

Профессоръ Д-ръ Э. БИДДЕРЪ.

УЧЕБНИКЪ АКУШЕРСТВА

для

ПОВИВАЛЬНЫХЪ БАБОКЪ.

Седьмое исправленное изданіе, дополненное по программѣ
обученія повивальныхъ бабокъ перваго разряда

Д-ра мед. В. Г. БЕКМАНА.

Съ 128 рисунками въ текстѣ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Книжный Магазинъ А. Ф. Цинзерлинга,
бывшій Мелье и К^о.

20. Невскій проспектъ, 20.

1908.



akusher-lib.ru

Предисловіе къ седьмому изданію.

Седьмое изданіе учебника покойнаго проф. Э. Ф. Виддера мною просмотрѣно и переработано согласно успѣхамъ современной акушерской науки. Оказалось необходимымъ сдѣлать массу поправокъ и дополненій. Нѣкоторыя главы значительно измѣнены, другія вновь написаны. При этомъ я руководствовался новыми программами обученія повивальныхъ бабокъ, утвержденными министерствомъ внутреннихъ дѣлъ, стараясь сохранить книгѣ все ея прежнія преимущества, благодаря которымъ она уже выдержала 6 изданій.

В. Бекманъ.

С.-Петербургъ
въ октябрѣ 1907 г.

Оглавленіе.

Стр.

Введеніе 1

Часть I. Краткій обзоръ строенія и отправленій женскаго тѣла.

Общее понятіе о жизни вообще	3
О клѣткѣ.	5
Ткани.	8
Костная система	10
Мышцы	28
Слизистыя оболочки и железы	32
Пищеварительный аппаратъ	34
Кровь и органы кровообращенія	49
Лимфатическіе сосуды	55
Дыхательные органы	56
Выдѣленія, кожа и почки	63
Нервная система.	66
Женскіе половые органы	71
Менструація	87

Часть II. Беременность, роды и послѣродовой періодъ при правильныхъ условіяхъ.

1. Женскій тазъ въ акушерскомъ отношеніи	91
2. Ученіе о беременности	96
Первое образованіе зародыша и его оболочекъ.	97
Отношеніе яичка къ маткѣ	102
Дальнѣйшее развитіе плода	106
Зрѣлый плодъ.	109
Кровообращеніе плода.	112
Питаніе плода	115
Положеніе и членорасположеніе плода	116
Придаточныя части яйца въ концѣ беременности	120
Измѣненія въ стѣнкахъ матки во время беременности	123

	<i>Стр.</i>
Измѣненіе формы и положенія беременной матки	125
Измѣненіе маточной шейки	126
Измѣненіе влагалища и наружныхъ частей.	127
Измѣненія въ другихъ органахъ.	128
Опредѣленіе срока беременности и родовъ .	131
Опредѣленіе срока беременности высчитыва- ніемъ	135
Признаки беременности	136
Ошибки при опредѣленіи беременности . . .	138
Распознаваніе жизни и смерти плода	140
Акушерское изслѣдованіе. Разспросъ	140
Наружное изслѣдованіе	141
О зараженіи и о методахъ обеззараживанія .	148
Внутреннее изслѣдованіе	155
Правила жизни для беременной	157
Предметы, необходимыя для веденія родовъ.	160
3. Ученіе о родахъ	161
Родовыя силы. Сопротивленіе	162
Дѣленіе родовъ на періоды или сроки	164
Условія правильныхъ родовъ.	172
Механизмъ родовъ	173
Уходъ за роженицей и пособіе при родахъ .	180
Уходъ за только что разрѣшившейся и мла- дenceмъ	194
4. Послѣродовой періодъ	197
Состояніе родильницы тотчасъ послѣ родовъ.	198
Измѣненія половыхъ органовъ	199
Измѣненія въ другихъ органахъ.	203
Правила жизни для родильницы и уходъ за ней	204
Измѣненія въ тѣлѣ новорожденнаго	209
Уходъ за новорожденнымъ	212

Часть III. Неправильности въ теченіи беременности, родовъ и послѣродового періода.

Введеніе	221
--------------------	-----

1. Неправильности со стороны плода.

А. Неправильныя положенія и позиціи плода.

Неправильности внутренняго поворота головки	223
Неправильности сгибанія головки	226
Неправильный поворотъ плечиковъ	227
Лицевыя и лобныя положенія	228

	<i>Стр.</i>
Положенія нижнимъ концомъ	234
Извлеченіе плода	241
Поперечныя и косыя положенія	248
Поворотъ	253
Б. Неправильности членорасположенія плода.	
Предлежаніе и выпаденіе ручекъ	262
Выпаденіе ножекъ при черепныхъ по- ложеніяхъ	264
Предлежаніе и выпаденіе пуповины	264
В. Чрезмѣрная величина и уродливость плода.	
Чрезмѣрная величина всего плода	266
Головная водянка	267
Грыжи черепного и спинного мозга	267
Увеличеніе живота плода	268
Уродства	268
Г. Смерть плода во время беременности и родовъ.	
Смерть плода во время беременности	270
Смерть плода во время родовъ	273
2. Неправильности со стороны придаточ- ныхъ частей плода.	
Неправильности плодныхъ оболочекъ.	
Слишкомъ слабыя оболочки	274
Слишкомъ плотныя оболочки	276
Сращеніе оболочекъ съ маткою	276
Неправильности со стороны околоплодн. водъ.	
Малое количество околоплодныхъ водъ	277
Многоводіе	278
Ненормальное качество околоплодныхъ водъ	278
Неправильности со стороны пуповины	279
Неправильности дѣтскаго мѣста.	
Неправильное прикрѣпленіе плаценты	281
Преждевременное отдѣленіе плаценты	286
Сращеніе плаценты со стѣнкой матки	287
Ручное отдѣленіе дѣтскаго мѣста	288
Измѣненія ткани плаценты	289
3. Неправильности всего плоднаго яйца.	
Многоплодная беременность	290
Внѣматочная беременность	294
Пузырчатый завосъ	298

4. Неправильности родовыхъ болей.	
Слабыя родовыя боли	299
Чрезмѣрно сильныя родовыя боли	304
Судорожныя боли	305
Выкидышь	308
Преждевременные роды	315
Запоздалые роды	316
5. Неправильности мягкихъ родовыхъ путей.	
Пороки строенія матки и рукава	316
Неправильныя положенія матки и рукава.	
Наклоненія и перегибы матки впередъ	319
Наклоненія и перегибы матки назадъ	321
Пониженіе и выпаденіе матки и рукава	324
Выворотъ матки	326
Поврежденія мягкихъ родовыхъ путей.	
Разрывы зѣва и шейки	328
Разрывы матки	328
Разрывы влагалища	330
Разрывы преддверія	332
Разрывы промежности	332
Кровяныя опухоли губъ и влагалища	335
Новообразованія половыхъ и сосѣдн. органовъ.	
Фиброміомы	336
Ракъ матки	336
Опухоли яичника	337
Опухоли стѣнокъ таза	337
Истеченія изъ половыхъ частей.	
Водянистое истеченіе	338
Бѣли	338
Гоноррея	339
6. Неправильности таза.	
Нѣкоторые виды узкаго таза	341
Распознаваніе суженія таза	346
Теченіе беременности и родовъ при узкомъ тазѣ	347
Образъ дѣйствія акушерки при узкомъ тазѣ	350
7. Болѣзненное усиленіе явленій беременности и болѣзни, обусловливаемые беременностью.	
Неукротимая рвота	352
Неправильности отправления кишечника	353

	<i>Стр.</i>
Неправильности мочеиспускания	354
Нефритъ	356
Эклампсія	356
Отеки вслѣдствіе давленія на сосуды таза .	359
Расширеніе венъ	360
Головокруженіе и обморокъ	361
8. Вліяніе нѣкоторыхъ болѣзней на беремен- ность и роды.	
Острыя болѣзни	363
Хроническія болѣзни	365
Туберкулезъ	365
Мягкій шанкръ и сифились	366
Пороки сердца и болѣзни легкихъ .	368
Грыжи	369
Мнимая и дѣйствительная смерть беременной	369
9. Болѣзни родильницъ.	
Родильная горячка	371
Послѣродовое гнилостное зараженіе .	371
Послѣродовое септическое зараженіе .	373
Послѣродовыя язвы	375
Пуэрперальный эндометритъ	375
Параметритъ	376
Периметритъ и перитонитъ	377
Флебитъ и тромбофлебитъ	378
Послѣродовая піемія	378
Послѣродовая септицемія	379
Рожа	380
Неправильности обратнаго развитія матки .	381
Болѣзни груди: ранки сосковъ и грудица.	382
10. Наиболѣе важныя болѣзни новорож- денныхъ.	
Болѣзни, зависящія отъ хода родовъ.	
Асфиксія	386
Неразвитіе или спаденіе легкихъ .	391
Кровяная опухоль головки	392
Поврежденія ребенка	393
Пороки развитія новорожденныхъ.	
Укороченіе уздечки языка	393
Склейка мочеиспускательнаго канала.	394
Склейка малыхъ половыхъ губъ . . .	394

Болезни, зависящія отъ ухода.

Опрѣлость	395
Молочница	395
Блеяоррея глазъ	396
Столбнякъ и тризмъ	398
Рожа	398
Воспаленіе пупка	399
Грибовидное разращеніе пупка	400
Пупочное кровотеченіе	400
Пупочная грыжа	401

Болезни, зависящія отъ измѣненій въ организмѣ поворожденнаго въ первые дни жизни.

Воспаленіе грудныхъ железъ	401
Желтуха	402
Уплотненіе клѣтчатки, склерома	403
Эклампсія новорожденныхъ	403

Случайныя заболѣванія новорожденныхъ.

Диспепсія	404
Запоръ	406
Задержаніе мочи	406
Насморкъ и кашель	407
Пузырчатая сыпь, пемфигусъ	407
Водянка мошонки	408

Прибавленія.

I. О нѣкоторыхъ пріемахъ, часто необходимыхъ въ практикѣ акушерки.

Взвѣшиваніе и измѣреніе	409
Измѣреніе температуры	410
Спринцеваніе	411
Клистиры	413
Катетеризація	414
Банки и пиявки	414

II. Наибольше употребительныя лѣкарства.

Слабительныя	415
Рвотныя	416
Обеззараживающія средства	417
Противодишорадочныя средства	418
Наркотическія средства	418

	<i>Стр.</i>
Снотворныя и успокаивающія средства	419
Возбуждающія и оживляющія средства	420
Укрѣпляющія средства	420
Прижигающія и вяжущія средства	421
Мочегонныя средства	421
Средства, дѣйствующія на матку	422
III. Списокъ статей свода законовъ объ отвѣтственности повивальныхъ бабокъ	423
IV. Программа обученія повивальныхъ бабокъ	425

Алфавитный указатель.

ВВЕДЕНІЕ.

Родовспомогательное или повивальное искусство, или акушерство, обнимаетъ ученіе о тѣхъ измѣненіяхъ въ тѣлѣ женщины, которыя назначены для воспроизведенія новаго человѣческаго существа; оно поэтому занимается беременностью, родами и послѣродовымъ состояніемъ.

