
Дозволено цензурою С-Петербургъ 11 Мая 1896 года.

2

ОГЛАВЛЕНІЕ.

	СТР.
Выкидышъ	5.
Поворотъ	7.
Экстракція	12.
Методъ выжиманія	16.
Наложеніе щипцовъ.	16.
Краниотомія.	21.
Эмбриотомія	24.
Кесарское сѣченіе	25.
Симфизиотомія	30.

akusher-lib.ru

Выкидышъ.

Выкидышемъ наз. искусственное прерываніе беременности до наступленія седьмого мѣсяца;—въ противномъ случаѣ будутъ искусственные преждевременные роды.

Искусственное возбужденіе преждевременныхъ родовъ показуется при:

1) Плоскихъ тазахъ съ конъюгатой въ $7^{1/2}$ — $8^{1/2}$ стм. и обще суженныхъ тазахъ съ наименьшимъ діаметромъ въ 8—9 стм. При тазахъ нижеуказанныхъ цифръ слѣдуетъ отказываться отъ операціи преждевременныхъ родовъ и лучше примѣнять своевременно перфорацию,—при чемъ время для производства этой операціи самое удобное между 33 и 35 недѣлями беременности.

2)—Привычномъ умираніи плода, если оно наступаетъ при многихъ послѣдовательныхъ беременностяхъ подрядъ, каждый разъ въ одинъ и тотъ-же срокъ. Привычное умираніе плода наиболѣе часто наблюдается при сифилисѣ, малокровіи беременныхъ, хроническихъ заболѣваніяхъ матки, дѣтскаго мѣста и пуповины, а также при наслѣдственныхъ предрасположеніяхъ и повышенной раздражительности матки.

3) Тяжелыхъ, угрожающихъ жизни матери, заболѣваніяхъ, если при томъ можно надѣяться на улучшеніе ихъ съ окончаніемъ беременности.

4) Опасныя для жизни, неизлечимыя болѣзни матери которыя, если извѣстно, приведутъ къ смерти, еще до окончанія родовъ, въ такихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ возбужденію преждевременныхъ родовъ съ цѣлью избѣжать кесарскаго сѣченія на мертвой.

Отношеніе новорожденныхъ и оставшихся въ живыхъ дѣтей для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ=60%, а для срочныхъ родовъ у тѣхъ-же женщинъ=9,7%.

Искусственное возбужденіе выкидыша показуется:

- 1) на первомъ планѣ неукротимая рвота беременныхъ;
- 2) абсолютное суженіе таза—для избѣжанія кесароваго сѣченія на живой;
- 3) острый нефритъ;
- 4) кровотеченія угрожающей интенсивности, какъ напр.: при ароplexia placent., миксомъ послѣда, placenta praevia и т. д.
- 5) въ случаяхъ ретрофлексіи беременной матки и при выпаденіи ея.

Методы возбужденія преждевременныхъ родовъ.

Внутреннія средства: а) Спорынья въ большихъ дозахъ (оставлено), б) Пилокарпинъ въ 2—4% растворахъ—2—3 шприца подъ кожу (слѣдуетъ обращать вниманіе на легкія и сердце!).

Наружныя средства: а) Ванны—оставлены, какъ невѣрное и опасное средство, б) Электричество также оставлено, в) Приставленіе къ соскамъ отсасывающихъ аппаратовъ тоже оставлено, г) Массажъ дна матки—оставленъ.

Средства, дѣйствующія на внутреннюю поверхность влагалища: 1) Тампонація влагалища корпией, животнымъ пузыремъ или кольпейринтеромъ оставлено. 2) Горячіе души (Riwisch'a) температурою въ 30°—32° Ц. въ продолженіи 12—15 мин. 2—3 разъ въ день (не слѣдуетъ вводить трубку въ цервикальный каналъ!). 3) Души изъ СО⁰ оставлены. 4) Расширеніе матки путемъ введенія въ цервикальный каналъ прессованныхъ губокъ или палочекъ—laminaria (возможна инфекція). 5) Отдѣленіе плодныхъ оболочекъ отъ нижняго сегмента матки пальцемъ или кате-

теромъ. 6) Катетеризація матки путемъ введенія между внутренней поверхностью матки и плоднымъ пузыремъ восковыхъ бужей или эластическаго катетера, этотъ методъ самый надежный, но и требуетъ самой тщательной дезинфекціи. 7) Методъ внутриматочныхъ инъекцій горячей воды—мало употребителенъ. 8) Проколъ плодныхъ оболочекъ—самый вѣрный и безопасный способъ, производится по Брауну помощью заостренныхъ гусиныхъ перьевъ или маточнымъ зондомъ, въ большинствѣ случаевъ роды оканчиваются послѣ прокола въ 7—22 час.

Изъ всѣхъ приведенныхъ методовъ наиболѣе вѣрно и безопасно вызываютъ преждевременные роды и выкидышъ: а) катетеризація матки и б) проколъ плодныхъ оболочекъ.

Поворотъ.

Поворотомъ называется или 1) исправленіе имѣющагося поперечнаго положенія въ продольное: поворотъ изъ поперечнаго положенія на головку или на тазовой конецъ, или 2) превращеніе одного изъ продольныхъ положеній въ противоположное: поворотъ изъ тазоваго положенія на головку или изъ головного положенія на тазовой конецъ.

Въ качествѣ общихъ условій для поворота требуется: 1) подвижность плода, 2) отсутствіе абсолютнаго суженія таза—наименьшій діаметръ не ниже $6\frac{1}{2}$ стм. 3) опредѣленная степень раскрытія зѣва.

Передъ каждой операціей поворота непременно должно позаботиться объ опорожненіи мочевого пузыря и прямой кишки.

I. Поворотъ изъ поперечнаго положенія на головку.

Условія поворота: 1) отсутствіе показанія для ускоренія родовъ; 2) отсутствіе всякаго суженія таза, 3) подвижность плода при цѣломъ пузырьѣ.

Для производства поворота изъ поперечнаго положенія на головку существуетъ четыре метода; а) пово-

ротъ посредствомъ измѣненія положенія роженицы, б) поворотъ одними наружными приѣмами, в) поворотъ одними внутренними приѣмами и г) поворотъ помощью сочетанія наружнаго и внутренняго приѣмовъ.

а) Первый методъ наиболѣе простой и легко достигается въ тѣхъ случаяхъ, когда перекрещиваніе осей матери и плода происходитъ подъ косымъ угломъ и притомъ головка лежитъ ниже, а ягодицы выше.

