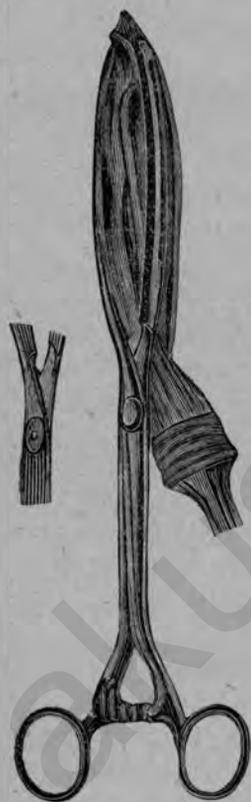


Рис. 135. Баллонъ въ свернутомъ видѣ, приготовленъ для введенія помощью щипцовъ *Champetier*.
1/2 натур. величины.



Рис. 136. Каучуковый мѣшечекъ *A. Müller*'а для наполненія баллона *Champetier*.
1/2 натур. величины.

Если къ тому времени, когда вводятъ баллонъ, плодный пузырь еще не разорвался, то нужно стараться его сохранить. Тѣмъ не менѣе бѣды большой не будетъ, если пузырь и лопнетъ и если баллонъ попадетъ даже

въ самую полость яйца. Наполненный баллонъ препятствуетъ дальнѣйшему истеченію околоплодныхъ водъ и замѣняетъ плодный пузырь. Для извѣстныхъ цѣлей (напримѣръ *placenta praevia*, см. отдѣлъ IX) введение баллона въ полость яйца представляетъ даже тотъ способъ, который именно и слѣдуетъ примѣнить (*Dührssen*).

Описанные методы внутриматочнаго леченія баллономъ, соединяемаго иногда съ вытяженіемъ, принадлежать къ числу наиболѣе надежно дѣйствующихъ.

Раздраженіе грудныхъ сосковъ.

Въ заключеніе упомянемъ объ этомъ методѣ, при которомъ оказывается воздѣйствіе на мѣсто, отдаленное отъ половыхъ частей.

Какъ сосаніе грудныхъ сосковъ, такъ и электрическое раздраженіе ихъ могутъ вызывать потуги рефлекторнымъ путемъ. *H. W. Freund* устроилъ такъ называемую *электрическую банку*, въ которой соединено присасывающее дѣйствіе и раздраженіе электрическимъ токомъ. Способъ этотъ, если и не особенно надеженъ, то, во всякомъ случаѣ, совершенно безвреденъ и можетъ быть испытанъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

Такимъ образомъ мы располагаемъ довольно многочисленными способами для возбужденія родовой дѣятельности. Значеніе ихъ, какъ мы видѣли, очень различно: одни изъ нихъ болѣе дѣйствительны, другіе менѣе дѣйствительны, одни отличаются простымъ примѣненіемъ, другіе — сложнымъ, одни безвредны, другіе при не совсѣмъ правильномъ и асептическомъ выполненіи не лишены опасности. Не мало есть случаевъ, въ которыхъ матка упорно не поддается всѣмъ стараніямъ возбудить ее къ родовой дѣятельности. Пока удастся вызвать искусственные преждевременные роды, можетъ пройти много дней. Въ такихъ-то случаяхъ и представляется возможность послѣдовательно испытать различные методы, причѣмъ слѣдуетъ начинать съ болѣе простыхъ, переходя постепенно къ болѣе сложнымъ. Въ большинствѣ случаевъ рекомендуется поступать слѣдующимъ образомъ.

Подготовивъ беременную частыми ваннами, иногда также орошеніями влагилица, вводятъ въ опредѣленный срокъ *булж* (методъ *Krause*); при хорошемъ его дѣйствіи удается придти къ цѣли уже однимъ этимъ методомъ. Если же пріемъ этотъ (даже послѣ повторенія его) остается безуспѣшнымъ, если послѣ двухъ сутокъ родовая дѣятельность не наступаетъ, то, какъ скоро цервикальный каналъ пропускаетъ 1—2 пальца, переходятъ къ *внутриматочному леченію баллономъ*. Вначалѣ вводятъ маленький баллонъ (*Barnes*), но уже по возможности скоро слѣдуетъ перейти къ баллону болѣешихъ размѣровъ, всего лучше — къ баллону *Champetier-Müller'a*. Если желаютъ еще болѣе ускорить роды, то присоединяютъ къ этому постоянное вытяженіе грузомъ, а при необходимости еще большей спѣшки — непосредственное вытяженіе рукою.

Что касается веденія родовой дѣятельности послѣ наступленія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, то въ общемъ здѣсь примѣнимы правила, обычныя для самопроизвольныхъ родовъ. Замѣтимъ только, что при особенно медленно подвигающемся раскрытіи рекомендуется, какъ скоро шейка проходима для 2 пальцевъ, производить комбинированный поворотъ по *Braxton Hicks'у* (*Fehling*, см. стр. 214). По извлеченіи ножки низко опустившіяся ягодицы расширяютъ шейку, такъ что раскрытіе подвигается успѣшно. До того оно было замедлено, такъ какъ головка не опускалась ниже и не давила въ достаточной степени на стѣнку цервикальнаго канала. Метрейризь при помощи баллона *Champetier* заслуживаетъ предпочтенія предъ этимъ способомъ.

При правильной постановкѣ показанія и при тщательномъ, асептическомъ выполненіи искусственные преждевременные роды представляютъ собою чрезвычайно благодѣтельный, заслуживающій горячей рекомендаціи способъ.

Особое вниманіе должно быть удѣлено *уходу за преждевременно рожденнымъ младенцемъ*. Весьма важно надлежащее его *питаніе*; только питаніе молокомъ матери или кормилицы позволяетъ рассчитывать на получение хорошихъ результатовъ. Увѣренность въ возможности такого питанія играетъ до извѣстной степени также рѣшающую роль при постановкѣ показанія для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Въ первое время, если ребенокъ еще не настолько крѣпокъ, чтобы онъ могъ сосать грудь, необходимо выжимать молоко изъ послѣдней или высасывать насосомъ и вливать въ ротъ ребенка изъ ложечки.

Важное значеніе имѣетъ далѣе доставка ребенку теплоты. Весьма цѣлесообразны спеціальныя аппараты, служащія для постоянного сохраненія ребенка въ теплѣ. Среди нихъ, какъ одинъ изъ наиболѣ простыхъ, рекомендуется *согрѣвательная ванночка Credé*. Это обыкновенная дѣтская ванночка съ двойнымъ дномъ и двойными стѣнками, между которыми наливается 20 литровъ воды въ 50° Ц. Ванна черезъ каждыя 4 часа наполняется свѣжею водою той же температуры. Во внутреннемъ пространствѣ, въ которомъ покоится ребенокъ, поддерживается температура въ 32—42° Ц. По *Credé*, можно также легко импровизировать согрѣвательную ванночку при помощи двухъ обыкновенныхъ дѣтскихъ ванночекъ, вставленныхъ одна въ другую: большая изъ нихъ наполняется горячею водою, меньшую стягиваютъ грузомъ и кладутъ на нѣсколько камней или желѣзныхъ палокъ.

Въ дополненіе замѣтимъ, что при узости таза пытались *достигнуть замѣны искусственныхъ преждевременныхъ родовъ особымъ питаніемъ матери* во время беременности, которымъ имѣли въ виду оказать влия-

ніе на развитіе плода. Плоды должны были сдѣлаться меньше и худощавѣе и получить болѣе нѣжныя, болѣе смѣшающіяся кости. Въ особенности рекомендовалъ этотъ способъ *Prochownik*. Его діететическія предписанія, сходныя съ тѣми, какія назначаютъ диабетикамъ, и придающія главное значеніе ограниченному подвозу жидкости, гласятъ: утромъ—небольшая чашка кофе и около 25 грм. сухарей; днемъ—всевозможные виды мяса, яйца и рыба съ очень небольшимъ количествомъ соуса; нѣсколько зеленыхъ овощей, приготовленныхъ съ большимъ количествомъ жира, салаты, сыр; вечеромъ—то же самое, съ придачею 40—50 грм. хлѣба и, по желанію, масло. Запрещаются: вода, супы, картофель, мучныя кушанья, сахаръ, пиво. Пить въ теченіе дня—300—400 куб. цтм. (красное вино или мозельвейнтъ). Такая діета должна проводиться, начиная примѣрно съ 30-й недѣли беременности.

Полученные до сихъ поръ результаты говорятъ за цѣлесообразность попытки примѣнить эту діету въ случаяхъ умѣреннаго суженія таза.

ОТДѢЛЪ VI.

Искусственное расширение родовыхъ путей.

Расширеніе шейки, resp. маточнаго зѣва.

I. При нормальныхъ, патологически не измененныхъ свойствахъ шейки.

Прежде всего необходимо замѣтить, что *медленное теченіе періода раскрытія* отнюдь не обязательно представляетъ собою патологическое явленіе. Очевидно, что разъ потужная дѣятельность слаба, то и раскрытіе можетъ приходить лишь медленно. До тѣхъ поръ, пока при этомъ плодный пузырь еще стоитъ и другихъ аномалій не имѣется, опасности нѣтъ никакой. Правда, такіе медленно протекающіе роды подвергаютъ тяжкому испытанію терпѣніе какъ роженицы, такъ и врача, но на производство какого-либо оперативнаго пособія слѣдуетъ рѣшаться только на основаніи очень вѣскихъ данныхъ.

Но если пузырь уже разорвался, то медленное теченіе родовъ оказываетъ нерѣдко неблагоприятное вліяніе. Въ особенности подвергается опасности плодъ при излитіи большого количества околоплодныхъ водъ, что имѣетъ мѣсто тогда, когда подлежащая часть не вполне хорошо замыкаетъ шейку. Теченіе родовъ замедляется, родовая дѣятельность принимаетъ зачастую ненормальный характеръ. Долго продолжающееся открытое сообщеніе между влагалищемъ и полостью матки благоприятствуетъ наступленію процессовъ разложенія въ маткѣ. Въ подобномъ случаѣ преждевременнаго разрыва пузыря необходимо по возможности противодействовать дальнѣйшему истеченію водъ и возбужденію потужной дѣятельности. Какъ та, такъ и другая цѣль можетъ быть достигнута введеніемъ во влагалище кольпейринтера (см. стр. 299, рис. 131). Если подлежащая часть хорошо замыкаетъ шейку, то въ пріемѣ этомъ надобности нѣтъ; въ томъ случаѣ, когда желаютъ только усилить дѣятельность потугъ, производятъ теплыя орошенія влагалища (см. стр. 300). Назначать спорынью для возбужденія потугъ въ періодѣ раскрытія было бы врачебною погрѣшностью.

Раскрытіе можетъ замедлиться также и вслѣдствіе того, что *потужная дѣятельность обнаруживаетъ ненормальный, судорожный характеръ*. Это въ особенности имѣетъ мѣсто тамъ, гдѣ женщину подвергаютъ излишне частому и неумѣлому изслѣдованію, гдѣ маточный зѣвъ растягиваютъ, или гдѣ ошибочно назначается спорынья. Такія схватки отличаются очень сильною болѣзненностью, причемъ матка не вполне расслабляется даже и во время межпотужныхъ паузъ. Здѣсь насъ могутъ выручить наркотическія средства. Порою достаточно бываетъ уже одной инъекціи 1 цгрм. морфія (иногда вмѣстѣ съ $\frac{1}{2}$ —1 мгрм. атропина), для

того чтобы потужная дѣятельность регулировалась. Къ цѣли ведетъ равнымъ образомъ и хлороформный наркозъ. Весьма рациональны также гипропатическія обертыванія живота.

Особенно большія затрудненія можетъ создать существованіе спастической стриктуры въ области внутренняго или наружнаго маточнаго зѣва. И здѣсь опять-таки намъ окажутъ услугу вышеупомянутые методы. Относительно задержки послѣдующей головки подъ влияніемъ стриктуры см. стр. 171. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ періодъ раскрытія затягивается вслѣдствіе того, что *яйцевыя оболочки нижняго полюса яйца черезчуръ крѣпко сращены съ маточною стѣнкою*. Стоить только отдѣлять пальцемъ отъ стѣнки нижнюю окружность яйца—и расширеніе шейки быстро подвигается впередъ.

При описаніи *родоразрѣшающихъ операций* (наложеніе щипцовъ, извлеченіе за тазовой ковецъ) мы неоднократно указывали на то, что расширеніе шейки, гесп. маточнаго зѣва должно быть совершеннымъ или почти совершеннымъ, для того чтобы роды могли закончиться.

Въ виду этого, положеніе вещей становится всегда затруднительнымъ, когда опасность, угрожающая матери, или плоду, или обоимъ вмѣстѣ, показываетъ окончаніе родовъ, а между тѣмъ названное условіе не выполнено. Въ такихъ случаяхъ сама собою напрашивается мысль вызвать расширеніе искусственно или, по крайней мѣрѣ, ускорить его настолько, чтобы возможно было быстрое самопроизвольное изгнаніе плода или оперативное его выведеніе.

Мы считаемъ особенно важнымъ отмѣтить, что подобное вмѣшательство можетъ быть оправдано *исключительно наличностью очень настоятельнаго показанія*. Чѣмъ меньше подѣйствовала родовая дѣятельность, чѣмъ, слѣдовательно, меньше изглажена шейка, гесп. расширенъ маточный зѣвъ, чѣмъ, стало быть, значительнѣе долженъ быть оперативный приемъ, которымъ имѣютъ въ виду искусственно вызвать полное расширеніе, тѣмъ съ болшею строгостью должно быть поставлено показаніе. Для того, чтобы имѣть право предпринять крупное оперативное вмѣшательство, нужно, чтобы имѣлось на-лицо состояніе, ставящее жизнь матери въ очень сильную опасность; въ интересахъ одного младенца мы рѣшимся на искусственное расширеніе только въ томъ случаѣ, когда оно можетъ быть выполнено безъ особаго ущерба для матери, или когда неизбежная смерть послѣдней выдвигаетъ на сцену исключительные интересы плода. Если въ послѣднемъ случаѣ родовые пути подготовлены еще мало, то кесарское сѣченіе на мертвой (или на умирающей) болшею частью приведетъ насъ къ цѣли скорѣе (см. отдѣлъ VIII).

Показанія эти приводились нами неоднократно уже раньше. Такъ, напр., напомнимъ о тяжелыхъ, некомпенсирѣмыхъ порокахъ сердца; если оказывается, что родовая дѣятельность усиливаетъ разстройтва компенсаціи до угрожающей степени (грозящій отекъ легкихъ), а между тѣмъ разстройтва эти не удастся въ достаточной мѣрѣ или достаточно быстро устранить инымъ путемъ (эфиръ, наперстянка, кровопусканіе), то пока-

зается возможное укороченіе продолжительности родовой дѣятельности. Другимъ примѣромъ являются случаи тяжелой эклампси, гдѣ спасенія можно ожидать только отъ возможно быстрого окончанія родовъ. Далѣе, поводомъ къ быстрому опорожненію матки можетъ служить разложеніе ея содержимаго (*tumpania uteri*).

Методы, которые мы въ этихъ случаяхъ примѣняемъ для искусственнаго расширенія, различны, въ зависимости, съ одной стороны, отъ данныхъ изслѣдованія (степень уже имѣющагося расширенія, гестр. изглаженія шейки), съ другой стороны, отъ настоятельности случая, который либо позволяетъ дѣйствовать медленно, либо требуетъ быстрого и рѣшительнаго образа дѣйствій.

Расширеніе можетъ быть произведено какъ постепеннымъ тупымъ растяженіемъ и возбужденіемъ потужной дѣятельности, такъ и кровавыми приѣмами.

Тупое расширеніе.

Принадлежащіе сюда методы приведены по большей части при описаніи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Въ томъ случаѣ, когда продолжаетъ еще существовать длинный и узкій цервикальный каналъ, когда, слѣдовательно, родовая дѣятельность не подѣйствовала вовсе или лишь очень мало, мы получаемъ условія, совершенно аналогичныя тѣмъ, какія имѣются при производствѣ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Разница заключается только въ томъ, что здѣсь мы будемъ примѣнять лишь такіе методы, которые приводятъ къ возможно быстрому результату.

Если длинный и узкій цервикальный каналъ не пропускаетъ даже и одного пальца, то нужно сперва добиться нѣкотораго расширенія помощью инструментальной дилатаціи (конические дилаторы, *écarteur utérin*).

Какъ скоро, однако, такое расширеніе достигнуто, слѣдуетъ перейти къ внутриматочному леченію баллономъ. Начинаютъ съ введенія самаго маленькаго номера баллона *Barnes-Fehling's*, усиливая это дѣйствіе одновременнымъ потягиваніемъ (см. стр. 307 и 308). Засимъ по возможности переходятъ къ баллонамъ большихъ размѣровъ, пока не удастся примѣнить баллонъ *Champetier*. Съ введеніемъ этого баллона удается при постоянномъ вытяженіи достигнуть относительно скоро такой степени расширенія, которая дѣлаетъ возможнымъ окончаніе родовъ.

Другой способъ, примѣнимый, какъ скоро шейка пропускаетъ два пальца, заключается въ поворотъ на ножку по *Braxton Hicks's* (см. стр. 214); за низведенную ножку производятъ непрерывное потягиваніе; медленно опускающіяся ягодицы постепенно расширяютъ шейку. Способъ этотъ, однако, менѣе предпочтителенъ, чѣмъ внутриматочное введеніе баллона. Но если подъ рукою баллона нѣтъ, то и поворотъ по *Braxton Hicks's* даетъ возможность придти къ цѣли. Повторяемъ, однако, что способъ этотъ, напоминающій прежнее насильственное родоразрѣшеніе

(accouchement forcé), можетъ найти себѣ примѣненіе только въ крайнемъ случаѣ.

Если шейка еще не настолько широка, чтобы позволить проведеніе двухъ пальцевъ съ цѣлюю предпринять поворотъ по *Braxton Hicks*'у, то расширеніе можетъ быть произведено также и посредствомъ пальца. Для этого вводятъ палецъ въ шейку и давленіемъ въ противоположныя стороны растягиваютъ до тѣхъ поръ, пока она не станетъ пропускать 2 пальцевъ. Продолжать пальцевое расширеніе до тѣхъ поръ, пока не сможетъ войти вся рука, нецѣлесообразно.

Кровавое расширеніе.

Если надвлагалищная часть шейки совершенно развернулась и *отсутствуетъ только расширеніе подвлагалищной части* (portio vaginalis) или даже только края маточнаго зѣва, то расширенія можно достигнуть **надрѣзами**. У первороженицъ такая картина можетъ быть найдена всего скорѣе; маточный зѣвъ еще узокъ, но вплотную позади него удается прощупать головку въ развернутой шейкѣ. Если въ подобномъ случаѣ существуетъ *настоятельное* показаніе къ окончанію родовъ, то надрѣзы, *достигающіе до прикрепленія влагалища* (какъ это совѣтовалъ я, а послѣ меня въ особенности *Dührssen*), обуславливаютъ полное расширеніе, а, стало быть, и возможность немедленнаго завершенія родового акта.

Случаевъ, въ которыхъ большею частью плотно стоящая, а то даже и уже низко опустившаяся головка не позволяетъ примѣненія баллона, показываютъ производство надрѣзовъ. Я, однако, считаю необходимымъ еще разъ подчеркнуть, что эти глубокіе надрѣзы находятъ себѣ оправданіе *только при наличности настоящаго показанія*, когда дѣло идетъ о спасеніи жизни матери (въ особенности при эклампсіи) или плода. Не нужно забывать возможности наступленія сильныхъ кровотеченій послѣ извлеченія плода, и тотъ, кто полагаетъ, что онъ не въ силахъ справиться съ нимъ (шовъ шейки), тотъ поступитъ благоразумно, если не будетъ прибѣгать къ описываемому оперативному приему, предоставляя его врачу болѣе опытному. Нужно повторить еще разъ, что надрѣзы эти будутъ уместны лишь тамъ, гдѣ имѣютъ дѣло съ изглаженіемъ надвлагалищной части шейки. Если бы мы захотѣли вызвать расширеніе надрѣзами тамъ, гдѣ надвлагалищная часть развернулась еще не вполне, то въ результатѣ получилось бы прониканіе разрѣза на большую глубину въ параметрій и, какъ слѣдствіе этого, трудно унимаемыя кровотечения.

Надрѣзы дѣлаются всего лучше подъ руководствомъ глаза, хотя ихъ можно производить также и подъ контролемъ пальца. Придавъ роженицѣ ягодично-спинное положеніе, обнажаютъ маточный зѣвъ желобоватымъ зеркаломъ, оттягивающимъ назадъ заднюю влагалищную стѣнку.

Такъ какъ край маточнаго зѣва легко ускользаетъ отъ обыкновенныхъ

ножницъ, то мы пользуемся всего лучше особыми ножницами, предназначенными специально для этой цѣли. Рисунокъ 137 изображаетъ инструментъ, устроенный по предложенной *Schultze* модели. Вѣтви ножницъ изогнуты по краямъ, одинъ конецъ снабженъ маленькимъ крючкомъ, препятствующимъ ускользанію края маточнаго зѣва. Можно также фиксировать край зѣва въ томъ мѣстѣ, гдѣ желаютъ сдѣлать надрѣзъ,

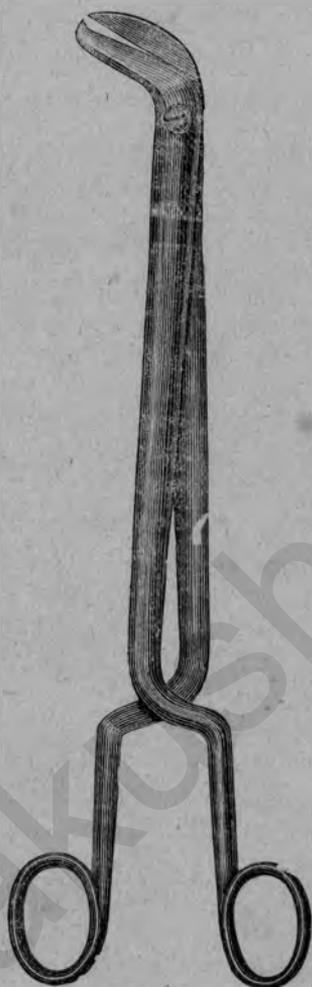


Рис. 137. Ножницы для надрѣзовъ подвлагалищной части шейки по *Schultze*. $\frac{1}{2}$ натур. величины.

двумя пулевыми щипцами и рѣзать между ними. Одинъ конецъ ножницъ продвигается осторожно въ маточный зѣвъ и непосредственно въ слизистую оболочку шейки (подъ защитою введеннаго пальца). Надрѣзъ дѣлается сперва на одной, а затѣмъ на другой сторонѣ вплоть до мѣста прикрѣпленія влагалища, въ случаѣ надобности — также спереди и сзади. Если разрѣзъ сильно кровоточитъ, то кровотеченіе можно остановить наложеніемъ временныхъ швовъ на поверхность раны. Впрочемъ, по большей части кровотеченіе не бываетъ сильнымъ, такъ какъ опускающаяся вскорѣ или низводимая дѣтская часть дѣйствуетъ сжимающимъ образомъ. По окончаніи родовъ снова обнажаютъ маточный зѣвъ и зашиваютъ надрѣзы; Впрочемъ, при отсутствіи кровотеченія можно обойтись и безъ шва. Во всякомъ случаѣ, врачъ долженъ имѣть заранѣе наготовѣ все необходимое для наложенія такого шва. Иногда удается остановить кровотеченіе также тампонадою матки и влагалища.

Если цервикальный каналъ еще совершенно закрытъ и быстрое расширеніе его помощью одного изъ описанныхъ способовъ невозможно, если, стало быть, родовая дѣятельность совсѣмъ или почти совсѣмъ еще не обнаружила своего дѣйствія, а между тѣмъ очень сильная опасность, угрожающая жизни матери, дѣлаетъ необходимымъ скорѣйшее окончаніе родовъ,

то, согласно новѣйшему опыту, рекомендуется примѣненіе такъ называемаго **влагалищнаго кесарскаго сѣченія** по *Dührssen*'у.

Производство этой операціи *Dührssen* описываетъ слѣдующимъ образомъ. Влагалищная часть вставляется при помощи короткихъ зеркалъ и

Фиксируется пулевыми щипцами или пучками нитокъ. Проводятъ сагитальный разръзъ черезъ передній влагалищный сводъ и на границѣ влагалищной части присоединяютъ къ продольному разръзу два поперечныхъ. Засимъ, обнаживъ переднюю стѣнку шейки, въ случаѣ надобности — путемъ продвиганія вверхъ пузыря, разсѣкаютъ ее въ направленіи вверхъ. Послѣ того такой же разръзъ ведутъ черезъ заднюю губу; продолживъ этотъ разръзъ до задняго влагалищнаго свода, отодвигаютъ вверхъ брюшину отъ задней стѣнки шейки и расщепляютъ послѣднюю по продолженію прежняго разръза. Въ образовавшееся отверстіе впячивается плодный пузырь; рука входитъ туда, поворачиваетъ пузырь и извлекаетъ плодъ. По удаленіи послѣда раны передней и задней маточной стѣнки, равно какъ и влагалища, закрываются швомъ.

Для опредѣленныхъ случаевъ операція эта несомнѣнно очень пригодна, но, само собою разумѣется, требуетъ навыка въ гинекологическомъ оперированіи. Такъ какъ врачъ - практикъ этимъ навыкомъ не обладаетъ, то въ повседневномъ обиходѣ она не можетъ себѣ найти мѣста и должна быть предоставлена специалисту.

II. *При патологически измененныхъ свойствахъ шейки.*

Особенно важное значеніе имѣютъ тѣ случаи, при которыхъ замедленное расширеніе зависитъ отъ патологическихъ свойствъ шейки.

Въ этомъ отношеніи назовемъ прежде всего такъ назыв. **склеиваніе наружнаго маточнаго зѣва** (*conglutinatio orificii externi*). При этомъ родовая дѣятельность развертываетъ весь цервикальный каналъ, и только наружный маточный зѣвъ не раскрывается. Въ данномъ случаѣ имѣется не столько полное срощеніе, — такое срощеніе вѣдь могло бы послѣдовать только въ началѣ беременности, — сколько простое лишь склеиваніе. Состояніе это встрѣчаютъ по большей части у перворожениць. Распознать пальцемъ маленькую ямочку маточнаго зѣва бываетъ очень трудно, въ особенности тогда, когда зѣвъ, какъ это часто имѣетъ мѣсто, расположенъ сильно эксцентрически, сильно влѣво или сильно вправо, или сильно кпереди и кверху или, что случается чаще всего, сильно кзади и кверху. Исслѣдованіе можетъ вовлечь въ заблужденіе, заставивъ предположить, что раскрытіе представляется полнымъ, такъ какъ истонченная стѣнка шейки, покрывающая головку, принимается за напряженныя яйцевыя оболочки, тѣмъ болѣе, что нерѣдко даже эти мнимыя яйцевыя оболочки представляются надорванными.

Описываемое состояніе можетъ повести къ сильному растяженію шейки со всеми его опасностями. Какъ скоро оно распознается, не слѣдуетъ медлить съ помощью. Зачастую стоитъ только произвести давленіе на маточный зѣвъ пальцемъ или зондомъ, и тотчасъ же края его сильно расходятся. Въ томъ случаѣ, когда маточнаго зѣва не удастся разыскать, нужно вырѣзать маленькое отверстіе и расширить его въ радиарномъ направленіи.

Далѣ, раскрытіе маточнаго зѣва можетъ замедлиться вслѣдствіе того, что край его чрезвычайно неподатливъ, твердь (**ригидность края маточнаго зѣва**), какъ это, на примѣръ, бываетъ у болѣе старшихъ перворожениць. Но встрѣчаются также и болѣе серьезные **стенозы** не только въ маточномъ зѣвѣ, но и на дальнѣйшемъ протяженіи цервикальнаго канала. Такія рубцовыя суженія могутъ явиться послѣдствіями нецѣлесообразныхъ првжиганій. Точно также и рекомендованное въ недавнее время примѣненіе горячаго пара къ слизистой оболочкѣ матки можетъ при ненадлежащемъ выполненіи обусловить развитіе сильныхъ стенозовъ. Далѣ, расширеніе зѣва можетъ быть значительно затруднено рубцами послѣ оперативныхъ пріемовъ (напримѣръ, ампутаціи влагалищной части) или послѣ тяжелыхъ поврежденій при родахъ. Наконецъ, въ числѣ этиологическихъ моментовъ фигурируютъ и хронически воспалительные процессы (застарѣлые катарры, сифились).

Часто родовой дѣятельности удается при разрыхленіи, наступающемъ во время беременности и родовъ, вызвать достаточное расширеніе. Въ противномъ случаѣ наступаютъ значительныя затрудненія. Ригидный узкій маточный зѣвъ можетъ быть сильно смѣщенъ надвигающеюся головкою; часть, лежащая надъ маточнымъ зѣвомъ, растягивается при этомъ настолько, сильно, что дѣло можетъ дойти до разрыва. Въ этомъ случаѣ показуется примѣненіе надрѣзовъ края маточнаго зѣва. Индвизіонными ножницами (см. рис. 137) дѣлаютъ по одному разрѣзу справа и слѣва; болѣею частью достаточно бываетъ длины разрѣза въ 1 цтм. Если ригидность обнаруживается только въ ближайшей окружности зѣва, то можно удовлетвориться самыми мелкими надрѣзами въ нѣсколькихъ мѣстахъ этой окружности.

Точно также при стенозахъ на болѣе значительномъ протяженіи шейки, занимающихъ подвлагалищную часть, можно достигнуть расширенія помощью надрѣзовъ. Тѣмъ не менѣе въ этого рода случаяхъ лучше выжидать возможно дольше эффекта родовой дѣятельности, и если уже потребуется оперативное вмѣшательство, то слѣдуетъ сперва попытаться придти къ цѣли тупымъ расширеніемъ (баллона).

При обширныхъ рубцовыхъ процессахъ шейки необходимо всегда точно изслѣдовать, распространяются-ли, и если да, то насколько именно, рубцовыя массы и на тазовую соединительную ткань, т. е. параметрій (ощупываніе *per rectum*). Если здѣсь имѣются обширныя оmozольности, то расширеніе можетъ натолкнуться на непреодолимыя препятствія. Въ томъ случаѣ, когда достаточное расширеніе не достигается шадящими способами (глубокіе надрѣзы противопоказуются въ виду вызываемыхъ ими опасныхъ, почти неунимаемыхъ кровотеченій), приходится прибѣгать къ перфорациі и осторожному извлеченію краниокластомъ, а при еще болѣе значительномъ ограниченіи пространства—къ кесарскому сѣченію.

Затруднительнымъ представляется положеніе вещей также и въ томъ случаѣ, когда шейка подъ вліяніемъ хронически воспалительныхъ процессовъ не только становится ригидною, но и значительно удлинняется,

какъ это, напримѣръ, бываетъ при долго существующемъ выпаденіи матки. Такая длинная шейка можетъ противопоставить расширенію сильныя препятствія, такъ что можетъ потребоваться ампутація гипертрофированной влагалищной части *sub partu*. Но и здѣсь нѣтъ надобности черезчуръ торопиться съ оперативнымъ пособіемъ, ибо родовая дѣятельность можетъ укоротить и расширить даже довольно длинную влагалищную часть.

Гипертрофіи надвлагалищнаго отдѣла шейки могутъ противопоставить расширенію очень значительныя затрудненія.

Особенно сильное препятствіе для расширенія можетъ наступить въ томъ случаѣ, когда сдѣлана была **вагинофиксация матки** и когда сшиваніе и срощеніе тѣла матки съ влагалищемъ произошли на значительномъ протяженіи отъ области внутренняго маточнаго зѣва въ направленіи вверхъ, иногда даже до дна матки. При такихъ условіяхъ нормальное растяженіе матки во время беременности затрудняется, передняя стѣнка влагалища фиксируется и, стало быть, не въ состояніи нормально разворачиваться, растяженіе задней стѣнки принимаетъ болѣе сильныя размѣры, влагалищная часть стоитъ далеко кзади. При родахъ задняя губа маточнаго зѣва сильно оттягивается вверхъ и кзади, головка отбѣсняется къ фиксированной части передней стѣнки.

Если родовой дѣятельности не удастся исправить въ достаточной степени эти разстройства, то роды задерживаются.

По возможности нужно попытаться расширить маточный зѣвъ щадящимъ образомъ (введеніе баллона), но иногда могутъ потребоваться и болѣе энергичныя оперативныя приемы: разрѣзъ влагалища и матки отъ маточнаго зѣва въ направленіи впередъ (*Rühl*), или влагалищное кесарское сѣченіе (*Dührssen*), или брюшное кесарское сѣченіе.

Въ виду подобныхъ тяжелыхъ нарушеній родового акта, мы не должны предпринимать вагинофиксаци, по крайней мѣрѣ съ высокімъ прикрѣпленіемъ матки, у женщинъ въ возрастѣ половой зрѣлости.

Но наиболѣе значительныя препятствія для расширенія могутъ быть создаваемы **новообразованіями шейки**.

Низко сидящая *міома шейки* можетъ сильно ограничить, а то даже и сдѣлать совершенно невозможнымъ расширеніе, закладывая тазовую полость настолько, что для проведенія плода, даже раздробленнаго, не хватаетъ мѣста. Если мы встрѣчаемся съ такимъ случаемъ во время родовъ, то показуется самое точное изслѣдованіе подъ наркозомъ. Тамъ, гдѣ удастся приподнять опухоль надъ тазомъ, родовой актъ можетъ протечь безпрепятственно. При существованіи данныхъ, позволяющихъ предположить возможность смѣщенія опухоли вверхъ въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ, нужно держаться выжидательно. Но если такое смѣщеніе исключено, то показаніе устанавливается въ зависимости отъ степени ограниченія тазовой полости. Если черезъ тазъ можно еще пропустить руку мимо опухоли, то, значить, возможно будетъ провести и раздробленный плодъ. Тамъ же, гдѣ жертвовать дѣтскою жизнью не хотятъ и гдѣ условія для кесарскаго

сѣченія складываются благопріятно, мы должны будемъ предложить роженицѣ эту операцію. При абсолютномъ уменьшеніи родового канала вступать въ свои права кесарское сѣченіе на основаніи абсолютнаго показанія. Если случай представляетъ благопріятныя условія для производства влагалищной операціи, то тазовую полость освобождаютъ при помощи такой операціи (вылущеніе опухоли) *intra partum*.

Ракъ шейки ¹⁾, resp. влагалищной части, еще не подвинувшійся очень далеко, напримѣръ ограниченный лишь одною губою, отнюдь еще не обязательно противопоставляетъ расширенію особая затрудненія. Въ подобномъ случаѣ можно предоставить роды ихъ собственному теченію и засимъ возможно скорѣе, всего лучше—непосредственно *post partum*, принять полное вылущеніе матки.

Напротивъ, при обширномъ ракѣ, уже перешедшемъ на тазовую соединительную ткань, препятствія для родовъ могутъ достигнуть чрезвычайно сильной степени. Если ограниченіе тазового пространства не очень велико, если каналъ расширяется, по крайней мѣрѣ, до нѣкоторой степени, то можетъ удасться провести перфорированный плодъ черезъ естественныя родовые пути. При живомъ плодѣ и очень сильномъ ограниченіи тазовой полости вслѣдствіе неоперируемаго рака показывается кесарское сѣченіе, и притомъ именно по способу *Porro* (см. отдѣлъ VII).

Если ракъ еще оперируемъ, но все же распространенъ настолько, что самопроизвольные роды не могутъ произойти легко и безъ вреда для матери и плода, то наилучшимъ методомъ является *влагалищное кесарское сѣченіе*.

Аналогичный способъ показывается и при другихъ ненормальностяхъ, исключаящихъ возможность достаточнаго расширенія шейки потужною дѣятельностью или сильно затрудняющихъ возможность окончанія родовъ влагалищнымъ путемъ. Такой поводъ могутъ, между прочимъ, дать сильнѣйшіе рубцовые стенозы, невозможность нормальнаго раскрытія послѣ вагинофиксаціи матки (см. выше). Но важнѣйшимъ показаніемъ является названное показаніе при ракѣ матки. Именно послѣдніе случаи и позволяютъ рассчитывать на достиженіе хорошихъ результатовъ отъ операціи, причемъ къ опорожненію матки присоединяютъ въ случаѣ надобности полное вылущеніе *per vaginam*.