Такъ какъ всѣ эти процессы легко сопровождаются вредомъ или, по крайней мѣрѣ, опасностью для матери и для младенца, то они требуютъ извѣстнаго присмотра, ухода и помощи со стороны другихъ, подготовленныхъ къ тому лицъ. Изъ этихъ лицъ первое мѣсто занимаетъ повивальная бабка, или акушерка. Ея задача состоитъ, слѣдовательно, въ томъ, чтобы давать совѣты и помощь беременнымъ и роженицамъ, чтобы ухаживать за родильницами и новорожденными дѣтьми.

Но такъ какъ акушерка не обладаетъ всѣми медицинскими познаніями врача, то она и не въ состояніи вполнѣ его замѣнить, или помочь вездѣ и во всякомъ случаѣ. Потому другая весьма важная задача и обязанность акушерки заключается въ томъ, чтобы своевременно предвидѣть, когда присутствіе и помощь врача окажутся необходимыми, и чтобы заблаговременно пригласить его.

Въ случаѣ, если врача нѣтъ, она при угрожающей опасности самостоятельно должна дѣйствовать по правиламъ, предписываемымъ въ учебникѣ. Присутствующему врачу она должна помогать и исполнять его приказанія, вообще слушаться его безусловно.

Для точнаго исполненія такихъ многочисленныхъ и тяжелыхъ обязанностей требуется крѣпкое здоровье, сильная воля и доброе сердце, такъ какъ, только обладая этими качествами, акушерка въ состояніи днемъ и ночью, иногда въ теченіе нѣсколькихъ сутокъ подъ рядъ, переносить страданія ближнихъ съ

постоянною бодростью, силою, присутствіемъ духа и непоколебимымъ челоуѣколюбіемъ. Обладая такими качествами, разумная и добросовѣстная акушерка можетъ приносить неизмѣримую пользу, между тѣмъ, какъ она дѣлается самою вредною и опасною при незнаніи, неумѣннн и недобросовѣстности.

Кромѣ вышеназванныхъ качествъ, еще крайне необходимо для акушерки и ставится ей строго въ обязанность, чтобы она была молчалива. На все, что она видитъ и слышитъ въ своей практикѣ, она должна смотрѣть какъ на довѣренный ей серьезный секретъ; это требуется не только самою естественною скромностью, но и тѣмъ соображеніемъ, что акушеркѣ приходится узнавать семейныя отношенія и факты, дальнѣйшее распространеніе которыхъ могло бы вредить пользуемымъ ею особамъ, вести къ семейнымъ раздорамъ и пр.

Наконецъ, для того, чтобы акушерка могла добросовѣстно выполнять задачи, предстоящія ей въ практической дѣятельности, она, кромѣ всѣхъ названныхъ физическихъ и моральныхъ условій, должна обладать еще цѣлымъ рядомъ познаній и ловкостью во многихъ приемахъ, что приобрѣтается во время ученія лишь при помощи усиленнаго труда.

Необходимыя для акушерки познанія обнимаютъ по вышесказанному все ученіе о жизни женщины въ періодѣ размноженія и потому раздѣляются на три главныхъ отдѣла:

- 1) Ученіе о строеніи и отпращленіяхъ женскаго тѣла вообще.
- 2) Беременность, роды и послѣродовой періодъ при правильныхъ условіяхъ.
- 3) Неправильности въ теченіи беременности, родовъ и послѣродового періода.

Часть I.

Краткій обзоръ строенія и отправленій женскаго тѣла.

Общее понятіе о жизни и объ организмѣ вообще.

Природа, насъ окружающая, раздѣляется на оживленную и неживленную и состоитъ изъ трехъ извѣстныхъ царствъ—минеральнаго, растительнаго и животнаго, изъ которыхъ первое принадлежитъ къ неживленной, оба другія къ оживленной природѣ. Чѣмъ-же отличается оживленная природа отъ неживленной? или другими словами: чѣмъ характеризуется жизнь? Ежедневное наблюденіе даетъ намъ отвѣтъ на этотъ вопросъ.

Камень вѣчно остается тѣмъ-же по формѣ и по составу; малѣйшія частицы его всегда расположены одинаковымъ образомъ, составъ его не измѣняется. Если мы замѣчаемъ на немъ измѣненія, то они могутъ быть слѣдующія: если камень растетъ, то это совершается только такимъ образомъ, что новыя массы отлагаются на его поверхности, массы, неимѣющія никакой связи съ внутреннимъ составомъ камня; мы можемъ ихъ устранить, отломать, и камень опять представляется въ прежнемъ видѣ. Съ другой стороны, воздухъ, сырость и другія условія окружающей природы могутъ повліять на камень такимъ образомъ, что поверхность его разрушается, распадается, такъ что наконецъ и камень можетъ уничтожиться.

Явленія совершенно другого рода мы наблюдаемъ въ растительномъ и животномъ царствахъ. Недѣлимая, принадлежащая къ тому и другому царству, растутъ извнутри, черезъ принятіе пищи. Они ежедневно, даже ежеминутно, теряютъ извѣстную часть веществъ, составляющихъ тѣло, чрезъ испареніе, выдыханіе, испражненія, и потому должны воспринимать питательныя вещества, чтобы замѣнить потерянное, извергнутое, иначе они умираютъ. Каждый волосъ, каждая потерянная капля крови должны быть замѣнены новыми. Изъ принимаемыхъ питательныхъ веществъ, слѣдовательно, должны образоваться внутри тѣла

частицы, совершенно подобныя потеряннымъ. Этимъ доказывається, что внутри живого тѣла совершается постоянный обмѣнъ веществъ, при посредствѣ котораго старыя, негодныя, извергнутыя частицы замѣняются образованіемъ новыхъ, подобныхъ частицъ, но такимъ образомъ, что наружный видъ существа остается неизмѣненнымъ, существо остается постоянно тѣмъ-же недѣлимымъ. Этотъ обмѣнъ веществъ мы должны признать самымъ точнымъ, характеристичнымъ признакомъ жизни. Всѣ существа, обладающія такимъ обмѣномъ веществъ, мы называемъ живыми, организованными существами, организмами; всѣ другія тѣла — неживленными, неорганизованными.

Каждый организмъ составляется изъ отдѣльныхъ органовъ, т. е. частей, изъ которыхъ каждая имѣетъ свое особенное назначеніе, отправленіе, болѣе или менѣе необходимое для жизни организма. Они всѣ стоятъ въ связи между собою, зависятъ другъ отъ друга, и только совокупность стправленій всѣхъ этихъ органовъ придаетъ жизни каждаго существа свой особенный характеръ. Если обмѣнъ веществъ происходитъ правильно, мы называемъ организмъ здоровымъ; неправильный обмѣнъ веществъ обуславливаетъ неправильности строенія и отправленія частей тѣла,—это мы называемъ болѣзною; если обмѣнъ веществъ прекращается, то наступаетъ смерть и начинается разложеніе, посредствомъ котораго существо, до сихъ поръ живое, превращается въ минеральныя вещества, въ прахъ.

Неизмѣнность наружнаго вида каждаго организма въ строгомъ смыслѣ только относительна; каждое живое существо собственно проходитъ черезъ цѣлый рядъ разныхъ степеней развитія (періоды жизни, возрастъ). Мы различаемъ главнымъ образомъ 3 степени.

1) Возрастаніе.

2) Зрѣлость, т. е. по достиженіи извѣстной степени развитія организмъ остается нѣкоторое время почти безъ измѣненія; эта степень соотвѣтствуетъ наибольшему совершенству этого существа.

3) Старость; организмъ лишается своего совершенства и мало-по-малу разрушается.

Въ состояніи зрѣлости организмъ обладаетъ способностью размножаться, т. е. производить новыя существа, совершенно похожія на себя самого. Такимъ образомъ, ни одно живое существо не происходитъ иначе, какъ изъ подобнаго себѣ самому существа: каждое растеніе развивается изъ сѣмени, каждое животное изъ яйца.

Организмы питаются весьма различнымъ образомъ. Мы видимъ, что растенія берутъ свою пищу изъ неживленной при-

роды, они питаются воздухомъ и землею; животныя, напротивъ, должны употреблять на свое питаніе другія живыя существа изъ растительнаго или животнаго царства. Такимъ образомъ, мы наблюдаемъ обмѣнъ веществъ громаднхъ размѣровъ, обнимающій всю природу: неорганическая, неживленная природа (земля, воздухъ, вода) представляетъ матеріаль, изъ котораго растенія выстраиваютъ свое тѣло; растенія умираютъ и частью превращаются непосредственно въ землю, частью же служатъ пищею для животнхъ, которыя, съ своей стороны, питаютъ другихъ животнхъ и послѣ смерти тоже переходятъ въ неорганическія вещества. Итакъ, вся природа находится въ вѣчномъ обмѣнѣ веществъ, при которомъ ни одна частица не теряется и всегда снова можетъ вступить въ общее кругообращеніе матерій.

О клѣткѣ.

Растенія и животныя низшихъ классовъ состоятъ изъ одной клѣтки.

Разсматривая подъ микроскопомъ каплю зеленой тины, покрывающей стоячія воды, мы замѣчаемъ, что она состоитъ изъ безчисленнаго множества маленькихъ кругловатыхъ тѣлецъ, обладающихъ наружною оболочкою, въ которой заключается содержимое — протоплазма. Въ срединѣ протоплазмы находится другое, меньшее, кругловатое тѣльце съ рѣзкимъ очертаніемъ, такъ называемое ядро, а въ центрѣ ядра мы видимъ черную точку, — ядрышко. Это самая простая форма клѣтки. Если взять подъ микроскопъ каплю гнилой воды, то намъ представляются другія клѣтки подобной формы, состоящія также изъ протоплазмы, ядра и ядрышка; но эти клѣтки перемѣняютъ мѣсто, пробѣгаютъ чрезъ поле зрѣнія, однимъ словомъ онѣ, проявляютъ самостоятельныя, произвольныя движенія и этимъ доказываютъ, что принадлежатъ къ царству животнхъ. Итакъ, мы видимъ, что клѣтка — одна изъ самыхъ несложныхъ формъ органической жизни.

Но и самыя развитыя животныя и человекъ происходятъ изъ одной клѣтки, изъ яйца, представляющагося такъ-же, какъ и самыя низшія животныя, въ видѣ протоплазмы съ ядромъ и ядрышкомъ.

Строеніе клѣтки. Каждая клѣтка состоитъ изъ трехъ частей: протоплазмы (тѣла), ядра съ ядрышкомъ и центрозоми. Нѣкоторыя клѣтки имѣютъ кромѣ того еще оболочку.

Протоплазма состоитъ изъ густой сѣтки тончайшихъ нитей и особаго тягучаго однороднаго вещества, которое выполняетъ петли протоплазматической сѣти. Тончайшія нити протоплазмы состоятъ изъ мелкихъ зернышекъ (микровомъ).

Ядро клѣтки представляетъ обыкновенно кругловатый пузырькъ, рѣзко отграниченный отъ протоплазмы и состоящій изъ разныхъ частей: 1) оболочки, 2) ахроматиновой стромы (или линина), густого сплетенія тончайшихъ нитей, которыя трудно поддаются дѣйствию красящихъ реагентовъ и вещество которыхъ намъ еще мало извѣстно, 3) ядернаго сока (паралинина), выполняющаго промежутки стромы, 4) хроматиновыхъ нитей (или нуклеина), легко окрашиваемыхъ красками и состоящихъ изъ зеренъ, и 5) одного или нѣсколькихъ ядрышекъ. Форма ядра зависитъ чаще всего отъ формы самой клѣтки. Круглыя клѣтки имѣютъ круглое ядро, сильно вытянутая клѣтка имѣетъ и ядро, вытянутое въ томъ же направленіи. Обыкновенно клѣтка имѣетъ одно ядро, иногда два ядра, только такъ называемыя гигантскія клѣтки содержатъ очень большое количество ядеръ.