б) По второму методу поворотъ производится такимъ образомъ, что одна рука снаружи кладется на головку, а другая на ягодицы и затѣмъ—то одновременными, то очередными толкающими движеніями обѣихъ рукъ стараются воздѣйствовать на названныя части въ томъ смыслѣ, чтобы головка опустилась книзу а ягодицы передвинулись вверхъ. По низведеніи головки роженицу кладутъ на тотъ бокъ, изъ котораго была низведена головка.

в) Третій способъ состоитъ изъ поворота помощью непосредственно внутреннихъ приѣмовъ по Busch'у, при чемъ головка проводится ко входу непосредственно захватывающею ее рукою, соотвѣтственно той сторонѣ матери, куда обращена головка; или по непосредственному приѣму d'outrepoint'a, по которому вводятъ противоположную руку и стараются низвести головку такимъ образомъ, что пальцами введенной руки оттѣсняютъ предлежащее плечо въ ту сторону, гдѣ находятся ягодицы.

Послѣдніе два приѣма требуютъ подвижности плода и полнаго раскрытія зѣва.

г) Наружно-внутренними приѣмами поворотъ производится по Nohl'ю, С. Braun'у и Hicks'у также, какъ и по способу d'outrepoint'a, причемъ здѣсь въ то же время стараются и снаружи дѣйствовать въ томъ-же смыслѣ непосредственно на головку.

Изъ всѣхъ перечисленныхъ способовъ поворота наиболѣе употребительны два первыхъ метода.

II. Поворотъ изъ поперечнаго положенія на тазовой конецъ — показуется въ тѣхъ

случаяхъ, гдѣ попытки поворота на головку не удались; затѣмъ, гдѣ поворотъ на головку, вслѣдствіе суженія таза не былъ показанъ и наконецъ, гдѣ имѣется показаніе для ускоренія родовъ.

Существуетъ правило, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ показуется поворотъ на тазовой конецъ при достаточной подвижности плода, его нужно производить наружными приемами; пользоваться же внутренними приемами слѣдуетъ лишь тогда, когда наружные противопоказаны, вслѣдствіе недостаточной подвижности плода или если примѣненіе ихъ не увѣнчалось успѣхомъ.

Поворотъ на тазовой конецъ наружно-внутренними приемами слѣдуетъ производить тогда, когда поворотъ на головку не возможенъ или противопоказанъ, или когда наружный поворотъ на ягодицы не удается или не можетъ удался.

Операция въ общихъ чертахъ производится такъ, что вводятъ въ полость матки всю руку или только два пальца, чтобы захватить ножку, низвести ее и заставить ягодицы установиться во входѣ.

III. Поворотъ на ножку при полномъ раскрытіи зѣва и при цѣломъ пузырьѣ производится всегда рукою, соотвѣтствующею той сторонѣ матери, на которой помѣщаются ножки: при первомъ поперечномъ (ягодицы вправо)—лѣвою рукою, при второмъ—правою.

Относительно вскрытія плоднаго пузыря существуетъ три предложенія: 1) Levret совѣтуетъ вскрывать пузырь въ зѣвѣ матки и черезъ полученное отверстіе тотчасъ-же проникать въ полость яйца. 2) По Deleurg'у пройдя зѣвъ, должно осторожно отдѣлить плодный пузырь отъ стѣнки матки съ той стороны, гдѣ лежатъ ножки и затѣмъ разорвать пузырь. 3) По Hueter'у ножки низводятся черезъ цѣлый пузырь до наружнаго зѣва и здѣсь уже вскрываютъ его.

Изъ всѣхъ этихъ способовъ всего цѣлесообразнѣе вскрывать пузырь въ зѣвѣ матки.

Относительно пути достиженія ножекъ существуетъ три способа: 1) По Воёр'у нужно вести руку туда, куда обращена брюшная поверхность плода, т. е. кзади при первомъ положеніи и кпереди при второмъ положеніи. 2) По Baudeloque'у руки направляются къ спинкѣ плода и затѣмъ проходятъ по ягодицѣ къ бедру, голени и ножкѣ. 3) По Levret'у прежде всего рукою отгѣсняютъ туловище плода, затѣмъ поворачиваютъ его около продольной оси такимъ образомъ, чтобы ножки обратились книзу. Изъ этихъ способовъ наиболѣе простъ и удобовыполнимъ способъ Воёр'а.

При низведеніи ножекъ и чаще всего одной, слѣдуетъ помнить, что при первомъ положеніи (спинка впередъ) дѣлается поворотъ на нижележащую ножку, а при второмъ положеніи (спинка назадъ)—на вышележащую ножку, или иначе: должно производить поворотъ на ножку, разноименную съ введенной рукою: правая рука,—лѣвую ножку, а лѣвая—правую.

Поворотъ на ножку производится слѣдующимъ образомъ: избранная, сообразно случаю, рука обнажается выше локтя, обеззараживается смазываніемъ карболовымъ вазелиномъ и затѣмъ вводится, сложенными конически пальцами, въ наружныя половыя части роженицы, причемъ другая рука раздвигаетъ губы; войдя въ вагину, постепенно проходятъ верхушками пальцевъ черезъ зѣвъ и далѣе къ ножкамъ—впередъ или назадъ; свободная же рука кладется на брюшные покровы, соотвѣтственно положенію ягодицъ плода, и ею отгѣсняютъ матку ко входу.

Достигнувъ ножки, захватываютъ ее, обыкновенно въ голенно-стопномъ сочлененіи, между указательнымъ и среднимъ пальцами руки и низводятъ по тому же пути, по которому вошли, отгѣсняя въ тоже время снаружи головку вверхъ; выведя ножку до колѣна, оканчиваютъ поворотъ.

Операция поворота должна производиться въ промежуткахъ между болями.

Если же поворотъ дѣлаютъ при мало раскрытомъ зѣвѣ и отошедшихъ водахъ, то примѣняется способъ Braxton—Nicks'a: онъ производится точно также, какъ только что описанный, съ тою лишь разницею, что въ полость матки вводятся здѣсь два пальца находящейся во влагалищѣ руки; а такъ какъ вслѣдствіе отхода водъ, какъ потуги матки, такъ и самое операционное поле дѣлаются меньше, то здѣсь очень умѣстно замѣнять отсутствующій пузырь внутриматочнымъ кольпейринтеромъ.

IV. Поворотъ изъ тазоваго положенія на головку—можетъ имѣть мѣсто въ случаѣ очень значительной подвижности плода, особенно у болѣе старыхъ первородящихъ, чтобы избѣжать опасности разрыва промежности, а также и опасности, грозящей плоду, вслѣдствіе замедленнаго прохожденія верхней половины тѣла.