Оперируютъ по способу *Dührssen'a*, описанному на стр. 318. Тамъ, гдѣ дѣло идетъ объ оперируемомъ ракѣ, выскабливаютъ сперва новообразованіе острою ложечкою и прижигаютъ поверхность раны или же ампутируютъ опухоль раскаленнымъ желѣзомъ. Послѣ обкалыванія основанія параметрія отдѣляютъ влагалище по всей периферіи вокругъ влагалищной части и разсѣкаютъ въ сагиттальномъ направленіи прилегающій отрѣзокъ передней влагалищной стѣнки. Обнаживъ шейку, удаляютъ ее, поскольку на ней имѣются раковыя измѣненія. Засимъ слѣдуетъ разсѣченіе перед-

¹⁾ Объ осложненіи беременности ракомъ см. стр. 276 и 291.

ней и задней стѣнки до тѣхъ поръ, пока не получится возможность извлечь плодъ. Вслѣдъ за удаленіемъ послѣда предпринимаютъ полное вылушеніе матки.

Если при оперируемомъ ракъ шейки влагалищный путь представляетъ особыя затрудненія, то выбираютъ брюшной путь. Дѣлаютъ кесарское сѣченіе, за которымъ немедленно слѣдуетъ полное вылушеніе матки.

Подобные случаи сильнѣйшихъ стенозовъ или случаи новообразованій, въ особенности рака, при которыхъ вступаютъ въ свои права приведенныя нами большія операціи, врачъ-практикъ долженъ, само собою понятно, предоставить спеціалисту или клиникѣ. Въ особенности это относится, какъ мы уже говорили выше, къ влагалищному кесарскому сѣченію.

Разрывъ плоднаго пузыря.

Въ дополненіе къ описанію искусственнаго расширенія шейки, мы считаемъ необходимымъ изложить вкратцѣ еще одинъ способъ, настолько простой, что онъ, можно сказать, почти не заслуживаетъ названія операціи; мы говоримъ о разрывѣ плоднаго пузыря.

Наиболѣе частое показаніе для этого дается тогда, когда маточный зѣвъ вполнѣ расширенъ и пузырь долго не разрывается самопроизвольно; здѣсь выполненіемъ показанія и исчерпывается вся задача, такъ какъ родовая дѣятельность встрѣчала помѣху именно въ сопротивленіи неразрывавшагося пузыря. Точно также намъ придется при двойняхъ вскрыть второй плодный пузырь, если послѣ рожденія перваго плода онъ въ короткое время не разрывается самъ собою.

Но бываютъ также и такіе случаи, гдѣ разрывъ пузыря показывается и при неполномъ раскрытіи маточнаго зѣва. Случается, что плодный пузырь выпячивается во влагалище и безъ полнаго расширенія, а при особой эластичности яйцевыхъ оболочекъ онъ можетъ дойти даже до половой расщелины. Такое состояніе называютъ «колбасовиднымъ» опусканіемъ пузыря. Здѣсь разрывъ его представляется необходимымъ, такъ какъ подобное низкое опусканіе пузыря можетъ повести къ преждевременному отдѣленію послѣда.

Наблюдаются далѣе случаи, въ которыхъ головка рождается покрытою яйцевыми оболочками (часто только одною водною)—обстоятельство, подавшее поводъ къ выраженію „родиться въ сорочкѣ“. Здѣсь, само собою разумѣется, необходимо возможно скорѣе разорвать яйцевыя оболочки, для того чтобы освободить дыхательныя отверстія плода.

Засимъ, пузырь разрываютъ и въ томъ случаѣ, когда раскрытіе тормозится ненормально прочнымъ прикрѣпленіемъ яйцевыхъ оболочекъ къ маточной стѣнкѣ, а отдѣленіе ихъ пальцемъ не даетъ успѣшнаго результата.

Далѣе, разрывъ пузыря до полнаго раскрытія показывается при боковымъ предлежаніи послѣда. Какъ скоро яйцевыя плевы разрываются, яйцо можетъ отойти вверхъ съ маточною стѣнкою, такъ что уже не

происходить дальнѣйшаго отдѣленія послѣда; кромѣ того, подлежащая дѣтская часть можетъ опуститься ниже и этимъ путемъ прижать кровоточащее мѣсто.

При преждевременномъ отдѣленіи нормально сидящаго послѣда разрывъ пузыря равнымъ образомъ представляется умѣстнымъ. Далѣе, выпускаютъ околоплодные воды и при чрезмѣрномъ скопленіи ихъ (hydramnion).

Нечего говорить о томъ, что пузырь нужно вскрывать и тамъ, гдѣ съ цѣлью оперативнаго вмѣшательства приходится входить въ полость яйца. Напомнимъ еще о разрывѣ пузыря послѣ удавшагося наружнаго поворота (см. стр. 172), производимомъ съ цѣлью фиксаціи головки.

Наконецъ, мы познакомились съ разрывомъ пузыря въ качествѣ метода для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ (проколъ яйцевыхъ пленъ) (см. стр. 304).

Выполненіе описываемой маленькой операціи очень просто. Захватываютъ пальцами складку яйцевыхъ оболочекъ и разрываютъ ее, въ случаѣ надобности—давленіемъ на головку. Если этимъ путемъ не приходятъ къ цѣли, что случается при особенно плотныхъ или особенно напряженныхъ яйцевыхъ оболочкахъ, то прибѣгаютъ къ ножницамъ или прорываютъ небольшое отверстіе пулевыми щипцами либо корнцангомъ. Сравни также стр. 304: описаніе прокола яйцевыхъ оболочекъ по способу *Braun's* ариостреннымъ гусинымъ перомъ и зондомъ.

О діагнозѣ въ сомнительныхъ случаяхъ, имѣющемъ своимъ назначеніемъ установить, стоитъ-ли еще плодный пузырь или нѣтъ, см. стр. 29.

Расширеніе влагалища и вульвы.

Узкое влагалище равнымъ образомъ, можетъ затруднить родовой актъ. Но обычно оно довольно легко поддается расширенію, разъ только не вмѣстѣ на-лицо никакихъ патологическихъ особенностей ткани. Когда мы видимъ, какъ при изслѣдованіи первороженяцы уже проведеніе двухъ пальцевъ черезъ узкое влагалище едва выполнимо безъ болей, то кажется почти невѣроятнымъ, чтобы оно могло пропустить доношенный плодъ. И тѣмъ не менѣе влагалище подъ вліяніемъ постепеннаго напиранія головки развертывается все болѣе и болѣе; эластичность мягкихъ родовыхъ частей, въ особенности у молодыхъ женщинъ, необычайно велика. Но если влагалище менѣе эластично, какъ это бываетъ у первороженицъ болѣе старшаго возраста, или если даже ткань, благодаря хронически воспалительнымъ процессамъ, представляется затвердѣвшею, если головка особенно велика, то расширеніе влагалища можетъ затормозиться. По большей части, однако, силамъ природы удается его расширить въ достаточной мѣрѣ. Тамъ, гдѣ дѣло и доходитъ до надрывовъ (обыкновенно въ продольномъ направленіи), они по большей части захватываютъ только одну слизистую оболочку и не проникаютъ глубже.

Рубцовые стенозы влагалища могутъ развиваться какъ слѣдствіе протекшихъ язвенныхъ процессовъ; они встрѣчаются при острыхъ инфекціон-

ныхъ заболѣванійхъ (напр. скарлатинѣ). Точно также рубцовыя суженія могутъ явиться результатомъ обширныхъ пурперальныхъ язвъ изъ прежняго послѣродового періода, далѣе сифилитическихъ язвъ, ожогъ.

Значеніе этихъ стенозовъ въ акушерскомъ отношеніи существенно находится въ зависимости отъ того, распространяются-ли они на значительное протяженіе, даже на все влагалище, или же занимаютъ только небольшое пространство. Сильно развитые, занимающіе большое протяженіе въ длину рубцовыя стенозы могутъ сдѣлать совершенно невозможнымъ родовой актъ черезъ естественныя пути; здѣсь необходимо предпринять кесарское сѣченіе, и притомъ по способу *Porro*, съ удаленіемъ тѣла матки; при консервативномъ методѣ стенозовъ, препятствуя истеченію послѣродовыхъ очищеній, тормозилъ бы излеченіе (см. отдѣлъ VII). При менѣе значительномъ суженіи иногда удается, въ особенности съ помощью надрѣзовъ рубцовой ткани, провести черезъ родовой каналъ раздробленный плодъ (перфорация). Выборъ предпринимаемаго оперативнаго вмѣшательства (подобно тому, какъ мы видѣли и по отношенію къ рубцовымъ стенозамъ шейки), опредѣляется тѣмъ, успѣли-ли рубцовыя массы распространиться въ значительной степени и на паравагинальную ткань (тазовую соединительную ткань) или нѣтъ.

Лучшіе шансы даютъ тѣ стенозы, которые занимаютъ лишь короткое протяженіе. Сюда относится также и прирожденныя, большею частью кольцеобразныя суженія (дѣйствительно-ли они прирождены или же приобрѣтены въ самомъ раннемъ возрастѣ жизни, это не всегда удается установить въ точности). Въ томъ случаѣ, когда, эти короткіе стенозы не чрезчуръ сильно развиты, нужно выждать, пока врѣзывающаяся головка не достигнетъ мѣста суженія, и тогда провести по разрѣзу вправо и влѣво. По минованіи послѣродового періода стенозы можно подвергнуть болѣе радикальному леченію. Въ иныхъ случаяхъ достаточно бываетъ провести разрѣзъ продольный и зашить рану въ томъ же направленіи. Очень сильно развитые стенозы требуютъ пластической операціи (вырѣзываніе рубцовой ткани, иногда пересадка).

Перегородки влагалища (рудиментарное двойное влагалище) и мостикообразныя тяжи могутъ также послужить препятствіемъ для поступательнаго движенія плода. Какъ скоро они напрягаются врѣзывающеюся головкою, ихъ перерѣзаютъ.

Дальнѣйшимъ препятствіемъ могутъ явиться *опухоли* влагалища. Кисти влагалища лишь рѣдко достигаютъ такой величины, чтобы онѣ могли нарушить ходъ родового акта; иногда, если не отдають предпочтенія вылученію, можно предпринять временный ихъ проколъ съ цѣлью получить необходимое пространство. Кисть этихъ не слѣдуетъ смѣшивать съ *cystocele* при выпаденіи передней влагалищной стѣнки; здѣсь, само собою разумѣется, необходимо опорожнить мочевой пузырь сильно изогнутымъ катетеромъ и продвинуть выпавшую влагалищную стѣнку вверхъ надъ врѣзывающеюся дѣтскою частью. Твердыя опухоли влагалища, напри-

мѣръ фибромы, достигая значительной величины, могутъ потребовать удаленія *intra partum*.

Препятствіе для родового акта создается равнымъ образомъ *узостью* вульвы. Сюда также приложимо сказанное нами выше объ узкомъ влагалищѣ. Даже при довольно узкихъ наружныхъ половыхъ частяхъ, если только онѣ патологически не измѣнены, постепенному врѣзыванію дѣтской части удается добиться достаточнаго расширенія. Наружныя половыя части, въ особенности у молодыхъ женщинъ, способны къ необычайному растяженію. Иначе обстоитъ дѣло у первороженицъ старшаго возраста (старше 30 лѣтъ); здѣсь ригидность можетъ причинить значительныя затрудненія, и дѣло можетъ даже дойти до обширныхъ нарушеній цѣлости (иногда центральный разрывъ промежности). Сильное сѣуженіе вульвы можетъ быть обусловлено также рубцовыми процессами—краурозомъ или язвами (напр. сифилитическими) или чрезчуръ широкою пластическою операціею. Въ такихъ случаяхъ не слѣдуетъ допускать до глубокихъ надрывовъ, до разрывовъ, доходящихъ до прямой кишки.

Если мы видимъ, что промежности грозитъ опасность надрыва, хотя въ половой расщелинѣ стоитъ далеко еще не наибольшая окружность головки, то необходимое пространство должно быть доставлено боковыми разрѣзами (*эпизиотомія*). На одной или на обѣихъ сторонахъ въ 3—4 цтм. отъ срединной линіи между головкою и краемъ вульвы вкалываютъ пуговчатый ножъ или вѣтвь прямыхъ ножницъ и въ направленіи къ сѣдалищному бугру проводятъ разрѣзъ глубиною въ 2—3 цтм., всего лучше—непосредственно послѣ акше потуги. Одинъ глубокий разрѣзъ на одной сторонѣ долженъ быть предпочитаемъ двумъ меньшимъ на обѣихъ сторонахъ.

По окончаніи родового акта разрѣзы эти закрываются швомъ. Болѣе сильное кровотеченіе, если таковое наступаетъ, предварительно останавливается зажимными пинцетами. Такъ какъ подъ вліяніемъ дѣйствія мышцъ поверхность раны сильно стягивается въ видѣ корыта, то нужно тщательно слѣдить за тѣмъ, чтобы части приведены были другъ относительно друга въ нормальное положеніе. Шовъ накладывается сперва на границѣ дѣвственной плевы, послѣ чего зашиваютъ влагалищную рану и въ заключеніе промежностную рану.

И при оперативномъ родоразрѣшеніи мы примѣняемъ эпизиотомію въ случаѣ угрожающаго значительнаго надрыва; такъ, мы упоминали объ этихъ боковыхъ разрѣзахъ при описаніи наложенія щипцовъ (см. стр. 65—66); равнымъ образомъ операція показывается и въ томъ случаѣ, когда узость половой расщелины не позволяетъ войти въ нее всею рукою безъ поврежденій (см. стр. 219).

Если при родахъ образуется *гематома* вульвы, то роды заканчиваютъ по возможности прежде, чѣмъ опухоль принимаетъ чрезчуръ большіе размѣры. Только въ крайнемъ случаѣ можно рѣшиться на уменьшеніе этого препятствія помощью разрѣзовъ, такъ какъ неизбѣжнымъ послѣдствіемъ такого приѣма явилось бы очень значительное кровотеченіе.

Сильный *отекъ* вульвы можетъ вызвать необходимость производства наръчекъ.

Опухоли вульвы равнымъ образомъ могутъ явиться препятствіемъ для родового акта и потребовать ихъ уменьшенія или удаленія.

Рѣдкое препятствіе для родовъ обусловливается судорожною дѣятельностью мускулатуры, окружающей влагалище, или вульвы (*вагинизмъ*); здѣсь наркозъ является наилучшимъ средствомъ для устраненія этого состоянія.

Дѣвственная плева точно также можетъ затормозить выходъ плода. Если она ненормально тверда и отверстіе ненормально мало, то прибѣгаютъ къ разрѣзамъ. Случается также, что при *hymen fenestratus* напрягается головкою перекладина дѣвственной плевы. Въ такомъ случаѣ необходимо ее перерѣзать.

Для нѣкоторыхъ случаевъ узкой вульвы, ригидной промежности и напряженнаго тазового дна рекомендовали производить **глубокіе влагалищно-промежностные разрѣзы** (*Dührssen*), для того чтобы сдѣлать возможнымъ настоятельно показанное быстрое оперативное родоразрѣшеніе при еще стоящихъ надъ тазовымъ дномъ (надъ нижнею третью влагалища!) головкѣ или ягодицахъ. Если въ подобномъ случаѣ извлеченіе плода не подвигается впередъ, то, по *Dührssen*'у, подобно тому, какъ и при эпизиотоміи, нужно сдѣлать разрѣзъ ножницами, проводя, однако, его уже съ самаго начала на 4 цтм. въ длину черезъ влагалище; разрѣзъ пересѣкаетъ переднюю окружность *levatoris ani*; всего лучше довольствоваться однимъ только разрѣзомъ, въ случаѣ надобности нѣсколько удлиняя его. Опускающаяся дѣтская часть на первыхъ порахъ уменьшаетъ кровотеченіе, а послѣ родовъ накладываютъ временно на кровоточащія мѣста зажимные щипцы; послѣ окончанія послѣродового періода рана закрывается швами. При этомъ нужно обращать особенное вниманіе на то, что рана подъ вліяніемъ мышечной дѣятельности стягивается. Поэтому вначалѣ накладываютъ шовъ, захватывающій рану во всю ея глубину и долженствующій соединить сходящіяся первоначально мѣста края дѣвственной плевы. Засимъ слѣдуетъ пугочатый шовъ, соединяющій влагалищную рану, и въ заключеніе шовъ на промежностную рану.

Эти глубокіе влагалищно-промежностные разрѣзы должны быть принимаемы только въ крайнемъ случаѣ, *при наличности самаго настоятельнаго показанія*. вмѣстѣ съ тѣмъ производство ихъ можетъ быть ввѣрено только опытному въ гинекологическомъ оперированіи лицу, для повседневной же практики они едва-ли примѣнимы.

Опухоли, расположенныя внѣ родового канала, равнымъ образомъ могутъ чрезвычайно сѣзуть тазовое пространство и затруднить, а то даже и сдѣлать совершенно невозможнымъ родовой актъ черезъ естественные пути. Во всѣхъ этихъ случаяхъ основнымъ условіемъ для надлежащаго леченія является постановка точнаго діагноза. Изслѣдованіе почти всегда должно предприниматься подъ наркозомъ. Мѣстопребываніе

и характеръ опухоли должны быть установлены возможно точно. При опухоли, напимѣрь, выпячивающей заднюю стѣнку влагалища, нужно убѣдиться изслѣдованіемъ черезъ прямую кишку, лежитъ-ли она впереди прямой кишки (въ Дугласовомъ пространствѣ, напимѣрь, яичниковая киста) или позади нея (напимѣрь, дермоидная киста въ тазовой соединительной ткани). Особенно важно установленіе того обстоятельства, имѣется-ли дѣло съ опухолью плотною или же съ такою, которая наполнена жидкостью.

Первымъ дѣломъ нужно предпринять попытку (въ случаѣ надобности — подъ наркозомъ) приподнять опухоль изъ таза. Если эта попытка терпитъ крушеніе, то при кистовидныхъ опухоляхъ, напимѣрь при яичниковой кистѣ въ Дугласовомъ пространствѣ, можно временно создать необходимое пространство путемъ прокола. Еще лучше сдѣлать вмѣсто прокола разрѣзъ. Проводить разрѣзъ черезъ опухоль, вскрываютъ ее и сшиваютъ края съ краемъ влагалищной раны (*Fritsch*). При надлежащемъ оперативномъ опытѣ можно присоединить непосредственно къ этому выдущенію опухоли (влагалищная цѣліотомія).

Плотныя опухоли, сильно закладывающія родовую путь и не поддающіяся приподниманію надъ тазомъ, требуютъ въ большинствѣ случаевъ производства лапаротоміи (кесарскаго сѣченія).

Симфизеотомія.

Костный родовый каналъ въ томъ случаѣ, когда онъ слишкомъ узокъ, равнымъ образомъ можетъ быть подвергнутъ искусственному расширенію. Такое расширеніе достигается путемъ операціи, о которой намъ приходилось упоминать уже неоднократно, именно *симфизеотоміи* или *лоносѣченія*.

Идея раздвинуть тазъ разсѣченіемъ лоннаго хряща и этимъ создать возможно большее пространство принадлежитъ *Sigault* (1768 г.). У насъ о симфизеотоміи еще до самаго недавняго времени почти не было рѣчи. Правда, слышно было, что такому-то лицу пришла въ голову мысль расширить узкій тазъ расщепленіемъ лоннаго соединенія, но всѣ остальные детали оставались покрытыми мракомъ неизвѣстности. Въ настоящее же время операціи этой удѣляютъ весьма серьезное вниманіе.

Результаты, получавшіеся въ большинствѣ случаевъ отъ лоносѣченія, были довольно ничтожны, и такимъ образомъ является понятнымъ, почему операція эта долго не могла получить правъ гражданства. Въ настоящее время причины этихъ неблагоприятныхъ результатовъ мы можемъ себѣ очень хорошо объяснить. Начать съ того, что въ тѣ времена оперировали безъ соблюденія асептики и, стало быть, опасность инфекціи угрожала сильно какъ самой ранѣ, такъ и подвздошно-крестцовому сочлененію, часто вскрывавшемуся при операціи. Далѣе, сплошь и рядомъ операцію производили при очень сильно суженномъ тазѣ, т.е. при такихъ условіяхъ, при какихъ благопріятнаго исхода и вельзя было ожидать. Тазъ, являющійся

показаніемъ къ кесарскому сѣченію, не можетъ быть расширенъ путемъ симфизеотоміи настолько, чтобы чрезъ него могъ пройти доношенный плодъ.

Тѣмъ не менѣе операція не вполне впала въ забвеніе; въ особенности въ Италіи продолжали производить ее, и *Morisani* принадлежить заслуга, что онъ показалъ впервые, насколько хорошіе результаты могутъ быть получены отъ доносѣченія. Это-то обстоятельство и объясняетъ намъ, почему въ новѣйшее время операція всюду, между прочимъ и въ Германіи, снова нашла себѣ приверженцевъ. Впрочемъ, въ послѣдніе годы энтузіазмъ этотъ опять нѣсколько улегся.

Главную причину сдержаннаго отношенія къ симфизеотоміи нужно искать въ томъ сильно распространенномъ взглядѣ, что значительное расширеніе таза путемъ разсѣченія лоннаго хряща немыслимо безъ поврежденій заднихъ костныхъ соединеній таза, такъ какъ подвздошно-крестцовыя сочлененія почти не допускаютъ возможности движеній. Точныя изслѣдованія показали, однако, что къ концу беременности послѣ расщепленія лоннаго хряща подвздошно-крестцовыя сочлененія обнаруживаютъ довольно значительную подвижность. Соединеніе крестцовой кости съ подвздошною представляетъ собою настоящее физиологическое сочлененіе съ синовиальною жидкостью и синовиальною оболочкою. Изслѣдованія на трупахъ родильницъ констатировали, что при расщепленіи лоннаго хряща лобковыя кости расходятся на 9—8 цтм. Подвижность была тѣмъ значительнѣе, чѣмъ моложе были родильницы. Подвздошно-крестцовыя сочлененія отнюдь не обязательно должны при этомъ повреждаться; иногда только разрывается передняя сочленовная связка. Разсѣченіе лоннаго хряща создаетъ немаловажный выигрышъ въ вмѣстимости таза. На истинную конъюгату приходится на каждый сантиметръ зіянія приростъ въ 2 мм. Еще болѣе значительно расширеніе въ поперечномъ направленіи. При расхожденіи въ 8 цтм. поперечный діаметръ увеличивается на 4—6 цтм. Такимъ образомъ наиболѣе подходящими объектами для доносѣченія являются суженные тазы, воронкообразные тазы. Выигрышъ пространства въ прямомъ размѣрѣ увеличивается еще благодаря тому, что головка можетъ частью своей выпуклости вдаваться въ щель.

Если мы теперь обратимся къ вопросу, при какой степени суженія таза можетъ быть *показана* симфизеотомія, то мы увидимъ, что очень сильныя суженія исключаются изъ круга показаній. О доносѣченіи можетъ идти рѣчь только при тазяхъ съ истинною конъюгатою въ 68—80 мм. Само собою разумѣется, что при этомъ имѣетъ значеніе и величина плода. Приведенная норма относится къ рожденію зрѣлыхъ плодовъ среднихъ размѣровъ. Это, стало быть, преимущественно тѣ случаи, при которыхъ, если бы они подпали подъ врачебное наблюденіе своевременно, показаны были бы искусственные преждевременные роды. Предпринимать искусственные преждевременные роды въ соединеніи съ доносѣченіемъ при нижней границѣ, слѣдовательно при конъюгатѣ менѣе 7 цтм., не рационально. Вообще ставить показаніе въ зависимость только отъ опредѣленныхъ

размѣровъ таза нельзя. Усмотрѣнію опытнаго акушера должно быть предоставлено рѣшеніе вопроса, какою операціею въ каждомъ данномъ случаѣ могутъ и должны быть достигнуты наилучшіе результаты какъ для матери, такъ и для плода.

Почти всегда показаніе къ доношенію выясняется лишь самимъ теченіемъ родовъ. Представимъ себѣ, напримѣръ, что мы находимъ головку плотно стоящею въ тазовомъ входѣ при конъюгатѣ въ 8 цтм. Большая продолжительность родового акта, опасность, угрожающая матери или плоду, требуютъ немедленнаго окончанія родовъ. Мы пытаемся вдавить головку въ тазъ, накладываемъ высокіе щипцы, но оказывается, что въ предѣлахъ дозволенной силы низвести головку въ тазъ не удается. И вотъ мы стоимъ предъ альтернативою: прободеніемъ живого плода или кесарскимъ сѣченіемъ. Но кесарское сѣченіе при долгой продолжительности родовъ и послѣ предшествовавшихъ попытокъ родоразрѣшенія *per vaginam* является уже неумѣстнымъ, и мы должны здѣсь возложить наши надежды на доношеніе, которое позволитъ намъ расширить тазъ и засимъ извлечь плодъ живымъ.

У перворожениць разсматриваемая операція едва-ли даже можетъ найти себѣ примѣненіе, въ виду большой опасности раненія мягкихъ частей. Обычными объектами доношенія являются повторнорожающія, у которыхъ главнѣйшее рѣшающее значеніе въ вопросѣ о производствѣ симфизеотоміи имѣетъ теченіе прежнихъ родовъ.

Ученіе о симфизеотоміи еще не закончено и нуждается въ дальнѣйшей проверкѣ, которая, однако, должна быть предоставлена специалистамъ и клиникамъ. *Для повседневной практики мы доношенія рекомендовать не можемъ.* Малоопытный врачъ можетъ натолкнуться при техническомъ выполненіи на значительныя трудности. Могутъ наступить ужасающія сильныя кровотеченія, далѣе обширные разрывы сильно расходящейся послѣ зіянія передней влагалищной стѣнки и мочевого пузыря—поврежденія, надлежащее соединеніе коихъ швомъ будетъ дѣломъ не совсемъ легкимъ. Послѣдовательное леченіе весьма затруднительно и требуетъ особенной тщательности, а это въ частной практикѣ можетъ быть проведено лишь съ большимъ трудомъ.

Первымъ условіемъ для симфизеотоміи является подвижность въ подвздошно-крестцовыхъ сочлененіяхъ. Установить, однако, съ точностью наличность ея до операціи едва-ли возможно; чѣмъ моложе женщина, тѣмъ скорѣе можемъ мы рассчитывать на подвижность. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ форма таза даетъ основаніе предположить существованіе синостоза въ подвздошно-крестцовыхъ сочлененіяхъ (напримѣръ *Naegeler*вскій тазъ), мы откажемся отъ производства доношенія.

Вторымъ условіемъ является живой плодъ. Далѣе, мягкіе родовые пути (шейка, маточный зѣвъ) должны быть настолько широки, чтобы допустить по разрѣченіи лонного хряща немедленное окончаніе родовъ. Но какъ-разъ именно при узкомъ тазѣ расширеніе сплошь и рядомъ

замедляется, въ особенности при преждевременномъ разрывѣ плоднаго пузыря, благодаря тому, что головка не можетъ опуститься ниже и изгладить шейку. Въ этомъ случаѣ, въ видѣ исключенія, можно предпринять лоносѣченіе раньше и затѣмъ выждать полного расширенія, которое слѣдуетъ возможнымъ извлеченіе плода.

Наконецъ, упомянемъ еще объ одномъ условіи, именно, чтобы женщина не была чрезмерно истощена, чтобы не имѣлось никакой тяжелой инфекціи; отсутствіе такого условія дѣлаетъ предпочтительнымъ производство перфорации.

Техника операціи. Предпринимаются всѣ необходимыя асептическія приготовленія, волосы на лобкѣ сбриваются. Женщинѣ придаютъ ягодично-спинное положеніе, ноги поручаютъ держать ассистенту.

Разрѣзъ проводятъ какъ-разъ по срединной линіи отъmons Veneris по направленію внизъ, не приближаясь, однако, слишкомъ къ клитору, такъ какъ въ противномъ случаѣ тотчасъ же наступаетъ сильное кровотеченіе изъ пещеристыхъ тканей. Перерѣзаютъ кожу и подкожную клетчатку вплоть до лоннаго хряща. Многочисленные кровоточащіе сосуды требуютъ немедленной перевязки. Засимъ отсепааровываютъ мягкія части у верхняго края лоннаго соединенія (прикрѣпленія мышцъ) и тупо, пальцемъ и элеваторомъ, отдѣляютъ, идя сверху, мягкія части отъ задней поверхности симфиза, причѣмъ въ это же самое время введенный въ мочевоу пузырь металлическій катетеръ или толстый зондъ оттѣсняетъ его назадъ. Какъ скоро этимъ путемъ совершенно обнажается задняя поверхность симфиза, перерѣзаютъ крѣпкимъ, но возможно узкимъ ножомъ хрящъ лоннаго соединенія въ направленіи сзади и сверху кпереди и книзу. Если ножъ попадаетъ какъ-разъ на хрящъ, то онъ большею частью легко его разрѣкаетъ, если же онъ направляется нѣсколько въ сторону, то онъ встрѣчаетъ сопротивленіе со стороны кости. Симфизъ представляется иногда окостѣвшимъ; въ такомъ случаѣ перерѣзка его предпринимается цѣпочною пилою или, еще лучше, долотомъ и молоткомъ. Во время разрѣченія его ассистентъ, стоящій сбоку, долженъ производить давленіе на оба вертлуга, чтобы препятствовать чрезмѣрному расхожденію лонныхъ костей, что могло бы повести къ тяжелымъ поврежденіямъ. Если послѣ разрѣченія лоннаго хряща щель зяетъ еще недостаточно широко, то отъ кости отдѣляютъ тупо поднадкостнично ligamentum arcuatum и пещеристыя тѣла. Перерѣзывать эти образованія ножомъ не слѣдуетъ ни въ какомъ случаѣ. Обыкновенно при этомъ происходятъ сильныя кровотечения, источникомъ которыхъ являются вскрытыя, частью надрывающіяся пещеристыя образованія. Попытка предпринять здѣсь обкалываніе едва-ли приведетъ къ цѣли, такъ какъ каждый проколъ явится источникомъ новаго кровотечения. Всего скорѣе можно справиться съ кровотеченіемъ путемъ прижатія асептической марлею и быстрого оперированія, быстрого окончанія родового акта.

Послѣ того какъ операція выполнена при полномъ раскрытіи маточнаго зѣва, приступаютъ безотлагательно къ извлеченію плода, помощью-ли щипцовъ

или посредством поворота и извлечения. Задача ассистента при этомъ — слѣдить все время за тѣмъ, чтобы тазовыя кости не слишкомъ расходились. Извлечение должно производиться съ очень большою осторожностью; мягкія части спереди должны быть тщательно защищены; всякаго сильнаго давленія на область щели, въ особенности при употребленіи щипцовъ, нужно избѣгать; для того чтобы создать себѣ необходимое пространство, лучше уже сдѣлать боковой разрѣзъ на промежности.

По окончаніи родовъ лонное сочлененіе соединяется вновь. Въ кости просверливаютъ круглымъ буравомъ косые каналы и проводятъ черезъ нихъ серебряныя проволоки. Во время завязыванія послѣднихъ и даже послѣ того, до тѣхъ поръ пока повязка не будетъ наложена, ассистентъ сильно прижимаетъ другъ къ другу тазовыя кости. Передъ завязываніемъ проволоки необходимо ноги выпрямить и повернуть внутрь. Нужно слѣдить далѣе за тѣмъ, чтобы въ щель не ущемились мягкія части (мочевой пузырь, уретра). Другіе авторы обходятся безъ костнаго шва. Остальная рана закрывается катгутомъ или шелкомъ. Случайныя поврежденія передней влагалищной стѣнки и мочевого пузыря должны быть тщательно зашиты, если они способны къ соединенію и можно рассчитывать на заживленіе первичнымъ натяженіемъ. Иногда можно также дренировать залонное пространство марлевыми полосками.

Крѣпкій тазовой поясъ, наложенный поверхъ антисептической повязки, обезпечиваетъ взаимное прилеганіе поверхностей симфиза. Женщина должна сохранять покойное положеніе въ постели, по меньшей мѣрѣ, въ продолженіе трехъ недѣль. При венарушенномъ теченіи происходить прочное сращеніе лоннаго хряща.

Если сращеніе наступаетъ не вполне, если заживленіе нарушено было инфекціею, то въ результатъ могутъ получиться тяжелыя разстройства ходовъ. Но, благодаря такому остающемуся расхожденію лонныхъ костей, тазъ иногда пріобрѣтаетъ стойкій выигрышъ въ своей вмѣстимости, что не можетъ не имѣть значенія для послѣдующихъ родовъ.

Дѣлали также попытки достигать помощью лоносощенія стойкаго расширенія таза, для каковой цѣли покрывали дефектъ кожно-костнымъ доскутомъ.

ОТДѢЛЪ VII.

Кесарское сѣченіе.

Подъ кесарскимъ сѣченіемъ (*sectio caesarea*) мы разумѣемъ тотъ способъ родоразрѣшенія, при которомъ плодъ выводится черезъ новый, искусственно созданный разрѣзомъ брюшныхъ стѣнокъ матки путь.

Уже въ древнія времена путь этотъ былъ извѣстенъ. Такъ назыв. *lex regia* восходитъ къ древне-римской эпохѣ. Законъ этотъ повелѣвалъ, чтобы въ случаѣ смерти женщины, находящейся въ послѣднемъ періодѣ беременности, младенецъ извлекался черезъ вскрытыя брюшную и маточную полости. Но въ тѣ времена кесарское сѣченіе производилось только на мертвыхъ, операція же на живой представляетъ достояніе новѣйшей эпохи. Изъ XVII столѣтія дошли до насъ свѣдѣнія только о совсѣмъ единичныхъ случаяхъ кесарскаго сѣченія на живой, и только съ XVIII вѣка она стала производиться болѣе часто.

При показаніяхъ къ кесарскому сѣченію мы должны различать: 1) абсолютное и 2) относительное показаніе.

Абсолютное показаніе дано въ томъ случаѣ, когда рожденіе плода черезъ естественные пути, даже при раздробленіи его, невыполнимо или, по меньшей мѣрѣ, сопряжено съ такими большими опасностями, что онѣ не уступаютъ опасностямъ кесарскаго сѣченія, а то даже превосходятъ ихъ.

Съ такого рода показаніемъ мы встрѣчаемся при *сильномъ суженіи таза*, именно когда истинная конъюгата меньше $5\frac{1}{2}$ цтм. Такой предѣлъ относится къ плоскому тазу; для обще-суженнаго таза граница суженія можетъ быть отодвинута до $6-6\frac{1}{2}$ цтм. При болѣе рѣдкихъ формахъ узкаго таза, напр. при косо-суженномъ тазѣ, необходимо самымъ тщательнымъ образомъ опредѣлить размѣры тазового пространства; если сложенная рука подъ наркозомъ не можетъ быть проведена черезъ тазъ, то въ большинствѣ случаевъ имѣется абсолютное показаніе для производства кесарскаго сѣченія: При остеомалятическихъ тазахъ нужно, впрочемъ, считаться съ тѣмъ обстоятельствомъ, что растяженіе костей родовой дѣятельностью можетъ увеличить тазовую полость. Само собою разумѣется, что значеніе имѣетъ также и величина плода. Незрѣлый плодъ можетъ быть выведенъ даже черезъ сильно суженный тазъ, въ особенности при уменьшеніи его объема. По отношенію же къ зрѣлому плоду мы должны держаться указанныхъ выше границъ. Суженія таза, дающія абсолютное показаніе къ кесарскому сѣченію, обусловливаются преимущественно сильнымъ рахитомъ, остеомаляціею, спондилолистезомъ; далѣе, этиологическими моментами могутъ служить опухоли, исходящія изъ тазовыхъ костей (энхондрома,

саркома). Такъ, напр., опухоль, исходящая изъ передней поверхности крестцовой кости, можетъ впасть въ тазовую полость настолько, что она почти совершенно закладываетъ ее.

Опухоли мягкихъ частей таза равнымъ образомъ могутъ сильно ограничить вмѣстимость родового канала; таковы, напр., опухоли яичниковъ, миомы матки. Если опухоли эти не удалимы (приподниманіе надъ тазомъ, вылушеніе), или не поддаются уменьшенію (проколь, разръвъ), то тазовое пространство можетъ быть настолько мало, что оно не допускаетъ прохожденія плода. Въ этомъ случаѣ къ производству кесарскаго сѣченія приходится иногда присоединить и одновременное удаленіе опухоли.

Влагалище или шейка, въ свою очередь, могутъ быть сужены настолько, что исключается возможность расширенія, необходимаго для прохожденія плода. Такіе сильные стенозы влагалища могутъ, напримѣръ, быть обязаны своимъ происхожденіемъ тому, что язвенные процессы влагалища (пуэрперальныя язвы) зажили съ образованіемъ обширныхъ рубцовъ: по большей части одновременно съ этимъ имѣются и обширныя рубцовыя омолодлости въ тазовой соединительной ткани. Далѣе, шейка, благодаря злокачественнымъ новообразованіямъ, напр. раку, можетъ превратиться въ такую неподатливую массу, что роды черезъ естественные пути ставятся невозможными.