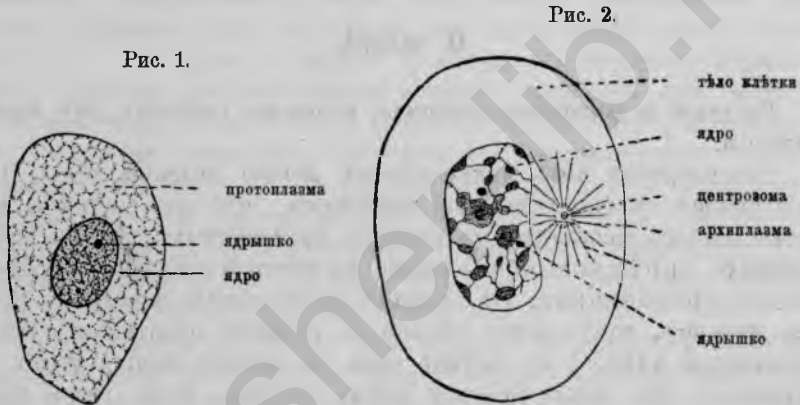


Рис. 1.

Рис. 2.

Клѣтка слюнной железы человѣка.
Увеличеніе 820.

Схематическое изображеніе клѣтки.

Центрозома или полюсное тѣльце — очень маленькое тѣльце, менѣ одной тысячной части миллиметра, обыкновенно круглой, иногда слегка вытянутой формы. Вокругъ центрозомы протоплазма клѣточного тѣла всегда располагается въ формѣ лучистой фигуры. Центрозома играетъ выдающуюся роль, принимая дѣятельное участіе въ процессахъ размноженія.

Оболочка клѣтки не составляетъ необходимой принадлежности ея. Она или только уплотненный наружный слой клѣточного тѣла или она облекаетъ ее въ формѣ капсулы. Она вѣроятно пронизана тонкими порами и во всякомъ случаѣ проходима не только для жидкостей, но даже и для мелко раздробленныхъ твердыхъ частицъ.

Величина и форма клѣтокъ. Величина клѣтокъ колеблется отъ 4—6 тысячныхъ долей миллиметра до величины легко различаемой невооруженнымъ глазомъ.

За исходную форму клѣтки принимаютъ форму шара. Однако, въ развитомъ животномъ организмѣ мы находимъ кругловатыя клѣточки только тамъ, гдѣ онѣ имѣютъ возможность свободно развиваться во всѣхъ направленіяхъ, гдѣ онѣ не подвергаются никакому давленію, т. е. гдѣ онѣ свободно плаваютъ въ жидкости. Капля крови лягушки показываетъ подъ микроскопомъ массу овальныхъ клѣтокъ съ ясными ядрами; точно также мы видимъ, что гной состоитъ изъ массы круглыхъ клѣтокъ съ зернистымъ содержимымъ и ядромъ, которое часто уже представляется раздвоившимся, что доказываетъ, что эти клѣтки начинаютъ размножаться. Вездѣ, гдѣ клѣтки тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, онѣ производятъ давленіе другъ на друга и принимаютъ вслѣдствіе этого весьма различныя формы. Такъ, мы встрѣчаемъ многогранныя, плоскія, цилиндрическія, веретенообразныя, звѣздообразныя клѣтки съ длинными отростками и пр.

Физиологическія оویства клѣтки. Клѣтка, какъ та часть живого организма, изъ которой онъ самъ и каждый органъ его развивается, представляетъ собою живое существо или элементарную часть организма. Условія, необходимыя для элементарной жизни клѣтки, заключаются въ томъ, чтобы окружающая среда содержала: 1) избытокъ кислорода, 2) воду, 3) необходимый питательный матерьялъ и 4) имѣла бы соответствующую температуру.

При наличности этихъ условій клѣтка обладаетъ качествомъ отдавать окружающей ее ткани извѣстныя частицы содержимаго и всасывать въ себя другія вещества изъ окружающихъ ее жидкостей. Такимъ образомъ въ каждой клѣткѣ происходитъ обмѣнъ веществъ.

Далѣе, клѣтка имѣетъ свойство раздражимости. Она реагируетъ собственными измѣненіями на раздраженія извнѣ.

Нѣкоторыя клѣтки, какъ напр. бѣлые кровяные шарики или лейкоциты, обладаютъ способностью такъ называемаго амѣбoidal-

Рис. 3.



Лейкоцитъ лягушки въ различныхъ фазахъ амѣбoidalнаго движенія.

наго движенія. На какомъ-либо мѣстѣ лейкоцита появляется тупой или острый выступъ, который становится все больше и больше, на немъ могутъ появиться вторичные выступы или тонкіе отростки и

такимъ образомъ лейкоцитъ замѣтно измѣняетъ свою форму. При этомъ можно наблюдать, что, по мѣрѣ роста выступовъ и отростковъ, въ нихъ мало-по-малу какъ бы переливается все тѣло лейкоцита, а вмѣстѣ съ тѣмъ лейкоцитъ перемѣщается на нѣкоторое разстояніе въ сторону отростка.

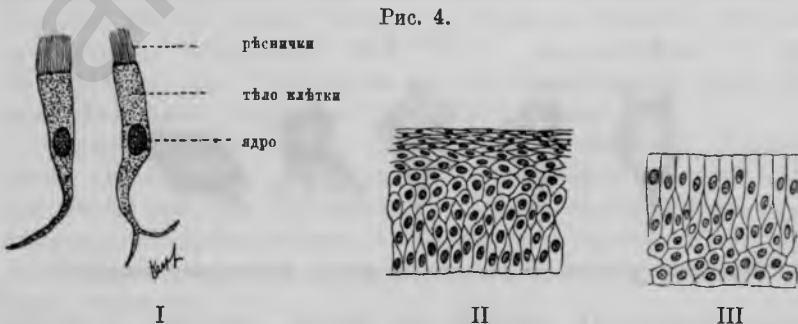
Мы видимъ далѣе, что клѣтки увеличиваются, растутъ и, по достиженіи извѣстной степени развитія, обладаютъ способностью размножаться посредствомъ дѣленія ядра и протоплазмы на 2 части, превращающіяся въ самостоятельныя клѣтки. Понятно, что такое размноженіе клѣтокъ весьма важно для жизни организма, ибо такимъ образомъ организмъ не только растетъ, но постоянно имѣетъ возможность замѣнять потеряныя частицы новыми, совершенно подобными старымъ.

Т к а н и .

Если клѣтки располагаются въ одинъ рядъ и срастаются въ такомъ положеніи, то мы получаемъ нитевидное образованіе, называемое волокномъ. Волокна образуются еще другимъ образомъ, именно такъ, что одна клѣтка болѣе и болѣе удлиняется, причѣмъ ядро наконецъ исчезаетъ.

Клѣтки развитаго организма или прилегаютъ тѣсно одна къ другой, или бываютъ раздѣлены между собою межклеточнымъ веществомъ весьма различнаго свойства. Путемъ разнообразнаго сочетанія клѣтокъ, волоконъ и межклеточнаго вещества образуются всѣ ткани, изъ которыхъ состоитъ человѣческое тѣло. Мы различаемъ два вида тканей:

1) Ткани, состоящія только изъ одного или нѣсколькихъ слоевъ клѣтокъ, прикасающихся непосредственно одна къ другой, безъ всякаго межклеточнаго вещества. Такія ткани мы называемъ эпителиемъ, эпителиальною тканью. Онѣ покры-



I — мерцательныя эпителиальныя клѣтки (рѣснички представляютъ протоплазматическіе отростки). II — многослойный плоскій эпителий. III — многослойный цилиндрическій эпителий.

вають въ видѣ оболочекъ всѣ поверхности тѣла, наружную кожу, внутреннюю поверхность полости рта, носа, пищеварительнаго канала, отдѣльныхъ долекъ железъ и ихъ выводныхъ протоковъ и пр. Смотря по формѣ клѣтокъ, различаютъ: плоскій, цилиндрическій и мерцательный эпителий.

2) Всѣ остальные ткани состоятъ изъ клѣтокъ, волоконъ и межкѣточного вещества. Это послѣднее на разныхъ мѣстахъ весьма различной консистенціи и обуславливаетъ собою различную плотность тканей; мы имѣемъ ткани съ жидкимъ межкѣточнымъ веществомъ: кровь и лимфу; въ другихъ тканяхъ оно плотнѣе, какъ въ нервной, мышечной, соединительной, железистой ткани; самое плотное межкѣточное вещество мы находимъ въ хрящевой и костной ткани.

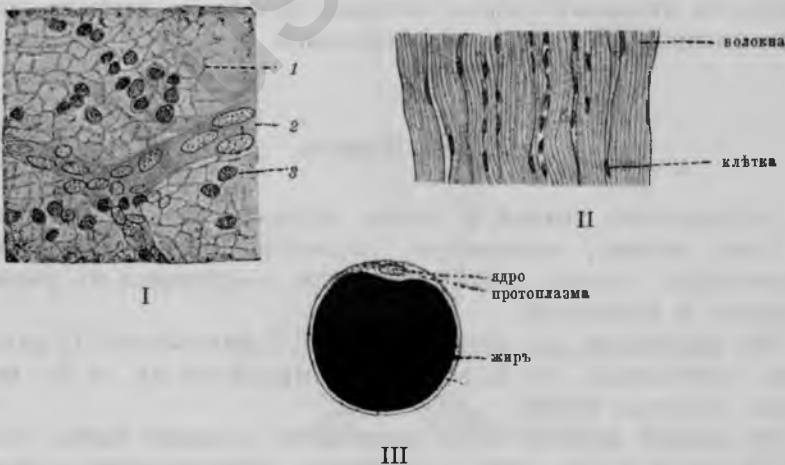
Протоплазма клѣтокъ бываетъ весьма различна и обуславливаетъ характеристическія свойства тканей. Клѣтка нервной ткани имѣетъ другую протоплазму, чѣмъ кровяной шарикъ; въ клѣткахъ печени является желчь; клѣтка жировой клѣтчатки содержитъ въ себѣ жиръ; разноцвѣтныя оболочки глаза состоятъ изъ клѣтокъ, содержащихъ красящее вещество (пигментъ).

Кровь находится въ кровеносныхъ, лимфа въ лимфатическихъ сосудахъ.

Нервная ткань образуетъ головной и спинной мозгъ, периферическіе нервы и симпатическую нервную систему.

Мышечная ткань составляетъ мускулатуру тѣла и обладаетъ способностью сокращаться.

Рис. 5.



I — Сѣтчатая или ретикулярная соединительная ткань изъ лимфатической железы человѣка. Увеличеніе 280 разъ. 1 — сѣтка, 2 — кровеносный сосудъ, 3 — лейкоциты. II — Фиброзная соединительная ткань (сухожилие). III — Жировая клѣтка изъ жировой ткани. Все тѣло клѣтки выполнено (канлей жира протоплазмы осталось немного вокругъ ядра.