Главное условіе для этой операциі—отсутствіе всякаго суженія таза; производится она очень рѣдко и при томъ только наружными приѣмами; головка плода низводится по той сторонѣ, къ которой обращены брюшная поверхность и конечности плода.

V. Поворотъ съ головки на тазовой конецъ. Главнымъ показаніемъ для этой операциі служатъ извѣстныя степени и виды суженія таза, которыя или обусловливаютъ пространственное несоотвѣтствіе или вызываютъ такія аномаліи родовъ, что требуется врачебное вмѣшательство. Опытъ и наблюденія показываютъ, что при пространственномъ несоотвѣтствіи извѣстной степени, черепъ, не проходившій въ качествѣ подлежащей части, проходитъ гораздо легче въ качествѣ послѣдующей.

Далѣе, выпаденіе конечностей или пуловины, находящееся въ причинной связи суженіемъ таза, служитъ показаніемъ къ производству поворота съ головки на тазовой конецъ.

Наконецъ показаніемъ къ производству этой операциі служатъ предлежаніе дѣтскаго мѣста—placenta

ргавіа и различныя аномаліи, угрожающія жизни или здоровью матери или плода, или обоимъ вмѣстѣ.

Въ качествѣ условій, необходимыхъ для поворота изъ головного положенія на тазовой конецъ требуется 1) раскрытіе зѣва, по меньшей мѣрѣ, до проходимости его для двухъ пальцевъ; 2) подвижность плода и отсутствіе абсолютнаго суженія таза.

Поворотъ можно производить какъ одними внутренними приѣмами, такъ и наружными, вѣрнѣе же наружно-внутренними приѣмами; техника поворота изъ головного положенія во всѣхъ своихъ частяхъ совпадаетъ съ поворотомъ изъ поперечнаго положенія на тазовой конецъ.

VI. Превращеніе лицевого положенія въ затылочное показуется во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, какъ и при тазовыхъ положеніяхъ.

Условія для этой операціи: а) подвижность плода; б) особенно высокое и подвижное стояніе плода, и в) умѣренная потужная дѣятельность.

Операція эта производится слѣдующимъ образомъ: захвативъ снаружи плечо и грудь плода, оттѣсняютъ ихъ, въ промежуткахъ между болями, сначала вверхъ и въ сторону спинки, а затѣмъ только вверхъ; другою же рукою верхній отдѣлъ матки, а съ нимъ и ягодицы оттѣсняютъ въ ту сторону, гдѣ прежде находилась грудь. Путемъ этихъ манипуляцій головка изъ чрезмѣрной экстензіи переходитъ въ среднее положеніе и затѣмъ въ черепное.

Экстракція.

Экстракціей вообще называется выведеніе плода наружу. Подобное извлеченіе при тазовомъ положеніи совершается ручными приѣмами, при головномъ—помощью наложенія щипцовъ. Показаніемъ для извлеченія плода служитъ прежде всего слабость родовыхъ потугъ.

Всѣ показанія для извлеченія плода можно разбить на три группы.

Къ первой—относится слабость болей, развившаяся вслѣдствіе недостаточнаго развитія мускулатуры или недостаточной иннервации матки; слабость, вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ въ существѣ матки, разрыва матки и т. п.

Вторая группа показаній обусловливается относительною слабостью болей матки, зависящихъ отъ неподатливости тазоваго дна, входа въ рукавъ, пространственнаго несоотвѣтствія, ненормальной величины или установки головки, выпаденіемъ одной или обѣихъ ручекъ, двойнями, уродствами и т. д.

Въ третью группу показаній входитъ относительная слабость болей матки, въ виду требующейся поспѣшности окончанія родовъ, зависящихъ отъ лихорадочныхъ заболѣваній матери, пороковъ сердца, болѣзни легкихъ, эклампси, кровотеченій и т. п.

Общія условія для операціи экстракціи состоятъ: 1) въ полномъ раскрытіи зѣва, 2) въ отсутствіи цѣлости пузыря и 3) въ достаточной вмѣстимости таза; такъ, при конъюгатѣ меньше 8 см. нельзя рассчитывать на благополучное извлеченіе не уменьшеннаго въ объемѣ плода.

Экстракція при тазовомъ положеніи. Физиологическое тазовое положеніе требуетъ нашей помощи лишь въ то время, когда ягодицы совершенно родились; такъ что показаніе къ экстракціи наступаетъ лишь въ тотъ моментъ, когда ягодицы совершенно вышли изъ наружныхъ половыхъ частей матери.

Экстракціей плода въ болѣе узкомъ смыслѣ наз. такого рода ручные приемы, которые примѣняются надъ плодомъ, когда послѣдній находится еще въ родовыхъ путяхъ.

Операція экстракціи состоитъ изъ четырехъ актовъ: 1) въ выведеніи ягодицъ до пупка, 2) въ извлеченіи до плечиковъ, 3) въ освобожденіи ручекъ и 4) въ освобожденіи головки.

Извлечение предлежащихъ ягодицъ помощью пальца производится такимъ образомъ, что указательный или средний палецъ попеременно вводятся спереди въ обращенный впередъ паховой сгибъ плода и этимъ пальцемъ совершаютъ извлечение по направлению оси таза. Во избѣжаніе очень быстрога утомленія одного пальца пользуются поочередно указательнымъ и среднимъ пальцами правой и лѣвой руки.

При существованіи неполнаго ногоположенія, послѣ того, какъ будетъ извлечена одна конечность и въ родовыхъ путяхъ покажется ягодица, соотвѣтствующая влекомой ножкѣ, указательный палецъ другой руки вводится во второй, обращенный кзади, паховой сгибъ, соотвѣтствующій не низведенной ножкѣ; затѣмъ оба большихъ пальца кладутся на крестецъ и извлечение ягодицъ доводится до конца.

Для выведенія второй ножки предварительно извлекаютъ въ достаточной степени ягодицы и затѣмъ сильно приподымаютъ ихъ по направлению къ лонному соединенію матери, вслѣдствіе чего вторая ножка выпадаетъ сама собою.

Озаботившись далѣе о пуповинѣ, извлекаютъ (II-ой актъ) плодъ до плечиковъ такимъ образомъ, что оба большихъ пальца располагаются на задней поверхности крестца, а остальные пальцы на передней стѣнкѣ таза. Влеченіе книзу производится до тѣхъ поръ, пока въ наружныхъ половыхъ частяхъ не покажутся лопатки или пока ихъ тамъ нельзя будетъ прощупать.