Въ совершенно исключительныхъ случаяхъ кесарское сѣченіе вступаетъ въ свои права тогда, когда при совсѣмъ еще не расширенной шейкѣ (при еще сохранившемся надвлагалищномъ отрѣзкѣ) представляется необходимость въ скорѣйшемъ родоразрѣшеніи въ видахъ спасенія жизни матери. Такой случай можетъ, напримѣръ, имѣть мѣсто при тяжелой эклампсiи. Но по отношенію къ постановкѣ такого показанія нужно соблюдать всегда очень большую осторожность. Къ тому же опытъ послѣдняго времени выяснилъ, что въ подобныхъ случаяхъ предпочтеніе иногда должно быть отдано такъ назыв. влагалищному кесарскому сѣченію (см. стр. 322).

Относительно постановки показанія при уменьшеніи тазовой полости, обусловленномъ суженіемъ шейки и влагалища, а равно и опухолями окружающихъ ихъ частей, см. также предыдущій отдѣлъ (стр. 324 и 325).

Относительное показаніе вступаетъ въ свои права въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ удается провести плодъ черезъ естественные пути раздробленнымъ, но полученіе живого младенца возможно только при производствѣ кесарскаго сѣченія.

Такимъ образомъ въ то время, какъ на основаніи абсолютнаго показанія кесарское сѣченіе при извѣстныхъ обстоятельствахъ можетъ быть выполнено и при мертвомъ плодѣ, для относительнаго показанія обязательнымъ условіемъ является живой плодъ.

При относительномъ показаніи мы имѣемъ дѣло главнымъ образомъ съ *узкими тазами*, истинная конъюгата которыхъ равна $5\frac{1}{2}$ —7 цтм. (если мы беремъ какъ примѣръ плоскій тазъ). Само собою разумѣется, что и въ данномъ случаѣ нужно опять-таки считаться и съ величиною плода,

и бываютъ, такъ сказать, смежные случаи, гдѣ нашъ выборъ склоняется въ пользу искусственныхъ преждевременныхъ родовъ или симфизоотоміи. Но кесарское сѣченіе на основаніи относительнаго показанія можетъ быть предпринято только тогда, когда условія во всехъ отношеніяхъ складываются настолько благоприятно, что съ высокою степенью достовѣрности можно предсказать благоприятный исходъ для матери. Материнская жизнь безусловно должна быть поставлена выше жизни плода. Если шансы на благоприятное теченіе омрачены, то лучше пожертвовать дѣтскою жизнью. Несмотря на значительно улучшенное въ настоящее время предсказаніе, мы все же не въ каждомъ случаѣ имѣемъ возможность замѣнить прободеніе живого плода кесарскимъ сѣченіемъ. Статистика послѣдней операции все еще показываетъ въ общемъ смертность около 20 %, хотя отдѣльные операторы, правда, получали значительно меньшія цифры смертности.

Возьмемъ какой-либо примѣръ, какъ это мы сдѣлали и при описаніи прободенія (см. стр. 232).

Насъ приглашаютъ на роды въ деревню, мы находимъ роженицу истощенною отъ продолжительной родовой дѣятельности, въ состояніи сильной лихорадки, определяемъ наличность узкаго таза, предпринимая, быть можетъ, попытку окончить роды высокими щипцами. При этой попыткѣ мы узнаемъ, что тазъ еще уже, чѣмъ мы предполагали, что нѣтъ возможности вывести плодъ живымъ. При уже существующихъ процессахъ разложенія въ родовомъ каналѣ послѣ предшествовавшихъ попытокъ родоразрѣшенія, повлекшихъ за собою травму мягкихъ частей, шансы на кесарское сѣченіе, очевидно, будутъ мало утѣшительны. Къ тому же и внѣшнія условія очень неблагоприятны. Мы предоставлены единоличнымъ нашимъ силамъ, достать скоро ассистента нѣтъ возможности. Выжидательное отношеніе, въ виду значительной продолжительности родового акта, представляется недозволеннымъ (опасность разрыва матки). Вдобавокъ, обстановка для асептического оперирования неподходящая. При подобныхъ условіяхъ будетъ безусловно правильнѣе перфорировать живой плодъ и такимъ образомъ спасти мать. По крайней мѣрѣ, если она снова забеременѣетъ, то можно будетъ своевременно создать всѣ необходимыя условія для рожденія живого плода. Смотря по степени суженія таза, мы тогда предпримемъ либо искусственные преждевременные роды, либо лоносѣченіе, либо кесарское сѣченіе на основаніи относительнаго показанія. Въ послѣднемъ случаѣ при наступленіи родовъ или передъ тѣмъ можно будетъ приготовить все самымъ лучшимъ образомъ. При благоприятныхъ внѣшнихъ условіяхъ (напримѣръ въ клиникѣ) удастся сдѣлать всѣ необходимыя асептическія подготовленія. Хорошее состояніе роженицы, при отсутствіи предшествовавшихъ попытокъ къ родоразрѣшенію, позволитъ успѣшно выполнить операцію. Только при наличности такого рода условій относительное показаніе къ кесарскому сѣченію вступаетъ въ свои права, только тогда она является благотвѣтельною операціею, спасающею жизнь матери и плода. Напротивъ того,

производить кесарское сѣченіе вмѣсто прободенія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ предсказаніе для матери неблагопріятно, было бы совершенно ошибочно.

Само собою разумѣется, что беременной или ея супругу необходимо выяснитъ истинное положеніе вещей; операція можетъ быть предпринята только съ ея или его согласія. При наличности вѣхъ благопріятныхъ условій врачъ по чистой совѣсти можетъ посоветовать производство такой операціи.

Изложивъ въ общемъ показанія къ кесарскому сѣченію, мы обратимся снова къ *исторіи этой операціи*. Если мы взглянемъ на статистику ея въ прежнія времена, то мы найдемъ громадную смертность, доходящую до 80 %. Принявъ во вниманіе, что благопріятно протекавшіе случаи доводились до всеобщаго свѣдѣнія несравненно чаще, чѣмъ случаи съ неблагопріятнымъ исходомъ, мы можемъ сказать, что процентъ смертности былъ еще выше. Дѣйствительно, въ былое время постановка показанія къ кесарскому сѣченію была почти равносильна смертному приговору. Въ виду этого, является понятнымъ, почему прежде на основаніи относительнаго показанія не предпринимали разсматриваемой операціи. При абсолютномъ показаніи приходилось рѣшаться на кесарское сѣченіе поневолѣ, въ виду отсутствія всякаго другого исхода.

Если мы теперь разслѣдуемъ причины плачевныхъ результатовъ, получавшихся отъ кесарскаго сѣченія, то увидимъ слѣдующее. Прежде всего главная опасность заключалась въ возникновеніи *инфекціи* при вскрытіи брюшной полости. До того времени, какъ познакомились съ профилактикою этой инфекціи, всякое вскрытіе брюшной полости представляло собою необычайно опасный оперативный приемъ. Къ тому же въ старыя времена къ операціи прибѣгали большею частью лишь послѣ того, какъ родовая актъ продолжался уже довольно долго, послѣ того, какъ, быть можетъ, уже предприняты были попытки родоразрѣшенія *per vaginam*, словомъ — въ такой моментъ, когда женщина находилась уже въ состояніи сильнаго истощенія, когда она была уже заражена. Засимъ, специальная опасности крылись еще и въ самомъ способѣ оперированія. Кесарское сѣченіе обыкновенно производили такимъ образомъ, что перерѣзали брюшные покровы, затѣмъ разѣкали стѣнку матки и извлекали плодъ вмѣстѣ съ послѣдомъ. Послѣ того матку погружали, не зашивъ предварительно раны или зашивъ ее лишь въ очень несовершенной степени, и закрывали брюшную рану. Изъ такой несоединенной или недостаточно соединенной, слѣдовательно, зіявшей маточной раны *кровь*, очевидно, *могла проникать* въ брюшную полость. Сверхъ того, существовала и опасность *вступленія послеродовыхъ очищеній* въ брюшную полость черезъ зіяющую рану матки. Полагали, что шовъ маточной раны не можетъ имѣть никакого успѣха, такъ какъ матка представляетъ-де органъ измѣнчиваго объема. Эти опасности со стороны первичнаго зараженія брюшной полости, кровотеченія и послѣдовательнаго зараженія, обусловливаемого изліяніемъ въ брюшную полость лохий, и объясняютъ въ достаточной мѣрѣ тѣ плачевные резуль-

таты, которые вѣнчали собою кесарское сѣченіе. Нужно только удивляться тому, что вообще бывали случаи, оканчивавшіеся выздоровленіемъ. Такіе случаи должны быть объяснены тѣмъ, что матка продолжала отлично сокращаться, вслѣдствіе чего кровотеченія не наступало, что подъ вліяніемъ быстраго сращенія маточной раны съ переднею брюшною стѣнкою наступало скоро разъединеніе обѣихъ полостей, маточной и брюшной. Если при операціи въ брюшную полость проникало лишь небольшое число болѣзнетворныхъ зародышей, то они могли уничтожаться дѣятельностью здоровой брюшины и въ результатѣ могло получаться выздоровленіе.

Но и въ послѣдующее время, когда опасности операціи на брюшной полости, благодаря знакомству съ антисептикою, уменьшились, результаты кесарскаго сѣченія все еще оставались мало удовлетворительными. Конечно, мы должны принять въ расчетъ, что въ то время, сейчасъ же вслѣдъ за обнаруженіемъ *Lister*'овскаго ученія, мѣропріятія для предотвращенія инфекціи были далеко не въ такой степени совершенны и проводились далеко не столь рационально, какъ это имѣетъ мѣсто нынѣ. Когда, несмотря на введеніе антисептики, результаты операціи улучшились не существенно и когда познакомились съ особыми опасностями, присущими ей, именно съ кровотеченіемъ и съ переходомъ въ брюшную полость послѣродовыхъ очищеній, *Porro* пришла въ голову, правда, очень радикальная, но вполне обоснованная идея—удалить, по выполненіи кесарскаго сѣченія, тѣло матки вмѣстѣ съ придатками и вшить культю шейки въ брюшную рану. Этою операціею *Porro* устранялись сразу главные опасности, угрожавшія со стороны кровотеченія и перехода лохий въ брюшную полость. Разъ не было раны, не могло быть и кровотеченія, не могло быть и вступленія лохий въ брюшную полость. Съ этого времени, съ конца 70-хъ годовъ, стали практиковать кесарское сѣченіе по *Porro*. Результаты у отдѣльныхъ операторовъ получались довольно благопріятные. Тѣмъ не менѣе общая статистика все еще показывала значительную смертность. Это объяснялось тѣмъ, что введеніе операціи совпало лишь съ начальнымъ періодомъ развитія современной антисептической и асептической хирургіи брюшной полости.

Если идея *Porro* и была вполне вѣрна, то все же роженица выходила изъ рукъ врача калѣкою. Она лишалась возможности новаго зачатія, операція являлась въ концѣ концовъ выраженіемъ безсилія достигнуть падающимъ образомъ, по принципу стараго кесарскаго сѣченія, благопріятныхъ результатовъ. Тутъ-то начало 80-хъ годовъ и показало, что старое кесарское сѣченіе, *консервативный методъ*, какъ мы его называемъ, все же можетъ быть усовершенствовано настолько, что оно становится операціею, обеспечивающею жизнь матери. Главная честь такого усовершенствованія классическаго консервативнаго кесарскаго сѣченія несомнѣнно принадлежитъ *Sänger*'у и затѣмъ одновременно съ нимъ возстановившему значеніе *sectionis caesareae* *Kehrer*'у. Если нѣкоторыя изъ деталей техники, предложенныхъ *Sänger*'омъ, и были съ того времени

отброшены, тѣмъ не менѣе это нисколько не умаляетъ великой заслуги этого автора, который показалъ, что при строгой антисептикѣ ключъ къ успѣху дается прежде всего надлежащимъ наложеніемъ швовъ на матку.

Одно время мнѣнія относительно того, должно-ли оперировать по *Porro* или же консервативно, долго колебались. Въ настоящее время споръ этотъ давнымъ давно рѣшенъ и притомъ въ пользу консервативнаго кесарскаго сѣченія, на которое смотрятъ какъ на нормальный методъ. Но этимъ отнюдь еще не сказано, что операція *Porro* исчезла со сцены брюшной хирургіи. Она только не представляетъ операціи, конкурирующей съ консервативнымъ методомъ, но является самостоятельной операціею, для которой существуютъ свои, вполне опредѣленные, показанія.

Показанія эти можно было бы формулировать слѣдующимъ образомъ: операція *Porro* должна быть предпринимаема при патологическихъ свойствахъ женской половой сферы. Нижеслѣдующее изложеніе точнѣе пояснитъ эту общую формулировку.

Такъ, напр., гдѣ кесарское сѣченіе должно быть выполнено по причинѣ сильнаго суженія рукава, наиболѣе подходящимъ оперативнымъ приемомъ будетъ операція *Porro*. Консервативный методъ препятствовалъ бы истеченію послѣродовыхъ очищеній и образовавшаяся *lochiometra* угрожала бы зашитой маточной ранѣ. Точно также истеченіе лохій встрѣтитъ препятствія и въ неоперируемомъ ракъ шейки, стало бы и здѣсь является умѣстной операція *Porro*; но даже и въ томъ случаѣ, когда истеченіе послѣродовыхъ очищеній можетъ совершаться безпрепятственно, при неоперируемомъ, изъязвляющемся ракъ все же выгоднѣе оперировать по *Porro*, такъ какъ изъязвленія могутъ послужить источникомъ инфекціи маточной полости и маточной раны. Тамъ, гдѣ поводъ къ кесарскому сѣченію создается міомами матки, равнымъ образомъ наиболѣе умѣстною будетъ операція *Porro*, при которой возможно удалить совмѣстно и заболѣвшую матку. Далѣе, если имѣется уже разложеніе маточнаго содержимаго, а между тѣмъ необходимо предпринять кесарское сѣченіе (абсолютное показаніе), то консервативный методъ будетъ связанъ съ большою опасностью зараженія маточной раны, тогда какъ операція *Porro* позволитъ удалить совмѣстно и очагъ инфекціи. Затѣмъ, операція *Porro* показуется и при извѣстныхъ уродствахъ матки, напр. при беременности въ рудиментарномъ маточномъ рогѣ или при вступленіи беременной матки въ грыжевой мѣшокъ. Наконецъ, при уже предпринятой консервативной операціи можетъ представиться необходимость въ завершеніи послѣдней операціею *Porro*, если, благодаря атоніи матки, никакъ не удастся справиться съ кровотеченіемъ. Теперь очевидно уже, что именно мы разумѣли выше подъ патологическими свойствами женскихъ половыхъ органовъ.

Но существуетъ еще особое показаніе къ операціи *Porro*, это именно когда приходится предпринимать кесарское сѣченіе ради *остеомалатическаго таза*. Остеомалація, размягченіе костей, представляетъ со-

бою заболѣваніе, причины котораго еще мало выяснены. Она встрѣчается эндемически, напримѣръ въ долинѣ рѣки По, по нижнему Рейну, въ области Базеля, въ нашихъ же краяхъ лишь очень рѣдко. Намъ извѣстно, что остеомалація какъ-разъ во время беременности быстро прогрессируетъ; съ окончаніемъ послѣдней она можетъ приостановиться, но новая беременность опять вызываетъ новый ростъ заболѣванія. Такимъ образомъ примѣненіе операціи Porro при остеомалаціи было бы умѣстно уже въ видахъ предотвращенія новой беременности. Но, кромѣ того, наблюденіе показало, что когда у женщинъ, страдавшихъ тяжелою остеомалаціею, предпринималась операція Porro, то болѣзнь послѣ этого оперативнаго приѣма быстро излечивалась. Исходя изъ предположенія, что исцѣляющимъ моментомъ здѣсь является удаленіе яичниковъ, Fehling предложилъ производить кастрацію у женщинъ съ тяжелою, не уступающею другимъ средствамъ остеомалаціею и въ томъ случаѣ, когда онѣ не беременны. Дѣйствительно, опытъ подтвердилъ, что кастрація въ значительномъ большинствѣ случаевъ излечиваетъ тяжелою остеомалаціею.

Перейдемъ теперь къ описанію техники кесарскаго сѣченія, причемъ начнемъ съ консервативнаго метода. Нужно замѣтить, что для врача, опытнаго въ производствѣ лапаротомій, кесарское сѣченіе въ техническомъ отношеніи не представляетъ затрудненій. Осложненная оваріотомія или тяжелая міомотомія предъявляютъ къ техническому искусству несравненно болѣе высокія требованія. Но главнымъ условіемъ для каждаго желающаго выполнить кесарское сѣченіе является наивозможно совершенное знаніе асептики, необходимой для хирургіи брюшной полости. Разъ такое умѣніе имѣется на-лицо, то и менѣе опытный врачъ, если только онъ вообще владѣетъ ножомъ и точно слѣдуетъ предписаніямъ выработанной техники, можетъ получить хорошіе результаты. Но, само собою разумѣется, при операціи могутъ встрѣтиться болѣе серьезныя осложненія, напримѣръ срощенія кишокъ, въ особенности если дѣло идетъ о повторномъ кесарскомъ сѣченіи. Кто не считаетъ себя способнымъ справиться съ подобными осложненіями, тотъ поступитъ благоразумно, если онъ, поскольку это возможно, предоставитъ производство операціи болѣе опытному товарищу.

Этимъ мы, однако, отнюдь не хотимъ сказать, что ограничиваемъ производство кесарскаго сѣченія исключительно клиниками. При нашихъ современныхъ методахъ мы имѣемъ возможность создать условія для вполне асептическаго оперированія и въ частномъ домѣ, даже при небольшомъ помѣщеніи.

Представимъ себѣ, что дѣло идетъ о случаѣ, при которомъ мы установили показаніе къ кесарскому сѣченію уже во время беременности, такъ что мы имѣли и время, и возможность сдѣлать все необходимыя приготовленія. Мы рекомендуемъ пациенткѣ въ послѣдніе мѣсяцы беременности брать часто ванны, тщательно обмывая животъ и область вульвы мыломъ. Все излишнія манипуляціи и изслѣдованія per vaginamъ должны быть оставлены. Какъ только начинается потужная дѣятельность, мы сбиваемъ

волосы на лобѣ и по бѣлой линіи живота, очищаемъ кишечникъ клизмой и въ заключеніе назначаемъ еще разъ ванну.

Лучшій моментъ для операціи это тотъ, когда потужная дѣятельность находится въ полномъ ходу, маточный зѣвъ раскрытъ на 5—6 цтм. и плодный пузырь еще стоитъ. Тѣмъ не менѣе преждевременное излитіе водъ можетъ, въ особенности въ интересахъ младенца, потребовать производства операціи и при мало раскрытомъ зѣвѣ.

Желая сдѣлать нагляднымъ проведеніе асептики при кесарскомъ сѣченіи, я позволю себѣ здѣсь еще разъ коснуться тѣхъ основныхъ принциповъ, которые изложены были мною въ введеніи къ настоящей книгѣ.

Для оперирования мы избираемъ умѣренно большую, возможно чистую комнату. Все лишнее должно быть вынесено изъ нея. Мы нуждаемся только въ крѣпкомъ, длинномъ, средней вышины столѣ, на которомъ будетъ произведена операція, далѣе во второмъ столѣ, служащемъ для инструментовъ и проч., и затѣмъ во всемъ, что нужно для обмыванія и дезинфекціи. Если предстоитъ немедленное производство операціи, то мы устраиваемся слѣдующимъ образомъ.

Мы кладемъ инструментарій на подставку ящика для кипяченія инструментовъ (см. рис. 1). Особенно сложнаго инструментарія не требуется, и мы должны имѣть въ своемъ распоряженіи только слѣдующіе предметы: обыкновенный и пугочатый скальпели, два крючковатыхъ пинцета, прямыя и изогнутыя ножницы, нѣсколько зажимныхъ пинцетовъ для артерій, сильно изогнутыя толстыя и тонкія иглы, иглодержатель, нѣсколько *Мигели*евскихъ щипцовъ, далѣе эластическій жгутъ длиною въ $\frac{1}{2}$ метра, толщиною въ $\frac{1}{2}$ цтм., тесемки для перевязки пуповины. Въ качествѣ матеріала для швовъ служить шелкъ. Всего лучше, если мы вдѣнемъ нитки въ иглы (около 15—20) уже заранѣе и будемъ держать ихъ наготовѣ вибѣтъ съ инструментами. Это позволитъ намъ обойтись безъ помощника для вдѣванія нитокъ во время операціи. Въ ящикъ для кипяченія инструментовъ мы опускаемъ подставку и кипятимъ инструменты около 20 минутъ. Къ водѣ цѣлесообразно прибавить небольшое количество соды (около 1%). Послѣ кипяченія мы ставимъ ящикъ на инструментальный столъ, и, если время операціи близко, то снимаемъ крышку съ цѣлю скорѣйшаго охлажденія инструментовъ. Во второмъ, довольно большомъ, чистомъ сосудѣ мы вывариваемъ слѣдующіе предметы: нѣсколько чистыхъ полотенецъ или тонкихъ салфетокъ, далѣе вырѣзанные изъ марли и сложенные въ нѣсколько разъ большіе компрессы и большое число маленькихъ марлевыхъ шариковъ. Всѣ марлевые компрессы и шарики должны быть сосчитаны и записаны. Все это кипятится въ закрытомъ сосудѣ около получаса. Къ водѣ до кипяченія прибавляется небольшое количество поваренной соли (0,6%). Этотъ сосудъ равнымъ образомъ помѣщаютъ затѣмъ на инструментальный столъ. Полотенца, марлевые компрессы, марлевые шарики и проч. можно, само собою разумѣется, обезпложивать и въ стерилизаціонномъ аппаратѣ текучимъ паромъ, какъ это обычно дѣлается въ клиникахъ.

Для непосредственной ассистентуры можно удовольствоваться одним лицом. Конечно, очень приятно имѣть въ своемъ распоряженіи ассистента, прошедшаго хирургическую школу. Но опытный оператор съумѣетъ обойтись и менѣе вышколеннымъ помощникомъ, если только послѣдній знакомъ основательно съ дезинфекціею и во время операціи не будетъ грѣшить относительно асептики. При наркозѣ необходимо присутствіе второго ассистента.

Послѣ того, какъ все это устроено и приготовлены для ребенка теплая ванна и ведро съ холодною водою (для оживленія), кладутъ женщину раздѣтую на операціонный столъ, закрываютъ грудь и ноги и обнажаютъ животъ и смежныя части бедеръ.

Наружнымъ изслѣдованіемъ удостовѣряются еще разъ въ положеніи плода, а при операціи, предпринимаемой на основаніи относительнаго показанія, еще разъ контролируютъ жизнь плода путемъ выслушиванія. Мочевой пузырь, въ случаѣ наполненія, опорожняется катетеромъ. Засимъ операторъ или ассистентъ, основательно продезинфицировавъ кисти рукъ и предплечья, приступаетъ къ обмыванію живота. Сперва кожа обтирается эфиромъ, затѣмъ обрабатывается самымъ тщательнымъ образомъ при помощи мыла и мягкой щетки, послѣ того обмывается спиртомъ и, наконецъ, растворомъ суслемы. Засимъ предпринимаютъ наркозъ, во время котораго операторъ или ассистентъ, обмывавшій животъ роженицы, дезинфицируетъ себѣ еще разъ ручныя кисти и предплечья. Начиная съ этого момента, требуется строгое проведеніе принципа, по которому съ раною можетъ приходить въ соприкосновеніе только стерильное. Обезпложенные руки должны дотрогиваться только до того, что было обезпложено. Повсюду, гдѣ кладутъ инструменты и т. п., должна быть стерильная область. Мы беремъ изъ сосуда, въ которомъ производилось кипяченіе, одно стерильное полотенце за другимъ, въ томъ количествѣ, въ какомъ намъ нужно, выжимаемъ ихъ и обкладываемъ ими животъ такъ, чтобы открытою оставалась самая центральная часть послѣдняго. Остальныя обезпложенные полотенца кладутъ на инструментальный столъ, и на одно изъ нихъ помѣщаютъ вынутую подставку съ инструментаріемъ. Если мы не желаемъ вынимать изъ кипяченой воды шарики и т. п. во время операціи, то мы можемъ сдѣлать это до нея, выжать ихъ и положить на обезпложенное полотенце или въ опорожненный ящикъ для кипяченія инструментовъ. Теперь все готово къ операціи.

До начала операціи мы предъ наркозомъ впрыскиваемъ подъ кожу 0,2—0,4 эрготина. Эрготинъ требуетъ продолжительнаго времени, для того чтобы онъ началъ дѣйствовать; задача наша—возбудить по удаленіи младенца энергичныя сокращенія матки.

Опишу теперь операцію въ томъ видѣ, въ какомъ я рекомендую ее производить, не вдаваясь въ описаніе видоизмѣненной техники.

Мы проводимъ разрѣзъ по бѣлой линіи живота, длиною примѣрно около 16 цтм., такъ чтобы пупокъ пришелся приблизительно по серединѣ

разрѣза. Разрѣзъ обходитъ пупокъ нѣсколько слѣва; онъ не долженъ проводиться черезчуръ энергично уже съ самаго начала, въ особенности при тонкой брюшной стѣнкѣ, дабы не перерѣзать сразу всей толщи, такъ какъ при этомъ легко можно поранить подлежащую матку. Мы проникаемъ черезъ подкожную жировую ткань и накладываемъ на кровоточащія сосуды зажимные пинцеты. Засимъ между двумя крючковатыми пинцетами, изъ которыхъ одинъ фиксируется ассистентомъ, мы разсѣкаемъ шагъ за шагомъ всѣ слои по всей длинѣ кожного разрѣза, направляясь въ глубину до тѣхъ поръ, пока ножъ не перерѣжетъ приподнятой двумя пинцетами въ складку брюшины и не вскрыетъ такимъ образомъ брюшной полости. Подъ контролемъ введеннаго пальца мы вскрываемъ прямыми ножницами брюшную полость по всей длинѣ брюшной раны. Рука прощупываетъ, нѣтъ-ли въ маткѣ какихъ-либо сросненій, что рѣдко имѣетъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кесарское сѣченіе производится у женщины впервые. Послѣ того вытѣвняютъ изъ брюшной раны наружу тѣло матки, притомъ косо, однимъ краемъ. При этомъ ассистентъ долженъ прижимать брюшные покровы съ цѣлью противодѣйствовать совѣтному выходу кишекъ; этимъ же давленіемъ онъ содѣйствуетъ вытѣсненію матки. Мы разстилаемъ одинъ изъ большихъ марлевыхъ компрессовъ позади матки надъ кишками и поверхъ компресса ущемляемъ брюшные покровы *Museix'*евскими щипцами. Послѣ того мы накладываемъ эластическій жгутъ вокругъ шейки и завязываемъ его свободно, *но отнюдь не затягиваемъ его*. Только въ случаѣ сильнаго кровотечения жгутъ затягивается. *Всего лучше, если мы будемъ совершенно обходиться безъ жгута*, такъ какъ при болѣе продолжительномъ употребленіи его легко наступаетъ послѣ удаленія жгута атонія. Болѣе цѣлесообразно, въ случаѣ необходимости прижатія, производить его рукою ассистента, прижимающею шейку къ передней тазовой стѣнкѣ. Мѣсто между маткою и брюшною ранюю заполняется марлевыми компрессами. Матку мы должны установить прямо и по срединной линіи, такъ чтобы лѣвый край ея стоялъ влѣво, а правый — вправо, и въ этомъ положеніи мы фиксируемъ ее.

Послѣ того мы проводимъ разрѣзъ, держа въ точности срединной линіи, черезъ переднюю поверхность тѣла матки; разрѣзъ начинается на верхушкѣ дна матки и направляется внизъ на протяженіи 12 цтм., стало быть не очень сильно книзу, не до области рыхлаго прикрѣпленія брюшины, такъ какъ здѣсь, въ противномъ случаѣ, могли бы быть вскрыты большія сосудистыя пазухи¹⁾). Всего лучше сперва намѣтить разрѣзъ слегка на брюшинѣ и затѣмъ на короткомъ протяженіи проникнуть быстро въ глубину, соблюдая, однако, при этомъ осторожность, дабы не сразу и не черезчуръ быстро перерѣзать всю стѣнку и не поранить такимъ образомъ плода. Какъ скоро показываются яйцевыя оболочки, мы отсюда подъ

1) По *Fritsch'y*, можно вести разрѣзъ также поперечно черезъ дно матки отъ одного угла трубы до другого.

защитою пальца расщепляемъ стѣнку по всей длинѣ намѣченнаго разрѣза. Эластическій жгутъ затягивается только при исключительно сильномъ кровотеченіи, что можетъ имѣть мѣсто въ томъ случаѣ, когда послѣдъ попалъ подъ разрѣзъ. Тогда мы должны быстро отдѣлить его съ одной стороны и добраться до яйцевыхъ оболочекъ. Какъ скоро послѣднія обнажены, ихъ быстро разрываютъ, и введенная рука извлекаетъ плодъ, при головномъ или поперечномъ положеніи—за ноги, при ягодичномъ положеніи—за головку. Извлеченіе младенца должно быть произведено быстро, но безъ излишней поспѣшности. Въ томъ случаѣ, когда маточная рана оказывается нѣсколько малою, ее быстро расширяютъ ножомъ, въ предупрежденіе надрывовъ. Ассистентъ при этомъ крѣпко прижимаетъ съ обѣихъ сторонъ края брюшной раны къ маткѣ, въ дѣляхъ предотвратить затеканіе крови и плодныхъ водъ въ брюшную полость.

Съ удаленіемъ плода матка начинаетъ сильно сокращаться; болѣе сильное кровотеченіе изъ поверхности разрѣза предотвращается прижатіемъ шейки. Если операція протекла быстро и гладко, то ребенокъ вслѣдъ за рожденіемъ начинаетъ кричать. Но если при чрезчуръ быстромъ выведеніи его изъ родовыхъ путей онъ находится въ состояніи арпоэ, то первое дыханіе можетъ нѣсколько и замедлиться. Въ случаѣ, если бы ребенокъ родился асфиктичнымъ, нужно немедленно перерѣзать пуповину и передать ассистенту младенца для оживленія. При отсутствіи опытнаго помощника, который могъ бы взять на себя эту задачу, крѣпко завязываютъ эластическій жгутъ, послѣ чего операція продолжается уже однимъ операторомъ, а заботу о ребенкѣ беретъ на себя ассистентъ, или же наоборотъ. Именно въ этомъ и заключается достоинство эластическаго жгута, что онъ въ случаѣ нужды позволяетъ продолжать операцію единолично.

Съ уменьшеніемъ матки послѣдъ оказывается въ большинствѣ случаевъ уже отслоеннымъ; введенная рука довершаетъ окончательное его отдѣленіе, и удаляетъ его, равно какъ и яйцевыя оболочки. При затягиваніи эластическаго жгута нужно тщательно обращать вниманіе на то, чтобы онъ не ущемилъ и не оторвалъ яйцевыхъ оболочекъ. Для того, чтобы быть окончательно увѣреннымъ въ томъ, что путь къ влагалищу свободенъ, пропитываютъ довольно большой марлевый шарикъ соленою водою, находящеюся въ сосудѣ, въ которомъ производилось кипяченіе, и выжимаютъ его надъ маткою, продѣлывая иногда эту манипуляцію повторно, и засимъ слѣдятъ, вытекаетъ-ли жидкость черезъ влагалище.

Послѣ того какъ изъ матки удалили тщательно всѣ части послѣда, приступаютъ къ наложенію *маточныхъ швовъ*. Предварительно въ полость матки кладутъ одинъ или нѣсколько марлевыхъ компрессовъ; вызванное этимъ раздраженіе возбуждаетъ сокращенія матки.

Прежде всего накладываются *глубокіе мышечно-серозные швы*. Самое лучшее пользоваться для этого шелковыми нитками, продѣтыми въ 2 иглы, для каждаго конца по одной. Мы захватываемъ одну иглу и на границѣ отпадающей и мышечной оболочекъ, оставляя свободною пер-

вую, вкалываемъ въ рану (см. рис. 138), проводимъ дугообразно черезъ всю мышечную оболочку, захвативъ возможно большую часть ея и выводимъ на серозной оболочкѣ примѣрно въ разстояніи $\frac{1}{2}$ цтм. отъ края раны. Засимъ мы беремъ другую иглу и проводимъ ее въ аналогичномъ мѣстѣ и такимъ же способомъ черезъ мышечную и серозную оболочки. Такіе швы мы накладываемъ довольно близко другъ къ другу, приблизительно на разстояніи 1 цтм.; завязываются стежки лишь послѣ того, когда мы наложимъ всѣ швы и удалимъ лежащія въ маткѣ компрессы. Очень выгодно, если края серозной оболочки при этомъ нѣсколько заворачиваются внутрь. Швы не должны быть завязаны слишкомъ слабо, но, съ другой стороны, ихъ не слѣдуетъ также затягивать настолько крѣпко, чтобы они прорывались.

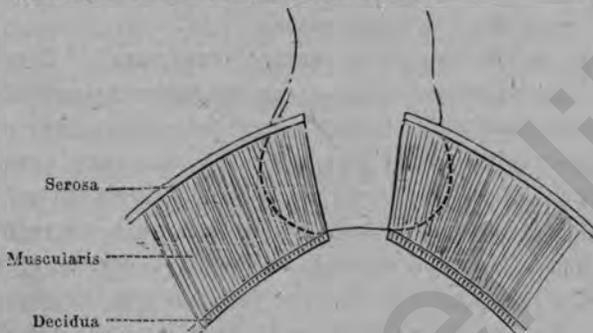


Рис. 138. Маточный шовъ; глубокий шовъ, захватывающій серозную и всю мышечную оболочку и оставляющій свободною отпадающую оболочку.

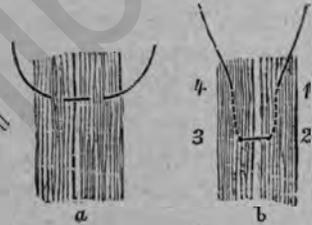


Рис. 139. Серо-серозный поверхностный шовъ.

Прижатіе шейки послѣ того прекращается. Повсюду, гдѣ линія раны еще нѣсколько зияетъ и гдѣ имѣется еще легкое кровотеченіе, мы накладываемъ *полуглубокіе мышечно-серозные швы*. Мы вкалываемъ иглу на одной сторонѣ въ серозную оболочку, проводимъ ее дугообразно на умѣренную глубину черезъ мышечную оболочку и выкалываемъ на другой сторонѣ опять-таки черезъ серозную оболочку.

Засимъ, коротко обрѣзавъ нитки, мы накладываемъ *серо-серозный поверхностный шовъ*, который приближаетъ поверхности серозной оболочки настолько, что глубокіе швы оказываются совершенно покрытыми. Для этого шва употребляются тонкія иглы и тонкій шелкъ. Шовъ захватываетъ съ каждой стороны часть брюшины съ подлежащею тканью (рис. 139 a). Послѣ завязыванія швы приводятъ поверхности серозной оболочки во взаимное прикосновеніе. Серо-серозный шовъ можно наложить также такъ, какъ это представлено на рис. 139 b: вкалываютъ при 1, ведутъ иглу параллельно линіи раны на $\frac{1}{2}$ цтм. подъ серозною оболочкою и выкалываютъ при 2; засимъ вкалываютъ при 3, направляются опять параллельно ранѣ черезъ серозную оболочку и при 4 выводятъ обратно; при завязываніи обѣ поверхности прилегаютъ другъ къ другу.

Въ случаѣ вялости матки мы массируемъ ее растираніемъ, съ цѣлью возбудить сокращенія, и снова даемъ подкожно эрготинъ. Сокращенія могутъ быть вызваны также наложеніемъ горячихъ компрессовъ ¹⁾.

Теперь мы снимаемъ компрессы, лежащіе между маткою и брюшною ранюю, удаляемъ *Мигеил*'евскіе щипцы, фиксировавшіе брюшные покровы, равно какъ и вложенный марлевый компрессъ, и приподнимаемъ опустившіяся въ тазъ кишечныя петли, матку же погружаемъ обратно въ брюшную полость. Этому приподниманія кишечныхъ петель изъ таза никоимъ образомъ не слѣдуетъ забывать, такъ какъ въ противномъ случаѣ матка придавливаетъ кишечникъ къ мысу, что можетъ повлечь за собою развитіе метеоризма. Послѣ того мы разстилаемъ сальникъ надъ кишечникомъ и вкладываемъ марлевый компрессъ.