Соединительная или опорная ткань образуетъ остовъ всего организма, встрѣчается во всѣхъ органахъ и соединяетъ органы между собою.

Опорная или соединительная ткань раздѣляется: на сѣтчатую, плотную или фиброзную, эластичную (упругую), студенистую (встрѣчаемую въ пуговинѣ), жировую, хрящевую и костную ткани.

Изъ железистой ткани состоятъ такъ называемые железы — органы, выдѣляющіе соки, необходимые для организма.

Строеніе названныхъ тканей будетъ изложено при описаніи органовъ, состоящихъ изъ нихъ.

Изъ сочетанія разныхъ тканей образуются органы животнаго и человѣческаго организма.

Органы человеческого организма слѣдующіе. Органы для принятія пищи называются пищеварительными; питательный матеріалъ долженъ распространяться по всему тѣлу, чтобы каждая клѣточка была въ состояніи получить и усвоить все нужное для жизни, — это совершается посредствомъ лимфы и крови, текущихъ въ особенныхъ каналцахъ по всему тѣлу — органахъ кровообращенія и лимфатической системы. Ненужныя для организма вещества и части выдѣляются изъ него при посредствѣ выдѣлительныхъ органовъ.

Чтобы добиться пищи, человѣкъ долженъ совершать извѣстныя движенія, — для этого служатъ кости и мышцы. Для воспріятія раздраженій изъ внѣшняго міра служатъ органы чувствъ. Наконецъ, отправленія всѣхъ этихъ органовъ должны совершаться въ извѣстномъ порядкѣ, цѣлесообразно, — эта важная задача возложена на нервныя органы, которые, кромѣ того, служатъ органами высшихъ умственныхъ способностей.

Кости. Скелеть.

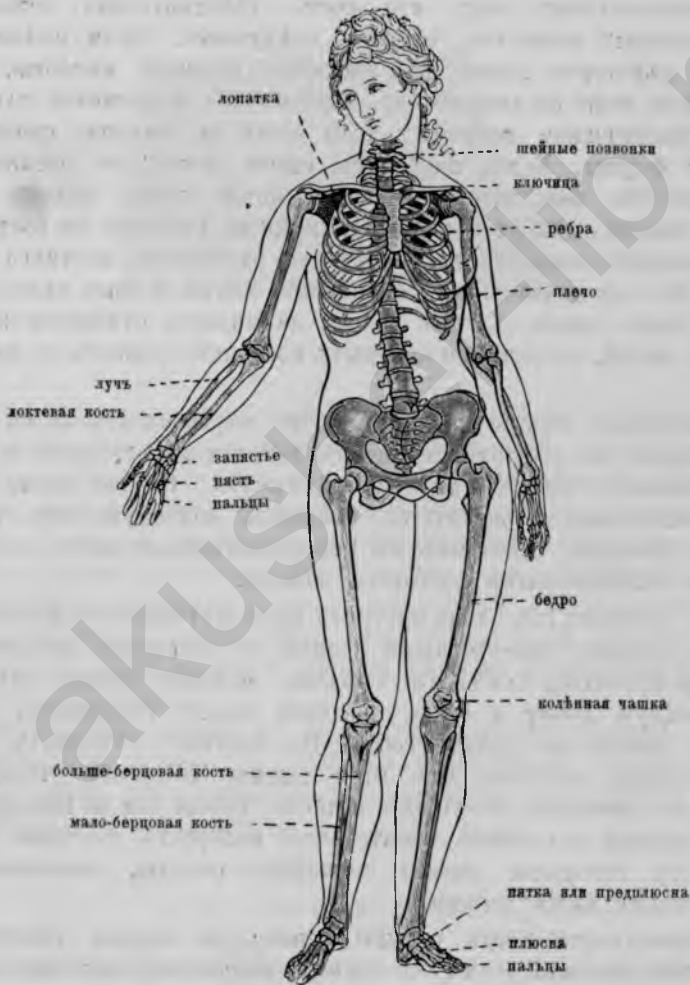
Посредствомъ хрящей и связокъ всѣ кости тѣла соединяются въ одну систему, называемую скелетомъ. Для удобнѣйшаго разсмотрѣнія, скелеть, какъ и самое тѣло, раздѣляется на голову, туловище и конечности.

Мы различаемъ, по наружной формѣ, 3 вида костей: 1) длинныя, трубчатыя; 2) короткія, неправильныя, и 3) широкія, плоскія кости.

Въ каждой длинной кости различаютъ среднюю часть, тѣло или діафизъ и два конца — эпифизы, которые толще діафиза и покрыты хрящемъ. Эпифизъ длинной кости соприкасается съ концомъ другой кости, образуя суставъ, или сочлененіе, при помощи связокъ, переходящихъ отъ одной кости на другую.

Длинные и короткія кости служатъ преимущественно подпорою для окружающихъ мягкихъ частей тѣла, особенно для мышцъ (мяса), и обуславливаютъ такимъ образомъ возможность передвиженія нашего тѣла (напр., кости конечностей). Широкія кости, напротивъ, имѣютъ преимущественно назначеніе образовать посредствомъ своего сочетанія полости, въ которыхъ важные, вѣжные органы предохраняются отъ вредныхъ наружныхъ вліяній: напримеръ, полость черепа съ расположеннымъ въ немъ мозгомъ.

Рис. 6.



Скелеть.

Каждая кость состоитъ отчасти изъ минеральныхъ, отчасти изъ органическихъ веществъ. Изъ минеральныхъ ве-

ществъ преобладають соли извести. Органическое вещество принадлежитъ къ ряду образованій соединительной ткани и по свойствамъ своимъ болѣе всего похоже на хрящъ. Отношеніе между этими веществами не совсѣмъ постоянное и измѣняется съ возрастомъ. У взрослога здороваго человѣка кость содержитъ приблизительно $\frac{2}{3}$ минеральныхъ и $\frac{1}{3}$ органическихъ веществъ. Въ молодости преобладають органическія вещества, такъ что кость является болѣе мягкой, эластичною. Въ старости количество минеральныхъ веществъ постоянно увеличивается и кость дѣлается болѣе хрупкою, ломкою.

Доказательствомъ тому, что кость дѣйствительно состоитъ изъ названныхъ веществъ, служить слѣдующее: Если положить кость на нѣкоторое время въ растворъ соляной кислоты, то известковыя соли растворяются, извлекаются и остается только гибкое органическое вещество, хотя кость не потеряла прежней наружной формы. Если, наоборотъ, сжечь кость, то органическое вещество разрушается и кость послѣ этого похожа на жженую известъ, дѣлается твердою, хрупкою. Различіе въ составѣ костей разныхъ возрастовъ объясняется развитіемъ костнаго вещества. Въ зародышѣ кости совершенно мягки, потомъ дѣлаются плотнѣе, какъ хрящъ; затѣмъ только начинается отложеніе известковыхъ солей, количество которыхъ постоянно растетъ до конца жизни.

Кровеносныя сосуды проникають во внутренность кости черезъ отверстія на поверхности послѣдней, которая поэтому и получили названіе питательныхъ отверстій. Внутри кости сосуды развѣтвляются, образуютъ наконецъ волосную сѣть тончайшихъ вѣточекъ, стоящихъ въ непосредственной связи съ канальцами звѣздовидныхъ костныхъ тѣлецъ.

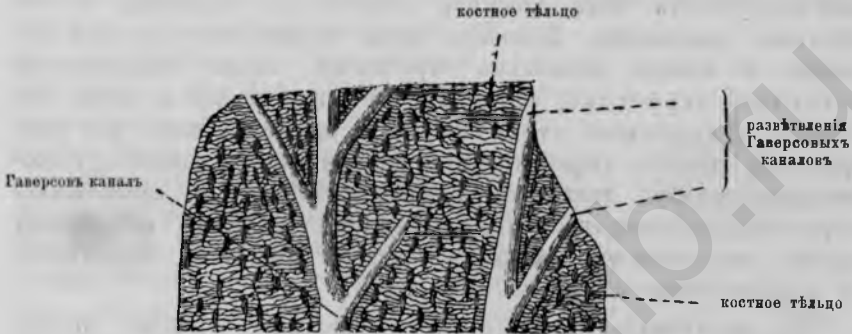
Кость состоитъ изъ очень плотнаго промежуточнаго (основного) вещества, богатаго известковыми солями, въ которомъ находятся небольшія пустоты—костныя тѣльца. Костное тѣльце имѣетъ миндалевидную форму и даетъ отъ себя массу тоненькихъ канальцевъ, только что упомянутыхъ. Въ костныхъ тѣльцахъ лежатъ костныя клѣтки, отъ протоплазмы которыхъ отходятъ отростки въ канальцы костныхъ тѣлецъ. Черезъ эти же канальцы костныя клѣтки получаютъ питательный матеріалъ. Костныя канальцы, въ которыхъ лежатъ тончайшіе сосуды, называются Гаверсовыми канальцами.

На поверхности кости сосуды лежатъ въ весьма крѣпкой, волокнистой оболочкѣ, — надкостницѣ (періостѣ); поэтому оболочка эта такъ необходима для питанія кости, что кость, потерявшая ее какимъ бы то ни было образомъ, непременно умираетъ.

Кости не во всѣхъ своихъ частяхъ обладаютъ одинаковою

плотностью. Поверхность ихъ обыкновенно состоитъ изъ весьма плотнаго, однообразнаго, снаружи гладкаго вещества, носящаго поэтому названіе плотнаго или компактнаго костнаго вещества. Подъ этой твердой скорлупой находится масса, имѣющая видъ губки и состоящая изъ костныхъ пластинокъ и иголъ, между которыми видны углубленія и отверстія въ большомъ количествѣ. Такое костное вещество называется губчатымъ.

Рис. 7.



Шлифъ кости.

Въ срединѣ, центрѣ каждой кости, особенно трубчатыхъ костей, эти маленькіе промежутки сливаются въ одну большую полость, наполненную нѣжной соединительной тканью, весьма богатою кровеносными сосудами и жиромъ, т. н. костнымъ мозгомъ. Такая-же ткань наполняетъ свободныя пространства губчатаго костнаго вещества. Въ костномъ мозгѣ встрѣчаются клѣтки, которыя представляютъ переходныя формы къ краснымъ кровянымъ шарикамъ и называются гематобластами. По этому заключаютъ, что костный мозгъ служитъ мѣстомъ образованія красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Компактное вещество необходимо, чтобы придать костямъ надлежащую плотность; губчатое вещество и полость дѣлаютъ кости менѣе тяжелыми, такъ что вслѣдствіе этого вѣсъ всего тѣла значительно уменьшается.

Кости туловища.

Позвоночникъ. Основаніемъ всего туловища служитъ находящійся въ заднемъ отдѣлѣ его крѣпкій столбъ, такъ называемый **позвоночный столбъ**, позвоночникъ. Онъ состоитъ изъ ряда отдѣльныхъ костей, позвонковъ, а именно изъ семи шейныхъ, 12 грудныхъ или спинныхъ, 5 поясничныхъ или брюшныхъ, далѣе изъ

крестца (крестцовой кости) и хвостца (копчика или хвостцовой кости). Последнія двѣ кости состоятъ изъ позвонковъ, потерявшихъ свою первоначальную форму и названныхъ поэтому ложными, для отличія отъ первыхъ 24-хъ настоящихъ или истинныхъ позвонковъ.