Третій актъ—освобожденіе ручекъ при нормальномъ механизмѣ, когда плѣчки находятся въ прямомъ или косомъ размѣрѣ. При нормальномъ расположеніи ручекъ, освобожденіе ихъ производится такимъ образомъ, что сначала освобождаютъ ту ручку, которая лежитъ ближе къ крестцовой впадинѣ. Съ этой цѣлью захватываютъ ножки съ низу въ руку, разноименную той ручкѣ плода, которую предстоитъ освободить, такъ, чтобы большой палецъ оператора

былъ обращенъ внутрь, а остальные снаружи и за ножки сильно приподымають туловище плода. Затѣмъ указательнымъ и среднимъ пальцами другой руки соотвѣтствующей той сторонѣ матери, на которой лежитъ освобожденная ручка, проходятъ чрезъ плечико плода вдоль плечевой кости до локтевого сгиба. Здѣсь отгѣсняютъ освобожденную ручку съ занимаемаго ею мѣста въ противоположную сторону матери и тогда только выводятъ ее наружу. Когда она освобождена, тотчасъ же берутъ ее снизу въ ту свою руку, которая ее освобождала, приподымають по направленію къ симфизу, такъ, чтобы спинка перешла изъ того косога размѣра, въ которомъ она находилась, въ противоположный косога. Перебѣнивши руку, освобождаютъ такимъ же путемъ и вторую ручку.

Для освобожденія головки существуетъ нѣсколько пріемовъ. 4-й актъ.

1) Способъ *Smellie*: указательнымъ и среднимъ пальцами правой руки, проходя по задней поверхности шейки, упираются въ чешую затылочной кости; верхушки же пальцевъ (указательнаго и средняго) другой руки кладутъ въ *fossa canina* верхней челюсти. Рукою лежащею на затылкѣ, производятъ легкое давленіе вверхъ, а другою рукою влеченіе внизъ. Головка поворачивается около поперечной оси и выводится наружу.

2) Способъ *Lachapelle*: туловище кладутъ на лѣвое предплечіе такъ чтобы нижнія конечности свѣшивались по обѣимъ сторонамъ послѣдняго, указательнымъ пальцемъ лѣвой руки входятъ въ ротъ плода и кладутъ ногтевой фалангъ пальца на нижнюю челюсть; затѣмъ указательнымъ и среднимъ пальцами правой руки, согнутыми крючкообразно, захватываютъ плечики плода, и обѣими руками производятъ влеченіе по направленію тазовой оси.

Этотъ способъ самый употребительный.

3) Способъ *Кивиша*—празскій способъ: согнутые крючкомъ указательный и средній пальцы

правой руки кладутся виллообразно на заднюю поверхность шейки плода; одновременно другою рукою захватывают его нижнія конечности и затѣмъ первою рукою производятъ сильное влеченіе внизъ, между тѣмъ какъ вторая рука приподымаетъ туловище плода за ножки такъ сильно вверхъ, какъ будто хотятъ положить плодъ на брюшную поверхность. Этотъ способъ мало употребителенъ.

4-й есть сочетаніе способовъ Lachapelle и Кивиша.

Методъ выжиманія состоитъ въ усиленіи существующей потужной силы путемъ давленія руками снаружи. Онъ показуется: 1) при тазовыхъ положеніяхъ, когда ягодицы или лучше все туловище уже родилось; 2) при головномъ положеніи послѣ рожденія головки; 3) при маленькихъ недоношенныхъ плодахъ, если изгнаніе ихъ при совершенно подготовленныхъ родовыхъ путяхъ замедляется и 4) для удаленія послѣда.

Ш и п ц ы—введены въ акушерскую практику очень давно и подвергались различнымъ измѣненіямъ. Изобрѣтателями щипцовъ считаются братья Chamberlen'ы.

Въ настоящее время существуетъ болѣе 200 модификацій щипцовъ, Dusié первый устроилъ щипцы съ перекрещивающимися вѣтвями. Levret во Франціи и Smellie въ Англіи придали щипцамъ болѣе цѣлесообразное устройство и указали болѣе точныя правила ихъ примѣненія.

Щипцы Levreta состоятъ изъ двухъ окончатыхъ ложекъ, имѣющихъ тазовую кривизну и замыкающихся посредствомъ подвижно укрѣпленнаго на нижней мужской вѣтви винта.

Щипцы Smellie состоятъ изъ двухъ окончатыхъ и обтянутыхъ кожей ложекъ и замыкающихся такимъ образомъ, что каждая изъ вѣтвей воспринимается углубленною бороздкой другой вѣтви.

Щипцы Jontou'a отличаются отъ щипцовъ Smellie тѣмъ, что имѣютъ промежуточную кривизну.

Brünningshausen предложилъ щипцы, имѣющіе сочетаніе французскаго (Levret) и англійскаго Smellie замковъ: отъ перваго онъ взялъ штифтъ и небольшую вырѣзку на другой вѣткѣ, а отъ втораго—пластинку надъ штифтомъ лѣвой вѣтви; замокъ щипцовъ Brünningshausen'a называется нѣмецкимъ.

Показаніями для наложенія щипцовъ, кромѣ требующихся вообще для экстракціи плода условій, служатъ во 1-хъ соотвѣтствующая примѣняемость инструменту, величина и плотность головки; во 2-хъ фиксация головки. Никогда не должно накладывать щипцовъ при очень высокомъ стояніи или даже подвижности головки.

Дальнѣйшее условіе для наложенія щипцовъ есть полное открытіе зѣва; наконецъ, пузырь долженъ быть уже разорванъ и плодныя оболочки должны быть уже за головкою.

Относительно времени наложенія щипцовъ можно признать за правило, что если, по истеченіи двухъ часовъ, послѣ полного открытія зѣва, роды еще не окончились,—то существенно показаніе для наложенія щипцовъ. Наложеніе щипцовъ можетъ потребоваться при самыхъ различныхъ положеніяхъ головы.

Операнія наложенія щипцовъ состоятъ изъ трехъ актовъ: а) наложеніе обѣихъ вѣтвей щипцовъ, на головку; б) замыканіе рукоятокъ вѣтвей щипцовъ, и в) извлеченіе головки.

Для извлеченія головки предложены различныя виды тракцій: 1) Baudelocque ввелъ въ акушерство такъ называемыя качательныя или маятникообразныя тракціи; при нихъ операторъ производитъ движенія справа на лѣво—движенія рычага, точка опоры котораго должна быть образована мягкими частями матери. 2) Другой видъ составляютъ т. наз. вращательныя или ротирующія тракціи, при чемъ рукояткамъ щипцовъ придается такое движеніе, что концы, ихъ описываютъ небольшіе круги,—это нѣмецкій методъ. 3-й видъ тракцій;—стоячія по Oslander'у, при которыхъ

операторъ, стоя спиною къ роженицѣ, крѣпко опирается правою рукою на щипцы, тогда какъ лѣвая рука производитъ вращательныя движенія рукоятками. Изъ всѣхъ этихъ способовъ наиболѣе употребительный нѣмецкій способъ—вращательными движеніями.