Далѣе, слѣдуетъ закрытіе брюшной раны, но предварительно необходимо пересчитать всѣ марлевые шарики и салфетки, равно какъ и тщательно осмотрѣть инструментарій, дабы не оставить въ брюшной полости инороднаго тѣла. Мы накладываемъ сперва всѣ глубокіе, проникающіе черезъ всю толщу брюшной стѣнки и захватывающіе также брюшную швы, предварительно ихъ не завязывая. Затѣмъ сшиваемъ брюшину и фасцію пуговчатыми швами (кетгутъ); какъ скоро наложены эти швы, нитки коротко обрѣзываются и засимъ въ той же области завязываются и глубокіе швы. Передъ завязываніемъ послѣднихъ швовъ удаляютъ вложенный марлевый компрессъ. Въ заключеніе накладываются поверхностные швы, линейно закрывающіе рану. Поверхъ этихъ швовъ кладутъ небольшое количество асептической марли и засимъ слой ваты; марлевые бинты или полоски липкаго пластыря укрѣпляютъ повязку, которая не должна быть черезчуръ толста и не должна тѣсно стягивать животъ.

Оперированную переносятъ въ постель, помѣщаяюгъ на животъ пузырь со льдомъ, съ цѣлью возбудить сокращенія матки, а передъ половую расщелиною кладутъ вату.

Послѣдовательное леченіе ведется по тѣмъ же правиламъ, какъ и при лапаротоміи, и въ послѣродовомъ періодѣ. При отсутствіи какихъ-либо разстройствъ леченіе должно имѣть совершенно выжидательный характеръ. Изслѣдованіе черезъ влагалище не должно предприниматься ни въ какомъ случаѣ, послѣродовыя очищенія воспринимаются въ подложенную вату; въ первыя сутки больной лучше ничего не давать *est per os*; на 2-й день дается молоко небольшими порціями, иногда съ прибавленіемъ маленькаго количества жженой магнезій. Хорошо, если кишечная дѣятельность начинается скоро, если больная получаетъ стулъ на 3-й, самое позднее—на 4-й день. Необходимо тщательно слѣдить за правильнымъ опорожненіемъ мочевого пузыря. Съ цѣлью содѣйствовать обратному развитію матки, можно назначить эрготинъ. Повязка впервые мѣняется примѣрно на 10-й день;

¹⁾ При надобности, если бы не удалось (также примѣненіемъ тампонаціи матки, см. стлбъ IX) справиться съ кровоточеніемъ, должно присоединить операцію *Porro*.

при этомъ удаляются поверхностные швы, завязанные на кожѣ. При совершенно гладкомъ теченіи мать можетъ сама кормить своего ребенка.

Въ томъ случаѣ, когда желаютъ предотвратить дальнѣйшую беременность, разсѣкаютъ послѣ маточнаго шва Фаллопиевы трубы послѣ двойной перевязки вблизи матки, вырѣзываютъ углы трубъ и сшиваютъ поверхности раны.

Относительно **техники операціи Рогго** нужно замѣтить слѣдующее. Моментъ операціи въ данномъ случаѣ мы не ставимъ въ зависимость отъ раскрытія шейки: можно оперировать и до начала потужной дѣятельности. Первые акты операціи совпадаютъ съ первыми актами консервативнаго метода. Послѣ вскрытія брюшной полости дно матки вытѣсняется наружу впереди раны.

Въ томъ случаѣ, когда имѣется разложеніе маточнаго содержимаго, выгодно до вскрытія матки закрыть брюшную рану надъ и подъ вытѣсненною маткою, а равно сплечь вокругъ матки пристѣночную брюшину съ маточною. Этимъ путемъ создается полное изолированіе отъ брюшной полости, такъ что вся дальнѣйшая операція протекаетъ внѣбрюшинно, и тогда по вскрытіи матки въ брюшную полость уже не можетъ попасть ничего изъ разлагающагося содержимаго. При отсутствіи инфекціи такого изолированія не предпринимаютъ и ограничиваются тѣмъ, что, какъ уже описано выше, покрываютъ кишки марлевыми компрессами.

Засимъ расщепляютъ стѣнку тѣла матки на передней поверхности по срединной линіи, извлекаютъ плодъ и перерѣзываютъ пуповину. Послѣдъ и яйцевыя оболочки можно оставить въ маткѣ, такъ какъ эта послѣдняя будетъ удалена. Послѣ того накладываютъ вокругъ шейки эластической жгутъ. До накладки жгута осматриваютъ мѣсто прикрѣпленія мочевого пузыря; если онъ помѣщается нѣсколько выше, то послѣ поперечнаго расщепленія брюшины онъ долженъ быть оттѣсненъ внизъ. Впослѣдствіи оттянутая внизъ брюшина вшивается въ нижній уголъ брюшной раны.

На разстояніи 1—2 цтм. надъ эластическимъ жгутомъ ампутируютъ поперечно матку, такъ чтобы удалены были тѣло матки и придатки. Эластическій жгутъ долженъ здѣсь быть совершенно затянутъ. Цѣлесообразно перетянуть узелъ шелковою петлею. Края разрѣза захватываются *Miseh'*евскими щипцами и оттягиваются нѣсколько вверхъ. Для вѣрности справа и слѣва, тамъ, гдѣ эластическій жгутъ прижимаетъ связки къ шейкѣ, накладываютъ обкалывающія лигатуры, захватывающія крупные сосуды. Послѣ того, приподнявъ культю шейки, зашиваютъ ее внѣбрюшинно (рис. 140). *Подъ эластическимъ жгутомъ* пристѣночная брюшина сшивается по всей окружности съ серознымъ покровомъ культи. Черезъ верхнюю часть культи шейки надъ лигатурою прокалываютъ одну или двѣ длинныхъ копьевидныхъ иглы и подъ ихъ концы подкладываютъ кусочки марли въ предотвращеніе врѣзыванія ихъ въ кожу.

Остальную брюшную полость замыкаютъ и прижигаютъ поверхность разрѣза и просвѣтъ шейки термокаутеромъ; культю можно также осто-

рожно прижечь 50 % раствором хлористого цинка. Вокруг культи подкладывается йодоформная марля. Засимъ слѣдуетъ повязка на животъ.

Этотъ въбрюшинный уходъ за культею является всегда умѣреннымъ въ томъ случаѣ, когда дѣло идетъ объ инфекціи или же тамъ, гдѣ зараженіе легко можетъ послѣдовать отъ изъязвляющагося рака. При такихъ условіяхъ смѣна повязки должна происходить нѣсколько чаще, такъ какъ культя, лежащая надъ эластическимъ жгутомъ, некротизируется. При помощи термокаутера или хлористого цинка стараются сохранить сухими омертвѣвшія части. По прошествіи нѣкотораго времени культя отторгается вмѣстѣ съ эластическимъ жгутомъ и оставляетъ послѣ себя небольшую полость, выполняющуюся грануляціями и подъ конецъ покрывающуюся эпителиемъ брюшной стѣнки.

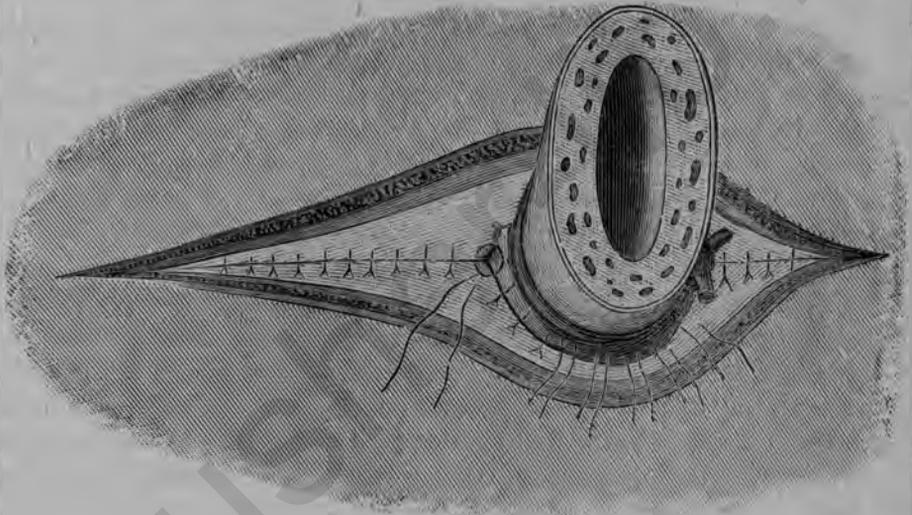


Рис. 140. Вшиваніе культи шейки при операци *Porro*. Пристѣночная брюшина соединяется подъ эластическимъ жгутомъ съ серознымъ покровомъ культи.

При отсутствіи инфекціи врачъ, опытный въ оперированіи, можетъ избрать также и внутривбрюшинный уходъ за культею. Послѣ ампутаціи края раны шиваются, и брюшина закрывается. Широкія связки перевязываются, эластическій жгутъ удаляется. Можно также перевязать и шейку, какъ связки, частичною лигатурою. Словомъ, поступаютъ согласно правиламъ, принятымъ для міотоміи. Можно также вылучить шейку изъ влагалищнаго свода, стало бытъ предпринять полную экстирпацію, напримѣръ при одновременной міотоміи (низко сидящія міомы).

Кесарское сѣченіе на мертвой.

Уже выше мы упомянули о древнемъ *lex regia*, согласно которому у умирающей или умершей въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности плодъ долженъ былъ извлекаться путемъ кесарскаго сѣченія. Закону этому мы слѣдуемъ и нынѣ. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что плодъ можетъ

на нѣкоторое время пережить мать. Если его вывести наружу сейчасъ же послѣ смерти матери, то можно спасти его жизнь. Возможно, что младенецъ родится въ состояніи глубокой асфиксіи, но его можно оживить. Правда, при медленномъ умираіи матери, обусловленномъ какимъ-либо тяжкимъ заболѣваніемъ, вовлекается въ сочувственное страданіе и плодъ, такъ что къ тому времени, когда наступаетъ смерть матери, и онъ оказывается уже сильно пострадавшимъ, почти умирающимъ. Сравнительно благоприятѣе шансы для плода въ томъ случаѣ, когда смерть матери происходитъ совершенно внезапно, послѣ предшествовавшего хорошаго самочувствія, положимъ — вслѣдствіе какого-либо несчастнаго случая или вслѣдствіе апоплексіи. Извѣстны примѣры, гдѣ даже послѣ относительно продолжительнаго времени, черезъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа, еще удавалось извлекать живого младенца.

Въ виду того обстоятельства, что медленное угасаніе жизненныхъ отправленій умирающей матери тяжело отзывается на плодѣ, рекомендовали въ такомъ случаѣ, гдѣ скорое наступленіе смерти матери не подлежитъ никакому сомнѣнію, не выжидать полного прекращенія дѣятельности сердца, но оперировать *во время агоніи*. Но съ подобнаго рода показаніемъ нужно быть крайне осторожнымъ, удовлетворяя ему не иначе, какъ послѣ тщательнаго совѣщанія съ однимъ или нѣсколькими товарищами.

По отношенію къ производству кесарскаго сѣченія на мертвой нужно держаться правила—дѣлать операцію вполне *lege artis*. Такимъ образомъ примѣняется совершенно та же техника, какую мы описали выше при изложеніи консервативнаго метода. По извлеченіи младенца и оживленіи его, если бы таковое оживленіе потребовалось, накладываютъ швы на маточную и брюшную раны. Вышеупомянутое правило должно быть примѣняемо въ точности въ особенности въ томъ случаѣ, когда операцію предпринимаютъ во время агоніи матери.

ОТДѢЛЪ VIII.

Веденіе послѣдоваго періода, операціи въ послѣдовомъ періодѣ.

Веденіе послѣдоваго періода испытало различныя превратности. Необычайно часто практиковавшееся въ старыя времена введеніе руки во внутренніе половыя органы съ цѣлью выведенія послѣда принесло не мало бѣдъ: множество родильницъ пало жертвою происходившей при этомъ инфекціи, но и другая крайность, чрезчуръ пассивное выжиданіе, при которомъ послѣдъ оставляли въ маткѣ слишкомъ долго, порою настолько долго, что наступали процессы разложенія, также оказывала неблагоприятное вліяніе. Только послѣ того какъ *Credé* показалъ, что въ подавляющемъ большинствѣ родовъ возможно вывести послѣдъ одними наружными ручными приемами, стало быть безъ опасности инфекціи, въ веденіи послѣдоваго періода произошло существенное улучшеніе. Но вскорѣ выяснилось, что первоначальный способъ *Credé*, при которомъ послѣдъ долженъ былъ быть выжатъ возможно скоро послѣ рожденія ребенка, имѣлъ различныя невыгодныя стороны, въ числѣ коихъ нужно отмѣтить въ особенности задержку частей послѣда или яйцевыхъ оболочекъ и сильныя кровопотери. *Ahlfeld* у должно поставить въ заслугу то, что онъ научилъ насъ получать самыя благоприятныя результаты отъ выжидательнаго метода. Въ виду этого, мы въ нижеслѣдующемъ изложеніи будемъ придерживаться его указаній.

При нормальныхъ условіяхъ, стало быть въ особенности въ томъ случаѣ, когда нѣтъ никакого сильнаго кровотеченія, которое вынуждало бы насъ къ рѣшительнымъ мѣрамъ, мы пользуемъ послѣдовымъ періодомъ выжидательно. Тотчасъ же послѣ перерѣзки пуповины очищаютъ наружныя половыя части и осматриваютъ, не имѣется-ли на нихъ какихъ-либо поврежденій; при наличности таковыхъ шовъ накладывается уже теперь только при сильномъ кровотеченіи, въ противномъ случаѣ это откладывается до окончанія послѣдоваго періода. Конецъ пуповины кладется въ паховой сгибъ; мокрая подстилка замѣняется свѣжими, сухими. Родильница лежитъ на спинѣ съ вытянутыми, умѣренно приведенными ногами.

Засимъ мы держимся совершенно пассивно; всякое излишнее ощупываніе живота, всякое несвоевременное растираніе и надавливаніе только мѣшаетъ фізіологическому ходу отдѣленія и изгнанія послѣда; намъ нужно только отъ времени до времени самымъ легкимъ прикладываніемъ руки къ животу

удостоверяться въ положеніи дна матки и въ консистенці послѣдней. Затѣмъ, мы должны разслѣдовать, не произошло-ли сколько-нибудь значительное наружное кровотеченіе. Внутреннее кровотеченіе распознается по состоянію пульса. Временами наступаетъ такъ называемая плацентарная потуга, которую родильница распознаетъ по ощущенію легкой тянущей боли, а мы по отвердѣнію матки. Далѣе, мы можемъ установить, что дно матки поднялось выше. Подобно тому, какъ въ періодѣ изгнанія плода матка оттягивается вверхъ надъ этимъ послѣднимъ, такъ точно въ послѣдовомъ періодѣ она оттягивается вверхъ надъ дѣтскимъ мѣстомъ. Послѣдъ переходитъ изъ полой мышцы (дно матки) въ выходную трубку (шейка плюсъ влагалище), откуда онъ затѣмъ при содѣйствіи брюшного прессы выталкивается наружу, таща за собою яйцевыя оболочки и выпячиваясь либо своею зародышевою стороною (*modus Schultze*), либо материнскою (*modus Duncan'a*). Время, по прошествіи котораго происходитъ изгнаніе послѣда, представляется крайне различнымъ: послѣдъ можетъ выйти сейчасъ же вслѣдъ за изгнаніемъ плода, но отторженіе его можетъ также затянуться и на много часовъ. Если нѣтъ никакихъ аномалій, вынуждающихъ къ раннему вмѣшательству, то мы, какъ уже сказано выше, должны выжидать самопроизвольнаго изгнанія послѣда.

Но опытъ показалъ, что черезчуръ долгое промедленіе изгнанія влечетъ за собою вредныя послѣдствія. Стало быть, выжиданіе имѣетъ свои предѣлы. Въ среднемъ мы выжидаемъ $1\frac{1}{2}$ часа, и въ большинствѣ случаевъ послѣдъ въ теченіе этого времени успѣваетъ выйти наружу. Какъ скоро онъ показывается въ половой расщелинѣ, мы принимаемъ его рукою. Когда послѣдъ вышелъ окончательно, мы медленно поворачиваемъ его нѣсколько разъ вокругъ оси, перекладывая его попеременно изъ одной руки въ другую, такъ что яйцевыя оболочки свертываются въ шнурокъ и выходятъ наружу безъ того, чтобы нужно было за нихъ потягивать.

Но если черезъ $1\frac{1}{2}$ часа послѣдъ все еще не родился, то мы должны содѣйствовать его выходу. Самое главное при этомъ, это то, чтобы мы по возможности избегали всякаго введенія руки въ родовыя пути, ибо какъ-разъ въ послѣдовомъ періодѣ опасность инфекціи, по причинѣ наличности свѣжихъ раневыхъ поверхностей, крайне велика. Насколько возможно мы должны стараться придти къ цѣли только однѣми наружными манипуляціями. Прежде всего необходимо позаботиться объ опорожненіи мочевого пузыря, такъ какъ наполненіе его мѣшаетъ изгнанію послѣда. Какъ скоро пузырь опорожненъ, мы прощупываемъ матку снаружи, причѣмъ въ большинствѣ случаевъ можемъ узнать, оставилъ-ли уже послѣдъ полую мышцу или нѣтъ. Въ первомъ случаѣ тѣло матки представляется сплюснутымъ въ направленіи спереди назадъ, и непосредственно надъ симфизомъ прощупывается мягкое выпячиваніе, образуемое послѣдомъ, растягивающимъ нижній сегментъ матки, т. е. шейку. Въ томъ случаѣ, когда послѣдъ находится еще въ тѣлѣ матки, послѣднее представляется шаровиднымъ, и когда мы приподнимаемъ матку вверхъ наружными приѣмами, то пуповина нѣсколько отходитъ назадъ во влагалище. Опусканіе послѣда распознается

по дальнѣйшему выступанію пуповины изъ влагалища. При перерѣзкѣ пуповины мы притягиваемъ ее очень осторожно, дабы выпрямить имѣющіяся петли, и накладываемъ лигатуру съ плацентарной стороны непосредственно у вульвы. Эта лигатура служитъ намъ, такъ сказать, мѣткою: чѣмъ дальше она удалилась отъ половой расщелины, тѣмъ, значитъ, ниже опустился послѣдъ.

Для того, чтобы содѣйствовать изгнанію послѣда, мы прибѣгаемъ къ такъ называемому **способу выжиманія**. Мы помѣщаемъ на дно матки руку такимъ образомъ, чтобы 4 пальца пришились на заднюю поверхность, а большой палецъ на переднюю поверхность тѣла матки. Установивъ матку какъ-разъ по срединной линіи, мы нѣсколько разъ то направляемъ разведенные пальцы вверхъ ко дну матки, то опять скользимъ ими внизъ по тѣлу матки; такое раздраженіе вызываетъ сокращенія матки. Можно также производить этотъ пріемъ, выждавъ самопроизвольнаго наступленія плацентарной потуги. Круговымъ растираніемъ, попеременно чередуемымъ съ только-что описаннымъ подниманіемъ и опусканіемъ пальцевъ, мы возбуждаемъ необходимыя сокращенія матки.

Какъ скоро матка сдѣлалась совершенно твердою, стало быть *на высотѣ сокращеній*, мы прижимаемъ переднюю стѣнку тѣла матки къ задней, помѣщая 4 пальца на послѣднюю, а большой палецъ—на первую; кромѣ того, мы слегка отгѣсняемъ матку къ тазовой полости — *ручной пріемъ Credé* (не смѣшивать *со способомъ Credé*, причѣмъ ручной пріемъ этотъ производился возможно скорѣе послѣ рожденія младенца). Другая рука можетъ виллообразно обхватить матку надъ лоннымъ соединеніемъ, не давая ей ускользнуть (*Schatz*). Въ большинствѣ случаевъ послѣдъ продвигается за половую расщелину, гдѣ и его принимаетъ другая наша рука.

Этотъ способъ въ высшей степени цѣлесообразенъ, такъ какъ онъ даетъ возможность вывести послѣдъ, не входя рукою въ родовые пути. Но выжиманіе должно производиться правильно. Никогда не слѣдуетъ выжимать въ томъ случаѣ, когда матка не сокращается, когда она вяла; точно также никогда не слѣдуетъ оказывать насильственнаго давленія. Попытка выжиманія при вялой маткѣ вызоветъ только неправильныя маточныя сокращенія и помѣшаетъ процессу изгнанія; съ другой стороны, насильственное надавливаніе можетъ повести даже къ вывороту матки (*inversio uteri*).

Если выжиманіе не удастся съ перваго раза, то мы выжидаемъ нѣкоторое время и повторяемъ попытку. Въ томъ случаѣ, когда выжиманіе встрѣчаетъ препятствіе со стороны напряженія брюшныхъ покрововъ, прибѣгають къ наркозу. Такимъ образомъ мы можемъ почти всегда придти къ цѣли, не имѣя надобности вводить руку въ родовые пути. Только въ рѣдкихъ случаяхъ изгнаніе послѣда не можетъ быть достигнуто этимъ путемъ, и тогда не остается ничего иного, какъ вывести плаценту внутренними или комбинированными ручными пріемами. Въ то время какъ въ

нормальныхъ случаяхъ мы поступаемъ описаннымъ способомъ, мы въ другихъ случаяхъ бываемъ вынуждены отказаться отъ выжидательнаго метода.

Въ томъ случаѣ, когда наступаетъ болѣе значительное кровотеченіе (обусловленное не поврежденіями) или когда вслѣдъ за родами кровь не перестаетъ отходить, мы обхватываемъ тѣло матки и массируемъ вышеописаннымъ способомъ; въ большинствѣ случаевъ этимъ приемомъ удается вызвать сокращенія матки и остановить кровотеченіе.

При такихъ условіяхъ мы можемъ выжидать дальше, примѣрно до 1 ½ часовъ.

Но если кровотеченіе не прекращается, то мы должны предпринять *раннее выжиманіе*. Въ случаѣ удачи этой манипуляціи кровотеченіе обычно унимается, но все-таки необходимо слѣдить и дальше за маткою.

Точно также, если произошла сильная потеря крови уже до рожденія плода (предлежаніе послѣда), мы стараемся возможно сократить послѣдовый періодъ; аналогично мы поступаемъ и въ случаѣ наступленія пропессовъ разложенія во время родовъ (лихорадка съ учащеннымъ пульсомъ, *tumraia uteri*), съ цѣлью имѣть возможность поскорѣе произвести дезинфекцію родового канала.

Если имѣется показаніе къ удаленію послѣда, потому-ли, что послѣ выжидательнаго способа повторныя попытки выжиманія потерпѣли крушеніе ¹⁾, или потому, что раннее выжиманіе, предпринятое по причинамъ, о которыхъ мы только-что упомянули (кровотеченіе), также оказалось безуспѣшнымъ, то не остается ничего другого, какъ удалить послѣдъ ручнымъ приемомъ.

Неуспѣхъ выжиманія объясняется задержкою или срощеніемъ всего послѣда либо части его въ тѣлѣ матки. Причина болѣе значительнаго кровотеченія заключается обыкновенно въ томъ, что послѣдъ отслоился отъ маточной стѣнки лишь частично; прикрѣпленная еще часть дѣтскаго мѣста препятствуетъ достаточно сильному сокращенію, отсюда кровотеченіе изъ того мѣста запоздалой отпадающей оболочки, отъ котораго послѣдъ уже отдѣлился.

Ahlfeld у мы обязаны разъясненіемъ этого процесса. По его словамъ, „срощеніе“ или, правильнѣе „ненормально плотное соединеніе“ объясняется большею частью извѣстными патологическими процессами во время беременности и родовъ: предлежаніемъ послѣда, аномаліями эндометрія и, вслѣдствіе этого, постоянною задержкою при всѣхъ родахъ, воспалениями

¹⁾ Недавно *Zangemeister* предложилъ въ случаѣ неудачи выжиманія, прежде чѣмъ рѣшиться на ручное удаленіе послѣда, вдавливать матку во время межпотужной паузы пальцами съ обѣихъ сторонъ, затѣмъ въ направленіи спереди назадъ попеременно въ различныхъ мѣстахъ, такъ чтобы образовались тарелкоподобныя вдавленія; разминаніе это продолжается до наступленія потуги, повторяясь, въ случаѣ надобности, и въ слѣдующіе межпотужные промежутки. Разминаніе сдвигаетъ послѣдъ съ мѣста его прикрѣпленія, а потуги постепенно довершаютъ его отдѣленіе. Иногда этотъ приемъ облегчаетъ также слѣдующее примѣненіе выжиманія.

почекъ и эклампсію, эндометритомъ *sub partu*, *tympania uteri*, ненормальнымъ образованіемъ послѣда (языкообразный, *succenturiata*, *bipartita*, *circumvallata*).

Первичная атонія, по *Ahlfeld*'у, рѣдко является причиною приращенія послѣда; напротивъ, атонія сплошь и рядомъ является слѣдствіемъ приращенія и кровотеченія.

Плотное срощеніе бываетъ большею частью частичнымъ и относится въ особенности къ краевымъ частямъ послѣда. Не очень рѣдко эти послѣднія сростаются съ угломъ трубы. „Задержка“ (безъ срощенія) обусловливается судорожнымъ стягиваніемъ матки; такія стриктуры, въ особенности на границѣ тѣла матки и выходной трубки, возникаютъ, напримѣръ, послѣ нецѣлесообразныхъ попытокъ выжиманія или ручного удаленія (потягиваніе и дерганіе за пуповину), равно какъ и послѣ очень большихъ дозъ спорыньи. Нерѣдко наблюдаютъ задержку и въ томъ случаѣ, когда плодъ выводится наружу при не вполне раскрытой шейкѣ.

Ручное удаленіе послѣда должно быть выполнено строго асептически, ибо тѣсное прикосновеніе руки съ раневою внутреннею поверхностью родового канала легко даетъ поводъ къ инфекціи. Если нѣтъ очень сильнаго кровотеченія, которое показываетъ немедленное вмѣшательство, то лучше предпослать дезинфицирующее промываніе влагалища. Въ то время, какъ повивальная бабка укладываетъ родильницу на поперечную кровать и старается справиться съ сильнымъ кровотеченіемъ помощью массажа матки, операторъ тщательно дезинфицируетъ себѣ кисти рукъ и предплечья. При необходимости большой спѣшки, вызванной очень значительнымъ кровотеченіемъ, можно прямо надѣть на оперирующую руку асептическую резиновую перчатку.

Въ большинствѣ случаевъ мы оперируемъ подъ наркозомъ, но при очень сильной анэмїи или при необходимости немедленнаго вмѣшательства приходится отъ него отказываться. Наркотизировавъ больную, нужно всегда предварительно предпринять еще разъ попытку выжиманія, и только въ случаѣ неудачи и этой попытки переходятъ къ ручному удаленію послѣда.

Натянувъ одною рукою пуповину, мы входимъ оперирующею рукою черезъ половую расщелину во влагалище такъ, какъ дѣлаемъ это при внутреннемъ поворотѣ; родовыя части, растянутыя вышедшимъ плодомъ, легко пропускаютъ руку. Какъ скоро вся рука скрылась во влагалищѣ, мы кладемъ другую руку на матку снаружи, такъ что *дальнѣйшая операція происходитъ при содѣйствіи наружной руки, стало быть комбинированно.*

Если мы находимъ большую часть послѣда въ широкой шейкѣ, то мы захватываемъ ее рукою и легкимъ потягиваніемъ (по проводной линїи) выводимъ наружу. Даже въ томъ случаѣ, когда большая часть послѣда еще лежитъ въ тѣлѣ матки надъ контракціоннымъ кольцомъ, удаётся иногда легкимъ потягиваніемъ вывести всю плаценту; этимъ путемъ мы можемъ обойтись безъ вхожденія въ тѣло матки. Но если послѣдъ на-

ходится еще цѣликомъ въ тѣлѣ матки, то приходится войти въ послѣднюю рукою вдоль пуповины. Отслоеніе послѣда, если бы оно къ этому времени еще не произошло, производится только рукою.

Мы проникаемъ локтевымъ краемъ руки между стѣнкою матки и послѣдомъ и, при одновременномъ давленіи наружной руки, отдѣляемъ плаценту (рис. 141), что въ большинствѣ случаевъ удается очень легко. Только рѣдко имѣются плотныя сращения. Частыя затрудненія, вину за которыя возлагали на сращения, зависятъ главнымъ образомъ отъ того, что отдѣленіе производится не въ надлежащемъ слоѣ. Болѣе плотныя тяжи должны быть отщемлены пальцами. Очень цѣлесообразно, если рука работаетъ внутри яйцевой полости, стало быть предпринимаетъ отдѣленіе



Рис. 141. Ручное отдѣленіе послѣда. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

послѣда, будучи покрыта яйцевыми оболочками, такъ какъ тогда она не приходитъ въ непосредственное соприкосновеніе съ раненою маточною стѣнкою. Когда весь послѣдъ будетъ отдѣленъ, рука обхватываетъ его сверху и медленно выводитъ по проводной линіи.

Въ томъ случаѣ, однако, когда шейка оказывается для этого слишкомъ узкою, мы послѣ отдѣленія послѣда выводимъ руку обратно, захватываемъ дѣтское мѣсто за нижнюю его часть и извлекаемъ этимъ путемъ.

Если послѣдъ помѣщается на передней стѣнкѣ матки, то для введен-

ной руки можетъ быть затруднительно произвести отдѣленіе его при спинномъ положеніи роженицы; въ такомъ случаѣ женщину кладутъ на бокъ, причемъ во время перемѣны этого положенія руку незачѣмъ выводить изъ родовыхъ путей.

При болѣе плотныхъ сращенияхъ необходимо быть очень осторожнымъ, и во время отдѣленія послѣда должно обязательно слѣдить за толщиной маточной стѣнки помощью точнаго контроля наружной руки. Въ этомъ случаѣ удастся съ большимъ трудомъ отслоить и удалить послѣдъ только частями.

Если цервикальный каналъ настолько узокъ, что рука не можетъ пройти черезъ него, то мы должны поступать очень бережно. Нужно попытаться растянуть его совсѣмъ постепенно пальцами, причемъ другая рука въ это время фиксируетъ матку снаружи. Если послѣ рожденія плода прошло уже довольно много времени, то стриктура можетъ быть настолько плотна, что на первыхъ порахъ не удастся проникнуть въ матку. Въ такомъ случаѣ мы должны испытать всѣ средства, какія покажутся при судорожныхъ потугахъ, въ особенности сочетанный наркозъ морфіемъ, атропиномъ и хлороформомъ. Поступая систематически и спокойно, мы почти всегда съумѣемъ придти къ цѣли, хотя нерѣдко намъ придется отказаться отъ отдѣленія послѣда цѣликомъ и удовольствоваться выведеніемъ его по частямъ ¹⁾).

Удаливъ послѣдъ ручнымъ путемъ, мы должны еще разъ войти въ полость матки, для того чтобы хорошенько разслѣдовать ее. Но предъ каждымъ новымъ введеніемъ руки необходимо промыть ее антисептическимъ растворомъ (лизоль, мыльный крезоль). Въ большинствѣ случаевъ достаточно войти въ тѣло матки двумя пальцами; надавливая на шейку одновременно наружною рукою, мы прощупываемъ внутреннюю стѣнку и удаляемъ части послѣда, которыя могли бы еще тамъ остаться.

Въ заключеніе предпринимаютъ дезинфицирующее промываніе полости матки растворомъ лизола или мыльнаго крезола. *Ahlfeld* рекомендуетъ промываніе 75 % алкогелемъ. Жидкость можно употреблять холодною, такъ какъ холодъ возбуждаетъ сокращенія матки. Для промыванія пользуются сильно изогнутымъ маточнымъ катетеромъ или же изогнутую стеклянную влагалищную трубкою. Предъ введеніемъ трубки нужно тщательно удостовѣриться въ томъ, что изъ нея выведенъ весь воздухъ; кромѣ того, когда трубка проведена до дна матки, не мѣшаетъ ее нѣсколько выдвинуть назадъ, для того чтобы жидкость не вливалась прямо въ зияющій просвѣтъ сосудовъ.

¹⁾ Въ одномъ случаѣ, при которомъ и я, между прочимъ, присутствовалъ, тѣсно были испытаны всѣ средства, для того чтобы получить доступъ къ послѣду. Когда въ заключеніе наступили гниеніе послѣда и септическая инфекция матки, *Schultze* послѣ лапаротоміи удалилъ всѣ тѣло матки съ дѣтскимъ мѣстомъ (какъ при операціи *Porro*); больная выздоровѣла.

Въ настоящее время въ такомъ случаѣ оперировали бы со стороны влагалища, получили бы доступъ къ тѣлу путемъ передней кольпотоміи, разсѣкли бы стѣнку, удалили бы послѣдъ и затѣмъ снова зашили бы стѣнку, если исключена была бы возможность экстирпаціи матки.

Особенно опасно ручное удаление послѣда въ томъ случаѣ, когда имѣють дѣло съ септическими процессами (*endometritis purulenta, tympania uteri*); здѣсь мы рискуемъ при операціи вогнать инфекціонныя массы прямо въ кровеносные и лимфатическіе пути и такимъ образомъ содѣйствовать распространенію сепсиса. Такимъ образомъ въ томъ случаѣ, когда нѣтъ очень сильнаго кровотеченія, нужно взвѣсить, не лучше-ли отказаться отъ ручного отдѣленія послѣда и выждать самопроизвольнаго его изгнанія, тапонируя матку іодоформною марлею (*Ahlfeld*).

Задержка частей послѣда или яйцевыхъ оболочекъ.

Какъ скоро послѣдъ родился, произойдетъ-ли это самопроизвольно или же при помощи выжиманія, необходимо тщательно *осмотрѣть его съ цѣлью убѣдиться въ томъ, что онъ вышелъ весь, цѣликомъ*. Въ томъ случаѣ, когда яйцевой мѣшокъ выворачивается, какъ это часто бываетъ (*modus Schultze*), нужно сперва отодвинуть назадъ яйцевыя оболочки и уже засимъ подвергнуть осмотру материнскую сторону послѣда. Нерѣдко зіяніе между отдѣльными долями послѣда симулируетъ дефектъ его; прикладывая доли другъ къ другу, мы видимъ между ними рѣзкую пограничную линію; при дефектѣ эта рѣзкая граница отсутствуетъ. Въ особенности должно обращать вниманіе на край плаценты, какъ на мѣсто, гдѣ всего чаще встрѣчаются дефекты. Если яйцевыя оболочки имѣются по всей периферіи, то въ краевыхъ частяхъ послѣда едва-ли имѣется какой-либо дефектъ. Далѣе, обращаютъ вниманіе на то, не направляются-ли отъ края послѣда въ оторванныя яйцевыя оболочки болѣе крупныя сосуды; наличность такихъ сосудовъ позволяетъ предположить существованіе такъ наз. прибавочнаго послѣда (*placenta succenturiata*).

Послѣ осмотра материнской стороны послѣдъ кладутъ на эту сторону, оттягиваютъ вверхъ пуповину или даютъ ее придерживать и поднимаютъ яйцевыя оболочки, какъ-бы возстановляя вновь яйцевую полость. Въ томъ случаѣ, когда разрывъ яйцевыхъ оболочекъ не больше, чѣмъ сколько нужно было для прохожденія плода, получается очень наглядная картина. Точно также цѣлесообразно держать послѣдъ материнской стороной вверхъ; тогда свѣшивающіяся яйцевыя оболочки образуютъ валяй мѣшокъ, а изъ мѣста разрыва яйцевыхъ оболочекъ выступаетъ пуповина. Мы производимъ изслѣдованіе воревстой и водной оболочекъ, съ цѣлью удостовѣриться въ томъ, что онѣ вышли цѣликомъ. Въ особенности тщательно необходимо осмотрѣть первую оболочку; если въ какомъ-нибудь мѣстѣ имѣется дефектъ воревстой оболочки, то здѣсь гладкая водная оболочка представляется обнаженною. Можетъ случиться также, что яйцевыя оболочки отрываются совершенно отъ края послѣда и задерживаются въ маткѣ. Въ другихъ случаяхъ онѣ отдѣляются только отъ одной части края.

Какъ скоро изслѣдованіе обнаруживаетъ отсутствіе части послѣда,— нужно считаться также и съ возможностью существованія прибавочнаго дѣтскаго мѣста (см. выше),—самое правильное, это удалить остатокъ руч-

ными приемами. Мы входимъ рукою во влагалище по способу, описанному уже выше, вводя въ тѣло матки сперва только два пальца, и при содѣйствіи наружной руки стараемся вывести остатки послѣда, а равно и яйцевыхъ оболочекъ, буде такіе оказались съ.