Каждый настоящій позвонокъ имѣетъ видъ костнаго кольца съ отверстіемъ по срединѣ. Передняя часть этого кольца, такъ называемое тѣло, значительно утолщена и состоитъ почти исключительно изъ губчатаго костнаго вещества. Нижняя и верхняя поверхности тѣла плоски и служатъ для соединенія съ соседними позвонками. Боковыя части называются дугами позвонка и носятъ нѣсколько отростковъ. Кзади направляется остистый отростокъ; съ обѣихъ сторонъ, справа и слѣва, находятся поперечные отростки; тѣ и другіе служатъ для прикрѣпленія мышцъ, управляющихъ движеніями позвонковъ. Наконецъ мы видимъ, также съ боковъ, косые или суставные отростки съ поверхностями, покрытыми гладкимъ хрящевымъ слоемъ, посредствомъ которыхъ каждый позвонокъ сочленяется съ выше и ниже лежащимъ позвонкомъ.

У 7 шейныхъ позвонковъ поперечные отростки продырявлены такъ называемыми поперечными отверстіями, кромѣ того ихъ остистые отростки раздвоены на концѣ. Только первый шейный позвонокъ совсѣмъ не имѣетъ остистаго отростка, и у 7-го онъ не раздвоенъ.

Первые два шейныхъ позвонка и 7-й вообще отличаются отъ другихъ: первый, атлантъ, тѣла и остистаго отростка не имѣетъ, а состоитъ изъ передней и задней дугъ, боковыя части которыхъ значительно утолщены и представляютъ большія суставныя поверхности, съ которыми сочленяется черепъ (затылочная кость). Второй позвонокъ отличается отъ остальныхъ тѣмъ, что изъ тѣла его выдается кверху костный отростокъ, такъ называемый зубовидный отростокъ. Онъ занимаетъ въ передней дугѣ атланта мѣсто тѣла перваго позвонка, и около него атлантъ свободно совершаетъ вращательныя движенія, которыя иначе были бы невозможны. 7-й позвонокъ болѣе похожъ на спинной позвонокъ, остистый его отростокъ весьма длиненъ, крѣпокъ и выдается взадъ больше всѣхъ другихъ, такъ что легко виденъ черезъ кожу.

Грудные позвонки отличаются отъ шейныхъ тѣмъ, что они соединены съ ребрами посредствомъ хрящевыхъ поверхностей, находящихся по бокамъ тѣла cadaго позвонка.

Поясничные позвонки имѣютъ весьма толстыя тѣла. Остистые отростки сильно развиты, сжаты съ боковъ и направлены почти прямо горизонтально назадъ. Ихъ задній конецъ утолщенъ и шероховатъ.

Нижняя поверхность 5-го поясничного позвонка лежит на крестцовой кости.

Крестецъ имѣетъ форму пирамиды, обращенной основаніемъ своимъ вверхъ, тупую верхушкою внизъ. На крестцовой кости мы различаемъ: верхнюю, заднюю и переднюю поверхности и два края, правый и лѣвый. Передняя поверхность довольно гладка, ровна и вогнута; на ней мы замѣчаемъ 4 пары отверстій, переднія крестцовыя дыры, ведущія въ крестцовый каналъ, проходящій сверху внизъ черезъ всю длину крестца. Названные отверстия соединены шероховатыми, немного выдающимися поперечными линиями; эти линии соответствуютъ тѣмъ мѣстамъ, гдѣ крестцовые позвонки (5), въ молодости соединенные между собою хрящевыми пластинками, при достиженіи зрѣлости срослись другъ съ другомъ. Задняя поверхность крестца выпукла и неровна. Неровности ея расположены въ 3 ряда, идущіе сверху внизъ. Средній изъ нихъ болѣе другихъ выдается назадъ и соответствуетъ сросшимся между собою остистымъ отросткамъ. Боковые ряды неровностей образовались изъ сращенія суставныхъ отростковъ, а крѣпкія, боковыя части представляютъ переродившіеся поперечные отростки. На нижней части задней поверхности открывается крестцовый каналъ въ видѣ щели, называемой крестцовой щелью. На задней поверхности крестца находятся такія же 4 пары отверстій, какъ на передней поверхности. Черезъ всѣ эти отверстія выходятъ изъ крестцоваго канала нервы, образующіеся изъ нижняго конца спинного мозга. Боковые края крестца въ нижней своей половинѣ остры и гладки; къ нимъ прикрѣпляются связки и мышцы; верхняя-же половина краевъ расширяется и здѣсь они образуютъ большую, неровную, ушковидную поверхность, посредствомъ которой крестецъ соединяется съ подвздошными костями. Верхняя поверхность крестца соединяется съ пятымъ поясничнымъ позвонкомъ. Край, въ которомъ соединяются верхняя и передняя поверхности крестца, значительно выдается впередъ, называется мысомъ (промонторій) и составляетъ точку, весьма важную для акушерскаго опредѣленія размѣровъ таза.

Копчиковая или хвостцовая кость образуетъ нижній конецъ позвоночнаго столба и состоитъ изъ 3—5 неправильныхъ

Рис. 8.



А—нижній поясничный позвонокъ. В—крестецъ (спереди), а—мысъ, б—крестцовая впадина, с—нижній конецъ крестца. С—хвостецъ.

косточекъ, недоразвитыхъ хвостцовыхъ позвонковъ, изъ которыхъ верхній самый большой. Они соединяются между собою и съ верхушкою крестца посредствомъ хрящей и обладаютъ поэтому нѣкоторою подвижностью; главнымъ образомъ они могутъ быть отодвинуты взадъ, чѣмъ увеличивается выходъ таза, — обстоятельство въ акушерскомъ отношеніи весьма важное.

Всѣ позвонки, за исключеніемъ ложныхъ крестцовыхъ, соединены между собою эластичными, лежащими между ихъ тѣлами, хрящевыми кружками, которые обуславливаютъ подвижность, гибкость позвоночника. Суставные отростки позвонковъ соединяются другъ съ другомъ при помощи сумочныхъ связокъ, образуя суставы съ незначительной подвижностью.

Дуги двухъ сосѣднихъ позвонковъ соединены между собою упругими желтаго цвѣта связками, такъ называемыми желтыми связками, а на передней и задней поверхности тѣлъ позвонковъ идутъ по всему позвоночнику, начиная отъ затылочной кости и кончая на крестцовой кости, передняя и задняя длинныя связки позвоночника.

Гибкость позвоночника увеличивается тѣмъ обстоятельствомъ, что спъ не прямой, а представляетъ слѣдующіе изгибы, образующіеся съ тѣхъ поръ, какъ ребенокъ начинаетъ сидѣть, стоять, ходить, когда, слѣдовательно, позвоночникъ принужденъ поддерживать вѣсъ тѣла. Шейная часть позвоночника изогнута впередъ, грудная часть взадъ, поясничная часть впередъ, крестецъ и копчикъ наконецъ имѣютъ выпуклую заднюю поверхность.

Черезъ всю длину позвоночника проходитъ каналъ, въ которомъ заключается спинной мозгъ; каналъ поэтому называется спинномозговымъ. Выходящіе изъ спинного мозга нервы и назначенные для спинного мозга кровеносные сосуды выступаютъ изъ позвоночнаго канала или входятъ въ него черезъ промежутки между дугами позвонковъ. Нужно замѣтить, наконецъ, что остистые отростки позвонковъ легко прощупываются черезъ кожу средней линіи спины, гдѣ онѣ образуютъ рядъ небольшихъ возвышеній. Задняя поверхность крестца и находящаяся между ягодицами острая верхушка копчика также легко доступны осязанію.

Грудная клѣтна.

Она образуется грудными позвонками, ребрами и грудною костью; эти кости окружаютъ грудную полость, въ которой помещается сердце, легкія и весьма важные кровеносные сосуды и нервы.

1) Грудная кость, грудина, есть длинная, плоская кость, находящаяся въ срединѣ передней поверхности грудной клѣтки. Верхняя, самая широкая часть ея называется рукояткою, съ

которой соединяются ключицы и первая пара реберъ. Средняя, самая длинная часть называется тѣломъ, края котораго соединяются съ хрящами реберъ отъ 2-го до 7-го. Третья, нижняя часть, мечевидный отростокъ, состоитъ отчасти изъ хрящеваго вещества, имѣеть форму языка, верхушка котораго обращена внизъ и легко прощупывается черезъ кожу.

2) Ребра. Ихъ 12 паръ. Они представляются въ видѣ узкихъ, дугообразно согнутыхъ костныхъ пластинокъ; задній конецъ ихъ называется головкою и сочленяется съ тѣлами грудныхъ позвонковъ. Каждое ребро направляется сначала немного взадъ, а затѣмъ составляетъ дугу, охватывающую грудь, причемъ выпуклость дуги обращена кнаружи и немного внизъ. Передній конецъ ребра соединяется съ ребернымъ хрящемъ. У 7-ми верхнихъ реберъ хрящи непосредственно прикрѣпляются къ грудной кости, они потому называются истинными, настоящими ребрами; хрящи 8, 9, 10-го ребра переходятъ въ хрящи вышележащихъ реберъ, а концы 11-го и 12-го ребернаго хряща окружаются однѣми мягкими частями брюшной стѣнки, въ которой они легко прощупываются. Послѣднія 5 реберъ называются ложными. Вообще ребра легко осязаемы черезъ кожу, особенно въ подмышечной ямкѣ, и служатъ поэтому хорошимъ признакомъ для распознаванія нѣкоторыхъ положеній плода при родахъ.

Такъ какъ ребра подвижно соединены съ позвонками, то они могутъ подыматься и опускаться. Во время перваго движенія реберная дуга обращается прямо кнаружи, чѣмъ увеличивается емкость грудной полости—это случается при вдыханіи; во время выдыханія ребра опускаются и полость груди опять уменьшается.

Верхнія конечности.

Онѣ состоятъ изъ 1) плечеваго пояса, 2) собственно плеча, 3) предплечія и 4) ручной кисти.

1) **Плечевой поясъ** образуется двумя костями, ключицею и лопаткою.

а) **Ключица**. S-образно согнутая, трубчатая кость внутреннимъ своимъ, грудиннымъ, концомъ сочленяется съ рукояткою грудной кости, наружнымъ концомъ — лопаточнымъ — соединяется съ

б) **лопаткою**, принадлежащей къ широкимъ плоскимъ костямъ и имѣющей трехъугольную форму. Одинъ уголъ обращенъ внизъ, оба другіе вверхъ. Верхній наружный уголъ значительно утолщенъ и образуетъ суставную впадину для головки плечевой кости. На задней поверхности лопатки подымается крѣпкій костный гребешокъ, лопаточная ость, наружный конецъ которой сочлененъ съ ключицею. Передняя плоскость лопатки лежитъ на задней по-

верхности грудной клетки, но соединена съ ней только посредствомъ мышцъ. Ключица, ость лопатки и ея нижній уголь прощупываются черезъ кожу и способствуютъ распознаванію косыхъ и поперечныхъ положеній плода при родахъ.