Наиболѣе безвредная и болѣе подходящая къ физиологическому механизму родовъ—это стационарная или постоянная тракція. Она производится такимъ образомъ, что операторъ беретъ щипцы и начинаетъ съ легкаго влеченія въ направленіи оси таза, доводитъ постепенно силу тракцій до maximum'a и затѣмъ опять опускается до нуля.

Если не требуется особенной постепенности, то производятъ тракціи при содѣйствіи потугъ, такъ что въ подобныхъ случаяхъ щипцами фактически подкрѣпляется потужная дѣятельность. Если же необходимо спѣшить, то тракціи производятъ быстро одна за другою, всегда въ направленіи тазовой оси.

Направленіе тракцій должно быть слѣдующее: а) при высоко стоящей головкѣ—по возможности вертикально внизъ; б) при головкѣ, находящейся въ полости таза довольно сильно косо внизъ; в) при головкѣ стоящей въ выходѣ таза—горизонтально, а г) во время проведенія головки черезъ наружныя половыя части—косо вверхъ и наконецъ вертикально вверхъ. Въ то время, какъ черепъ вступаетъ въ наружныя половыя части такимъ сегментомъ, что промежность уже всесторонне облегчаетъ головку, надо заботиться поддержаніи промежности.

Когда головка совершенно родилась, щипцы снимаютъ, продвигая большой палецъ между обѣими рукоятками. Изгнаніе послѣдующаго туловища ничѣмъ особеннымъ не отличается.

Иногда при трудномъ поддержаніи промежности при сильномъ растяженіи наружныхъ половыхъ органовъ для уменьшенія периферіи изгоняемой головки приходится снимать щипцы раньше, чѣмъ послѣдняя родится. Головка выводится при этомъ по такъ на-

зываемому способу Ritgen'a: введеннымъ въ прямую кишку указательнымъ пальцемъ производится давленіе на головку по направленію внизъ, между тѣмъ какъ большой палецъ той же руки ложится на промежности, сильно оттѣсняетъ головку къ симфизу и заставляеть ее утилизировать, для своего прохожденія, остающееся подъ лонною дугою пространство, вслѣдствіе чего промежность меньше растягивается.

Если приходится накладывать щипцы при неправильной ротациі головки, когда затылокъ обращенъ назадъ, а лобъ впередъ, то при тракціи приходится провести черепъ черезъ наружныя части гораздо большею окружностью его, чѣмъ при нормальномъ механизмѣ.

При низкомъ поперечномъ стояніи головки, въ поперечномъ положеніи, щипцы всегда накладываются въ косомъ размѣрѣ таза, соотвѣтствующемъ той сторонѣ матери, къ которой обращенъ затылокъ, слѣд.: при первой позиціи — въ лѣвомъ косомъ, при второй позиціи — въ правомъ косомъ размѣрѣ; или другими словами — щипцы всегда должны быть накладываемы такимъ образомъ, чтобы верхушки ихъ направлялись къ затылку. При совершеніи тракцій не слѣдуетъ насильно стараться приводить головку въ нормальное положеніе, но умѣренными ротационными движеніями способствовать произвольнымъ поворотамъ и нормальной установкѣ головки.

При высокомъ поперечномъ стояніи головки, въ затылочномъ положеніи, прежде всего нужно убѣдиться въ способѣ установки головки. Нужно всегда помнить, что щипцы могутъ быть накладываемы только тогда, когда головка фиксирована, а при узкомъ тазѣ — когда наибольшая окружность черепа преодолѣла плоскость тазоваго входа или лишь мало находится надъ нею.

При высокомъ поперечномъ стояніи головки, щипцы накладываютъ всегда въ поперечномъ размѣрѣ таза, потому что наложеніе ихъ въ косомъ или даже въ

прямомъ размѣрѣ—съ одной стороны опасно для матери, а съ другой—та ножка, которая должна быть придвинута къ лонному соединенію, вслѣдствіе недостатка мѣста, не можетъ быть туда продвинута. Тракціи производятъ въ направленіи оси тазоваго входа до тѣхъ поръ, пока головка не пройдетъ вполнѣ входа и не будетъ находиться въ полости таза. Затѣмъ, щипцы размыкаются и выжидаютъ въ теченіи нѣсколькихъ болей, подъ вліяніемъ которыхъ головка произвольно поворачивается въ не плотно прилегающихъ къ ней ложкахъ щипцовъ; по истеченіи нѣкотораго времени можно констатировать совершившійся или начавшійся поворотъ головки. Производить ротацию головки, при высокомъ стояніи ея, помощью щипцовъ отнюдь не слѣдуетъ. Вообще, надо сказать, что наложеніе щипцовъ на высокостоящую головку—операция очень трудная и не усовершенствованная.

Вредное дѣйствіе щипцовъ при высокомъ стояніи головки состоитъ въ томъ, что они влекутъ плотнозахваченную головку въ такомъ направленіи, въ которомъ она не можетъ подвигаться, между тѣмъ какъ родовыя боли просто вгоняютъ головку въ тазъ.

Въ виду этого, многіе врачи пытались измѣнить видъ обыкновенныхъ щипцовъ примѣнительно къ механизму влеченія при высокомъ стояніи головки. Tarnier предложилъ для этой цѣли щипцы съ осевыми тракціями, отличающіеся отъ обыкновенныхъ Levret'овскихъ щипцовъ тѣмъ, что у нихъ влекущая сила прилагается у нижняго конца обоихъ окошекъ непосредственно къ ложкамъ при помощи подвижно соединенныхъ съ ними въ этомъ мѣстѣ вѣтвей для влеченія.

При ротированномъ личикѣ щипцы накладываются точно также, какъ и при нормально ротированномъ черепѣ. Прежде, чѣмъ замкнуть щипцы, обѣ рукоятки сильно поднимаются надъ горизонтомъ; въ этомъ приподнятомъ положеніи щипцы замыкаются и, затѣмъ, медленно опускаются до горизонтальной плоскости. Тракція совершается въ горизонтальномъ направленіи.

При низкомъ поперечномъ стояніи съ лицевымъ положеніемъ, щипцы накладываются по тѣмъ же правиламъ, какъ и при низкомъ поперечномъ стояніи въ затылочномъ положеніи.