Если при изслѣдованіи обнаружится *дефектъ лишь яйцевыхъ оболочекъ*, то *отнюдь не представляется безусловно необходимымъ принимать ручное удаленіе остатковъ*. Если отсутствуютъ лишь самыя ничтожныя части или если при разорванныхъ въ клочья яйцевыхъ оболочкахъ представляется сомнительнымъ, отсутствуетъ-ли вообще что-либо, то, какъ правило, слѣдуетъ отказываться отъ внутреннихъ приемовъ. Опытъ показалъ, что подобныя остатки яйцевыхъ оболочекъ почти всегда извергаются безъ всякихъ вредныхъ послѣдствій въ послѣродовомъ періодѣ. Но если мы такимъ образомъ и не будемъ входить въ родовые пути изъ-за всякаго остатка яйцевыхъ оболочекъ, то все же намъ очень важно знать, задержались-ли въ маткѣ остатки или нѣтъ, и если эти задержавшіяся остатки вызываютъ потомъ въ послѣродовомъ періодѣ какія-либо разстройства (лихорадка, кровотеченіе), то, въ концѣ концовъ, необходимо ихъ удалить.

Въ томъ же случаѣ, когда отсутствуютъ большія части яйцевыхъ оболочекъ или когда послѣднія отдѣлились по всей периферіи отъ края послѣда и задержались въ маткѣ, мы вводимъ два пальца во влагалище и ошупываніемъ изслѣдуемъ, свѣшиваются-ли оболочки во влагалище или въ разслабленную шейку. Въ утвердительномъ случаѣ мы осторожно потягиваемъ за нихъ, и иногда этимъ путемъ удается удалить всѣ задержавшіяся части. Входить въ полость тѣла матки съ цѣлю удаленія остатковъ яйцевыхъ оболочекъ разрѣшается въ общемъ лишь тогда, когда къ этому насъ вынуждаетъ очень значительное кровотеченіе. Дѣло въ томъ, что опасность задержанія остатковъ менѣе велика, нежели опасность введенія руки.

Удаленіе остатковъ яйцевыхъ оболочекъ производится аналогично удаленію остатковъ послѣда. Въ заключеніе предпринимаютъ внутриматочное промываніе. Въ томъ случаѣ, когда удаленіе остатковъ дѣтскаго мѣста (плацентарный полипъ) или остатковъ яйцевыхъ оболочекъ производится въ позднѣйшемъ теченіи послѣродового періода, по большей части достаточно провести въ полость тѣла матки одинъ или два пальца; ширина шейки обычно допускаетъ введеніе руки, такъ что лишь рѣдко требуется расширеніе. Удаленіе остатковъ однимъ пальцемъ должно всегда производиться подъ бдительнымъ контролемъ наружной руки. Въ остальномъ поступаютъ такъ, какъ при удаленіи остатковъ выкидыша.

Относительно леченія кровотеченій въ послѣродовомъ періодѣ смотри также слѣдующій отдѣлъ.

ОТДѢЛЪ IX.

Кровотеченія и поврежденія.

Намъ уже неоднократно приходилось говорить о кровотеченияхъ и поврежденіяхъ родовыхъ путей. Въ нижеслѣдующемъ изложеніи мы дадимъ *общій обзоръ* этихъ практически важныхъ осложненій родового процесса, причѣмъ остановимся нѣсколько подробнѣе на нѣкоторыхъ особенностяхъ. Въ интересахъ полноты изложенія, намъ, конечно, придется кое-въ чемъ и повторяться.

Кровотеченія при беременности нормально не встрѣчаются во все время теченія ея. Иногда, однако, случается, что векорѣ послѣ наступившаго зачатія появляются еще одинъ или нѣсколько разъ незначительныя кровотеченія, представляющія менструальный характеръ и наступающія въ соотвѣтственное время; кровотеченія эти, однако, не имѣютъ особаго патологическаго значенія.

Напротивъ, другія кровотеченія изъ матки во время беременности представляются патологическими. По большей части или начинается *преждевременное прерываніе беременности* (выкидышъ, преждевременные роды). Съ леченіемъ ихъ мы подробно познакомились при описаніи терапіи выкидыша въ отдѣлѣ V.

Кровотеченія, а съ нимъ въ большинствѣ случаевъ перерывъ беременности, могутъ произойти вслѣдствіе первичной аномаліи яйца (напр. пузырнаго заноса), или же заболѣванія матери дають поводъ къ отдѣленію поверхности яйца отъ маточной стѣнки и къ послѣдовательному кровотеченію (напр. эндометритъ). Дальнѣйшею причиною кровотеченія можетъ явиться также преступная попытка къ выкидышу. Напомнимъ затѣмъ и о кровотеченіи изъ матки при *внематочной беременности*.

Само собой разумѣется, что этиологическими моментами кровотеченія могутъ явиться также всевозможныя *травмы*, дѣйствующія на родовые пути (напр. разрывъ матки при значительномъ насиліи), далѣе *новообразованія* матки (міома, ракъ). Намъ уже неоднократно приходилось высказываться о значеніи этихъ осложненій и вытекающихъ изъ нихъ показаній.

Довольно часто дѣло доходитъ до образованія *варикозныхъ* расширеній, притомъ какъ на нижнихъ конечностяхъ, такъ и на наружныхъ половыхъ частяхъ. Такой варикозный узелъ можетъ лопнуть и обусловить изрядное кровотеченіе. Какъ скоро источникъ кровотеченія найденъ, оно легко можетъ быть остановлено, путемъ-ли прижатія, или, въ случаѣ на-

добности, путем обкалыванія. Въ томъ случаѣ, когда у беременной констатируютъ сильныя варикозныя расширенія, нужно обратить ея вниманіе на опасность и научить ее унимать до прихода врача кровотеченіе прижатіемъ (помощью ваты). Въ рѣдкихъ случаяхъ разрывается *varix* и внутри влагалища.

Тщательный осмотръ откроетъ источникъ кровотеченія, а прижатіе или обкалываніе приведетъ къ остановкѣ его.

Въ началѣ **родовъ** наступаетъ большей частью незначительное кровотеченіе благодаря тому, что при начинающемся раскрытіи нижній полюсъ яйца отдѣляется отъ маточной стѣнки. Происходящій при этомъ разрывъ мелкихъ сосудовъ и знаменуетъ собою обыкновенно начало родового акта.

Въ дальнѣйшемъ теченіи періода раскрытія нормально кровотеченія не наблюдается, если не считать незначительнаго кровотеченія изъ небольшихъ разрывовъ шейки (см. ниже). Но встрѣчаются патологическіе случаи, при которыхъ кровотеченія наступаютъ, достигая подчасъ очень значительной степени. Именно, можетъ произойти *преждевременное отдѣленіе послѣда отъ маточной стѣнки*, и разорвавшіеся при этомъ маточно-плацентарныя сосуды послужатъ источникомъ обильнаго кровотеченія. Подобное преждевременное отдѣленіе послѣда въ большинствѣ случаевъ обуславливается низкимъ мѣстонахожденіемъ его, такъ наз. предлежаніемъ послѣда (*placenta praevia*).

Осложненіе родовъ предлежаніемъ послѣда принадлежитъ къ числу наиопаснѣйшихъ и требуетъ особенно быстрой и сознательной терапіи. Вотъ почему мы позволимъ себѣ остановиться на немъ нѣсколько подробнѣе.

Предлежаніе послѣда.

Если послѣдъ лежитъ въ маткѣ настолько низко, что при расширеніи маточнаго зѣва палецъ прощупываетъ надъ расширенной шейкой матки плацентарную ткань, то говорятъ о *placenta praevia*; если плацентарную тканью покрыто все отверстіе канала, то предъ нами имѣется *placenta praevia centralis*; если, наконецъ, на одной сторонѣ прощупывается плацентарная ткань, а на другой—яйцевыя оболочки, то говорятъ о *placenta praevia lateralis*. Нерѣдко бываетъ, что случай, который при мало раскрытомъ маточномъ зѣвѣ былъ признанъ центральнымъ предлежаніемъ плаценты, послѣ полного расширенія оказывается боковымъ предлежаніемъ.

Мѣстонахожденіе плаценты въ маткѣ, какъ извѣстно, варьируетъ. По большей части послѣдъ помѣщается на одной изъ боковыхъ стѣнокъ, рѣдко—въ двѣ матки. Въ какомъ мѣстѣ маточной стѣнки произойдетъ первичное привитіе оплодотвореннаго яйца, иначе сказать, въ какомъ мѣстѣ образуется послѣдъ (*decidua serotina*), представляется отчасти дѣломъ случая. Послѣдъ помѣщается различно высоко въ маткѣ, и наблюдаются всѣ переходныя степени отъ высоко сидящей плаценты до *placenta praevia*. Въ томъ случаѣ, когда послѣдъ лежитъ надъ внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ, не прощупываясь, однако, чрезъ него, говорятъ о *низкомъ мѣстонахожденіи послѣда*.

Родившійся послѣдъ, если разрывъ яйцевыхъ оболочекъ не сталъ больше, чѣмъ сколько нужно было для прохожденія плода, позволить распознать, на какомъ разстояніи отъ маточнаго зѣва помѣщался послѣдъ. Мѣсто разрыва яйцевыхъ оболочекъ должно соответствовать области внутренняго маточнаго зѣва. Если теперь найти тотъ меридіанъ яйца, на которомъ путь разрыва яйцевыхъ оболочекъ до послѣда на одной сторонѣ будетъ кратчайшимъ, на другой—болѣе длиннымъ, то кратчайшее разстояніе края плаценты отъ разрыва яйцевыхъ оболочекъ укажетъ намъ, насколько край этотъ отстоялъ отъ внутренняго маточнаго зѣва. Правда, этимъ путемъ мы не можемъ опредѣлить, прикрѣпленъ-ли былъ послѣдъ справа, или слева, спереди или сзади, но зато мы можемъ судить о томъ, на какой высотѣ матки онъ помѣщался.

Вопросъ о причинахъ образованія placenta praeviae въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ не можетъ быть рѣшенъ окончательно. На каждые 500 случаевъ родовъ приходится по одному случаю предлежанія послѣда. По одной теоріи, происхожденіе описываемой аномаліи объясняется такимъ образомъ, что, въ силу тѣхъ или другихъ причинъ, яйцо первично *прививается въ ненормально низкомъ мѣстѣ* маточной полости. Можно себѣ представить, напр., что при особенно широкой и вялой маткѣ яйцо, выходящее изъ яйцепровода, скатывается внизъ. Съ этимъ находится въ согласіи и то, что предлежаніе послѣда встрѣчается чаще у повторно-рожавшихъ, главнымъ образомъ у тѣхъ изъ нихъ, у которыхъ беременности быстро слѣдовали одна за другой. Но объясненіе данной аномаліи первичнымъ поселеніемъ яйца вблизи внутренняго маточнаго зѣва оказывается недостаточнымъ, и *Hofmeier* и *Kaltenbach* предложили другую теорію, по которой *предлежаніе послѣда обуславливается развитіемъ послѣдняго не только въ области deciduae serotinae, но и въ области сосѣдней deciduae reflexae нижняго полюса яйца*. Нормально сохраняютъ сосуды только тѣ ворсинки хоріона периферіи яйца, которыя, погружаясь въ запоздалую отпадающую оболочку, образуютъ съ нею послѣдъ, на всей же остальной периферіи яйца, окруженной decidua reflexa, ворсинки закупаются. Теперь, если, въ видѣ исключенія, яйцо не находитъ достаточной почвы для своего питанія въ decidua serotina (здѣсь имѣетъ значеніе въ качествѣ этиологическаго момента хроническій эндометритъ), то ворсинки хоріона, прилегающія къ decidua serotina, также сохраняютъ сосуды и вмѣстѣ съ покрывающею ихъ decidua reflexa образуютъ плаценту. Такимъ образомъ предлежащій лоскутъ placenta praeviae представляетъ собою послѣдъ, образовавшійся изъ deciduae reflexae. Другой примѣръ развитія послѣда въ области deciduae reflexae мы имѣемъ въ такъ назыв. placenta marginata, при которой плацентарная ткань по всей периферіи выдается въ видѣ валика надъ областью яйцевыхъ оболочекъ. Очень много спорили о томъ, правильнѣе-ли объяснять образованіе placenta praeviae теорію *Hofmeier-Kaltenbach'a*, по которой плацента развивается въ области deciduae reflexae, или же первичнымъ поселеніемъ яйца вблизи

внутренняго маточнаго зъва (*Ahlfeld*). Въ сущности оба возрѣнія во-все не исключаютъ другъ друга, и въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ дѣло съ первичнымъ низкимъ прикрѣпленіемъ яйца и съ образованіемъ послѣда въ области *deciduae reflexae*.

Значеніе предлежанія послѣда заключается въ томъ, что оно даетъ поводъ къ *сильнымъ кровоточеніямъ*. Если послѣдъ вдается въ тотъ отрѣзокъ маточной полости, который расширяется въ послѣдніи недѣли беременности, то кровоточенія могутъ наступить уже до нормальнаго срока родовъ. Такія кровоточенія при *placenta praevia* встрѣчаются нерѣдко на 8-мъ мѣсяцѣ беременности. Они могутъ остановиться, и беременность можетъ протекать дальше. Часто, однако, кровоточенія эти служатъ началомъ преждевременнаго перерыва беременности. Такимъ образомъ при родахъ съ предлежаніемъ послѣда относительно часто имѣюгъ дѣло съ преждевременно родившимися плодами.

Кровоточеніе происходитъ главнымъ образомъ въ томъ случаѣ, когда во время родового акта шейка расширяется и нижнія части матки растягиваются (періодъ раскрытія). Находящійся здѣсь послѣдъ не можетъ слѣдовать за растягивающеюся маточною стѣнкою, въ результатъ получается его отслоеніе и притомъ въ наиболѣе нижней части, такъ какъ здѣсь растяженіе стѣнки всего сильнѣе. Отдѣленіе послѣда происходитъ въ томъ же слѣдствіи *deciduae*, какъ и при нормальномъ отдѣленіи въ послѣдовомъ періодѣ, стало быть исключительно въ предѣлахъ материнской части. При этомъ отдѣленіи материнскіе сосуды, проникающіе изъ маточной стѣнки въ послѣдъ, такъ наз. маточно-плацентарные сосуды, должны подвергаться разрыву, и такимъ образомъ получается кровоточеніе изъ этихъ сосудовъ, т. е. изъ того мѣста маточной стѣнки, отъ котораго отдѣлился послѣдъ. *Вытекающая кровь представляется, слѣдовательно, материнскою*; она по большей части темна (кровь венъ, кровь краевой пазухи). Изъ круга дѣтскаго кровообращенія при отдѣленіи послѣда кровоточенія не наступаетъ. Только въ томъ случаѣ, когда при изслѣдованіи или оперированіи повреждается послѣдъ и вслѣдствіе этого вскрываются сосудистыя области ворсинокъ хоріона, можетъ вытекать также и дѣтская кровь. Плодъ, однако, подвергается опасности, такъ какъ, съ одной стороны, послѣ отдѣленія части послѣда обмѣнъ веществъ между матерью и плодомъ уменьшается, съ другой же стороны, сильная потеря крови матерью влечетъ за собою для плода косвенную опасность. Количество крови, вытекающей наружу черезъ маточный зъвъ, можетъ быть очень значительно, угрожая жизни непосредственною опасностью.

Если при боковомъ предлежаніи послѣда плодный пузырь разрывается преждевременно, то кровоточеніе большею частью останавливается. Послѣ разрыва пузыря послѣдъ можетъ скорѣе оттянуться вверхъ вмѣстѣ съ маточною стѣнкою, слѣдовать за нею, такъ что дѣло уже не доходитъ до дальнѣйшаго болѣе значительнаго его отслоенія. Пока же яйцо цѣло, маточная стѣнка можетъ свободно продвигаться мимо него вверхъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ послѣдъ отдѣляется весь и выступаетъ впереди плода (выпаденіе послѣда).

При низкомъ мѣстонахожденіи послѣда въ періодъ раскрытія равнымъ образомъ происходятъ большею частью кровотеченія, которыя, однако, обычно бывають не особенно значительны. На родившемся послѣдѣ замѣчаютъ тогда довольно крупныя кровяныя свертки, приставшіе къ краю послѣда, помѣщающагося совсѣмъ близко къ мѣсту разрыва яйцевыхъ оболочекъ.

Диагнозъ предлежанія послѣда большею частью можетъ быть поставленъ уже на основаніи симптомовъ. Когда мы слышимъ, что женщина въ началѣ родовъ или даже уже за нѣсколько недѣль до нормальнаго срока ихъ обнаруживаетъ сильныя кровотеченія изъ влагалища, то первая наша мысль должна быть направлена на placenta praevia. Какъ скоро мы исключили возможность кровотеченія изъ поврежденія (лопнувшій варикозный узелъ), или изъ новообразованія и узнали, что кровь выходитъ изъ маточнаго зѣва, мы тотчасъ же диагностируемъ предлежаніе послѣда и дѣйствуемъ сообразно этому, даже и въ томъ случаѣ, когда цервикальный каналъ еще неходимъ для пальца, когда, слѣдовательно, плацентарную ткань еще не удается прощупать. Правда, здѣсь могло бы идти дѣло и о рѣдкомъ отдѣленіи нормально прикрѣпленнаго послѣда, но за placenta praevia говорятъ особая рыхлость шейки и прощупываніе болѣе сильной пульсаціи. Иногда также обращаетъ вниманіе на себя то обстоятельство, что предлежащая часть можетъ быть прощупана пальцемъ черезъ влагалищный сводъ лишь неясно; получается такое впечатлѣніе, какъ если бы между пальцемъ и предлежащею частью находилась тѣстоватая масса. Если каналъ шейкиходимъ, то плацентарная ткань, какъ таковая, распознается легко; точно также не трудно опредѣлить, покрытъ ли каналъ вездѣ этою тканью и достижимы ли яйцевыя оболочки. Относительно часто мы находимъ при этомъ ненормальное положеніе плода.

Предсказаніе существенно зависитъ отъ величины кровопотери. По своимъ размѣрамъ кровотеченіе можетъ быть прямо смертельнымъ. При преждевременномъ разрывѣ плоднаго пузыря кровотеченіе, какъ мы замѣтили уже выше, обычно бываетъ менѣе значительнымъ. Предлежащая часть, опускаясь въ тазъ и производя давленіе на стѣнки его, тѣмъ самымъ останавливаетъ кровотеченіе. Послѣ изгнанія плода матка можетъ начать энергично сокращаться и такимъ образомъ содѣйствовать окончательному прекращенію кровотеченія. Но именно при предлежаніи послѣда нерѣдко и въ послѣдовомъ періодѣ происходятъ болѣе сильныя кровотеченія вѣдствие того, что мѣсто маточной стѣнки, на которомъ прикрѣпленъ былъ послѣдъ, не въ состояніи надлежащимъ образомъ сокращаться.

Цѣлесообразною терапіею можно весьма существенно ограничить кровопотерю. Но, во всякомъ случаѣ, и оперативныя приемы сами по себѣ отнюдь не представляются безопасными: прежде всего нужно считаться съ опасностью септической инфекціи, въ особенности при очень тѣсномъ сопря-

косновеніи съ обнаженною маточною стѣнкою, засимъ не нужно забывать и о возможности воздушной эмболіи.

Предсказаніе для плода не особенно благоприятно: не говоря уже о поврежденіяхъ, обусловливаемыхъ частичнымъ отслоеніемъ послѣда и потерю материнской крови, плоду часто угрожаетъ опасность со стороны операций, которыя потребуются предпринять въ интересахъ матери, въ особенности если, какъ это часто бываетъ, дѣло идетъ о преждевременно родившихся плодахъ, легче подвергающихся вліянію такого рода вредныхъ воздѣйствій.

Обращаясь къ *леченію* предлежанія послѣда, мы должны замѣтить, что нѣтъ такого опредѣленнаго лечебнаго плана, который былъ бы одинаково пригоденъ для всѣхъ случаевъ, хотя многократно и предлагались такія правила, рекомендовавшія всегда одинъ опредѣленный методъ. Здѣсь именно необходимо строго *индивидуализировать*, обсудить и взвѣсить тщательно всѣ особенности каждаго даннаго случая и рѣшить, какія мѣры будутъ удовлетворять всего больше интересамъ и матери, и плода. Не слѣдуетъ, однако, упускать изъ виду, что и въ данномъ случаѣ интересы матери всегда заслуживаютъ предпочтенія предъ таковыми плода.

Всегда нужно выбирать тотъ методъ, который для даннаго случая позволить справиться съ кровотеченіемъ всего надежнѣе и съ примѣненіемъ возможно менѣе значительнаго оперативнаго приѣма.

Если родовая дѣятельность еще не начиналась, если мы имѣемъ дѣло съ кровотечениями въ послѣдніе мѣсяцы беременности, то терапия находится въ зависимости отъ степени кровотеченія. При незначительномъ кровотеченіи достаточно предписать покойное пребываніе въ постели и назначить опій. Можно также примѣнить холодныя орошенія. Но если кровотеченіе болѣе значительно, то, въ виду того, что закрытая шейка еще не даетъ возможности примѣнить другіе способы, не остается ничего иного, какъ плотно *затампонировать* влагалищный сводъ, даже рискуя возбудить этимъ потужную дѣятельность. Тампонада выполняется помощью марли или ваты, притомъ строго асептически (см. стр. 289). Можно также примѣнить и кольцеиринтеръ. Примѣрно черезъ 12 часовъ тампонъ удаляется. Если кровотеченіе остановилось и если родовая дѣятельность еще не началась, то держатся выжидательнаго образа дѣйствій, предписывая, однако, немедленное приглашеніе врача при появленіи новаго кровотеченія. Въ томъ случаѣ, когда дѣло идетъ о случаѣ сельской практики, гдѣ врачебная помощь далека, нужно настоятельно посовѣтовать женщинѣ лечь въ клиникѣ, ибо опасное кровотеченіе можетъ наступить въ любой моментъ и помощь можетъ оказаться запоздалою.

Если насъ приглашаютъ къ женщинѣ, у которой родовая дѣятельность уже въ ходу, то мы поступаемъ различно, смотря по даннымъ изслѣдованія и по стадію родового акта.

Окончательная остановка кровотеченія изъ того мѣста маточной стѣнки, отъ котораго отдѣлился послѣдъ, возможна въ томъ случаѣ, ког-

да стѣнка матки можетъ укорачиваться и сокращаться настолько энергично, что сосуды, направляющіеся къ кровоточащей поверхности, подвергаются сильному прижатію. Пока, однако, плодъ выполняетъ родовый каналъ, это невозможно, и только, когда младенецъ родится, матка можетъ сильно сократиться, подобно тому какъ это бываетъ въ послѣдовомъ періодѣ; тогда кровотеченіе останавливается. Отсюда слѣдуетъ, что возможно *быстрое окончаніе родовъ* значительно сократить продолжительность кровотеченія. Такимъ образомъ, если при существующемъ кровотеченіи даны условія для окончанія родового акта, если маточный зѣвъ совершенно раскрытъ, то мы окончимъ роды *оперативно*, при подвижно стоящей надъ тазомъ головкѣ или при поперечномъ положеніи—путемъ поворота и извлеченія, при тазовомъ положеніи—путемъ извлеченія за тазовой конецъ.

Въ большинствѣ случаевъ, однако, насъ приглашаютъ въ случаяхъ предлежанія послѣда несравненно раньше изъ-за сильнаго кровотеченія, наступающаго уже въ началѣ періода раскрытія; въ это время цервикальный каналъ еще не настолько широкъ, чтобы возможно было окончить роды.

Остановка кровотеченія достигается въ дальнѣйшемъ еще и благодаря тому, что *сильное давленіе на кровоточащую поверхность* прижимаетъ ее къ тазовой стѣнкѣ. Обычно задачу такого прижатія принимаютъ на себя вступающія въ тазъ головка или ягодицы плода. Разъ кровотеченіе этимъ путемъ останавливается, отпадаетъ необходимость въ немедленномъ окончаніи родового акта.

Такъ какъ послѣ излитія плодныхъ водъ кровотеченіе бываетъ менѣе значительно, то въ соответственныхъ случаяхъ мы можемъ достигнуть остановки кровотеченія такимъ простымъ приемомъ, какъ *разрывъ плоднаго пузыря*. Если, напр., мы находимъ боковое предлежаніе послѣда при предлежащей головкѣ, при нормальномъ тазѣ и при уже начавшейся потужной дѣятельности, то мы просто разрываемъ яйцевыя оболочки; съ отхожденіемъ первыхъ водъ, головка опускается ниже и придавливаетъ кровоточащее мѣсто къ тазовой стѣнкѣ настолько, что кровотеченіе останавливается. Дальнѣйшіе роды могутъ тогда протечь вполне самопроизвольно, не угрожая опасностью ни матери, ни плоду.

Но если раскрытіе только еще начинается, если цервикальный каналъ не пропускаетъ даже двухъ пальцевъ, то мы сначала должны попытаться справиться съ кровотеченіемъ *путемъ тампонады*. Въ этомъ случаѣ мы вдвигаемъ въ цервикальный каналъ марлевымъ штопферомъ начальную часть марлевой полоски, а засимъ плотно выполняемъ остальною частью марли какъ влагалищный сводъ, такъ и влагалище. Для выполненія влагалища можно примѣнить также и кольпейринтеръ. Во все время, пока тампонъ лежитъ, мочевой пузырь долженъ опорожняться катетеромъ. Тампонадой мы не только достигаемъ остановки кровотеченія, но и содѣйствуемъ родамъ: цервикальный каналъ расширяется, давая возможность такимъ образомъ примѣнить другіе, болѣе надежные методы.

Если тампонада оказывается вполне достаточною для прекращения кровотечения, что, однако, отнюдь не всегда случается, то ее можно *продолжать до тех поръ, пока шейка не изгладится вполне* и не сдѣлается возможнымъ окончаніе родового акта. Какъ скоро тогда головка или ягодицы опускаются ниже и кровотеченіе останавливается, можно выжидать и самопроизвольнаго изгнанія плода.

При вполне асептическомъ выполненіи тампонада можетъ въ такихъ случаяхъ дать очень хорошіе результаты. Въ прежнее время, когда асептики не знали, способъ этотъ былъ очень опасенъ по причинѣ инфекціи и потому впалъ въ забвеніе. Но и въ послѣднее время его сильно отбѣснилъ на задній планъ методъ *Braxton Hicks'a*, который получилъ очень широкое распространеніе и къ описанію котораго мы сейчасъ перейдемъ.

Какъ скоро шейка стала проходимою для двухъ пальцевъ, мы имѣемъ въ своемъ распоряженіи и другіе методы, позволяющіе надежнѣе справиться съ кровотеченіемъ.

Посредствомъ поворота по *Braxton Hicks'у* (см. стр. 212) мы можемъ создать неполное ножное положеніе; выведенныя въ тазъ ягодицы плода прижимаютъ кровоточащее мѣсто къ тазовой стѣнкѣ и этимъ путемъ останавливаютъ кровотеченіе. Какъ описано на стр. 213, мы входимъ рукою во влагалище и черезъ шейку проникаемъ двумя пальцами въ полость яйца. Пользуясь содѣйствіемъ наружной руки, мы отбѣсняемъ головку въ сторону спинки или при поперечномъ положеніи плечики въ сторону головки и комбинированными приѣмами продвигаемъ плодъ настолько, чтобы ножка сдѣлалась достижимою для пальца; въ то время какъ наружная рука помогаетъ при поворачиваніи, пальцы низводятъ ножку черезъ влагалище. Въ томъ случаѣ, когда имѣется тазовое положеніе, намъ придется только запрокинуть ножку внизъ. При головныхъ или поперечныхъ положеніяхъ цѣлесообразно сперва предпринять наружный поворотъ и этимъ путемъ свести возможно ниже тазовой конецъ плода.

Если бы опять покаалась кровь, то стоитъ только слегка потянуть за ножку, чтобы остановить кровотеченіе. При легкомъ потягиваніи шейка въ большинствѣ случаевъ раскрывается сравнительно скоро. Извлеченіе, однако, не должно производиться черезчуръ быстро, но нужно только остановить кровотеченіе умѣреннымъ потягиваніемъ за ножку, выжидая полного расширенія маточнаго зѣва, по возможности самопроизвольныхъ родовъ. Слишкомъ быстрое производство извлеченія можетъ обусловить значительныя поврежденія разрыхленной шейки, а эти послѣднія, въ свою очередь, дадутъ поводъ къ новымъ тяжелымъ кровотеченіямъ.

Если яйцевыя оболочки представляются недостижимыми, если, стало быть, дѣло идетъ о центральномъ предлежаніи послѣда, и если желаютъ примѣнить способъ *Braxton Hicks'a*, то пытаются отдѣлать пальцами одинъ край и этимъ путемъ проникнуть въ полость яйца. Нужно стараться пройти съ той стороны, гдѣ послѣдъ тоньше. Если не удастся добраться до полости яйца, то не остается ничего иного, какъ прорвать

послѣдъ. Разъ удается низвести ножку, кровотеченіе изъ маточной стѣнки останавливается, но плодъ большей частью погибаетъ.

Насколько хороши результаты способа *Braxton Hicks'a* для матери, настолько неблагоприятны они для плода, съ интересами котораго методъ этотъ считается мало. Правда, не нужно забывать, что здѣсь по большей части имѣютъ дѣло съ незрѣлыми плодами, у которыхъ вообще шансы на сохраненіе жизни ничтожны. Но, во всякомъ случаѣ, разъ мы можемъ остановить кровотеченіе другими способами, обращающими вниманіе и на жизнь плода, то примѣненіе ихъ заслуживаетъ безусловно предпочтенія.

Такимъ методомъ, позволяющимъ одинаково надежно справиться съ кровотеченіемъ и въ то же время дающимъ лучшіе шансы для плода, является внутриматочное леченіе баллономъ (см. стр. 307), предложенное для этой цѣли въ особенности *Dührssen'омъ*.

По возможности стараются добраться до яйцевыхъ оболочекъ и баллонными щипцами (рис. 135) вводить въ яйцевую полость сложенный баллонъ (кольпейринтеръ) *Braun'a* или, еще лучше, баллонъ *Champetier*, (см. стр. 309). Если при центральномъ предлежаніи послѣда не удастся достигнуть края плаценты, то прокладываютъ себѣ путь черезъ середину послѣдней (*Küstner*).

Баллонъ наполняютъ водою въ количествѣ примѣрно полулитра и производятъ вытяженіе либо потягиваніемъ за трубку (см. стр. 309), либо при помощи привязанной тесьмы и гирьки (см. стр. 310). Баллонъ выполняетъ нижнюю часть матки и, на-подобіе опускающейся дѣтской части, прижимаетъ кровоточащее мѣсто, останавливая такимъ образомъ кровотеченіе. Въ то же время баллонъ, выполняющій шейку, возбуждаетъ потужную дѣятельность, шейка постепенно расширяется, въ заключеніе баллонъ изгоняется, слѣдующая за нимъ дѣтская часть (напр. головка) вступаетъ въ тазъ и роды могутъ послѣдовать самопроизвольно. Можно также по изгнаніи метрейринтера при совершенно раскрытомъ маточномъ зѣвѣ закончить родовой актъ искусственно.

Внутриматочное леченіе баллономъ, значеніе котораго должно быть окончательно рѣшено еще дальнѣйшими наблюденіями, повидимому, призвано ограничить примѣненіе метода *Braxton Hicks'a*, такъ какъ оно, не уступая ему въ надежности дѣйствія на кровотеченіе, считается больше съ жизненными интересами плода.

Послѣ того, какъ роды при *placenta praevia* окончены, послѣ того, какъ уже вышелъ и послѣдъ (съ изгнаніемъ послѣда не слѣдуетъ ждать долго, но нужно выжать его уже рано, а при неудачѣ выжиманія удалить ручными пріемами), наступаютъ не совѣсьмъ рѣдко послѣдовательныя кровотеченія, въ особенности благодаря тому, что здѣсь часть маточной стѣнки, къ которой была прикрѣплена плацента, не въ состояніи сокращаться такъ энергично, какъ части, расположенныя выше. Объ остановкѣ этихъ кровотеченій, равно какъ о леченіи сильной анеміи, обусловленной большими кровопотерями, мы будемъ говорить ниже.

Преждевременное отдѣленіе нормально прикрѣпленнаго послѣда.

Въ рѣдкихъ случаяхъ и нормально прикрѣпленный послѣдъ можетъ отдѣлиться отъ маточной стѣнки преждевременно. Отдѣленіе это бываетъ частичнымъ или полнымъ. Причинами могутъ служить тѣ же самые моменты, которые и въ раннемъ періодѣ беременности обусловливаютъ кровотеченія между яйцомъ и маточною стѣнкою и такимъ образомъ вызываютъ большую часть выкидышъ (въ особенности заболѣванія матери, напр. нефритъ, также травмы). Кровотеченіе ведетъ обычно къ началу родового акта. Если послѣдъ сидитъ еще крѣпко по всей периферіи, то кровь скопляется между маточною стѣнкою и послѣдомъ. Всякое новое кровоизліяніе ведетъ къ дальнѣйшей отслойкѣ; при значительномъ кровотеченіи плацента выпячивается въ сторону яйцевой полости. Если кровь проникаетъ между маточною стѣнкою и яйцевыми оболочками внизъ и, стало быть, кнаружи, то кровотеченіе можетъ оставаться въ умѣренныхъ предѣлахъ и отдѣленіе послѣда будетъ лишь незначительнымъ.

Если кровь вытекаетъ наружу, тогда діагнозъ въ большинствѣ случаевъ представляется болѣе легкимъ; при отсутствіи же наружнаго кровотеченія онъ болѣе труденъ. Точками опоры для распознаванія значительнаго отдѣленія послѣда служатъ признаки внутренняго кровотеченія, прекращеніе сердечныхъ звуковъ плода, сильное напряженіе матки, сильныя боли. Діагнозъ устанавливается по большей части *per exclusionem*.

Преждевременное отдѣленіе нормально сидящаго послѣда, при значительномъ кровотеченіи и отслоеніи, представляетъ собою весьма опасное состояніе: плодъ погибъ, какъ скоро отдѣлилась большая часть плаценты. Но сильная потеря крови грозитъ величайшей опасностью и матери.

Необходимо настоятельно остановить сильное кровотеченіе такъ скоро, какъ это только возможно. Окончательная остановка можетъ произойти только по роженіи плода, ибо только тогда маточная стѣнка въ состояніи сократится настолько, чтобы закрылись кровоточащіе сосуды. Такимъ образомъ мы должны позаботиться о возможно скорѣйшемъ опороженіи матки. Если цервикальный каналъ еще узокъ, то провести быстрое родо-разрѣшеніе удается не легко.

Прежде всего мы стараемся путемъ разрыва яйцевыхъ оболочекъ достигнуть излітія плодныхъ водъ (иногда при этомъ имѣется *hydramnion*); этимъ мы уменьшаемъ матку, а, стало быть, и кровоточащее мѣсто плаценты. Но если кровь продолжаетъ изливаться въ большомъ количествѣ или если состояніе больной указываетъ на внутреннее кровотеченіе, то не остается ничего иного, какъ возможно скоро закончить роды. Здѣсь будутъ умѣстны тѣ способы, которые, какъ мы видѣли уже выше (см. отдѣлъ VI), служатъ для искусственнаго расширенія шейки, притомъ только тѣ, которые оказываютъ быстрое дѣйствіе. Иногда удается пальцами расширить шейку настолько, что она въ состояніи пропустить два пальца,

и тогда предпринимаютъ комбинированный поворотъ по *Braxton Hicks'у* (см. стр. 212) и сводятъ бедро въ цервикальный каналъ. Непрерывнымъ потягиваніемъ за низведенную ножку стараются по возможности ускорить расширеніе и, какъ скоро это возможно, приступаютъ къ извлеченію.

Можно также примѣнить внутриматочное введеніе баллона съ непрерывнымъ вытяженіемъ. Для нѣкоторыхъ случаевъ рекомендовали даже кесарское сѣченіе. Чѣмъ въ болѣе позднемъ стали родового акта наступать сильное кровотеченіе, обусловленное преждевременнымъ отдѣленіемъ послѣда, тѣмъ благоприятѣе складываются условія для быстрого окончанія родовъ. Мы должны поступать сообразно особенностямъ каждаго даннаго случая.

Описаны также случаи преждевременнаго полнаго отдѣленія нормально прикрѣпленнаго послѣда и опусканія его къ маточному зѣву (*prolapsus placentae*).

Сказанное выше относилось къ позднѣйшему періоду беременности или къ началу родового акта.

Но и въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ наблюдается иногда преждевременное отдѣленіе послѣда. Если яйцевой пузырь спускается черезъ маточный зѣвъ и ниже, выступая иногда передъ половую расщелиною, то подъ вліяніемъ вытяженія можетъ произойти умѣренное отдѣленіе плаценты съ кровотеченіемъ. Въ такихъ случаяхъ, само собой разумѣется, показуется немедленный разрывъ плоднаго пузыря.