2) **Плечевая кость**, длинная трубчатая, кость имѣетъ верхній, утолщенный, шаровидный конецъ головку, сочленяющійся съ суставною ямкою лопатки. Нижній конецъ плечевой кости имѣетъ 2 суставныя поверхности для локтевой и для лучевой кости.

3) **Предплечье** составляется двумя костями: а) Локтевая кость имѣетъ болѣе толстый верхній конецъ, обхватывающій посредствомъ полудунной вырѣзки плечевую кость и выдающійся взадъ и вверхъ въ видѣ крѣпкаго, толстаго локтевого отростка б) Лучевая кость имѣетъ верхній округленный и нижній болѣе толстый конецъ, образующій преимущественно суставную поверхность для костей запястья. Лучевая кость вращается около локтевой кости, какъ колесо около оси, и производитъ этимъ вращательныя движенія предплечія и ручной кисти ладонью вверхъ и ладонью внизъ.

4) **Ручная кисть** состоитъ изъ 3-хъ частей: а) Запястье составляется 8 маленькими короткими неправильными костями; б) Второй отдѣлъ, пясть руки, состоитъ изъ 5 маленькихъ трубчатыхъ костей, тоже малоподвижныхъ; в) Пальцы; каждый изъ нихъ имѣетъ 3 косточки, фаланги, составляющія 3 сустава, только большой палецъ имѣетъ 2 косточки и 2 сустава.

Нижняя конечности.

Плечевому поясу соответствуетъ на нижнихъ конечностяхъ **тазовое кольцо**; оно состоитъ изъ двухъ половинокъ, такъ называемыхъ **безъимянныхъ** костей. Онѣ имѣютъ весьма неправильную форму, соединяются сзади съ крестцовой костью, спереди одна съ другою, и образуютъ такимъ образомъ тазъ, костный каналъ, особенно важный для насъ, потому что чрезъ него проходитъ плодъ во время родовъ.

Каждая безъимянная кость состоитъ въ молодости, т. е. въ незрѣломъ возрастѣ изъ 3 отдѣловъ, соединенныхъ другъ съ другомъ посредствомъ хряща и срастающихся между собою лишь при достиженіи зрѣлости. Эти 3 отдѣла, подвздошная, сѣдалищная и лобковая кости, соединяются въ большой шаровидной ямкѣ, находящейся на наружной поверхности таза и заключающей въ себѣ головку бедренной кости. Эти углубленія называются вертлужными впадинами. Чтобы облегчить понятіе о безъимянной кости, опишемъ каждую часть отдѣльно.

1) Подвздошная кость образуетъ верхнюю и заднюю часть безъимянной кости. Самая толстая часть, тѣло ея, находится въ области вертлужной впадины и тамъ сращена съ тѣлами другихъ отдѣловъ безъимянной кости. Отъ тѣла кверху подымается широкая, плоская часть—пластина или чешуя, оканчивающаяся кверху утолщеннымъ краемъ, подвздошнымъ гребешкомъ, имѣющимъ S-образную форму; онъ составляется тремя неровными линиями: наружную, внутреннюю и среднюю, болѣе всего выдающуюся кверху; къ наружной прикрѣплены ягодичныя мышцы, къ внутренней—подвздошная, а къ средней—брюшныя мышцы. Передній и задній концы подвздошнаго гребешка загибаются внизъ и образуютъ такимъ образомъ выдающіяся ости, верх-

Рис. 9.



Кости таза: 5п—пятый поясничный позвонокъ, п—подвздошная кость, с—сѣдалищная, л—лонная, х—хвостцовая, к—крестецъ.

нюю и нижнюю переднія ости и верхнюю, и нижнюю заднія ости подвздошной кости. Весь подвздошный гребешокъ до остей легко прощупывается черезъ кожу и потому имѣетъ важное значеніе для опредѣленія формы таза. Наружная поверхность подвздошной чешуи выпукла, внутренняя вогнута. На этой послѣдней мы различаемъ верхній и нижній отдѣлы, изъ которыхъ верхній входитъ въ составъ большого таза, а нижній образуетъ часть стѣнки малаго таза. Границею между ними служить тупой край, такъ называемая безъимянная линия. За этимъ краемъ на внутренней поверхности подвздошной кости видна шероховатая плоскость, такъ называемая ушковидная поверхность, соединяющаяся съ такою-же поверхностью крестцовой кости и образующая съ ней крестцово-подвздошное соединеніе.

2) Сѣдалищная кость. Болѣе толстая часть ея, тѣло, находится въ области вертлужной впадины. Отъ тѣла идетъ внизъ трехгранная нисходящая вѣтвь, оканчивающаяся толстымъ не-

ровнымъ сѣдалищнымъ бугромъ, на которомъ покоится весь вѣсъ тѣла при сидячемъ положеніи. Отъ бугра кверху, впередъ и во внутрь идетъ восходящая вѣтвь, срастающаяся наконецъ съ нисходящею вѣтвью лобковой кости. На заднемъ краѣ тѣла сѣдалищной кости выдается острая сѣдалищная ость, направляющаяся взадъ и внутрь; она настолько вдается въ просвѣтъ таза, что ею опредѣляется самое узкое мѣсто таза.

3) **Лобковая или лонная кость.** Тѣло ея срастается съ тѣломъ подвздошной кости, мѣсто сращенія выдается въ видѣ шероховатаго возвышенія лонно-подвздошнаго бугорка. Здѣсь-же начинается поперечная (горизонтальная) вѣтвь, идущая

Рис. 10.

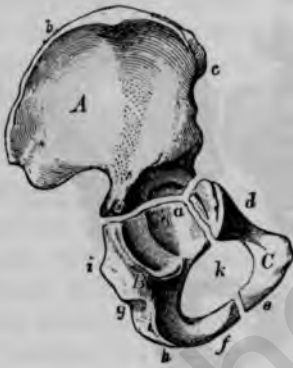


Рис. 11.



Рис. 10 — правая безымянная кость съ наружной стороны, раздѣленная на 3 части: *A* — подвздошная кость, *B* — сѣдалищная кость, *C* — лобковая кость, *a* — вертикальная впадина, *b* — подвздошный гребешекъ, *c* — передняя верхняя ость, *d* — горизонтальная вѣтвь лонной кости, *e* — нисходящая вѣтвь лонной кости, *f* — восходящая вѣтвь сѣдалищной кости, *g* — нисходящая вѣтвь сѣдалищной кости, *h* — сѣдалищный бугоръ, *i* — сѣдалищная ость, *k* — овальное отверстіе.

Рис. 11 — правая безымянная кость съ внутренней стороны: *l* — ушковидная поверхность для соединенія съ крестцомъ, *m* — безымянная линія. Остальныя буквы см. въ рис. 10.

на встрѣчу такой-же вѣтви противоположной стороны и соединяющаяся въ ней въ лонномъ соединеніи. Отсюда внизъ идетъ нисходящая вѣтвь, срастающаяся съ восходящею вѣтвью сѣдалищной кости. Поперечная вѣтвь имѣетъ трехгранную форму; верхній край ея довольно острый и называется лоннымъ гребешкомъ. Близъ лоннаго соединенія онъ оканчивается лоннымъ бугоркомъ.

Мы замѣчаемъ на костномъ тазѣ еще слѣдующія отверстія и вырѣзки:

1) Нижний край подвздошной кости продолжается въ задній край сѣдалищной кости: они вмѣстѣ образуютъ подвздошно-

сѣдалищную вырѣзку. Отъ края крестцовой кости къ сѣдалищному бугорку и къ сѣдалищной ости идутъ двѣ крѣпкія связки; онѣ перекрещиваются между собою и раздѣляютъ названную вырѣзку на двѣ части: верхнюю большую и нижнюю малую сѣдалищную дыру, черезъ которыя мышцы, сосуды и нервы проходятъ изъ полости таза къ нижнимъ конечностямъ.

2) Всѣ 4 вѣтви лобковой и сѣдалищныхъ костей окружаютъ на передней стѣнкѣ таза два большихъ отверстія, овальныя или яйцевидныя отверстія, покрытыя тонкою, но крѣпкою перепонкою и носящія потому названіе закрытыхъ дыръ. Онѣ покрыты мышцами и пропускаютъ сосуды и нервы.

Рис. 12.



1—мышь, 2—крестцово-подвздошное соединеніе, 3—крестцово-сѣдалищная связка
4 — сѣдалищная ость, 5 — лонное соединеніе, 6 — лонные бугорки, 7 — лонные гребешки.

3) Передняя стѣнка таза имѣетъ нижній, сильно вогнутый край, такъ называемую лонную дугу, состоящую изъ восходящихъ вѣтвей сѣдалищныхъ костей, нисходящихъ вѣтвей лобковыхъ костей и нижняго края лоннаго соединенія.

Слѣдующій отдѣлъ нижней конечности, бедро, содержитъ въ себѣ одну кость, — бедренную.

Бедренная кость—самая длинная трубчатая кость нашего тѣла; верхняя часть ея соединяется съ среднею частью подъ угломъ; она называется шейкою и на концѣ своемъ носитъ шаровидную головку, входящую въ вертлужную впадину таза. Тамъ, гдѣ тѣло бедренной кости переходитъ въ шейку, выдается весьма крѣпкій, толстый неровный отростокъ, большой вер-

тель или вертлугъ, который служитъ для прикрѣпленія мышцъ нижней конечности и таза. Подъ нимъ выступаетъ на задней поверхности бедра малый вертелъ въ видѣ конуса, обращеннаго внутрь. Нижний конецъ бедренной кости представляетъ двѣ покрытыя хрящемъ, поверхности для колѣннаго сустава; онѣ сливаются спереди, сзади же раздѣлены глубокою бороздою, образующею верхнюю часть подколѣнной ямки, на наружный и внутреннй мышцелокъ.

Голень состоитъ изъ большой и малой берцовыхъ костей. Большеберцовая кость есть крѣпкая трехгранная кость, переднй край которой—гребешокъ—легко прощупывается черезъ кожу. Верхнй конецъ кости утолщенъ и имѣетъ суставныя поверхности для колѣннаго сустава. Нижнй конецъ большой берцовой кости образуетъ съ таранною костью голенно-стопное сочлененіе, на внутренней сторонѣ этого конца выступаетъ отростокъ, внутренняя лодыжка. Спереди на колѣнномъ суставѣ лежитъ маленькая кругловатая надколѣнная косточка, чашечка, задняя поверхность которой покрыта хрящевымъ слоемъ и участвуетъ въ образованіи колѣннаго сустава.

Малоберцовая кость, находящаяся снаружи и сзади голени, гораздо тоньше большеберцовой кости; она образуетъ вмѣстѣ съ ней голенно-стопный суставъ. Нижнй конецъ ея образуетъ наружную лодыжку, кверху же она не доходитъ до колѣннаго сустава и прикрѣпляется къ большеберцовой кости немного ниже.

Стопа состоитъ изъ предплюсны или пятки, плюсны и пальцевъ. Пятка состоитъ изъ 7 короткихъ неправильныхъ костей; изъ нихъ надпяточная или таранная кость сочленяется съ костями голени и лежитъ съ другой стороны на пяточной кости, выдающейся значительно взадъ и образующей собственно такъ называемую пятку. Плюсна состоитъ изъ 5 маленькихъ трубчатыхъ костей. Пальцы, какъ и пальцы на рукахъ, имѣютъ 3 сустава, 3 фаланга, большой же палецъ только 2.