Наложеніе щипцовъ при высокомъ поперечномъ стояніи въ лицевомъ положеніи обыкновенно не допускается.

Краніотомія.

Краніотомія состоитъ во вскрытіи полости черепа плода съ тою цѣлью, чтобы дать выходъ содержимому черепа и приготовить, такимъ образомъ, головку къ прохожденію черезъ тазъ. Путемъ разсѣченія крововъ черепа сжимаемость его повышается до такой степени, что становится возможнымъ, посредствомъ давленія извнѣ, уменьшить объемъ его до возможнаго minimum'a. Операция эта производится только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ недостатокъ пространства не позволяетъ вывести головку плода не уменьшенной.

Показаніемъ къ перфорации вообще будутъ служить всѣ тѣ случаи, когда родовой каналъ слишкомъ узокъ для прохожденія не уменьшенной въ объемѣ головки. Всѣ случаи, служащіе показаніемъ къ перфорации, можно раздѣлить на двѣ группы: при операцияхъ на мертвомъ и на живомъ плодѣ.

Если плодъ умеръ до или во время родовъ, и роды, затрудняются или замедляются, вслѣдствіе какого-либо не легко устранимаго препятствія со стороны родовыхъ путей, то слѣдуетъ тотчасъ-же приступить къ перфорации.

Показаніе на живомъ плодѣ нѣсколько труднѣе. Если у роженицы послѣ многихъ часовъ сильной потужной дѣятельности, безъ всякаго препятствія со стороны родовыхъ путей, головка стоитъ высоко и подвижна, а поворотъ не возможенъ; или, если головка фиксирована такъ, что произвольное прохожденіе ея представляется невозможнымъ (напр.: предлежаніе лбомъ) — то слѣдуетъ перфорировать безъ за-

медленія. Если же головка фиксирована въ тазу, то, прежде чѣмъ приступать къ перфорации, слѣдуетъ попытаться наложить щипцы.

Условія перфорации суть: 1) полное открытіе зѣва; оно требуется во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда вслѣдъ за перфорацией слѣдуетъ извлеченіе; 2) известная степень пространственнаго несоотвѣтствія, какъ низшая граница для краніотоміи — конъюгата въ $6\frac{1}{2}$ см.; 3) отсутствіе цѣлости пузыря.

Наборъ инструментовъ для краніотоміи состоитъ изъ трепана (перфорационныхъ ножницъ) и краніокласта.

Операція перфорации подлежащаго черепа дѣлится на три акта: 1) вскрытіе черепной полости (перфорация въ тѣсномъ смыслѣ слова); 2) опорожненіе черепной полости (эксперебрація) и 3) извлеченіе (краніоклазія, кефалотрипсія).

Первый актъ. Вмѣстѣ съ лѣвой рукой вводятъ во влагалище и замкнутый перфораторъ, приставляютъ его подъ руководствомъ пальцевъ къ черепу и сильно опустивъ рукоятку, вкалываютъ его вглубь до самого конца заостренныхъ частей; потомъ отодвигаютъ замыкающій крючокъ и вскрываютъ головку; сдѣлавъ такимъ образомъ продолговатую рану, инструментъ закрываютъ вновь, производятъ полуоборотъ кругомъ его оси, вновь открываютъ, и затѣмъ уже выводятъ наружу.

Второй актъ — эксперебрація можетъ совершиться и произвольно подъ вліяніемъ сокращеній матки. Всего же лучше удалить мозгъ при помощи введенія во вскрытую черепную полость маточнаго наконечника (безъ олова), которымъ сначала разрушается мозгъ, а затѣмъ черезъ него впрыскиваютъ тепловатую воду и вымываютъ такимъ образомъ части разрушеннаго мозга.

Для конечнаго (3-го) акта краніотоміи—извлеченія перфорированнаго и лишеннаго мозга черепа, пользуются, почти исключительно, краніокластомъ (Braun'a);

употребляющійся для той же цѣли кефалотрибъ не удобенъ потому, что легко соскальзываетъ съ головки и причиняетъ поврежденія мягкимъ родовымъ путямъ матери.

Если приходится перфорировать при лицевомъ положеніи, то самымъ удобнымъ мѣстомъ приложенія инструмента является лобъ въ области glabella и глазныя впадины.

Перфорация послѣдующей головки показывается, когда при тазовыхъ положеніяхъ и при пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ попытки извлеченія послѣдующей головки остаются тщетными. Для вскрытія полости черепа существуетъ три пути: 1) черезъ одинъ изъ боковыхъ родничковъ; 2) черезъ основаніе черепа — между подбородкомъ и позвоночникомъ и 3) черезъ большое затылочное отверстіе между чешуею затылочной кости и атлантомъ—это самый надежный путь. Извлеченіе головки производится или острымъ крючкомъ Smellie или краниокластомъ Braun'a.

Эмбриотомія.

Подъ эмбриотоміей разумѣютъ операцию, которая дѣлаетъ возможнымъ окончаніе родовъ при запущенномъ поперечномъ положеніи, не можемъ быть исправленнымъ посредствомъ поворота; въ этомъ опредѣленіи заключается и главное показаніе къ операциіи. Иногда, впрочемъ, эмбриотомія можетъ имѣть мѣсто при патологическомъ увеличеніи туловища плода или въ извѣстныхъ случаяхъ двойныхъ уродствъ. При поперечномъ положеніи и зрѣломъ плодѣ послѣ отхода водъ, предлежащее плечико прогоняется глубоко во входъ таза и туловище тамъ фиксируется, при этомъ тѣло матки, вслѣдствіе невозможности рожденія плода, сокращаясь все болѣе и болѣе, отходитъ кверху и плодъ, такимъ образомъ, помѣщается въ растянутой шейкѣ матки. Самъ плодъ въ такихъ случаяхъ умираетъ во время постепеннаго развитія этихъ отношеній

по той причинѣ, что, сидящая въ области дна матки, placenta преждевременно отдѣляется. Если требуется при этихъ условіяхъ окончить роды, то не нужно пытаться производить поворотъ и тѣмъ еще болѣе растягивать матку, а прямо приступаютъ къ эмбриотоміи, которая имѣетъ своею задачею вывести плодъ наружу, не подвергая растянутую шейку матки дальнѣйшему растяженію.