При абсолютно или относительно (вслѣдствіе обвитія) чрезчуръ короткой пуповинѣ опусканіе плода равнымъ образомъ можетъ повести за собою расширеніе плаценты, а, стало быть, и частичное ея отдѣленіе.

Если при двойняхъ послѣ рожденія перваго близнеца происходитъ ненормальное преждевременное отдѣленіе плаценты втораго, то опасность устраняется быстрымъ завершеніемъ родовъ, при данныхъ условіяхъ не представляющимъ никакихъ трудностей.

Кровотеченіе изъ сосудовъ пуповины.

Бываютъ случаи, гдѣ пуповина прикрѣпляется не къ срединѣ плаценты, а на нѣкоторомъ разстояніи отъ края послѣдней къ яйцевымъ оболочкамъ, послѣ чего пупочные сосуды дѣлятся на вѣтви, проходящія затѣмъ къ плацентѣ между яйцевыми оболочками, — *insertio velamentalis*. Если такіе сосуды случайно оказываются въ той части яйцевыхъ оболочекъ, въ которой произошелъ разрывъ плоднаго пузыря, то они могутъ при этомъ разорваться и младенецъ можетъ истечь кровью.

Если въ стоящемъ плодномъ пузырьѣ прощупываются пульсирующіе сосуды, то нужно по возможности предотвратить преждевременный разрывъ пузыря. Съ этой цѣлью больной запрещаютъ всякое натуживаніе и предписываютъ покойное пребываніе въ постели. Какъ скоро шейка раскрылась вполнѣ, плодный пузырь разрываютъ между сосудами и немед-

ленно заканчиваютъ роды. Если при преждевременномъ разрывѣ пузыря разрываются сосуды, если, стало быть, немедленное окончаніе родовъ невыполнимо, то плодъ погибъ.

Пуговина сама равнымъ образомъ можетъ разорваться, если она абсолютно или относительно (вълѣдствіе обвитія) коротка, и въ этомъ случаѣ кровотеченіе происходитъ изъ пупочныхъ сосудовъ.

Подобные разрывы наблюдаются особенно часто при такъ наз. стремительныхъ родахъ. Разрывъ рѣдко происходитъ въ центрѣ пупка, и тогда плодъ истекаетъ кровью. Но если онъ, какъ это бываетъ обыкновенно, происходитъ на болѣе отдаленномъ отъ плода разстояніи, то сосуды большей частью сокращаются, такъ что дѣло не доходитъ до болѣе значительнаго кровотеченія.

Другія кровотеченія во время родовъ, если оставить въ сторонѣ рѣдкіе случаи кровотеченій подъ влияніемъ новообразованій (міома, ракъ), обусловливаются преимущественно поврежденіями родовыхъ путей. Къ нимъ-то мы теперь и перейдемъ.

Разрывы шейки.

При прохожденіи плода черезъ шейку, въ особенности черезъ наружный маточный зѣвъ, могутъ произойти разрывы шейки, являющіеся источникомъ кровотеченій. Незначительные разрывы маточнаго зѣва наступаютъ во время родовъ, въ особенности у первороженицъ, такъ часто, что ихъ можно считать почти физиологическимъ явленіемъ. По остаткамъ такихъ надрывовъ (зарубки края маточнаго зѣва) мы узнаемъ, рожала-ли уже женщина или нѣтъ. Болѣе значительные надрывы, имѣющіе обычно продольное направленіе, возникаютъ въ томъ случаѣ, когда прохожденіе плода происходитъ до полного раскрытія шейки, напр. при стремительныхъ родахъ, или когда извлеченіе предпринимается до совершеннаго изглаженія первикального канала. Патологическія свойства шейки могутъ предрасполагать къ образованію разрыва. Поперечные, равно какъ и круговые разрывы встрѣчаются при особенно ригидной шейкѣ. Поврежденія шейки могутъ быть вызваны также неправильнымъ выполненіемъ акушерскихъ операцій, напр. ненадлежащимъ наложеніемъ щипцовъ.

Во время родовъ разрывы шейки обыкновенно не даютъ сильнаго кровотеченія благодаря тому, что опускающаяся дѣтская часть прижимаетъ поврежденныя мѣста къ тазовой стѣнкѣ. Но какъ скоро младенецъ родился, можетъ наступить очень значительное кровотеченіе, въ особенности если разрывъ проникъ глубоко въ сторону, въ тазовую соединительную ткань (параметрій), и поранены болѣе крупныя вѣтви маточной артерій.

Особенно сильно можетъ кровоточить разрывъ шейки при предлежаніи послѣда.

Если мы имѣемъ дѣло съ сильнымъ кровотеченіемъ, наступающимъ непосредственно за рожденіемъ ребенка, и если могутъ быть исключены

вѣ другія причины для кровотеченія (см. ниже), то мы должны сдѣлать шейку доступною глазу и подвергнуть осмотру. Потянувъ пулевые щипцы, насаженные на переднюю и заднюю губу, внизъ и давленіемъ снаружи отѣснивъ книзу матку, мы въ большинствѣ случаевъ имѣемъ возможность выдвинуть маточный зѣвъ до половой расщелины; иногда можно также фиксировать заднюю стѣнку влагалища желобоватымъ зеркаломъ. Если бы, при продолжающемся сильномъ кровотеченіи, послѣдъ еще не родился, то нужно позаботиться объ его изгнаніи помощью выжиманія или, въ случаѣ надобности, ручнымъ приемомъ. Какъ скоро установлено и сдѣлано доступнымъ зрѣнію кровоточащее мѣсто разрыва шейки, наилучшею терапіею является *наложеніе шва на разрывъ (Kaltenbach)*.

Въ томъ случаѣ, когда разрывъ направляется высоко въ надвлагалищномъ отрѣзкѣ шейки, наложеніе шва можетъ быть довольно затруднительнымъ. Раздвинувъ губы, мы осматриваемъ или прощупываемъ верхній конецъ разрыва и накладываемъ здѣсь со стороны канала первый шовъ, обкалывая уголь раны. Завязавъ этотъ шовъ, мы накладываемъ слѣдующіе швы, завязываемые на сторонѣ канала и закрывающіе надвлагалищный разрывъ (*Freund*). Начиная съ мѣста прикрѣпленія влагалища, зашиваютъ со стороны влагалищнаго свода и завязываютъ на сторонѣ влагалища, поступая такимъ же образомъ и въ томъ случаѣ, когда разрывъ не доходитъ до надвлагалищной части. Наложеніе этихъ швовъ въ большинствѣ случаевъ не представляетъ никакихъ затрудненій, но тѣмъ не менѣе нужно всегда помнить о возможности захватыванія въ шовъ мочеочника.

Если можно имѣть подъ рукою достаточно скоро все необходимое, то этимъ путемъ удастся остановить кровотеченіе всего лучше. Но если условія для наложенія швовъ складываются исключительно неблагоприятно (плохое освѣщеніе, отсутствіе ассистента), то нужно попытаться справиться съ кровотеченіемъ путемъ тампонады маточно-влагалищнаго канала. Туго выполняютъ матку и влагалище марлею и накладываютъ давящую повязку, отѣсняющую матку внизъ.

Подавляющее большинство разрывовъ шейки при родахъ не доходитъ до нашего свѣденія, ибо одно только сильное кровотеченіе и заставляетъ насъ прибѣгать къ ощупыванію или къ осмотру шейки.

Значеніе разрывовъ шейки не ограничивается только кровотечениями, которые вызываются ими. Они могутъ послужить также воротами для инфекции (параметритъ), да и въ позднѣйшемъ времени зарубцевавшіеся разрывы могутъ сыграть роль моментовъ, благоприятствующихъ развитію различныхъ патологическихъ состояній (измѣненія положенія, катарры).

О кровотеченияхъ при разрывахъ шейки см. выше, стр. 317.

Разрывъ матки.

О значеніи разрыва матки намъ приходилось уже говорить неоднократно въ различныхъ мѣстахъ настоящей книги. Здѣсь мы только сопоставимъ и дополнимъ сказанное.

Разрывъ матки возникаетъ вслѣдствіе того, что плодъ, по причинѣ того или иного механическаго препятствія (узкій тазъ, головная водянка, поперечное положеніе), не можетъ пройти черезъ родовые пути; тѣло матки оттягивается вверхъ надъ плодомъ, и бѣльшая часть послѣдняго попадаетъ въ растянутую шейку.

Границу между растянутою шейкою и тѣломъ матки образуетъ т. наз. контракціонное кольцо. Мы избѣгаемъ обозначенія „нижній маточный сегментъ“, примѣняемаго многими для самой верхней части *пояса растяженія*, и говоримъ только о тѣлѣ и шейкѣ; мы оставляемъ при этомъ незатронутымъ вопросъ о томъ, принимаетъ-ли въ образованіи этого самаго верхняго отрѣзка растянутой части участіе и дно матки, соответствуетъ-ли, стало бытъ, контракціонное кольцо въ точности мѣсту внутренняго маточнаго зѣва. Споръ о такъ наз. нижнемъ маточномъ сегментѣ представляется въ сущности споромъ академическимъ. Практически важно знать условія этого растяженія, названіе же не играетъ рѣшительно никакой роли.

Если нижняя часть шейки ущемляется между подлежащею частью и тазовою стѣнкою (узкій тазъ), то получается моментъ, благопріятствующій развитію разрыва. Тонкая стѣнка подъ конецъ уже не въ состояніи выдерживать давленія, ткани расходятся. Разрывъ происходитъ большей частью въ верхней части растянутого отрѣзка, стало бытъ вблизи контракціоннаго кольца. Но поврежденіе можетъ распространиться также и вверхъ на тѣло матки и внизъ на влагалище. Въ томъ случаѣ, когда маточный зѣвъ оттянулся высоко, разрывъ можетъ начаться и въ самомъ влагалищѣ (влагалищный сводъ).

Отъ самопроизвольнаго разрыва слѣдуетъ отличать разрывъ матки, обусловливаемый оперативными приѣмами. Такъ, попытка предпринять поворотъ съ цѣлью устранить грозящій разрывъ какъ-разъ и можетъ его вызвать. Засимъ, въ качествѣ предрасполагающихъ моментовъ могутъ явиться патологическія особенности тканей (напр. рубцы).

Само собою разумѣется, очень важно умѣть распознавать въ-время угрожающій разрывъ, чтобы имѣть возможность предотвратить это роковое послѣдствіе. При всякомъ механическомъ препятствіи, въ особенности при узкомъ тазѣ, нужно всегда думать о возможности разрыва матки; въ тѣмъ большей мѣрѣ это относится къ повторно-рожающимъ. Признаки, по которымъ мы можемъ распознать грозящій разрывъ, слѣдующіе: прежде всего мы можемъ прощупать, а иногда даже видѣть въ формѣ бороздки контракціонное кольцо, направляющееся вблизи пупка по большей части косо. Круглыя связки напряжены. Тѣло матки находится въ состояніи непрерывнаго сокращенія: если между потугами и наблюдаются паузы, то онѣ не вполне свободны отъ болей. Больная обнаруживаетъ сильное безпокойство, страхъ, тоску, пульсъ учащенъ. Иногда замѣчается еще одинъ симптомъ, которому *Fritsch* придаетъ особенно важное значеніе, это именно рѣзкое усиленіе потужной дѣятельности, предшествующее разрыву.

Какъ скоро опасность распознана, необходимо немедленно освободить

растянутую шейку, закончивъ роды способомъ, шадящимъ эту послѣднюю: перфорацию—при головномъ положеніи, эмбриотомією—при поперечномъ положеніи.

Разрывъ можетъ произойти совершенно внезапно, причемъ иногда сама женщина чувствуетъ, что у нея въ животѣ что-то разорвалось. Онъ проникаетъ въ подбрюшинную ткань и можетъ на большомъ протяженіи приподнять отъ нея брюшину (неполный разрывъ), въ другихъ же случаяхъ нарушается цѣлость и послѣдней (полный разрывъ). Черезъ разрывъ проникаетъ часть плода, подлежащая часть отходитъ назадъ, иногда весь плодъ попадаетъ въ брюшную полость. Плодъ въ большинствѣ случаевъ оказывается умершимъ уже раньше вслѣдствіе судорожныхъ потугъ, если же онъ ко времени разрыва еще былъ живъ, то онъ, понятно, умираетъ, какъ скоро попадаетъ въ брюшную полость; матка стягивается, послѣдъ отдѣляется.

Кровотеченіе представляется различно сильнымъ, при самопроизвольномъ разрывѣ—обыкновенно менѣе значительнымъ, чѣмъ при оперативномъ; оно можетъ быть какъ наружнымъ, такъ и внутреннимъ. Потери крови, какъ равно и послѣдовательный сепсисъ, ставятъ жизнь женщины въ величайшую опасность.

Наружное кровотеченіе, появляющееся въ такое время, когда другими причинами объяснить его существованіе нельзя, имѣетъ важное діагностическое значеніе, справедливо направляя сразу же наши подозрѣнія на разрывъ матки. Другимъ важнымъ признакомъ является отодвиганіе назадъ подлежащей части, до того времени стоявшей плотно. Какъ скоро плодъ вступилъ черезъ разрывъ въ брюшную полость, онъ большей частью чрезвычайно явственно можетъ быть прощупанъ черезъ брюшные покровы, причемъ рядомъ съ нимъ удается иногда прощупать и сократившуюся матку. Тѣмъ не менѣе бывають случаи, въ которыхъ типическіе симптомы выражены очень неясно, а то даже вовсе отсутствуютъ. Такъ, при незначительномъ кровотеченіи мы не находимъ признаковъ коллапса. Далѣе, въ томъ случаѣ, когда черезъ разрывъ вступила лишь незначительная часть плода, потуги могутъ продолжаться, и такимъ образомъ отсутствуетъ такой діагностически важный симптомъ, какъ внезапное прекращеніе родовыхъ схватокъ.

Терапія зависитъ отчасти отъ внѣшнихъ условій. Очевидно, что операторъ въ больницѣ въ состояніи въ соответственномъ случаѣ оказать примѣненіемъ крупнаго хирургическаго приѣма ту помощь, какой по большей части не имѣетъ возможности принести врачъ въ деревенской практикѣ, предоставленный единоличнымъ своимъ силамъ.

Прежде всего необходимо позаботиться объ удаленіи плода. Въ частной практикѣ врачъ долженъ производить родоразрѣшеніе по возможности *per vias naturales*, прибѣгая, въ случаѣ необходимости, къ раздробляющимъ операціямъ. Правда, въ томъ случаѣ, когда плодъ совершенно покинулъ матку, выведеніе его этимъ путемъ связано съ рискомъ увеличенія раз-

рыва. Но врачу, который въ такомъ случаѣ вынужденъ разсчитывать только на свои силы, который лишенъ возможности заручиться содѣйствіемъ компетентной помощи или перевести женщину въ ближайшую больницу, *volens-nolens* приходится довольствоваться подобнымъ родоразрѣшеніемъ. При благопріятныхъ условіяхъ, т. е. въ клинической обстановкѣ, мы въ подобнаго рода случаѣ предпочтемъ производство лапаротоміи.

Послѣ удаленія плода *per vaginam*, равно какъ и послѣ удаленія послѣда предпринимается осторожное комбинированное изслѣдованіе. Если оказывается, что разрывъ не очень великъ, то можно попытаться сдѣлать его доступнымъ глазу и закрыть швами (см. разрывы шейки). При значительномъ же разрывѣ врачъ-практикъ поступитъ всего правильнѣе, прибѣгнувъ къ тампонадѣ. Въ случаѣ выпаденія кишечныхъ петель во влагалище ихъ осторожно (подъ самымъ незначительнымъ давленіемъ) промываютъ кипяченою водою (отнюдь не дезинфицирующимъ растворомъ!) и вправляютъ на мѣсто. Послѣ того вводятъ широкую, сложенную нѣсколько разъ полоску іодоформной марли вплоть до мѣста разрыва и туго наполняютъ какъ его, такъ и всю матку и влагалище. Помѣстивъ на животъ выше и ниже матки компрессы (вата, мѣшокъ съ пескомъ), накладываютъ тугую давящую повязку. Опытъ показалъ дѣйствительность описываемаго способа въ сравнительно очень многихъ случаяхъ. Если потеря крови не была очень значительна и если не произошло тяжелой инфекціи брюшной полости, то можно разсчитывать на излеченіе.

Тамъ, гдѣ условія для болѣе крупнаго хирургическаго вмѣшательства складываются болѣе благопріятно, стало быть главнымъ образомъ въ клинической обстановкѣ, тамъ мы можемъ помочь несравненно существеннѣе. Какъ скоро плодъ совершенно перешелъ въ брюшную полость или какъ скоро и по удаленіи его черезъ естественные пути мы не въ состояніи справиться надлежащимъ образомъ съ кровотеченіемъ, вступаетъ въ свои права лапаротомія.

По вскрытіи брюшной полости мы должны прежде всего тщательно разслѣдовать разрывъ и перевязать кровоточащіе сосуды. Если уже и наступили признаки инфекціи, то самое правильное будетъ предпринять ампутацію матки (какъ при операциіи *Porro*) съ вѣдбрюшиннымъ уходомъ за культеею. Брюшную полость нужно по возможности очистить отъ проникшихъ въ нее массъ; иногда ее дренируютъ марлею по *Mikulicz*'у.

Если же мы имѣемъ дѣло со случаемъ, такъ сказать, чистымъ, не инфицированнымъ, если поврежденіе такого рода, что оно обѣщаетъ хорошіе виды на излеченіе, то можно довольствоваться и консервативнымъ леченіемъ, закрывая разрывъ швомъ.

Послѣ того какъ удалось удалить плодъ *per vias naturales*, можетъ иногда представиться необходимость въ вылученіи поврежденной матки *per vaginam*.

Поврежденія влагалища.

Помимо прободающихъ разрывовъ во влагалищномъ сводѣ, о которыхъ мы упомянули выше при описаніи разрыва матки, поврежденія рукава происходятъ также во время прохожденія плода. По большей части влагалище настолько растяжимо, что травмы не происходятъ, но при особенно узкомъ и ригидномъ влагалищѣ могутъ произойти разрывы, которые обыкновенно поражаютъ только слизистую оболочку и лишь рѣдко проникаютъ глубже; это почти всегда продольныя трещины, распространяющіяся до промежности. Такъ какъ навигающаяся дѣтская часть покрываетъ и сдавливаетъ эти мѣста, то до кровоточенія дѣло не доходитъ. Если же послѣ рожденія младенца наступило бы болѣе сильное кровоточеніе и осмотръ установилъ бы въ качествѣ источника его разрывъ влагалища, то его нужно, насколько это только выполнимо, зашить.

Въ видѣ исключенія встрѣчаются и при самопроизвольныхъ родахъ поперечныя трещины влагалища, а именно тамъ, гдѣ послѣднее прилегаетъ къ нисходящей вѣтви лонной кости. Такой разрывъ можетъ дать поводъ къ образованію гематомы въ паравагинальной ткани. Въ виду сильно ушибленныхъ краевъ, разрывы эти не допускаютъ наложенія швовъ; иногда предпринимаютъ тампонаду паравагинальной полости раны йодоформною марлею (*Gottschalk*).

Поврежденія влагалища могутъ быть обязаны своимъ возникновеніемъ также и оперативному вмѣшательству. Такъ, напр., при неправильномъ веденіи край щипцовъ, въ особенности если онъ плохо сработанъ, можетъ врѣзаться во влагалищную стѣнку или разможжить влагалище, прижатое къ кости (нисходящая вѣтвь лонной кости). Далѣе, поврежденія влагалища могутъ произойти подъ вліяніемъ форсированныхъ вращеній или рычажныхъ движеній щипцами, равно какъ и подъ вліяніемъ осколковъ кости при перфорациі въ случаѣ недостаточно тщательной защиты родовыхъ путей, какъ мы уже указывали при описаніи соответственныхъ операцій.

При поврежденіяхъ, обусловленныхъ оперативными приѣмами, кровоточеніе наступаетъ непосредственно вслѣдъ за возникновеніемъ травмы, тогда какъ при самопроизвольныхъ разрывахъ оно наступаетъ лишь послѣ рожденія плода.

Болѣе распространенныя поврежденія влагалища, проникающія глубоко въ тазовую соединительную ткань или даже вскрывающія прямую кишку или мочевой пузырь, требуютъ особенно тщательнаго зашиванія раны (поврежденія при симфизеотоміи, обусловленные чрезмѣрнымъ зіяніемъ лоннаго соединенія).

Напомнимъ далѣе о некрозахъ, возникающихъ подъ вліяніемъ длительного давленія на влагалищную стѣнку. Если мягкія части (шейка, влагалище, мочеточники, мочевой пузырь, мочеиспускательный каналъ) долгое время подвергаются значительному давленію между лоннымъ соеди-

неніемъ и твердымъ дѣтскимъ черепомъ, какъ это можетъ имѣть мѣсто въ случаяхъ родовъ при узкомъ тазѣ, то прижатія мѣста некротизируются, и по прошествіи нѣкотораго времени омертвѣвшія части отторгаются; это и бываетъ наиболѣе частою причиною возникновенія мочевыхъ свищей (см. стр. 37).

Въ рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходитъ до кровотеченія изъ поврежденныхъ сосудовъ (венъ) паравагинальной ткани, и тогда часто, при явленіяхъ сильныхъ болей, образуется упругая опухоль—*гематома* влагалища или вульвы. Такого рода гематомы могутъ возникнуть также и надъ тазовою фасціею и распространиться далеко въ соединительной ткани. Гематомы образуются большею частью до выхожденія головки плода. Только въ томъ случаѣ, когда онѣ являются препятствіемъ для родового акта, мы вынуждены бываемъ вскрывать ихъ разрѣзомъ, обычно же ихъ слѣдуетъ лечить по возможности выжидательно.

Поврежденія влагалищнаго входа.

Нерѣдко наблюдаются кровотеченія, обусловливаемыя поврежденіями влагалищнаго входа. *Дневственная плева* у перворожениць, подвергаясь растяженію, травмируется почти какъ правило, но вызываемое этимъ кровотеченіе очень незначительно. Гименъ, представляющій до первыхъ родовъ непрерывное кольцо, разрывается такимъ образомъ, что при послѣдующихъ родахъ мы встрѣчаемъ лишь остатки его, такъ наз. миртовидные сосочки (*carunculae myrtiformes*).

При прохожденіи головки черезъ вульву могутъ образоваться *на передней периферіи ея небольшія поврежденія слизистой оболочки*, въ особенности небольшіе надрывы по обѣимъ сторонамъ устья уретры. Поврежденія эти могутъ образоваться при самопроизвольномъ прорѣзываніи головки, въ особенности если послѣдняя, благодаря защитѣ промежности, сильно придавливается къ лонному соединенію. Такую же роль могутъ сыграть и передніе края ложекъ щипцовъ при выкатываніи головки. Поврежденія эти, сами по себѣ будучи ничтожны, пріобрѣтаютъ, однако, важное значеніе потому, что они могутъ повести къ очень сильнымъ кровотечениямъ. благодаря расположеннымъ здѣсь непосредственно подъ слизистой оболочкою пещеристымъ образованіямъ (*corpora cavernosa clitoridis, bulbus vestibuli*). Разъ мы путемъ осмотра открыли источникъ кровотеченія, остановить послѣднее не представляетъ труда. Нажимая ватнымъ шарикомъ, мы приготовляемъ нѣсколько швовъ, и если кровотеченіе не унимается уже подъ вліяніемъ прижатія, то мы зашиваемъ маленькіе разрывы. Иногда, однако, уколы сильно кровоточатъ, такъ что приходится прибѣгать къ широкому обкалыванію, тщательно слѣдя за тѣмъ, чтобы не захватить совмѣстно уретры.

Весьма частое явленіе, въ особенности у перворожениць, представляютъ поврежденія *задней периферіи вульвы*. Кромѣ кровотеченій изъ лопнувшего варикознаго узла (наложеніе зажимнаго пинцета, обкалыва-

ніе) и кровотеченія изъ надрѣзовъ (см. эпизиотомію и влагалищно-промежностные разрѣзы, стр. 326—327), особенно важны въ этомъ отношеніи разрывы промежности, которые, впрочемъ, рѣдко даютъ сильныя кровотеченія.

Если бы кровоточила небольшая артерія, а зашить разрывъ сейчасъ нельзя было бы, то показуется временное наложеніе зажимнаго пинцета.

Зашиваніе промежности.

Въ надлежащемъ мѣстѣ (см. стр. 57 и слѣд.) мы уже имѣли случай познакомиться съ приемами защиты промежности, позволяющими избѣгнуть разрыва ея какъ при самопроизвольныхъ, такъ и при оперативныхъ родахъ. Не всегда, однако, это удается, и довольно часто намъ приходится быть свидѣтелями свѣжихъ разрывовъ промежности. Если разрывы эти лечатся правильно, т. е. правильно зашиваются, то бѣды для родильницы не получится никакой или почти никакой, но если этого не дѣлаютъ, то разрывъ промежности можетъ повлечь за собою очень дурныя послѣдствія. Такъ, въ послѣродовомъ періодѣ поверхность раны можетъ послужить благоприятнымъ мѣстомъ вибрденія для инфекціонныхъ началъ. Если дѣло и кончается заживленіемъ, то края раны уже не срастаются такъ тѣсно, какъ то имѣло бы мѣсто въ случаѣ ихъ своевременнаго соединенія швомъ. Благодаря разрыву мускулатуры, края раны сильно расходятся, и заживленіе происходитъ лишь путемъ образованія грануляцій и рубцованія. Подобный застарѣлый разрывъ промежности влечетъ за собою различнаго рода разстройства. Разрывъ заднепроходнаго сфинктера сопровождается большей частью недержаніемъ кала. Ослабленіе дна таза предрасполагаетъ къ выпаденію. Зіяніе вульвы обусловливаетъ всевозможныя гинекологическія заболѣванія.

Каждый разрывъ промежности, какъ бы онъ малъ ни былъ, долженъ быть соединенъ швомъ, такъ чтобы разъединенныя части по заживленіи находились въ совершенно такомъ же положеніи другъ относительно друга, какъ и до поврежденія. Если бы условія для наложенія швовъ непосредственно послѣ родовъ были неблагоприятны (сильное истощеніе родильницы, плохое освѣщеніе), то разрывъ промежности можно безъ ущерба зашить и на слѣдующій день. Какъ правило, однако, шовъ на промежность накладываетъ сейчасъ же за окончаніемъ родовъ, стало быть велѣдъ за изгнаніемъ послѣда.

Присутствіе опытнаго ассистента бываетъ очень пріятно, но сплошь и рядомъ приходится обходиться и безъ него. Нечего говорить о томъ, что строгая асептика является обязательной. Нитки всего лучше вѣдвать въ иглы, какъ мы уже говорили выше, заранѣе, подвергая ихъ въ этомъ видѣ вывариванію вмѣстѣ съ прочими инструментами.

Зашиваніе небольшихъ разрывовъ промежности можно производить и въ продольной кровати. При разрывахъ болѣе значительныхъ размѣровъ мы помѣщаемъ женщину на столъ въ ягодично-спинномъ положеніи. Мы дезинфицируемъ кожу, въ окружности операціоннаго поля, слѣдя, однако,

за тѣмъ, чтобы при зіяющей прямой кишкѣ въ нее не попало дезинфицирующее вещество; подъ ягодицы подкладывается вываренное полотенце. Засимъ подвергаютъ рану еще разъ самому тщательному осмотру, сръзывая ножницами висящія лоскуты и выравнивая, въ случаѣ надобности, края раны.

Различаютъ полные и неполные разрывы промежности, въ зависимости, отъ того, проникаетъ-ли разрывъ въ кишку или нѣтъ. Начнемъ съ *неполнаго разрыва*. Такой разрывъ направляется по промежности отъ уздечки до извѣстнаго болѣе или менѣе близкаго, разстоянія отъ заднепроходнаго отверстія. Помимо этого плоскостнаго распространенія, разрывъ направляется еще вверхъ въ задней влагалищной стѣнкѣ, либо къ срединной линіи, либо сбоку возлѣ *columna rugarum*, либо, наконецъ, раздѣльно по обимъ сторонамъ послѣднихъ. *Columna* нерѣдко представляется отдѣленною отъ подлежащей ткани на значительномъ протяженіи. Встрѣчаются также и центральные разрывы. Въ каждомъ данномъ случаѣ нужно, какъ слѣдуетъ, обнажить поврежденіе и точно опредѣлить, какимъ путемъ всего лучше привести разъединенныя части къ ихъ нормальному положенію.

Рис. 142 представляетъ поверхность ранъ при неполномъ разрывѣ промежности. Рана при этомъ изображена растянутою (иногда при помощи пучковъ нитокъ или пулевыхъ щипцовъ), *a*—представляетъ верхній конецъ разрыва во влагалищѣ, *c*—нижній конецъ на промежности, *b* и *b'*—разошедшіяся мѣста уздечки, линія *ab* должна прійтись къ линіи *ab'*, что достигается швами, завязываемыми во влагалищѣ; *cb* соединяется съ *cb'* швами, которые завязываютъ на промежности.

Мы накладываемъ сперва шовъ при *a*, завязываемъ его и даемъ помощнику держать длинную нитку (см. рис. 142); потягиваніе за эту нитку дѣлаетъ поверхность раны болѣе доступною глазу. Засимъ мы такимъ же образомъ накладываемъ дальнѣйшіе швы, пока не доходимъ до уздечки. Если разрывъ направляется влообразно вверхъ къ обимъ сторонамъ *columnae*, то каждую сторону нужно зашить отдѣльно (см. рис. 143), обращая при этомъ вниманіе на надлежащее расположеніе *columnae*, зачастую сильно вытягивающихся вверхъ. Послѣ того мы накладываемъ швы со стороны промежности. Для швовъ этихъ мы пользуемся опять-таки нитками, вдѣтыми въ двѣ иглы. Мы вкалываемъ каждую иглу по срединѣ въ рану и выкалываемъ на кожѣ. Такой способъ представляетъ собою преимущество меньшей болѣзненности; выкалываніе черезъ чувствительную часть кожи совершается быстрѣе, чѣмъ вкалываніе. Нитки коротко обрѣзываются. Швы *ab* лежатъ во влагалищѣ, швы *bc*—снаружи на промежности.

Всѣ швы должны быть наложены такъ, чтобы они окружали основаніе раны; не должно оставаться никакихъ пространствъ, въ которыхъ могли бы скопляться и задерживаться кровь и отдѣляемое. Тамъ, гдѣ при обширныхъ поврежденіяхъ такое полное закрытіе ранъ не можетъ быть

достигнуто простыми, глубоко захватывающими, пуговчатыми швами, нужно врибнять погружные швы (кэтгутъ).

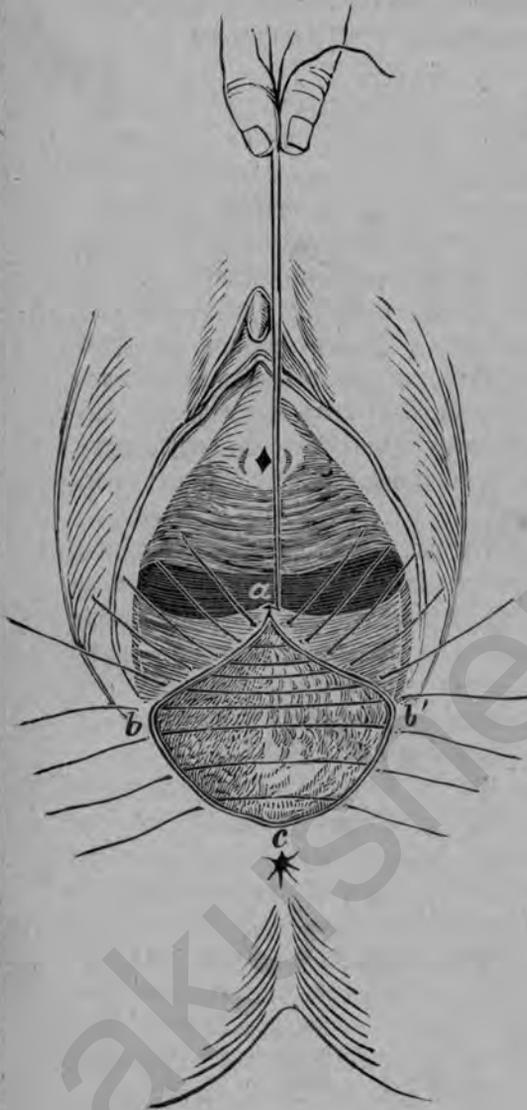


Рис. 142. Зашиваніе неполнаго разрыва промежности. *a*—верхній конецъ разрыва во влагалищѣ; *b* и *b'*—разошедшіяся мѣста уздечки; *c*—нижній конецъ разрыва на промежности.

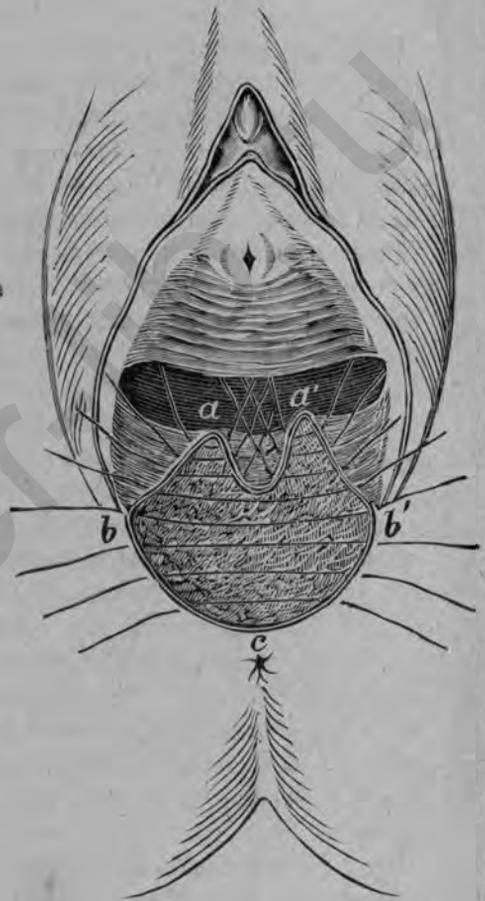


Рис. 143. Зашиваніе неполнаго разрыва промежности. Разрывъ направляется во влагалище вверхъ по обѣимъ сторонамъ *columnae rug. post.* (*a*, *a'*); обѣ стороны соединяются каждая отдѣльно; въ остальномъ, какъ на рис. 142.

При *центральному* разрыву промежности всего лучше разсѣчь сохранившуюся спайку съ цѣлью получить этимъ путемъ удобную для наложенія швовъ рану.

Болѣ сложнымъ представляется зашивание *полнаго разрыва*. Въ этомъ случаѣ разрывъ проникаетъ въ кишку, такъ что отъ нижняго конца *septi recto-vaginalis* совершенно не хватаетъ болѣе или менѣе значительнаго куска. Прямая кишка зияетъ, видѣется слизистая оболочка ея зад-



Рис. 144. Зашиваніе полнаго разрыва промежности. *a*—верхній конецъ разрыва во влагалищѣ; *b* и *b'*—разошедшіяся мѣста уздечки; *c* и *c'*—разошедшіяся мѣста передняго края задняго прохода; *d*—верхній конецъ прямокишечнаго разрыва. Швы по *Werth'y* наложены, но еще не завязаны.

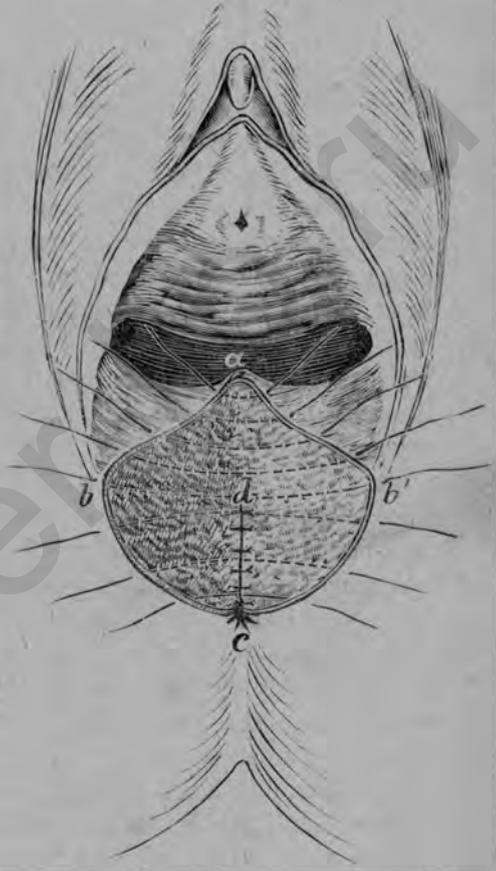


Рис. 145. Зашиваніе полнаго разрыва промежности. Швы по *Werth'y* (см. рис. 144) завязаны (кѣтгутъ), концы коротко обрѣзаны. Прямая кишка закрыта; полный разрывъ превращенъ въ неполный, закрываемый влагалищными и промежностными швами, какъ и на рис. 142.