Кости головы.

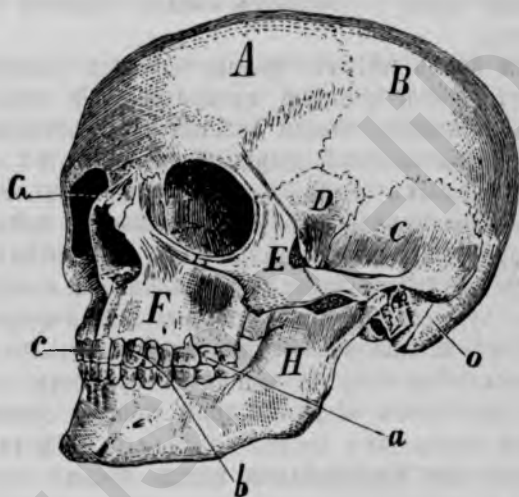
Костяное основаніе головы раздѣляется на 2 части: заднюю шаровидную—черепъ и переднюю нижнюю, весьма неправильную—лицо. Всѣ кости головы, за исключеніемъ нижней челюсти соединены между собою неподвижно, большею частью посредствомъ зубчатыхъ краевъ, зубцы которыхъ входятъ другъ въ друга. Такое соединеніе костей называется швомъ. Кости черепа большею частью широки, плоски; кости лица болѣе неправильны.

Черепъ состоитъ изъ 8 костей: лобной, двухъ теменныхъ, двухъ височныхъ, затылочной, крыловидной (клиновид-

ной) и рѣшетчатой. Затылочная и крыловидная кости у взрослого человѣка сращены между собою и поэтому часто описываются какъ одна кость—основная.

Лобная кость занимаетъ переднюю часть черепа, состоитъ изъ чешуи, плоской широкой кости, образующей лобъ; она на передней своей поверхности имѣетъ два боковыхъ, слегка выдающихся впередъ возвышенія, лобные бугорки, и соединяется верхнимъ своимъ краемъ съ темянными костями—вънечнымъ швомъ. У дѣтей лобная кость состоитъ изъ двухъ частей, срастающихся только впоследствии; поэтому мы видимъ, что у дѣ-

Рис. 13.



Черепъ сбоку съ зубами: *c*—рѣзцы, *b*—глазные зубы (клыки), *a*—коренные зубы (большія буквы обозначаютъ отдѣльныя кости черепа), *A*—лобная кость, *B*—темянная, *C*—височная кость, *D*—крыловидный отростокъ основной кости, *E*—скуловая кость, *F*—верхнечелюстная кость, *G*—носовая кость, *H*—нижняя челюсть.

тей существуетъ еще перпендикулярно идущій лобный шовъ, соединяющій обѣ боковыя части лобной кости. Нижнюю часть лобной кости составляютъ двѣ горизонтальныя, направляющіяся взадъ пластины; нижняя поверхность ихъ образуетъ верхнюю стѣнку глазницъ, верхняя же поверхность—часть стѣнки черепной полости; между обѣими пластинами остается щель, выполненная рѣшетчатою костью. Края, въ которыхъ сливаются чешуя и глазничныя части лобной кости, называются верхними глазничными краями, между ними находится крѣпкая часть съ весьма неровною поверхностью, носовая часть, къ которой прикрѣпляются носовыя косточки. Плоскость выше этой но-

совой части называется переносъемъ. Въ лобной кости надъ глазничными краями находятся полости, имѣющія сообщенія съ полостью носа; въ этихъ полостяхъ слизь можетъ накапливаться во время насморка и причиняетъ тогда тупую головную боль.

Темянныя кости прилегаютъ къ лобной кости свади и представляются въ видѣ выпуклыхъ четырехугольниковъ, передній край ихъ соединяется съ лобною костью—вѣнечный шовъ, задній съ затылочною костью—затылочный или ламбдовидный шовъ, боковой варужный съ височною костью—височный или чешуйчатый шовъ; верхнимъ краемъ, наконецъ, темянныя кости содиняются между собою—стрѣловидный шовъ. Наружная поверхность темянной кости выдается въ видѣ бугра, занимающаго приблизительно средину кости—темянные бугры; разстояніе между ними составляетъ самый большой поперечный размѣръ головы.

Затылочная кость имѣетъ среднее большое отверстіе—затылочную дыру, черезъ которую продолговатый черепной мозгъ сообщается со спиннымъ. Самая толстая часть затылочной кости, лежащая впереди затылочной дыры, называется тѣломъ и соединяется у невзрослыхъ особъ съ крыловидною костью посредствомъ хряща, окостенѣвающаго при достиженіи зрѣлости. Костныя дуги, окружающія затылочную дыру съ обѣихъ сторонъ, называются суставными частями; на нижней поверхности ихъ находятся два бугорка, которые покрыты хрящевымъ слоемъ для сочлененія съ атлантомъ. Задняя широкая часть затылочной кости называется чешуею; на задней поверхности ея выдается затылочный бугорокъ. Верхній край чешуи соединяется съ задними краями темянныхъ костей—затылочный шовъ.

Крыловидная или клиновидная кость, весьма неправильной формы, лежитъ у основанія черепа и прободается многими отверстіями, черезъ которыя проходятъ черепные нервы.

Височныя кости занимаютъ боковыя части черепа, находятся въ области наружнаго уха. Чешуйчатая часть ея верхнимъ своимъ обостреннымъ краемъ прилегаетъ къ темянной кости и образуетъ съ нею чешуйчатый или височный шовъ. На нижней части височной кости находится суставная поверхность для головки нижней челюсти; позади ея замѣчается наружное слуховое отверстіе, ведущее въ пирамидальную трехгранную, такъ называемую каменистую часть височной кости, въ которой помѣщается слуховой органъ.

Лицо состоитъ изъ 14 костей, 6 парныхъ и двухъ непарныхъ; основаніемъ для всѣхъ костей лица служатъ:

Верхнечелюстныя кости, соединяющіяся въ средней линіи лица. Каждая изъ нихъ состоитъ изъ средней части, такъ называемаго тѣла, содержащей въ себѣ полость, Гайморову полость, сообщающуюся широкимъ отверстіемъ съ носовою поло-

стью. На тѣлѣ верхней челюсти имѣются слѣдующіе отростки: зубной отростокъ полудунной формы, содержащій на свободномъ краѣ луночки для верхнихъ зубовъ; небный отростокъ, плоской формы, направляющійся внутрь, гдѣ онъ соединяется съ тѣмъ же отросткомъ другой стороны, чѣмъ образуется твердое небо; лобный или носовой отростокъ направляется вверхъ; соединяется съ лобною костью и внутреннимъ своимъ краемъ образуетъ часть краевъ наружнаго носоваго отверстія

Къ верхнечелюстной кости прилегаютъ всѣ остальные лицевыя кости, какъ-то: носовыя, слезныя, скуловые, небныя и нижнія носовыя раковины.

Непарныя кости лица суть сошникъ и нижняя челюсть. Сошникъ образуетъ часть костяной перегородки носа и раздѣляетъ заднее отверстіе носовой полости на 2 боковыя части—хоаны.

Нижнечелюстная кость имѣетъ форму подковы; средняя ея часть, тѣло, согнута подъ угломъ и образуетъ такимъ образомъ подбородокъ; верхній край ея снабженъ луночками для зубовъ. Кзади концы тѣла заворачиваются кверху и переходятъ въ восходящія вѣтви, сочленяющіяся съ височною костью. Мѣсто перегиба нижняго края тѣла въ восходящую вѣтвь называется угломъ нижней челюсти.

Соединеніемъ черепныхъ и лицевыхъ костей образуются слѣдующія полости.

Черепныя кости окружаютъ только одну большую черепную полость, въ которой помѣщается головной мозгъ.

Кости лица образуютъ полости, назначенныя для главныхъ органовъ чувствъ:

1) Глазницы, въ которыхъ помѣщается органъ зрѣнія со всѣми вспомогательными частями;

2) Носовую полость, которая сообщается съ полостью черепа чрезъ отверстія въ верхней пластинкѣ рѣшетчатой кости и чрезъ хоаны съ глоткой, такъ называемою полостью глотки;

3) Полость рта, боковыя и передняя стѣнки которой образуются зубнымъ отросткомъ верхней челюсти, всею внутреннею поверхностью нижней челюсти; верхняя стѣнка — твердое небо, отдѣляетъ полость рта отъ носовой полости. Нижняя и задняя стѣнки составляютъ одними мягкими частями.

4) Наружный слуховой проходъ, ведущій въ каменистую часть височной кости, среди которой находится барабанная полость и остальные части, составляющія органъ слуха.

Соединеніе костей между собою.

Кости соединяются между собою неподвижно или подвижно.

I. Къ неподвижнымъ соединеніямъ принадлежать:

1) Соприкосновение посредствомъ болѣе или менѣе шероховатыхъ поверхностей, прикасающихся одна къ другой;

2) Шовъ, въ которомъ зубчатые края костей такъ соединены, что зубцы одного края входятъ въ углубленіе другого. Примѣры для того и другого рода соединенія представляются на черепныхъ и лицевыхъ костяхъ;

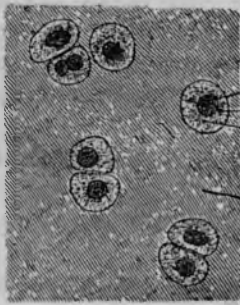
3) Внѣдреніе; напримѣръ, зубы.

II. Подвижнымъ образомъ кости соединяются всегда при содѣйствіи связокъ и хрящей.

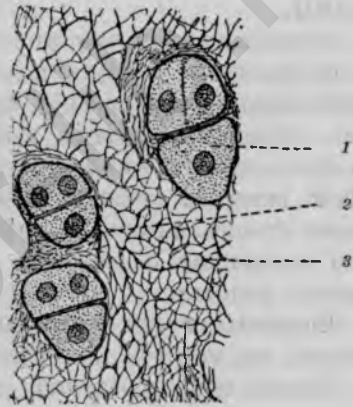
Хрящъ есть бѣловатое или желтоватое полупрозрачное довольно плотное вещество. Хрящи или покрываютъ суставныя

Рис. 15.

Рис. 14.



Стекловидный хрящъ: 1—ядро клѣтки, 2—протоплазма, 3—жировыя зерна, 4—межклѣточное вещество.



Эластическій хрящъ изъ наружнаго уха человѣка: 1—хрящевая клѣтка, 2—мелкая сѣть непосредственно окружающая хрящевую капсулу, 3—эластическія волокна.

поверхности костей въ видѣ тонкаго слоя, или связываютъ ихъ непосредственно между собою, приростая къ поверхностямъ той и другой кости, или же образуютъ основу для нѣкоторыхъ органовъ, напр., ушныхъ раковинъ.—Хрящъ имѣетъ близкое родство съ костью: въ зародышѣ кости состоятъ изъ одного хрящевиднаго вещества, превращающагося только впоследствии въ костное вещество. Такимъ образомъ, въ болѣе позднихъ періодахъ жизни окостенѣваютъ нѣкоторыя соединенія костей, состоящія сначала изъ хряща; таковы, напр., соединеніе тѣлъ затылочной и клиновидной кости и соединеніе частей безъимянной кости. Хрящевое вещество обладаетъ нѣкоторою эластичностью, и это свойство придаетъ ему извѣстную долю подвижности.