Операція эта выполняется: а) путемъ раздѣленія плода на двѣ части и извлеченіе обѣихъ частей одна за другою или б) посредствомъ опорожненія предлежащей и достижимой полости тѣла, чтобы такимъ образомъ уменьшить объемъ плода и затѣмъ имѣть возможность произвести поворотъ или извлечь плодъ *duplicato corpore*. Раздѣленіе плода на двѣ части производится обыкновенно при помощи декапитаціи — обезглавленія. Разсѣченіе туловища пополамъ затруднительно и въ настоящее время больше не примѣняется. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда, вслѣдствіе неправильнаго расположенія плода, нельзя приблизиться къ шейкѣ и совершить декапитацію, то приступаютъ прямо ко второму акту эмбриотоміи — къ экзентераціи.

Наборъ инструментовъ для декапитаціи состоитъ изъ: 1) декапитаціоннаго крючка Braun'a, щипцовъ, трепана и краниокласта.

Операція совершается такимъ образомъ: сначала проводятъ руку къ шейкѣ плода, соотвѣтственно той сторонѣ матери, на которой помѣщается головка (при I-мъ поперечномъ положеніи — правую руку, при II-мъ — лѣвую); затѣмъ, подъ контролемъ введенной руки, вводится крючокъ и осторожно накладывается на шейку плода. Самый процессъ декапитаціи состоитъ въ поворачиваніи крючка, движеніи и супинаціи при одновременномъ легкомъ потягиваніи.

Введенная въ половыя части рука: 1) должна предохранять мягкія части матери отъ движеній крючка, обхватывая съ начала до конца операціи шею плода;

2) во время перекручиванія она должна фиксировать шею такимъ образомъ, чтобы дѣйствіе перекручивающей силы передавалось только послѣдней; 3) должна контролировать, какая часть шейки плода уже разсѣчена, и на неразъединенныя части передвигать крючокъ; въ заключеніе — она должна, по окончаніи разъединенія, вывести инструментъ, прикрывъ его ладонью.

Окончивъ декапитацию, извлекаютъ сначала туловище за подлежащую или низведенную ручку, а затѣмъ уже головку плода. Головку извлекаютъ крючкомъ или пальцемъ за нижнюю челюсть. Если же послѣднее трудно удается, то на головку накладываютъ щипцы; при пространственномъ несоотвѣтствіи производятъ перфорацию головки и извлекаютъ ее кранио-кластомъ.

Второй, болѣе рѣдкій оперативный методъ эмбриотоміи, состоитъ въ экзентераціи. Для производствъ этой операциіи требуются перфорационныя ножницы любого устройства и крючокъ Smellie. Операция состоитъ въ слѣдующемъ: проводятъ лѣвую руку до грудной клѣтки плода, фиксируютъ на послѣдней, лежащую по проводной линіи таза, точку и вкалываютъ въ нее перфорационныя ножницы; изъ образовавшагося отверстія рукою или острымъ крючкомъ выводятъ по очереди всѣ грудныя внутренности, прободаютъ затѣмъ пальцемъ грудобрюшную преграду и удаляютъ органы брюшной полости. Плодъ послѣ всего этого извлекаютъ *duplicato corpore*, или за подлежащую ручку, или тупымъ крючкомъ Smellie; наконецъ, плодъ можно вывести и помощью кранио-класта.

Кесарское сѣченіе (на живой).

Подъ кесарскимъ сѣченіемъ разумѣютъ вскрытіе брюшной полости и матки, какъ акушерскій методъ родоразрѣшенія. Операция эта въ былое время огра-

ничивалась самыми настоящими случаями, въ виду большой ея опасности, которая основывается на: а) глубокомъ потрясеніи нервной системы; б) колоссальномъ, въ большинствѣ случаевъ, кровотеченіи изъ перерѣзанныхъ сосудовъ матки, и в) на воспаленіи брюшины, особенно легко наступающемъ, именно послѣ этой операціи, въ силу самыхъ разнообразныхъ причинъ. И въ настоящее время кесарское сѣченіе представляетъ гораздо больше опасностей сравнительно съ обыкновенной лапаротоміей у небеременныхъ.

Для кесарскаго сѣченія на живой различаютъ два показанія: 1) абсолютное и 2) относительное.

Абсолютнымъ показаніе представляется въ тѣхъ случаяхъ, когда естественные родовые пути на столько сужены или заложены, что даже уменьшенный въ объемъ, раздѣленный на части плодъ не въ состояніи болѣе пройти черезъ нихъ и мы, такимъ образомъ, вынуждены, чтобы не потерять матери и плода, проложить новый путь и черезъ него вывести живой плодъ. Принято считать, что при конъюгатѣ больше $6\frac{1}{2}$ стм. должно оканчивать роды перфорацией, а при конъюгатѣ въ $6\frac{1}{2}$ стм. и менѣе, нельзя избирать никакого другого родоразрѣшающаго метода, кромѣ кесарскаго сѣченія. Съ такими большими суженіями тазы бываютъ по большей части рахитическіе и остеомалятическіе; далѣе значительныя суженія могутъ зависть — отъ новообразованныхъ костныхъ стѣнокъ (остеомы, энхондромы, саркомы, ракъ), отъ новообразованій, исходящихъ изъ органовъ малаго или большого таза, если они не могутъ быть ни удалены, ни уменьшены, ни смѣщены въ брюшную полость; наконецъ, сюда же относятся случаи высокихъ степеней рубцовыхъ зарращеній и стенозовъ влагалища и зѣва матки, и выполнение полости таза периметрическимъ экскудатомъ.

Второе — относительное или условное показаніе кесарскаго сѣченія является въ тѣхъ случаяхъ, въ

которыхъ при конъюгатѣ въ $6\frac{1}{2}$ — 8 стм. жизнь плода можетъ быть спасена только путемъ кесарскаго сѣченія.

Операція эта предпринимается, если роженица добровольно соглашается подвергнуть себя опасности для спасенія ребенка, рискуя даже собственною жизнью. Такого рода случаи почти не встрѣчаются.

Условія кесарскаго сѣченія: 1) согласіе роженицы и 2) совершенное раскрытіе зѣва, такъ какъ раньше этого опасно оперировать въ виду возможности сильнаго маточнаго кровотечения.

Операція кесарскаго сѣченія можетъ быть раздѣлена на четыре акта: 1) вскрытіе брюшной полости; 2) вскрытіе полости матки; 3) извлеченіе плода и послѣда и 4) остановка кровотечения, туалетъ, закрытіе раны матки и брюшныхъ покрововъ.

Вскрытіе брюшной полости производится не иначе, какъ по срединной линіи. Разрѣзъ ведется, начиная съ пупка и оканчивается, приблизительно, на 4 стм. выше лоннаго соединенія; весь ходъ операціи въ первомъ актѣ такой же, какъ и при всякой лапаротоміи.