ней стѣнки. Здѣсь самое важное, это закрыть кишечную рану. Это можно сдѣлать при помощи швовъ, завязываемыхъ въ самой прямой кишкѣ. Цѣлесообразнѣе, однако, поступать такимъ образомъ, чтобы слизистая оболочка прямой кишки не прободалась колотыми каналами, которые могли бы повести къ послѣдовательной инфекціи раны и затормозить заживленіе

ея. Для закрытія прямокишечной раны рекомендуется пользоваться такъ наз. погружными швами по *Werth*'у, употребляя для этой цѣли только кѣгутъ. Мы можемъ примѣнить кѣгутъ и для всѣхъ прочихъ швовъ при зашиваніи промежности, тѣмъ не менѣе для практики мы въ большинствѣ случаевъ отдаемъ предпочтеніе шелку, вывариваемому непосредственно предъ употребленіемъ. Зашиваніе полного разрыва производится слѣдующимъ образомъ.

Рисунокъ 144 изображаетъ растянутую поверхность раны, *a* представляетъ верхній конецъ разрыва во влагалищѣ, *b* и *b'* — разошедшіяся мѣста уздечки, *c* и *c'* — середины передняго края задняго прохода, *d* — верхній конецъ прямокишечнаго дефекта. Мы накладываемъ сперва швы по *Werth*'у при помощи возможно тонкихъ иглъ. Мы вкалываемъ иглы въ рану вблизи *d*, примѣрно на 1 — 2 цтм. отъ края прямой кишки, захватываемъ часть раны и выкалываемъ какъ-разъ у края, оставляя свободною слизистую оболочку. Затѣмъ мы вкалываемъ аналогично у края другой стороны и выкалываемъ въ поверхности раны. Завязавъ шовъ, мы закрываемъ верхній уголъ прямокишечнаго разрыва. Такіе швы мы накладываемъ дальше (рис. 144) до тѣхъ поръ, пока не будетъ совершенно закрыта прямая кишка. Нитки обрѣзываются коротко, узлы оставляются въ самой ранѣ. Этимъ путемъ мы превращаемъ полный разрывъ промежности въ неполный (рис. 145), который и закрывается такимъ совершенно такъ, какъ описано было выше, швами, завязываемыми во влагалищѣ и приводящими въ соприкосновеніе *ab* съ *ab'*, и затѣмъ промежностными швами, соединяющими *cb* съ *cb'*.

Во особенномъ послѣдовательномъ леченіи надобности не представляется. Чѣмъ меньше мы будемъ манипулировать съ промежностью, тѣмъ лучше. Нужно только производить регулярно промыванія наружныхъ частей, подобно тому, какъ мы дѣлаемъ и въ послѣродовомъ періодѣ. При гладкомъ, безлихорадочномъ теченіи совершенно излишне осматривать рану, тѣмъ болѣе, что такой осмотръ едва-ли выполнимъ безъ вреднаго растягиванія раны. Шелковые швы удаляются примѣрно черезъ 8—10 дней. Задерживать дѣятельность кишечника ошіемъ нѣтъ надобности; напротивъ, съ третьяго дня нужно заботиться о правильномъ мягкомъ стулѣ.

Кровотеченія изъ мѣста прикрѣпленія послѣда въ послѣдовомъ періодѣ.

Особенно важное значеніе имѣютъ кровотеченія, наступающія въ послѣдовомъ періодѣ изъ мѣста прикрѣпленія плаценты. Умѣренная потеря крови въ послѣдовомъ періодѣ можетъ считаться явленіемъ физиологическимъ. Если принять во вниманіе, что количество крови во время беременности увеличивается и что послѣ родовъ сильный притокъ крови къ маткѣ уже является излишнимъ, то умѣренное освобожденіе системы кровообращенія отъ избытка крови можетъ представляться только выгоднымъ. Источникомъ кровотеченія являются маточно-плацентарные сосуды, вскры-

вающіеся при отдѣленіи послѣда. Такъ какъ послѣдъ не можетъ слѣдовать за сильно уменьшающеюся поверхностью своего прикрѣпленія, то въ результатъ получается его отслоеніе. Если остается прикрѣпленною периферія послѣда, то кровь собирается между поверхностью мѣста прикрѣпленія и отдѣлившимся центромъ плаценты, выпячивая послѣднюю въ сторону маточной полости (ретроплацентарное кровоизліяніе). Это кровоизліяніе извергается засимъ наружу вмѣстѣ съ послѣдомъ. Но если отдѣляется нижній край послѣда, то кровь проникаетъ внизъ между яйцевыми оболочками и маточною стѣнкою и направляется наружу, въ особенности во время послѣдовой потуги. Подъ вліяніемъ энергичныхъ сокращеній маточной стѣнки, наступающихъ послѣ отдѣленія плаценты, сосуды, ведущіе къ послѣдней, стягиваются, такъ что кровотеченіе останавливается; окончательная остановка кровотечения достигается тромбозированіемъ въ вскрывшихся сосудахъ.

Но какъ скоро послѣдъ отдѣляется частично или цѣликомъ и сокращенія матки совершаются не въ достаточно энергичной степени, изъ вскрывшихся, но не сдавленныхъ маточно-плацентарныхъ сосудовъ кровь льется обильно.

Въ предыдущемъ отдѣлѣ мы ознакомились какъ съ этими явленіями, такъ и съ пѣлесообразнымъ веденіемъ послѣдового періода. Напомнимъ здѣсь только еще разъ, что при нормальныхъ условіяхъ мы должны выждать полтора часа, прежде чѣмъ приступаемъ въ выжиманію. Въ томъ же случаѣ, когда необходимость вмѣшательства вызывается болѣе значительнымъ кровотеченіемъ, причина котораго заключается не въ поврежденіи (см. выше), мы должны сперва попытаться остановить кровотеченіе массажемъ и только въ случаѣ неудачи предпринять раннее выжиманіе. Если и послѣдній способъ остается безуспѣшнымъ и сильное кровотеченіе не прекращается, то не остается ничего иного, какъ прибѣгнуть къ удаленію послѣда ручными приемами.

Можетъ, однако, случиться, что и послѣ изгнанія послѣда кровотеченіе продолжается или что оно именно съ этого момента начинаетъ усиливаться.

Причина кровотеченія лежитъ въ недостаточной сократительности матки, въ ея *атоніи*. Атонія эта сплошь и рядомъ обусловливается нерациональнымъ веденіемъ послѣдового періода, хотя она можетъ наступить и при уходѣ безусловно рациональномъ; такъ, мы наблюдаемъ иногда привычное ея наступленіе при цѣломъ рядѣ родовъ одной и той же женщины. Предрасполагающимъ моментомъ служитъ особенное сильное растяженіе матки (двойни, чрезмѣрное скопленіе околоплодной жидкости); иногда поводомъ къ атоніи матки является слишкомъ быстрое изгнаніе плода (стремительные роды, оперативное извлеченіе).

Въ совершенно исключительныхъ случаяхъ причиннымъ моментомъ кровотеченія служила аневризма маточной артеріи. Далѣе, сильныя потери крови наблюдаются при кровоточивости. Иногда поверхность прикрѣпленія

послѣда не въ состояніи сокращаться или же сокращается лишь недостаточно въ силу особыхъ свойствъ этой послѣдней (мѣстонахожденіе на подслизистой міомѣ, на перегородкѣ при *uterus septus*).

Въ вялой, атонической маткѣ можетъ скопиться значительное количество крови, безъ того, чтобы произошло сильное кровотеченіе наружу. Такое внутреннее кровотеченіе можетъ быть распознано тотчасъ же по состоянію пульса; кромѣ того надежныя указанія даетъ и прощупываніе живота, а именно: мы прощупываемъ матку не въ видѣ плотнаго шара, а въ видѣ большого и вялаго органа. Впрочемъ, иногда прощупываніе не даетъ вообще никакихъ результатовъ.

Бываютъ случаи настолько сильнаго расслабленія (параличъ), что матка образуетъ большой, вялой мѣшокъ, въ который и вливается кровь; при такихъ условіяхъ женщина можетъ истечь кровью уже въ самое короткое время.

Если кровотеченіе продолжаетъ держаться, несмотря на хорошія сокращенія матки, то всегда необходимо направить изслѣдованіе на поврежденія (между прочимъ, разрывъ матки).

При атоническомъ кровотеченіи, которое продолжается и послѣ изгнанія послѣда или даже только начинается вслѣдъ за нимъ, мы поступаемъ слѣдующимъ образомъ.

Прежде всего мы пытаемся путемъ *растиранія (массажа)* матки достигнуть ея сокращеній и выжать скопившіяся свертки (ручной пріемъ *Credé*). Въ то же время мы назначаемъ *спорынья*, либо въ порошокъ *per os*, либо, еще лучше, въ видѣ эрготина подкожно въ болѣе значительныхъ дозахъ.

Если одно растираніе не приводитъ насъ къ цѣли, то для возбужденія сокращеній мы располагаемъ дальнѣйшимъ средствомъ въ обильномъ *орошеніи теплою или холодною водою* влагалищнаго свода или матки. При этомъ нужно тщательно остерегаться вхожденія воздуха въ матку. (опасность воздушной эмболіи). Вода вливается съ не очень значительной высоты (1 метръ); маточный катетеръ или изогнутая стеклянная влагалищная трубка должны быть доведены не совсѣмъ до дна матки.

Для теплаго орошенія мы пользуемся температурою въ 40—50° Ц.; дѣйствіе такихъ орошеній обуславливается, очевидно, непосредственнымъ вліяніемъ раздраженія на маточную мускулатуру, вызывающаго ея сокращенія. Но, помимо такого непосредственнаго раздраженія, здѣсь играютъ роль и наступающія, благодаря высокой температурѣ, отеочное пропитываніе и набуханіе слизистой оболочки и обусловленное этимъ сжатіе сосудовъ (*Richter*); этимъ и объясняется остановка кровотеченія, несмотря на то, что матка послѣ орошеній не остается въ состояніи сокращенія. Наконецъ, полезное дѣйствіе оказываетъ и доставка тепла малокровному, холодѣющему тѣлу (*Runge*). Успѣхъ теплыхъ орошеній, однако, отнюдь не постоянный, и первоначальныя сокращенія сплошь и рядомъ сменяются расслабленіемъ.

Въ виду этого, въ большинствѣ случаевъ отдають предпочтеніе орошенію довольно холодною водою, всего лучше—ледяною, хотя дѣйствительно оказывается уже и вода въ 12° Ц. Наблюденія, показавшія, что тамъ, гдѣ теплое орошеніе оставалось безуспѣшнымъ, слѣдовавшее засимъ орошеніе ледяною водою приводило къ цѣли, и, наоборотъ, что тамъ, гдѣ холодныя орошенія оставались безуспѣшными, смѣнявшія ихъ теплыя давали хорошіе результаты, привели къ предложенію всегда въ случаѣ неудачи одного средства примѣнять другое.

Слишкомъ долго, однако, останавливаться на такого рода промываніяхъ при сильныхъ кровотеченіяхъ не слѣдуетъ, въ особенности при крайней спѣшкѣ, когда очень легко сдѣлать какую-нибудь оплошность въ асептикѣ, если необходимыя количества асептической жидкости не были приготовлены заранее.

Если кровотеченіе не прекращается, то переходятъ къ болѣе энергичнымъ средствамъ. Можно *войти въ матку всей рукой*, производи въ то же время наружною рукою растиранія; рука, введенная внутрь, дѣйствуетъ въ качествѣ сильнаго раздражителя, вызывающаго сокращенія матки. Рекомендуются также *прижатіе аорты* черезъ брюшныя покровы.

Наилучшимъ средствомъ остановки сильныхъ атоническихъ послѣдовательныхъ кровотеченій является *тампонада матки по Dührssen'у*. Мы дѣлаемъ шейку доступной глазу, оттянувъ ее внизъ пулевыми щипцами, фиксирующими губы маточнаго зѣва; въ то же время сдавливаютъ матку снаружи; въ случаѣ надобности задняя влагалищная стѣнка оттягивается назадъ желобоватымъ зеркаломъ. Засимъ мы захватываемъ корнцангомъ начальную часть сложенной въ нѣсколько разъ марлевой полоски, длиною въ 5 метровъ, шириною въ ладонь, сохраняемой въ стерильной жестянкѣ. Непосредственно изъ жестянки, не приходя въ соприкосновеніе ни съ чѣмъ другимъ, кромѣ корнцанга, марлевая полоска проводится подъ руководствомъ глаза въ маточный зѣвъ и далѣе вплоть до дна матки, причѣмъ другая рука снаружи контролируетъ эту тампонаду. Засимъ корнцангъ выпускаетъ полоску, захватываетъ нижележащую часть и выполняетъ ее, продолжая такъ до тѣхъ поръ, пока не будутъ затампонированы вся матка и влагалищный сводъ. Количество потребной для этого марли будетъ не очень велико, такъ какъ матка вокругъ марли вскорѣ стягивается и такимъ образомъ уменьшаетъ полость. Тампонада дѣйствуетъ не столько непосредственнымъ давленіемъ на кровоточащее мѣсто, сколько въ гораздо большей степени тѣмъ, что она, въ качествѣ инороднаго тѣла, побуждаетъ матку къ энергичнымъ сокращеніямъ. Всякія теоретическія возраженія, приводившіяся противъ этого метода, вродѣ того, напр., что тампонада не можетъ помочь въ виду отсутствія противодавленія, падаютъ сами собою передъ тѣми блестящими результатами, которые почти неизмѣнно вѣнчаютъ примѣненіе этого средства.

По окончаніи тампонады туго обертываютъ животъ. Такое плотное обертываніе живота рекомендуется *Fritsch'емъ* въ особенности въ

тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ не располагають достаточнымъ временемъ для выполненія тампонады. Положивъ позади матки толстые компрессы, мы прижимаемъ ихъ туго бинтомъ въ тазовой входъ, прижимая и самую матку къ верхнему переднему краю таза.

Марля оставляется на 12 — 24 часа. Въ это время обыкновенно происходитъ умеренное водянисто-кровянистое истеченіе.

При всякомъ болѣе или менѣе сильномъ кровотеченіи необходимо безотлагательно обращаться къ этому благодѣтельному способу, не теряя дорогого времени на всѣ другія средства. Даже въ томъ случаѣ, когда послѣ значительнаго атоническаго кровотеченія кровь уже перестала течь или же вытекаетъ въ самомъ ничтожномъ количествѣ, все же будетъ цѣлесообразно и теперь еще примѣнить тампонаду профилактически, съ цѣлю предотвратить дальнѣйшую потерю крови.

Практиковавшіяся прежде не безопасныя *инъекціи раствора полуторнохлористаго желѣза* нынѣ, съ введеніемъ тампонады, стали, конечно, излишними. Единственно, когда къ нимъ можно, пожалуй, обратиться, это въ тѣхъ отчаянныхъ случаяхъ, въ которыхъ все уже было испытано тщетно.

Существуетъ, однако, одно очень простое средство, которое, при безуспѣшности другихъ пріемовъ, всегда необходимо испробовать; я говорю о *сильномъ оттягиваніи матки внизъ* помощью крючковатыхъ щипцовъ, насаженныхъ на губы маточнаго зѣва (*Arendt*). Потягиваніе, насколько возможно, должно совершаться медленно, но сильно, повторяясь, въ случаѣ надобности, нѣсколько разъ. Въ томъ случаѣ, когда послѣ прекращенія потягиванія кровотеченіе возобновляется, можно привязать къ щипцамъ бинтъ, провести его черезъ ножной конецъ кровати и производить непрерывное легкое вытяженіе при помощи гирь (*Schwertassek*).

Если всѣ названныя средства остаются безуспѣшными въ борьбѣ съ кровотеченіемъ, то у насъ остаются въ запасѣ еще оперативные пріемы. Такъ, мы можемъ прибѣгнуть къ *обкалыванію параметрія* со стороны влагалищнаго свода, а въ случаѣ крайней нужды можемъ даже предпринять типическую *влагалищную полную экстирпацію матки*. Нечего и говорить о томъ, что операціи эти могутъ быть предприняты только опытнымъ операторомъ и при наличности благоприятныхъ внѣшнихъ условій (ассистентура, клиника).

Послѣ остановки кровотеченія, необходимо всегда подвергнуть родильницу самому тщательному надзору въ теченіе двухъ часовъ. Если въ это время новаго кровотеченія не наступитъ, то опасность миновала: тромбозъ окончательно закрылъ сосуды.

Малокровіе, обусловленное сильною кровопотерей, требуетъ, однако, помимо само собой подразумевающейся остановки кровотеченія, примѣненія еще и другихъ мѣръ.

Какъ скоро произошла сильная кровопотеря, мы помогаемъ голову низко, чтобы къ мозгу могло притекать возможно больше крови; нижнія

конечности, напротивъ, могутъ быть расположены и выше. Засимъ мы даемъ больной пить побольше жидкости, всего лучше—молока, съ цѣлью возможно быстро возмѣстить потерю организма воды. Для усиленія сердечной дѣятельности мы назначаемъ алкоголь, не въ слишкомъ большихъ, однако, количествахъ, чтобы не обременить черезчуръ желудка и не вызывать этимъ рвоты. При угрожающемъ коллапсѣ показуется подкожное введеніе камфоры съ эфиромъ. Далѣе можетъ быть цѣлесообразнымъ тугое забинтовываніе нижнихъ конечностей, начиная снизу, чтобы этимъ путемъ отбѣснить кровь къ туловищу (самопереливаніе крови). То же самое можно предпринять и съ верхними конечностями. Способъ этотъ, однако, можетъ быть примѣненъ не раньше полной остановки кровотока.

Главная опасность сильныхъ кровотеченій заключается въ потерѣ организмомъ жидкости. Съ утратою большого количества крови, оставшейся крови уже не хватаетъ для надлежащаго выполненія сердца и сосудовъ, и въ результатѣ получается остановка кровообращенія. Такимъ образомъ необходимо возможно скорѣе наполнить сосудистую систему. Это достигается переливаніемъ или вливаніемъ. Такъ какъ на первыхъ порахъ важно ввести не столько кровь, какъ таковую, сколько жидкость вообще, то мы прибѣгаемъ къ *вливанію физиологическаго раствора поваренной соли* (0,6%). Растворъ можно вливать непосредственно во вскрытый сосудъ, проще, однако, ввести жидкость въ подкожную клетчатку, откуда она и всосется. Для этой цѣли мы пользуемся умѣренно толстою полою иглою, соединенною съ тонкою трубкою, длиною приблизительно въ $\frac{1}{2}$ метра, на другомъ концѣ которой помѣщается маленькая воронка. Все это вываривается, и точно также обезпложивается кипяченіемъ и охлаждается до температуры тѣла растворъ хлористаго натрія. Для вливанія избираютъ всего предпочтительнѣе подключичныя области. Наполнивъ воронку и трубку, вкалываютъ въ подкожную клетчатку иглу въ тотъ моментъ, когда изъ нея уже вытекаетъ жидкость. Растворъ непрерывно подливаютъ въ воронку, не дожидаясь, пока она опорожнится. Образующуюся на мѣстѣ вливанія припухлость растираютъ въ цѣляхъ содѣйствія возможно скорѣйшему всасыванію. Этимъ путемъ можно ввести въ организмъ въ сравнительно короткое время $\frac{1}{2}$ — 1 литръ жидкости.

Другой способъ, по своей простотѣ примѣненія очень удобный въ практикѣ, заключается въ кишечныхъ вливаніяхъ раствора поваренной соли.

Въ заключеніе остановимся еще на одной аномаліи послѣдоваго періода, въ большинствѣ случаевъ также служащей источникомъ сильныхъ кровотеченій. Мы говоримъ объ **inversio uteri**.

Въ этомъ случаѣ дѣло идетъ о выворотѣ матки: прежде всего въ области дна матки образуется вдавленіе, эта часть западаетъ все глубже, засимъ вывороченное дно переступаетъ черезъ маточный зѣвъ, и подъ конецъ матка прилегаетъ поверхностью своей слизистой оболочки къ влага-

лицнымъ стѣнкамъ, а иной разъ можетъ выступить даже до вульвы. Послѣдъ можетъ еще сидѣть на мѣстѣ своего прикрѣпленія или обнаруживаетъ лишь частичное отдѣленіе, въ другихъ же случаяхъ выворотъ происходитъ послѣ изгнанія послѣда.

Условіемъ для образованія выворота матки является ея расслабленіе; какъ скоро при мѣстонахожденіи послѣда въ днѣ матки дѣйствуетъ влеченіе въ направленіи снизу (растяженіе пуповиною при стремительныхъ родахъ, либо при абсолютно или относительно чрезчуръ короткой пуповинѣ, либо при нецѣлесообразныхъ попыткахъ удаленія послѣда), или сильное давленіе въ направленіи сверху (нецѣлесообразное выжиманіе при несократившейся маткѣ, сильное натуживаніе), или тотъ и другой моментъ одновременно, можетъ произойти выворотъ матки. Укажемъ на то, что состояніе это можетъ наблюдаться и при самопроизвольныхъ родахъ. Впрочемъ, вообще выворотъ матки представляетъ собою довольно рѣдкое явленіе.

Симптомы выворота матки могутъ быть очень бурны, даже и безъ того, чтобы дѣло дошло до сильныхъ кровотеченій (шокъ, безпокойство, рвота, охлажденіе конечностей, малый пульсъ). Интенсивность кровотеченія бываетъ различна. Если послѣдъ еще цѣликомъ прикрѣпленъ къ стѣнкѣ, то кровотеченіе отсутствуетъ; при частичномъ или полномъ его отдѣленіи оно можетъ достигнуть значительныхъ размѣровъ. Впрочемъ, ущемленіе маточнымъ зѣвомъ можетъ обусловить такое сильное прижатіе, что сильнаго кровотеченія не произойдетъ.

Распознаваніе остраго, только-что возникшаго выворота матки не представляетъ затрудненій. Мы можемъ замѣтить глазомъ или осязаніемъ шаровидную опухоль, напротивъ рука, положенная на животъ, не находитъ шаровидной матки, прощупывая взамѣнъ ея инверзіонную воронку. Само собою разумѣется, что всегда нужно изслѣдовать какъ внутренно, такъ и наружно. При одномъ только внутреннемъ изслѣдованіи возможны смѣшенія (полипы).

Леченіе, независимо отъ устраненія имѣющагося коллапса, заключается, понятно, въ *вправленіи*. Предпринятое непосредственно за образованіемъ выворота, оно удается легко; напротивъ, тѣмъ больше времени протекло съ момента выворота, тѣмъ скорѣе можетъ произойти ущемленіе въ шейкѣ и, стало быть, тѣмъ труднѣе вправленіе.

Если послѣдъ еще прикрѣпленъ, то матку вправляютъ, по возможности не прибѣгая къ предварительному отдѣленію дѣтскаго мѣста. Если плацента затрудняетъ вправленіе, то начинается съ ея удаленія. Вправленіе производится такимъ образомъ, что одна рука впячиваетъ дно матки въ самомъ ея низкомъ мѣстѣ и продвигаетъ его вверхъ возможно дальше, тогда какъ другая рука, дѣйствуя снаружи, старается низдавить и растянуть край воронки. Послѣ того, какъ дно матки продвинуто возможно выше, продвигаютъ вслѣдъ за нимъ и другія части. Если бы этимъ путемъ не удалось прійти къ цѣли, то вправленіе начинаютъ съ частей, ближайше расположенныхъ къ маточному зѣву. Въ трудныхъ случаяхъ

прибѣгаютъ къ помощи наркоза. Можно также оттянуть внизъ крючковатыми щипцами края маточнаго зѣва. Послѣ удавшагося вправленія оставляютъ еще въ теченіе нѣкотораго времени руку въ маткѣ и массируютъ поверхъ нея другою рукою. Далѣе даютъ эрготинъ и заботятся о покойномъ положеніи на спинѣ.

Если при уже долго существующемъ выворотѣ матки вправленіе оказывается безуспѣшнымъ, то поступаютъ, какъ при хроническомъ выворотѣ (въ особенности примѣненіе кольпейринтера).

Въ послѣродовомъ періодѣ равнымъ образомъ наблюдаются довольно значительныя кровотеченія (позднія кровотеченія). Они могутъ быть обусловлены, между прочимъ, *остатками послѣда* (плацентарный полипъ, см. стр. 362). Въ этомъ случаѣ послѣдніе должны быть удалены ручными приѣмами, въ случаѣ надобности послѣ предварительнаго расширенія шейки марлевымъ тампономъ.

Дальнѣйшимъ поводомъ къ значительнымъ кровотеченіямъ можетъ явиться *недостаточная инволюція матки*; здѣсь часто успѣшно дѣйствуютъ эрготинъ, орошеніе горячей водой.

Упомянемъ затѣмъ о кровотеченіяхъ, наступающихъ при *ніэмическихъ состояніяхъ* подъ вліяніемъ распаденія тромбовъ, закупоривающихъ сосуды.

Новообразованія матки могутъ, само собою разумѣется, вызвать кровотеченія и въ родильномъ періодѣ. Подслизистыя міомы подлежатъ возможно скорѣйшему удаленію хирургическимъ путемъ. При еще оперируемомъ ракѣ матки показывается полное вылущеніе, при неоперируемомъ — палліативная остановка кровотеченія (выскабливаніе, каленое желѣзо).

Въ заключеніе замѣтимъ, что вслѣдъ за родами или выкидышемъ можетъ развиваться злокачественное перерожденіе матки (*deciduoma malignum*), обуславливающее кровотеченія. Только раннее распознаваніе съ помощью микроскопа и полное вылущеніе матки могутъ въ этихъ случаяхъ дать шансы на спасеніе больной.

ДОПОЛНЕНИЕ.

Мнимая смерть новорожденных ¹⁾.

Намъ неоднократно приходилось упоминать объ опасностяхъ, угрожающихъ плоду во время родового акта, въ особенности отъ асфиксiи; мы видѣли далѣе, что опасности эти сплошь и рядомъ служили показанiемъ къ оперативному вмѣшательству. Такимъ образомъ случается довольно часто, что младенца извлекаютъ въ состоянiи асфиксiи, въ состоянiи мнимой смерти.

Въ нижеслѣдующемъ изложенiи мы и займемся леченiемъ мнимой смерти, предпославъ сперва краткiй очеркъ возникновенiя асфиксiи; конечно, намъ при этомъ неизбѣжно придется и повторить кое-что изъ сказаннаго уже раньше.

До тѣхъ поръ, пока плодъ во время беременности находится въ физиологическихъ условiяхъ, онъ получаетъ свое питанiе, а вмѣстѣ съ тѣмъ и необходимый ему кислородъ, отъ матери. Въ плацентѣ ворсинки хорiона, которыя содержатъ капилляры, происходящiе отъ пупочныхъ артерiй, погружены въ межворсинчатые пространства, несущiя материнскую кровь. Повсюду дѣтская кровь отдѣлена отъ материнской клѣточными слоями, покрывающими ворсинки хорiона. Нигдѣ дѣтская кровь и материнская кровь не сходятся непосредственно другъ съ другомъ. Обмѣнъ веществъ, въ особенности поглощенiе кислорода, происходитъ черезъ эпителиальную стѣнку путемъ осмоса. Обѣ пупочныя артерiи несутъ къ плацентѣ кровь, прошедшую черезъ дѣтское тѣло, стало быть венозную. Здѣсь она насыщается кислородомъ, слѣдовательно становится артериальной и черезъ пупочную вену доставляется плоду. Кровь изъ праваго сердца направляется частью непосредственно въ лѣвое сердце, частью изъ ствола легочной артерiи черезъ Боталловъ протокъ въ аорту. Легкiя омываются лишь небольшимъ количествомъ крови и не участвуютъ въ процессѣ обмѣна веществъ.

Во время нормальной родовой дѣятельности обмѣнъ веществъ совершается также этимъ самымъ путемъ. Правда, во время родовыхъ схватокъ прижатiе направляющихся въ маточной стѣнкѣ сосудовъ уменьшаетъ притокъ материнской крови къ послѣду, а, стало быть, и обмѣнъ веществъ. Но во время межпотужной паузы это уменьшенiе снова выравнивается, такъ что плодъ остается въ состоянiи арноѣ. Какъ скоро, однако, младенецъ ро-

¹⁾ Настоящая лекцiя была уже однажды опубликована (Zeitschr. f. prakt. Aerzte, 1898, № 17).

дился, онъ уже не получаетъ отъ матери кислорода, ибо матка сильно уменьшилась и послѣдъ обычно уже большею частью своею отдѣлился. По прошествіи короткаго времени содержаніе кислорода въ крови представляется упавшимъ настолько, что кровь, въ которой уже преобладаетъ угольная кислота, является раздражителемъ для дыхательнаго центра, заложеннаго въ продолговатомъ мозгу. Кожное раздраженіе, дѣйствующее на поверхность тѣла (охлажденіе), въ свою очередь, возбуждаетъ рефлекторно центръ дыханія. Дыхательныя мышцы начинаютъ функционировать, въ легкія поступаетъ воздухъ и снабжаетъ кислородомъ обильно протекающую черезъ нихъ кровь. Кровь течетъ теперь изъ легочной артеріи уже не черезъ Воталловъ протокъ въ аорту, а черезъ легкія въ лѣвое сердце. Пульсъ пуповины исчезаетъ, съ одной стороны, вслѣдствіе того, что давленіе въ пупочныхъ артеріяхъ сильно падаетъ, съ другой стороны, вслѣдствіе того, что пупочные сосуды подъ влияніемъ охлажденія стягиваются.

Но при патологическихъ условіяхъ поступленіе кислорода въ дѣтскую кровь можетъ быть воспрепятствовано уже во время родового акта. Причины тому могутъ быть самыя различныя. Въ то время какъ при правильной смѣнѣ потугъ и межпотужныхъ промежутковъ пониженіе обмѣна веществъ, происходящее во время потугъ, всегда въ теченіе межпотужной паузы снова выравнивается, при судорожной потужной дѣятельности наступаетъ постоянное ограниченіе метаморфоза; если межпотужныя паузы становятся черезчуръ короткими или если даже имѣется непрерывное сокращеніе, тетанія матки, то плодъ не получаетъ достаточно кислорода. Сильное уменьшеніе количества материнской крови (кровопотеря), равно какъ и измѣненія ея свойствъ (затрудненное дыханіе, нарушеніе кровообращенія) точно также должны имѣть своимъ послѣдствіемъ пониженіе обмѣна веществъ. Далѣе, поступленіе кислорода можетъ встрѣтить препятствіе въ давленіи на пуповину (въ особенности при выпаденіи ея), въ кровопотери плода, въ преждевременномъ отдѣленіи послѣда. Какъ скоро содержаніе угольной кислоты въ крови достигаетъ извѣстнаго предѣла, начинается возбужденіе дыхательнаго центра совершенно аналогичнымъ образомъ, какъ и у только-что родившагося младенца; плодъ производитъ внутриутробное дыханіе. Но такъ какъ дыхательныя отверстія его омываются плодными водами, то въ легкія попадаетъ не воздухъ, а — если дыхательныя отверстія не заложены — плодная жидкость. Если прекращеніе доступа кислорода длится долгое время, то плодъ погибаетъ въ утробѣ матери. Но такая внутриутробная смерть можетъ послѣдовать также и безъ того, чтобы дѣло дошло до внутриутробнаго дыханія, а именно, если прекращеніе доставки кислорода совершается постепенно, то возбудимость дыхательнаго центра понижается настолько, что подъ конецъ даже максимальное раздраженіе уже не въ силахъ вызвать его дѣятельность. Если плодъ родится въ такое время, когда уже началось нарушеніе обмѣна веществъ, но жизнь еще не угасла, то мы называемъ его асфиктическимъ, мнимоумершимъ.

Какъ скоро мы замѣчаемъ во время родовъ, что плодъ подвергся асфиксіи, мы можемъ спасти его тѣмъ, что быстро заканчиваемъ родовую актъ, чтобы такимъ образомъ быстро вывести младенца наружу; тогда онъ получитъ возможность поглотить кислородъ изъ атмосфернаго воздуха и оправиться отъ своего состоянія. Наступленіе асфиксіи во время родовъ опредѣляется тщательнымъ выслушиваніемъ дѣтскихъ сердечныхъ звуковъ: послѣдовательно усиливающаяся или послѣдовательно уменьшающаяся частота ихъ указываетъ намъ на грозящую опасность. Дальнѣйшимъ признакомъ служитъ отхожденіе меконія. Подъ вліяніемъ внутриутробнаго дыханія внутрибрюшное давленіе плода повышается, и такъ какъ, кромѣ того, кровь, богатая содержаніемъ угольной кислоты, возбуждаетъ перистальтику и sphincter ani расслабляется, то изъ задняго прохода выступаетъ первородный калъ. Признакъ этотъ, однако, является не вполне надежнымъ, такъ какъ отхожденіе меконія происходитъ иногда и безъ того, чтобы во время родовъ или послѣ нихъ плодъ обнаруживалъ какія-либо патологическія особенности. При тазовомъ положеніи отхожденіе первороднаго кала совершенно лишено діагностическаго значенія. Иногда возможно бываетъ непосредственно констатировать внутриутробныя дыхательныя движенія плода; это удается особенно легко въ томъ случаѣ, когда часть плода уже выступила изъ половой расщелины. Если пуповина доступна ошупыванію, то пульсъ ея можетъ дать намъ указанія на состояніе младенца.

Если ребенокъ родится мнимоумершимъ, то онъ можетъ быть снова возвращенъ къ жизни.

Мы различаемъ двѣ степени мнимой смерти:

1) Умѣренную асфиксію, характеризующуюся ціанозомъ: младенецъ не дышетъ, но дѣятельность сердца довольно удовлетворительна, мышечный тонусъ сохраненъ, рефлексы существуютъ (введеніе пальца въ глотку).

2) Глубокую асфиксію: ребенокъ блѣденъ, дыханіе отсутствуетъ (иногда наступаютъ отдѣльныя, крайне несовершенныя дыхательныя движенія), дѣятельность сердца значительно понижена, зачастую констатируются лишь отъ времени до времени единичныя сокращенія сердца; тѣло обнаруживаетъ трупную дряблость, мышечный тонусъ отсутствуетъ, рефлексы также.

Само собою разумѣется, что существуютъ всевозможныя переходныя формы, начиная отъ самой легкой асфиксіи до самой тяжелой, но въ практическомъ отношеніи удобнѣе держаться приведеннаго нами дѣленія.

Сознательная *терапия* можетъ при асфиксіи дать самыя блестящія результаты. До тѣхъ поръ, пока вообще замѣчаются какія бы то ни было проявленія жизни (дѣятельность сердца), никогда не слѣдуетъ отчаиваться въ спасеніи ребенка.

При *умѣренной асфиксіи* опасность по большей части не велика. Младенецъ не дышетъ потому, что возбудимость продолговатаго мозга понизилась настолько, что охлажденіе кожи и существующая степень венозности крови недостаточны для того, чтобы вызвать къ дѣятельности ды-

хательный центръ. Но какъ скоро спустя короткое время венозность крови уменьшается, это усиленное раздраженіе является уже достаточнымъ импульсомъ для возбужденія дѣятельности дыхательнаго центра. Этимъ объясняется, почему такіа дѣти, будучи помѣщены въ теплую ванночку, тотчасъ же начинаютъ дышать.

Въ большинствѣ случаевъ мы, однако, при умѣренной асфиксіи не держимся выжидательнаго образа дѣйствій, но стараемся привести дыхательный центръ въ дѣятельность путемъ усиленія рефлекторныхъ раздраженій, вліяющихъ на него. Мы слегка похлопываемъ младенца по ягодицамъ, растираемъ кожу или обрызгиваемъ холодною водою. Большею частью этого достаточно бываетъ, чтобы вызвать у ребенка крикъ. Еще энергичнѣе дѣйствуетъ погруженіе младенца на мгновеніе по шею въ довольно холодную воду съ послѣдующимъ перенесеніемъ его въ теплую ванну. Кромѣ того, мы удаляемъ пальцемъ слизь изо рта; большія количества слизи высасываются трахеальнымъ катетеромъ.