Второй актъ. Направленіе разрѣза матки совпадаетъ съ брюшнымъ разрѣзомъ. Иногда приходится, лежащую внѣ срединной линіи, матку отгнать къ линіи разрѣза. Операторъ быстрымъ движеніемъ ножа вскрываетъ сначала матку, близъ верхняго угла раны, короткимъ разрѣзомъ только до плодныхъ оболочекъ и затѣмъ быстро расширяетъ рану помощью пуговчатого ножа, по введенному указательному пальцу, внизъ, пока разрѣзъ не будетъ имѣть приблизительно 15 стм. Если подъ разрѣзомъ попадается дѣтское мѣсто, то послѣднее вскрывается вслѣдъ за первымъ. Во избѣжаніе затеканія въ полость брюшины массы крови и амниотической жидкости, совѣтуютъ выводить наружу всю матку, еще не вскрывтую, и вслѣдъ за

тѣмъ проворно закрываютъ брюшную полость, прижимая края раны другъ къ другу и уже только послѣ этого производятъ разрѣзъ матки, а вытекающую кровь и амниотическую жидкость тщательно собираютъ губками. Rehrer совѣтуетъ вскрывать матку поперечнымъ разрѣзомъ по передней окружности ея внутренняго зѣва, съ цѣлю предупредить зіяніе раны, вслѣдствіе наступающаго *post partum* перегиба матки впередъ. Sohnstein совѣтуетъ проводить продольный разрѣзъ по задней стѣнкѣ выведенной наружу матки, чтобы проведеніемъ дренажа черезъ задній сводъ способствовать болѣе легкому стоку отдѣленій матки.

Третій актъ.—Опорожненіе вскрытой матки. Поручивши помощнику фиксировать вскрытую матку, операторъ быстро вскрываетъ плодный пузырь и выводитъ плодъ наружу. Дѣтское мѣсто съ оболочками удаляется по тому же пути, какъ и плодъ.

4-ый актъ — заключаетъ въ себѣ сшиваніе раны матки, такъ называемый туалетъ брюшины, закрытіе брюшной раны и, наконецъ, повязка. Труднѣе всего сшивать края матки, такъ какъ швы расслабляются, благодаря измѣняющейся величинѣ и формѣ матки, или затянута нитки прорѣзываютъ края матки; далѣе *prima intentio* воспрепятствуется прониканіемъ лохий, да и сама ткань, какъ жирно перерождающаяся, мало способна *ad primam intentionem*.

Sanger и Kehrer предложили накладывать двойной маточный шовъ, т. е. мышечный и брюшинный.

Далѣе предложили обособлять матку отъ полости брюшины: 1) пришиваніемъ краевъ раны матки къ покровамъ живота; 2) соединеніемъ круглыхъ связокъ между собою и съ брюшною стѣнкою помощью шва и дренированіемъ образованнаго такимъ образомъ антеутериннаго пространства.

Опускать матку совершенно незащитою въ брюшную полость, не дозволяется.

Слѣдующій за зашиваніемъ матки актъ — туалетъ брюшной полости, заключается въ самой тщательной очисткѣ полости брюшины отъ попавшей въ нее крови и амниотической жидкости; по окончаніи туалета брюшины приступаютъ къ зашиванію раны по тѣмъ же правиламъ, какъ и при обыкновенной лапоротаміи; затѣмъ, накладываетъ обыкновеннымъ способомъ анти-септическая повязка.

Послѣдовательное лечение состоитъ изъ сочетанія діететики послѣродового періода и послѣдовательнаго лечения, употребляемаго при другихъ лапоротаміяхъ. % смертности около 85%.

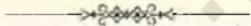
Современная антисептика по столько можетъ бороться съ обоими главными врагами при кесарскомъ сѣченіи—инфекціей и кровотеченіемъ, по скольку она въ состояніи положить преграду зараженію извнѣ во время операціи. Зараженіе путемъ раны матки и полости послѣдней, а также и путемъ кровотечения, остаются внѣ ея вліянія, пока не удастся совершенно обособить полость матки отъ полости брюшины.

Исключить опасныя послѣдствія вскрытій матки возможно путемъ удаленія ея изъ брюшной полости. Это достигается операціей Porro—посредствомъ над-влагалищной ампутаціи матки. Добавленіе это вводится въ 4-ый актъ операціи кесарскаго сѣченія и производится такимъ образомъ, что не опорожненную и вынутую матку стягиваютъ, въ области внутренняго зѣва, экразеромъ, эластическимъ жгутомъ или жомомъ и ампутируютъ тѣло матки около 3—4 см. надъ мѣстомъ ущемленія. Затѣмъ оканчиваютъ операцію, какъ, обыкновенно, при кесарскомъ сѣченіи.

Преимущества операціи Porrot предъ классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ очень велики, такъ что въ настоящее время имѣется больше шансовъ для сохраненія жизни матери, чѣмъ это было раньше при кесарскомъ сѣченіи.

Симфизиотомія.

Симфизиотомія состоитъ изъ разсѣканія лоннаго соединенія; она замѣняетъ краниотомію. Morisani изъ 50 родоразрѣшенныхъ, посредствомъ симфизиотоміи, женщинъ потерялъ 20⁰/₀ и получилъ 41 живого младенца, т. е. 82⁰/₀. Операция эта тѣмъ не менѣе въ настоящее время мало примѣняется.



акusher-lib.ru

ИЗДАНІЯ

МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКАГО КНИЖНАГО

МАГАЗИНА

Н. П. ПЕТРОВА,

С.-Петербургъ, Выборгская сторона, Нижегородская ул.,
домъ № 15.

Спутникъ гинеколога. Repetitorium по гинекологіи со включеніемъ гинекологическихъ операцій, массажа и электротерапіи. Портативное изданіе, съ рисунками. По *Шредеру, Винкелю, Шауту* и друг. Переводъ съ нѣмецкаго д-ра *А Аршавскаго*. 1893 г. Ц. 80 к., въ бумажкѣ 65 к.

Массажъ въ гинекологіи (при женскихъ болѣзняхъ) д-ра *Проховника*. 1890 г. Ц. 1 р. 25 к.

Хробекъ. Изслѣдованіе женскихъ дѣтородныхъ частей. Общая гинекологическая терапія. Съ 90 рисунками. 1881 г. Ц. 1 р. 50 к.

Фритчъ. Измѣненія положенія матки. Съ 100 рисунками. 1881 г. Ц. 1 р. 60 к.

Гуссеровъ. Новообразованія матки. 40 рисунковъ. 1883 г. Ц. 1 р.

Ольсгаузенъ. Болѣзни яичниковъ. Переводъ д-ра *Капустина*. Съ рисунками. 1879 г. Ц. 1 р.