Совершенно иначе обстоитъ дѣло при *глубокой асфиксіи*, при которой возбудимость продолговатаго мозга понижена настолько сильно, что и максимальныя раздраженія не возбуждаютъ дыханія. Здѣсь, слѣдовательно, рассчитывать на усиленіе раздраженій (кожныхъ раздраженій) нечего. Правда, они могли бы ускорить кровообращеніе, но разъ въ легкія не поступаетъ воздуха, то протекающая черезъ нихъ кровь не получаетъ кислорода, и, напротивъ, можно скорѣе предположить, что ускореніе кровообращенія приведетъ къ довольно быстрому израсходованію того небольшого запаса кислорода, который еще содержится въ крови. Такимъ образомъ первое показаніе при глубокой асфиксіи должно заключаться въ томъ, чтобы дыханіе, не осуществимое физиологическимъ путемъ, замѣнить *дыханіемъ искусственнымъ*, стало бытъ ввести воздухъ въ легкія искусственно. Вторая, также въ высокой степени важная, задача направлена на *улучшеніе сильно упавшей дѣятельности сердца*, ибо если черезъ легкія не будетъ протекать достаточно крови, то и доставка воздуха принесетъ очень мало пользы. Наконецъ, третье показаніе, съ которымъ мы должны считаться, сводится къ удаленію *аспирированныхъ инородныхъ массъ*.

Среди ряда различныхъ методовъ оживленія сильно асфиктическихъ новорожденныхъ мы должны отдавать предпочтеніе тѣмъ, которые, удовлетворяя въ самой совершенной степени названнымъ тремъ показаніямъ, не требуютъ для своего выполненія какихъ-либо особенныхъ вспомогательныхъ аппаратовъ.

Наилучшимъ такимъ методомъ является *методъ качаній Schultze*. Онъ заключается въ томъ, что подбрасываніемъ вверхъ или опусканіемъ внизъ тѣла младенца вызывается выхожденіе и вхожденіе воздуха, подражающее физиологическому типу дыханія. Для вдыханія берутъ младенца за подмышки и сильно опускаютъ внизъ. Подъ вліяніемъ тангенціальной силы грудобрюшная преграда смѣщается внизъ, а, держа младенца за подкрыльцовыя впадины, мы поднимаемъ ребра вверхъ. Такимъ образомъ

грудная полость подвергается всестороннему расширенію, образуется отрицательное давленіе и воздухъ долженъ проникнуть извнѣ, совершенно такъ, какъ это происходитъ при нормальномъ вдыханіи. Выдыханіе производится такимъ образомъ, что младенца подбрасываютъ вверхъ, такъ чтобы ягодицы помѣщались выше всего, а головка приходилась книзу; брюшные органы оттягиваютъ діафрагму въ сторону, а тяжесть туловища придавливаетъ грудь къ упирающимся въ нее пальцамъ, въ особенности къ большимъ пальцамъ. Такимъ образомъ грудная полость уменьшается, давленіе въ ней становится положительнымъ и воздухъ выходитъ изъ нея наружу, т. е. происходитъ совершенно то же, что и при нормальномъ выдыханіи.

Что этимъ путемъ воздухъ всего лучше можно вогнать въ легкія, дознано какъ многочисленными наблюденіями, такъ и экспериментомъ. Сплошь и рядомъ мы можемъ различить ухомъ, какъ воздухъ съ шумомъ входитъ и выходитъ изъ легкіихъ. Что касается экспериментальнаго доказательства, то оно заключалось въ производствѣ качаній *Schultze* у дѣтей, которыя завѣдомо умерли до разрыва плоднаго пузыря, у которыхъ, стало быть, во время родовъ воздухъ не могъ проникнуть въ легкія. Въ то время какъ до выполненія способа *Schultze* перкуссія груди обнаруживала притупленный звукъ, послѣ него въ области легкіихъ отмѣчался ясный легочный звукъ. Вскрытіе также констатировало содержаніе въ легкіихъ воздуха.

Высокое значеніе описываемаго метода заключается, однако, не только въ томъ, что онъ даетъ возможность вводить въ легкія воздухъ столь совершеннымъ и вмѣстѣ съ тѣмъ столь простымъ путемъ, но главнымъ образомъ въ томъ, что онъ одновременно удовлетворяетъ и обоимъ другимъ названнымъ нами показаніямъ. Обусловливая совершенно аналогично физиологическому дыханію сильное пониженіе внутригрудного давленія при вдыханіи и сильное повышеніе его при выдыханіи, онъ создаетъ болѣе благоприятныя условія для кровообращенія. Паденіе давленія при вдыханіи содѣйствуетъ притоку крови къ сердцу черезъ венозныя отверстія, повышеніе его при выдыханіи способствуетъ току крови отъ сердца въ тѣло черезъ артеріальныя отверстія. Эти значительныя разности въ давленія и улучшаютъ существенно упавшую дѣятельность сердца. Именно въ этомъ отношеніи методъ *Schultze* и превосходитъ въ высокой степени другой, равнымъ образомъ часто примѣняемый, способъ — вдуванія воздуха въ легкія.

Если ввести трахеальный катетеръ и вдувать осторожно воздухъ, то можно этимъ путемъ, конечно, прекрасно наполнить воздухомъ легкія (вдыханіе); при легкомъ надавливаніи на грудь воздухъ выходитъ обратно (выдыханіе). Но если мы и можемъ вдуваніемъ ввести въ легкія довольно значительное количество воздуха, то все же здѣсь отсутствуетъ благотворное вліяніе на дѣятельность сердца. При выдыханіи давленіе въ грудной клеткѣ увеличивается, при вдыханіи оно опять-таки увеличи-

вается, стало быть здѣсь не имѣется тѣхъ большихъ, содѣйствующихъ кровообращенію, разностей въ давленіи, которыя существуютъ при способѣ *Schultze*, равно какъ и при физиологическомъ дыханіи и которое обуславливается тѣмъ, что при выдыханіи происходитъ повышеніе внутригрудного давленія, при вдыханіи—напротивъ, пониженіе его.

Наконецъ, способъ *Schultze* удовлетворяетъ до извѣстной степени и третьему показанію, т. е. выведенію аспирированныхъ постороннихъ массъ. Такъ какъ мы начинаемъ съ подбрасыванія вверхъ (выдыханіе) и держимъ младенца въ этомъ положеніи головкою внизъ, то аспирированныя массы, слѣдуя закону тяжести, очевидно должны будутъ частью выйти наружу.

Изъ другихъ способовъ искусственнаго дыханія, равнымъ образомъ цѣлесообразныхъ, примѣняются у новорожденныхъ способы *Sylvester'a* и *Marshall Hall'a*, обычно употребляемые при оживленіи взрослыхъ.

Способъ *Schultze* встрѣтилъ многихъ противниковъ. Цѣлый рядъ авторовъ заявляетъ о томъ, что они не видѣли отъ него никакихъ благоприятныхъ результатовъ. Причина этого заключается, очевидно, въ ненадлежащемъ выполненіи метода этими лицами. Для того, чтобы онъ могъ увѣчаться успѣхомъ, онъ долженъ быть выполняемъ въ высшей степени тщательно и точно, въ такомъ видѣ, въ какомъ мы его описываемъ ниже. Кто безъ всякой системы, безъ всякаго плана, подбрасываетъ младенца то вверхъ, то внизъ, не ознакомившись, какъ слѣдуетъ, со способомъ и не уяснивъ себѣ вполне его сущности, — а подобное отношеніе мнѣ приходилось наблюдать у врачей не разъ, — тотъ, понятно, не получитъ никакихъ положительныхъ результатовъ. Но кому случалось качаніями *Schultze* возвращать къ жизни дѣтей, которыхъ уже считали мертвыми, но у которыхъ сохранялась еще искорка сердечной дѣятельности, тотъ несомнѣнно всегда будетъ обращаться къ этому методу.

Спора нѣтъ, бывають случаи, гдѣ и способъ *Schultze* терпитъ крушеніе. Если мы имѣемъ дѣло съ уродливымъ и нежизнеспособнымъ плодомъ или если во время родовъ произошли тяжкія поврежденія, исключаяція возможность жизни плода (напр. сильное внутричерепное кровоизліаніе), то мы, конечно, и съ качаніями не добьемся ничего. Далѣе, методъ можетъ оказаться безсильнымъ у преждевременно родившихся дѣтей. Дѣло въ томъ, что у нихъ стѣнки грудной клѣтки еще настолько мягки, что достаточнаго расширенія послѣдней не происходитъ. Здѣсь будетъ умѣстнѣе развернуть легкія вдуваніемъ воздуха.

Другой упрекъ, который ставили въ вину способу *Schultze*, это то, что имъ возможно причинить ребенку поврежденія (напр. разрывъ печени). Да, это бываетъ, но только при грубомъ и неумѣломъ выполненіи. Наличие поврежденій, возникшихъ во время родового акта (напр. переломъ ключицы), понятно, обязываетъ насъ къ особенной осторожности.

Какъ скоро младенецъ родился, мы должны удостовѣриться, находится ли онъ въ состояніи асфиксіи и, если да, то въ какой именно степени. Если мы констатируемъ трупную дряблость, глубокую асфиксію, то

мы быстро перерѣзываемъ пуговину и выслушиваніемъ или ошупываніемъ области сердца изслѣдуемъ силу и частоту сердечныхъ звуковъ. Разнѣется хотя-бы самое ничтожное число ударовъ въ минуту, мы не должны отказываться отъ надежды на оживленіе. Слизь, находящаяся въ полости рта и глотки, удаляется пальцемъ, причѣмъ вмѣстѣ съ тѣмъ отдавливается впередъ корень языка; болѣе значительныя количества слизи аспирируются трахеальнымъ катетеромъ. Засимъ мы кладемъ младенца на тонкую пеленку и захватываемъ его вмѣстѣ съ нею; поступаемъ такъ съ тою цѣлью, чтобы младенецъ не выскользнулъ при качаніяхъ. Мы беремъ младенца, лежащаго къ намъ головкой, со стороны спинки такимъ образомъ, что указательные пальцы наши помѣщаются въ подкрыльцовыхъ впадинахъ, большіе пальцы на передней поверхности груди, а остальные разведенные пальцы на спинкѣ. Локтевыми краями обѣихъ ручныхъ кистей мы придерживаемъ головку прямо, въ срединномъ положеніи, такъ чтобы она не могла наклониться ни впередъ, ни назадъ. При несоблюденіи этого правила дыхательное горло можетъ перегнуться, а тогда, конечно, воздуха и войдетъ, и выйдетъ недостаточно. Захвативъ описаннымъ образомъ младенца, мы нѣсколько разводимъ свои ноги и держимъ ребенка выпрямленными, направленными внизъ руками впереди себя, спинкою, обращенною въ нашу сторону; верхнюю часть своего туловища мы перегибаемъ нѣсколько впередъ. Начинаемъ мы съ подбрасыванія вверхъ, причѣмъ мы выпрямляемъ наши руки и засимъ, сгибая въ локтевыхъ суставахъ, поднимаемъ вверхъ. При этомъ ножки младенца приходятъ въ одинъ уровень съ личикомъ, а нижняя часть туловища перегибается впередъ въ мѣстѣ поясничнаго позвоночника. Перегибаніе это должно происходить именно въ поясничномъ позвоночникѣ, а не въ грудномъ. Если мы будемъ вскидывать ребенка черезчуръ быстро, то онъ перегнется въ грудномъ позвоночникѣ, если слишкомъ медленно, то перегибанія не произойдетъ вовсе. Опытомъ и упражненіемъ нужно добиться того, чтобы туловище перегибалось какъ-разъ въ поясничной части позвоночника. Это достигается всего лучше тѣмъ, что въ тотъ моментъ, когда руки наши нѣсколько приподняты надъ горизонтальною линіею, мы останавливаемся чуть-чуть съ подбрасываніемъ и только затѣмъ уже ведемъ руки дальше вверхъ. Засимъ иногда приходится регулировать перегибаніе младенца такимъ образомъ, что подвигаются или слегка впередъ, или слегка назадъ. Какъ скоро руки наши поднялись вверхъ, младенецъ покоится почти только на большихъ пальцахъ, лежащихъ на груди; бѣды, однако, никакой нѣтъ, если они теперь и произведутъ легкое давленіе на грудную кѣтку. Держа младенца вверхъ, мы дѣлаемъ нѣсколько сотрясательныхъ движеній съ цѣлью подѣйствовать выхожденію аспирированныхъ постороннихъ массъ. Засимъ слѣдуетъ опусканіе младенца внизъ. Мы опускаемъ руки внизъ довольно энергично, причѣмъ локтевые края ручныхъ кистей должны крѣпко удерживать головку, дабы она не перегнулась впередъ или назадъ. Третій, четвертый и пятый пальцы обѣихъ рукъ должны прилегать къ груди

лишь совсѣмъ легко, тщательно избѣгая сдавливанія, которое могло бы помѣшать ей растяженію. Послѣ короткой паузы снова подбрасываютъ ребенка вверхъ, послѣ второй паузы опять опускаютъ внизъ и такъ далѣе, примѣрно дѣлая около 8—10 качаній въ минуту. Послѣ каждыхъ нѣсколькихъ качаній нужно обязательно укладывать на время младенца въ заранѣе приготовленную теплую постельку, въ предотвращеніе черезчуръ сильнаго охлажденія, и слѣдить при этомъ за сердцемъ. Уже послѣ нѣсколькихъ качаній удается въ большинствѣ случаевъ замѣтить улучшение дѣятельности сердца. Качанія продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока не наступитъ самопроизвольное дыхательное движеніе. Если послѣднее начинается во время качанія, то нужно стараться пригнать качаніе къ дыхательной фазѣ. Какъ скоро наступило нѣсколько самопроизвольныхъ дыханій, присоединяютъ къ нимъ кожные раздраженія. Ребенка растираютъ или опускаютъ на мгновеніе въ ведро, наполненное довольно холодной водой, а засимъ въ теплую ванну. Такъ продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока ребенокъ не начнетъ порядкомъ кричать и правильно дышать. Даже въ томъ случаѣ, когда самопроизвольное дыханіе не появляется очень долго, все же нужно продолжать методъ *Schultze* до тѣхъ поръ, пока существуетъ хотя бы малѣйшая дѣятельность сердца, обращая при этомъ вниманіе на то, чтобы младенецъ не остылъ черезчуръ. Вода для ванны должна постоянно поддерживаться достаточно теплою (32° Ц.). Не слѣдуетъ отчаиваться даже при безуспѣшности оживленія въ теченіе получаса и долѣе, такъ какъ сплошь и рядомъ удается даже въ самыхъ, повидимому, безнадежныхъ случаяхъ придти къ цѣли.

Приведенный къ жизни младенецъ нуждается и въ дальнѣйшемъ самомъ тщательномъ наблюденіи. Какъ скоро дыханіе ухудшается, необходимо примѣнить кожное раздраженіе или даже вновь прибѣгнуть къ методу *Schultze*.

Алфавитный указатель.

А.

Абортные щипцы 288.
Автотрансфузия 385.
Антисептика 4, 340.
Анемія, лечение см. малокровіе.
Арноу у младенца 348, 388.
Асептика 4.
Асфиксія 388.
Атонія матки 381.
Auvard'овскій инструментъ для краніотоміи 253.

Б. В*.

Barnes'овскій баллонъ 307.
Baudelocque'овскій способъ превращенія лицевого положенія въ черепное 102.
Boer'овскіе костные щипцы 245.
Боковое положеніе роженицы 75;—при выпаденіи пуповины 229;—при ручномъ отдѣленіи послѣда 355.
Болваны легкихъ, искусств. выкидышь при нихъ 277;—искусств. преждевр. роды 291.
Braun'овскій декапитаціонный крючокъ 260.
Braxton-Hicks см. поворотъ.
Breus'овскіе щипцы 126.
Brünninghausen'овскій замокъ 25.

В. W*.

Вагвинизмъ 327.
Вагинофиксація матки 321, 322.
Walcher'овское свѣшивающееся положеніе 119.
Введеніе бужей въ матку 304.
Веденіе послѣдоваго періода по *Ahlfeld*'у 349.
Werth'овскій способъ наложенія швовъ 380.
Wigand'овскій ручной приемъ 169.
Влагалище, гематома 375;—пергородки 325;—сжуженія 324;—опухоли 325;—поврежденія 374;—при наложеніи щипцовъ 130.
Влагалищное кесарское сѣченіе 318;—при ракъ матки 322;—при рубцовыхъ стенозахъ 322;—при *retroflexio uteri gravidi* 282;—послѣ вагинофиксаціи матки 321.
Вливаніе солевого раствора 385.
Внутренній поворотъ 193;—показанія 193, 208;—условія 194;—на ножку при передвѣспинномъ поперечномъ положеніи 196;—на обѣ ножки при задвѣспин. по-

перечномъ полож. 199;—на головку 206;—по способу *Busch*'а 207;—*d'Outrelepont*'а 217;—при головныхъ положеніяхъ 207.
Внутриматочное дыханіе 388.
Внутриматочное примѣненіе баллона для ускоренія родовъ 316;—при искусственномъ прерываніи беременности 307.
Внутриматочный дилататоръ 308.
Возбужденіе потугъ 297, 314.
Воздушная эмболія 382.
Восходящій маточный душъ 300.
Вправленіе, выпавшей ручки 230;—пуповины 229;—инвертированной матки 386.
Впрыскиванія *liquor ferri* 384.
Вскрытіе пузыря, производство 304, 324;—показанія 323.
Вульва, сжуженіе 326;—опухоли 327;—гематома 326;—надрѣзы 65, 326;—отекъ 327;—ригадность 326.
Выворотъ матки 385.
Выжидательный методъ леченія въ послѣдовомъ періодѣ 349.
Выжиманіе по *Kristeller*'у 141;—послѣда 351.
Выкидышь, удаленіе остатковъ яйца 285;—леченіе при инфекціи содержимаго 290;—леченіе самопроизвольнаго выкидыша 282;—распознаваніе 282;—расширеніе шейки 285;—тампонада 284, 289.
Выпаденіе мелкихъ частей плода при головныхъ положеніяхъ 230;—беременной матки 279.
Выпаденіе пуповины 34, 227;—вправленіе 229.
Высокіе щипцы 112.

С*.

Cystocele 325.
Champetier-Müller'овскій баллонъ 309.

Д. D*.

Двойное наложеніе щипцовъ по *Scanzoni* при переднечерепномъ положеніи 88;—при лицевомъ положеніи 99.
Двойной ручной приемъ *Sigmundia* 224.
Deciduoma malignum 387.
Дезинфекція, роженицы 13;—рукъ 6;—инструментовъ 11;—палочекъ изъ разбухающихъ веществъ 301.
Декапитація 258;—*Braun*'овскимъ крючкомъ 261;—проволочнымъ экрзеромъ

Kézmarszky'аго 267; — серповиднымъ ножомъ *Schultze* 264; — *Siebold*'овскими ножами 267.

Detruncatio 268.

Дилататоры для расширенія шейки 285, 303.

Duncan'овскій способъ отдѣленія послѣда 350.

Дыхательныя движенія плода, внутриматочныя 388.

Дѣвственная плева, какъ препятствіе для родового акта 327.

Dührssen'овская тампонада матки 383.

Dührssen'овскія жестянки со стерильнымъ матеріаломъ для тампонаціи 284.

Е*.

Ecarteur utérin 303.

Erb'овскій параличъ 132, 181.

Ф*.

Fehling'овскій баллонъ 308.

Г. Н*.

Hamilton'овскій способъ вызванія искусствен. преждевр. родовъ 303.

Гематома въ околывлагалищной ткани 323; — вульвы 375.

Hemicephalus 31.

Гидрамнион (искус. прерыв. беременности) 280.

Глицериновые тампоны (при искусств. преждевр. родахъ) 303.

Головная водянка 31, 234; — проколъ 235; — опорожненіе со стороны позвоночника

Головная опухоль 29. 241.

Hofmeier'овскій способъ надавленія головки въ тазъ 119.

З.

Задержаніе остатковъ послѣда и лицевыхъ оболочекъ 289, 387.

Заднеспинное положеніе и извлеченіе при спянкѣ, оставшейся обращенной къзади 173.

Заднетеменное вставленіе 208.

Замокъ щипцовъ 23.

Запущенное поперечное положеніе 190, 258.

Зарощеніе послѣда 353.

Затрудненное введеніе руки въ матку 219; — во влагалище 218.

Защита промежности 57.

Злокачественное малокровіе 277.

И. I*. J*.

Извлеченіе за тазовый конецъ, условія 143; — показанія 143; — техника 144; — при спянкѣ, оставшейся обращенной къзади 173; — поврежденіе младенца 179; — при готовленіи къ операциіи 144.

Извлеченіе тѣла плода послѣ разведенія его 269; — туловища послѣ рожденія головки 51.

Измѣреніе оси плода по *Ahlfeld*'у 296.

Insertio volamentalis 368.

Inversio uteri 385.

Искусственное возбужденіе родовъ 291.

Искусственное дыханіе при мнимой смерти 391.

Искусственный выкидышъ, производство 281; — показанія 276.

Искусственные преждевременные роды, задержка дѣтой 312; — показанія 291; — веденіе родовъ 311; — методы 288; — уходъ за младенцемъ 312; — опредѣленіе времени для производства искус. преждевр. родовъ 295.

Juniperus Sabina 298.

К. С*.

Кастрація при остеомалиціи 338.

Катетеризація мочевого пузыря 42.

Каучуковый баллонъ *Tarnier* 308.

Каучуковый мышечекъ для наполненія метрейритера 309.

Кесарское сѣченіе, производство по консервативному методу 339; — операція *Porro* 346; — опасности 336; — исторія 333; — абсолютное показаніе 333; — относительное 334; — показаніе къ операціи *Porro* 338; — приготвленіе къ ней (асептика) 340; — кесарское сѣченіе на мертвой 347.

Кефалокласть *Zucifel*'а 256.

Кефалгематома 132.

Кефалотрибъ, кефалотрипсія 245.

Kilian'овскій тупой крючокъ 156.

Клейдотомія 271.

Knapp'овскій бужъ 305.

Cohen'овскій методъ искусств. вызванія преждевр. родовъ 306.

Кольеиринтеръ 299; — внутриматочное примѣненіе его 308; — при поперечномъ положеніи 189; — при retroflexio uteri gravidi 279; — вмѣсто тампонады влагалища 284; — съ потягиваніемъ 308.

Conglutinatio orificii externi 319.

Контракціонное кольцо 187, 371.

Костныя опухоли тазу 333.

Костыя щипцы 245.

Краниокласть 249; — *Award*'овскій 253; — *Fehling*'овскій 257.

Краниотомія 232; — посредствомъ краниокласта 249; — кефалотриба 247; — трехвѣтвистыхъ инструментовъ 253.

Краниотракторъ 249.

Krause'вскій методъ, искус. вызыв. преждевр. родовъ 304.

Кровотеченія, при выкидышѣ 282, 358; — изъ разрывовъ шейки 369; — при inversio uteri 386; — изъ сосудовъ пуповины 368; — въ послѣродовомъ періодѣ 387; — при placenta praevia 361; — при преждевременномъ отдѣленіи нормально расположеннаго послѣда 367; — при поврежденіяхъ влагалища 374; — во время беременности 282; — при разрывѣ матки 370; — вслѣдствіе разрыва варикознаго узла 358; — въ родильномъ періодѣ 380.

Кюретта 287.

Л. L*.

Ламинарія 301.

Lange'овскій методъ наложенія щипцовъ при переднечерепномъ положеніи 86.

Лапаротомія при разрывѣ матки 373.
*Levet'*овскіе щипцы 23.
Lex regia 333.
 Лицевое положеніе 89;—конфигурація черепа 91;—распознаваніе 92;—механизмъ 93;—терапия 95;—превращеніе въ черепное положеніе 101;—причины 90.
 Лобное положеніе 103.
 Ложкообразное вдавленіе черепа 131.
 Ломосъченіе см. симфизеотомія.

М.

Малокровіе 381.
 Марлевый штюпферъ 289.
 Массажъ въ послѣдовомъ періодѣ 382.
 Маточный душъ (восходящій) по *Kiwisch'*у 300.
 Меконій 35, 137.
*Mesnard'*овскіе костные щипцы 245.
 Методъ *Scheel'*я (для вызыв. искус. преждевр. родовъ) 304.
 Метрейринтеръ для вызыв. искус. преждевр. родовъ 307;—*Barnes'*овскій 308;—*Champerrier-Müller'*овскій 309;—*Fehling'*овскій 308;—*Tarnier'* 308;—щипцы для введенія 309;—съ вытяженіемъ 310;—примѣненіе для ускоренія родовъ 316.
 Механизмъ родовъ, при тазовыхъ положеніяхъ 133;—при лицевомъ положеніи 93;—при черепномъ 17, 68, 73;—при лобномъ 106;—при переднечерепномъ 78.
 Миома матки 279, 321.
 Минимая смерть новорожденныхъ 388.
 Морфій при судорожныхъ потугахъ 220.
 Мочевой пузырь, наполненіе, опорожненіе 42, 194.
 Мочевые свищи 37, 375.
 Мѣстоположеніе послѣда 359.

Н. Н*.

Надрывы, кистовидныхъ опухолей 328;—надвлагалищной части шейки 317, 320;—ножныцы для надрывовъ 317;—влагалища 325;—вувлы 65, 326.
*Naegle'*вскій перфораторъ 240.
*Naegle'*вское наклоненіе 114.
 Наложеніе швовъ на шейку 370;—промежность 376;—матку при разрывѣ 373;—при *sectio caesarea* 343.
 Наложеніе щипцовъ, соскальзываніе 56;—снятіе 57;—на послѣдующую головку 171;—техавка 44;—условія 28;—при затылкѣ, обращенномъ впередъ 44;—при затылкѣ, обрац. впередъ и въ сторону 67;—при низкомъ поперечномъ стояніи головки 75;—при переднечерепномъ положеніи 83;—при лицевомъ 95;—при лобномъ 109;—на высоко стоящую головку 111;—защита промежности 57;—двойное наложеніе (по *Scanoni*) 88, 99;—показанія 31;—предсказаніе 127;—поврежденія 128;—приготовленіе 38.
 Наркозъ 43;—при судорожныхъ потугахъ 220.
 Нефритъ, искусств. выкидышъ при немъ 277;—искусств. преждевр. роды 291.

Низведеніе ножки 158.
 Низдавленіе головки въ тазъ по способу *Hofmeister'a* 119.
 Низкое поперечное стояніе головки 73;—при лицевомъ положеніи 98.
 Новообразования, искусств. выкидышъ при нихъ 276;—искусств. преждевр. роды 291;—расположенныя въ родового канала 327;—матки 321;—влагалища 325;—вувлы 327.
 Новорожденный, уходъ послѣ преждевременныхъ родовъ 312;—минимая смерть 388.
 Ногодержатель 41.
 Ножницы *Siebold'a* 267;—*Smellie* 240.
 Ножное положеніе 135;—извлеченіе 144.

О.

Обертываніе живота 383.
 Обратный *Veit'*овскій ручной приѣмъ 179.
 Операция *Porro* 337;—показанія 338;—техника 346.
 Опорожненіе содержимаго черепа 244.
 Опреѣленіе періода беременности 295.
 Опухоли см. новообразования.
 Орошенія 300;—при кровотеченіяхъ 382;—при искусственныхъ преждевр. родахъ 300.
 Освобожденіе послѣдующей головки 164;—ручекъ 146, 160;—разноименной рукою 163.
*Ostander'*овскія стоячія тракціи 120.
 Отхожденіе меконія, 35;—при тазовомъ положеніи 137.
 Ощупываніе подлежащихъ частей плода 17.

П. Р*.

*Palfyn'*овскіе щипцы 22.
 Палочки тупело 302;—ламинаріи 301.
 Параличъ лицевого нерва у новорожденного 132.
 Переднеметенное вставленіе 114.
 Переднечерепное положеніе 78;—превращеніе въ затылочное 86.
 Переломы костей младенца 131, 180.
 Перемѣнный душъ 300.
 Перерывка ключицъ 271.
 Перфораторы, ножницеобразные 239;—трепановидные 241.
 Перфораторъ *Busch'a* 240;—*Pajot* 243.
 Перфорация, условія 238;—показанія 232;—послѣдующей головкѣ 241;—ножницеобразными инструментами 239;—трепановидными инструментами 241;—приготовленіе къ операци 238.
 Петля для поворота 224;—для извлеченія ягодицы 157.
 Перчатки 9.
Placenta praevia 359;—этиологія 360;—значеніе 361;—леченіе 363;—разрывъ пузыря 323;—распознаваніе 362;—предсказаніе 362;—поворотъ 215.
 Плацентарный полипъ 356.
 Поворотъ, виды его 191;—наружный поворотъ при ягодичныхъ положеніяхъ 140,

193;—наружный при поперечномъ положеніи 191;—трудный 218;—затрудненный 222;—профилактический 116, 208;—по *Braxton-Hicks*'у 212;—внутренній 193.
 Поворотъ по *Braxton-Hicks*'у 212;—показанія 213;—при искусств. преждевр. родахъ 312;—для ускоренія родовъ 316;—на ножку 217;—на головку 216.
 Поврежденія плода, при извлеченіи тазового конца 179;—при каложеніи щипцовъ 130.
 Поврежденія родовыхъ путей 369;—таза 130;—шейки 369;—промежности 376;—двѣственной плевы 375;—входа во влагалище 375;—матки 187, 370;—въздѣствіе наложенія щипцовъ 128.
 Подкожноевливаніе солевого раствора 385.
 Показанія къ окончанію родовъ 32.
 Положеніе плода 15.
 Положеніе роженицы при наложеніи щипцовъ 41.
 Полупоперечная кровать 41.
 Поперечная кровать 41.
 Поперечное пиакое стоианіе головки 73.
 Поперечныя положенія, этиологія 183;—распознаваніе 184;—раздѣленіе 182;—частота 182;—предсказаніе 187;—терапия 188;—теченіе 185.
 Пороки сердца 276, 291.
 Послѣдовый періодъ, выжидательный способъ 349;—кровотеченія 380;—ручное удаленіе послѣда 353;—способъ выжиманія 351;—задержка остатковъ 289, 387.
 Послѣдъ, ампутація матки при задержаніи послѣда и сепсисѣ 355;—кольпотомія 355;—частичное удаленіе 355;—ручное удаленіе 353;—при сепсисѣ 355;—*placenta marginata* 359;—физиологія отдѣленія 350;—выжиманіе 351.
 Пражскій ручной приемъ 165.
 Предлежаніе, ручки 230;—ножки рядомъ съ головкой 231;—пуловины 227;—ручки при поперечномъ положеніи 182, 197, 204.
 Преждевременное отдѣленіе нормально сидящаго послѣда 367.
 Прерываніе беременности 274.
 Прессованная губка 301.
 Привычное умираніе плодовъ 292.
 Приготовленіе къ операціямъ 38, 340.
 Прижатіе аорты при кровотеченіи 383.
 Проволочный экзраеръ для декапитаціи 267.
 Проколъ опухолей 328.
 Проколъ яйцевыхъ оболочекъ 304, 323.
Prolapsus uteri gravidi 279.
 Промываніе матки при кровотеченіяхъ 382.
 Профилактика родильной горячки 1.
 Профилактический поворотъ 116, 208.
Prochownik'овская дѣта 312.
 Прямая кишка (опорожненіе) 43.
 Психозы (прерыв. беременности) 277.
 Пузырнолагалищные свищи 37, 374.
 Пузырный заносъ 280, 290.
 Пуловины, *insetrio volamentalis* 368;—разрывъ 369.

P. R*.

Раздраженіе грудныхъ сосковъ (для искусственнаго вызыванія преждевременныхъ родовъ) 311.
 Разроболяющія операціи 232.
 Размягченіе костей 338.
 Разрывы влагалища 374.
 Разрывъ матки 370;—этиологія 370;—распознаваніе 371;—терапия 372;—при поперечномъ положеніи 187.
 Разрывъ промежности, центральный 378;—полный 379;—неполный 377.
 Разрывъ пуловины 368;—таза 130.
 Разрывы шейки 369;—наложеніе швовъ 370.
 Ракъ матки 276, 291, 322.
 Раннее выжиманіе послѣда 352.
 Распиреніе влагалища 324;—вульвы 65, 324;—таза 328.
 Распиреніе шейки, пальцемъ 317;—тампоной марлей 303;—вадръаами 317;—инструментами 285, 303;—внутриматочнымъ приѣмленіемъ баллона 316;—посредствомъ разбухающихъ средствъ 301;—показанія 315, 321.
 Рвота беременныхъ 277.
 Резиновые перчатки 9.
Retroflexio uteri gravidi 278;—оперативное леченіе при ущемленіи 281;—влагалищное кесарское сѣченіе 282.
 Ригидность, шейки 320;—влагалища 324;—вульвы 326.
Ritgen'овскій ручной приемъ, со стороны прямой кишки 63;—со стороны задней части промежности 63.
 Родильная горячка 1.
 Роднички 18;—положеніе при узкомъ тазѣ 114.
 Родовая опухоль 29.
 Роды *modo conduplicato corpore* 186.
 Ручное удаленіе послѣда 353.
 Ручной приемъ, *Hönig*'а 289;—*Crédé* 351, 382.

C. S*.

Sabina 298.
 Самовараніе 13.
 Самозворотъ 186.
Schatz'овскій способъ превращенія лицевого положенія въ черешное 101.
Schultze'вскій серповидный ножъ 264.
Secale 219, 298.
Sectio caesarea см. кесарское сѣченіе.
 Сердечные тоны плода 34.
 Серповидный ножъ 264.
 Симфизеотомія 328;—техника операціи 331;—условія 330;—исторія 328;—показанія 329;—послѣдовательное леченіе 332.
 Склевываніе наружнаго маточнаго звѣа 319.
 Согрввательная ванна *Crédé* 312.
 Способъ *Deutsch*'а 222.
 Стерилизація *ружь* 6;—инструментовъ 11.
 Стояніе головки въ тазу 109.
 Судорожное сокращеніе матки 219, 314.
 Сѣженіе шейки 320, 334;—влагалища 324, 334;—вульвы 326.

Т.

- Тазовыя плоскости 109.
- Тазовыя положенія, втіологія 134;—распознаваніе 134;—раздѣленіе 133;—предсказаніе 137;—терапия 140;—теченіе и механизмъ 135;—при спинкѣ, оставшейся обращенной взади 173.
- Тампонада, влагалитца 284, 299;—шейки марлей 303;—глицериновыми тампонами 303;—матки марлей 289;—при placenta praevia 361;—по *Dührssen*'у при послеродовыхъ кровотеченіяхъ 284.
- Теорія *Semmelweis*'а 2.
- Теплые души 300, 382.
- Трахелоректоръ 263.
- Трепановидные перфораторы 241.
- Трехъствитые инструменты для краніотоміи 253;—способъ примѣненія ихъ 256.
- Трещины черепа 131.
- Троакарь (для опороженія содержимаго черепа при головной водянкѣ) 235.
- Тупело 302.
- Тупой крючокъ 156.
- Тумрапіа uteri 34, 352.

У. У*.

- Удаленіе послѣда 351, 353;—септической матки 355.
- Узкій тазъ, роды 113;—кесарское сѣченіе 333;—искусственный выкидышъ 279;—искусственные преждевременные роды 293;—перфорация 234;—профилактический поворотъ 116, 208;—щипцы 118.
- Уменьшеніе объема туловища плода 271.
- Уродливыя двойни 272.
- Уродства плода, препятствующія нормальному теченію родового акта 272.
- Uterus arcuatus 183;—incudiformis 183;—serpens 183.
- Ущемленіе искривленной взадъ беременной матки 278.

Х.

- Хлороформный наркозъ 43.
- Хорея 277.

Ц

- Черепъ, швы и роднички 18.
- Чревосѣченіе при разрывѣ матки см. лапаротомія.

Ш.

- Шееломъ 263.

Щ.

- Щипцы, съ осевымъ влеченіемъ 124;—для тазоваго входа 126;—описаніе 25;—исторія 20;—*Busch*'а 25;—*Levet*'а 23;—*Palfyn*'а 23;—*Smellie* 23;—*Tarnier* 124;—*Breus*'а 126;—дѣйствіе 26;—*Chamberlen*'а 20;—абортные 288.

Э.

- Эвисперация 269.
- Эквентерация 269.
- Эклямпсія 32.
- Электрическое раздраженіе матки для искус. вызванія преждевременныхъ родовъ 303.
- Эмбриотомія, при уродливыхъ двойняхъ 272;—при запущенномъ поперечномъ положеніи 258;—*Braun*'овскимъ крючкомъ 260;—проволочнымъ экразеромъ *Kézmarszky*'аго 267;—*Schultz*'евскимъ крючкомъ 264;—*Siebold*'овскими ножницами 267;—при увеличеніи объема плода 270.
- Эпизиотомія 65, 326;—при наложеніи щипцовъ 66;—при поворотѣ 219.
- Эфирный наркозъ 43.

Я.

- Ягодичное положеніе 133;—ручное извлеченіе 154;—тупымъ крючкомъ 155;—петлей 157;—изведеніе ножки 158.
- Ящикъ для стерилизаціи инструментовъ 11.

V*.

- Veit*'овскій ручной приемъ 165.