Хрящевая ткань состоит из довольно крупных (0,02—0,027 миллим. величиною) овальных клеток с 1—2 ядрами и межклеточного вещества. Последнее образует вокруг клеток обособленный граничный слой—называемый хрящевой капсулой. По свойству межклеточного вещества различают 3 формы хрящевой ткани: 1) гиалиновой или стекловидной, 2) упругой или эластической и 3) волокнистой или соединительно-тканевой хрящ.

Связки суть крѣпкія, но не очень плотныя образования, которыя въ видѣ болѣе или менѣе широкихъ лентъ переходятъ съ одной кости на другую; иногда онѣ представляютъ только продолженіе надкостницы. Онѣ состоятъ изъ эластичной и соединительной ткани. (См. рис. 5. II).

Соединеніемъ костей, хрящей и связокъ между собою образуются всѣ подвижныя соединенія костей. Они представляются въ двоякомъ видѣ:

1) **Сращенія.** Въ нихъ между концами костей находится хрящевой слой, сращенный съ тою и другою костью. Такія сращенія бывають между тѣлами позвонковъ. Очевидно, что сращенія обладаютъ только весьма ограниченою подвижною, которая вполнѣ зависитъ отъ эластичности хряща.

2) **Сочлененія или суставы.** Въ нихъ конецъ каждой кости отдѣльно покрытъ хрящевымъ слоемъ; гладкія поверхности этихъ хрящей прилегають одна къ другой и удерживаються въ соединеніи связочнымъ аппаратомъ, имѣющимъ характеристическое устройство. Извѣстно, что каждая кость покрыта надкостницей. На границахъ между хрящемъ и костью надкостница прямо переходитъ на другую кость и образуетъ мѣшокъ, такъ называемую сумочную связку, окружающую полость сустава, въ которой концы костей прикасаются одинъ къ другому. Хотя, благодаря хрящевому покрову, концы костей дѣлаются уже довольно гладкими, тѣмъ не менѣе, внутренняя поверхность хряща и сумочной связки покрыта еще особенною, синовиальною оболочкою, отдѣляющею постоянно вязкую, скользкую жидкость. Эта жидкость выполняетъ роль смазки колеса машины, т. е. уменьшаетъ треніе соприкасающихся поверхностей при движеніяхъ.— Но сумочная связка сама по себѣ слишкомъ слаба; она могла бы разорваться при сильныхъ движеніяхъ. Она поддерживается еще вспомогательными связками, болѣе или менѣе широкими и длинными фиброзными лентами, проходящими надъ сумочной связкой отъ одной кости къ другой.

Для насъ представляютъ особенный интересъ связки таза. Въ тазовомъ кольцѣ имѣются 3 точки, требующія особеннаго подкрѣпленія,

1) **Крестцово-подвздошное соединеніе.** Его вспомогательныя связки идутъ отъ крестцовой кости къ подвздошной по верхней, передней и задней сторонамъ сустава и отъ поперечныхъ отростковъ послѣдняго поясничнаго позвонка къ заднему отдѣлу подвздошнаго гребешка. Эти связки непосредственно удерживаютъ одну кость въ соприкосновеніи съ другой. Но кромѣ того, для этого сустава существуютъ другія связки съ другой цѣлью. Крестецъ имѣетъ такое наклонное положеніе, что тяжесть тѣла, дѣйствующая на верхній ея конецъ, легко могла бы отдавливаетъ этотъ конецъ впередъ и внизъ, причемъ нижній конецъ отошелъ бы взадъ и вверхъ. Этому дѣйствию тяжести противодействуютъ особенныя связки. Онѣ идутъ отъ краевъ крестцовой кости къ сѣдалищной кости, именно къ сѣдалищной ости и къ сѣдалищному бугру, образуютъ нижнюю границу большой и малой сѣдалищной дыры и называются крестцово-остистою и крестцово-бугровою связками.

2) **Лонное соединеніе** тоже подкрѣпляется со всѣхъ сторонъ связками, соединяющими поверхности лонныхъ костей. Изъ этихъ связокъ нижняя дугообразная связка имѣетъ весьма острый край, выдающійся внизъ и легко осязаемый пальцемъ; онъ поэтому представляетъ собою точку, весьма удобную для измѣренія таза. У женщинъ въ верхней задней области хряща, соединяющаго лонныя кости, наблюдается часто срединная щель, родъ суставной полости, размѣры которой колеблются.

Нѣсколько словъ прибавимъ о **тазобедренномъ суставѣ.** Въ полости его находится крѣпкая, такъ называемая круглая связка, соединяющая головку бедренной кости съ дномъ вертлужной впадины; она задерживаетъ головку во впадинѣ. Кромѣ того, передняя стѣнка сустава покрыта весьма сильною связкою, подвздошно-бедренною, которая противодействуетъ сильному отклоненію таза назадъ и этимъ поддерживаетъ прямое положеніе туловища.

Остальные суставы и связки особеннаго интереса для насъ не представляютъ.

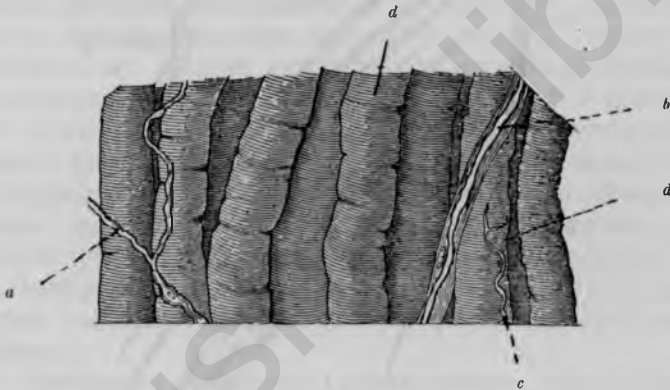
Мышцы.

Поперечно-полосатая мышца. Названіемъ мышць мы обозначаемъ ткань, извѣстную подъ именемъ мяса. Она состоитъ изъ самыхъ тонкихъ волоконъ первичныхъ мышечныхъ волоконцевъ, показывающихъ подъ микроскопомъ поперечныя полоски, попеременно свѣтлыя и темныя. Потому мышцы, состоящія изъ такихъ волоконъ, называются поперечно-полосатыми. При помощи нѣжной соединительной ткани эти первичныя мышечныя волокна соединяются въ болѣе толстыя пучки, а соединеніемъ извѣстнаго количества пучковъ, посредствомъ соеди-

нительной ткани, образуются мышцы или мускулы—тѣла весьма различной формы, которыя покрываются такъ называемымъ влагалищемъ мышцы, состоящимъ тоже изъ соединительной ткани.

По формѣ мы различаемъ: дливныя, широкія, веретенообразныя, трехугольныя, круговидныя и т. д. мышцы. Всѣ онѣ соединяются съ подвижными частями тѣла — костями, хрящами, связками суставовъ и кожею. Обыкновенно это еединеніе совершается посредствомъ такъ называемыхъ сухожилій, именно: у концовъ мышцъ мышечныя волокна переходятъ въ волокна соединительной ткани, образующія или пучки, или широкія оболочки. Эти сухожилія всегда уже и тоньше самой мышцы, имѣютъ бѣлый перламутровый цвѣтъ и обладаютъ необыкновенною крѣпостью, такъ что, въ случаѣ сильнаго напряженія, скорѣе раз-

Рис. 16.



Пучекъ поперечно-полосатыхъ мышечныхъ волоконъ: *a*, *b*, *c* — нервныя волокна, *d* — мышечныя волокна.

рывается мышца, чѣмъ сухожиліе. Важнѣйшее качество мышцъ— способность сокращаться, укорачиваться, при чемъ мышечное волокно становится шире, свѣтлыя полоски въ немъ почти исчезаютъ, а темныя сближаются другъ къ другу. При сокращеніяхъ передвигаются тѣ части, къ которымъ мышцы прикрѣплены, и такимъ образомъ совершаются почти всѣ движенія въ организмѣ. Сокращенія поперечно-полосатыхъ мышцъ зависятъ отъ нашей воли, поэтому мы ихъ называемъ произвольными мышцами.

Стѣнки сердца состоятъ тоже изъ поперечно-полосатыхъ мышечныхъ волоконъ, но сокращенія этихъ волоконъ непроизвольны. Кромѣ того сердечныя мышечныя волокна отличаются еще отъ произвольныхъ мышцъ тѣмъ, что они развѣтвляются и имѣютъ ядро.

Гладкія мышцы. Другое видоизмѣненіе мышцъ составляетъ гладкая мышечная ткань. Она состоитъ изъ длинныхъ веретенообразныхъ клѣтокъ съ длинными ядрами въ видѣ палочекъ. Клѣтки эти, соединенныя между собою при помощи соединительной ткани, встрѣчаются или въ видѣ разбросанныхъ пучковъ, какъ въ наружной кожѣ, гдѣ они сокращеніемъ своимъ обуславливаютъ явленіе, извѣстное подъ названіемъ гусиной кожи, или же въ другихъ мѣстахъ они являются въ видѣ оболочекъ и образуютъ весьма важную часть нѣкоторыхъ внутреннихъ органовъ; такъ, мышечный слой стѣнокъ желудка, кишечнаго канала,

Рис. 17.



Гладкія мышечныя клѣтки: *a*, *a*—изолированныя, *b*—складывающіяся въ пучекъ, *c* — ядро.

дыхательнаго аппарата, кровеносныхъ сосудовъ и выходящихъ протоковъ железъ состоитъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Существуютъ, наконецъ, и самостоятельныя внутренніе органы, состоящіе почти исключительно изъ гладкихъ мышцъ: мочевоу пузырь, матка. Гладкія мышцы могутъ сокращаться, какъ поперечно-полосатыя, но движенія, вызываемыя этими сокращеніями, независимы отъ нашей воли и называются потому непроизвольными.

Такъ какъ всякое движеніе зависитъ отъ сокращеній мышцъ, то каждая часть нашего тѣла, конечно, и обладаетъ своими собственными мышцами.

На головѣ мы имѣемъ, напримѣръ, мышцы лица, которыя при помощи соединительной ткани тѣсно связаны съ кожей. Онѣ обусловливаютъ своими сокращеніями различныя выраженія фізіономіи и называются поэтому мимическими. Жевательныя мышцы, прижимающія нижнюю челюсть къ верхней способствуютъ раздробленію пищи при помощи зубовъ.

Шейныя мышцы производятъ сгибанія, разгибанія и поворачиванія головы и шеи.

На грудной клѣткѣ мы имѣемъ дыхательныя мышцы, приподымающія ребра и грудную кость. Мышцы конечностей обусловливаютъ каждое движеніе пальцевъ, рукъ и ногъ. Брюшныя мышцы и мышцы таза требуютъ для нашихъ цѣлей болѣе подробнаго описанія.

Брюшныя мышцы образуютъ основаніе мягкихъ брюшныхъ покрововъ, занимающихъ пространство между нижнимъ краемъ реберъ и тазомъ. Боковыя части покрововъ образуются тремя широкими мышцами, наружною и внутреннею косою и поперечною, обхватывающими животъ съ обѣихъ сторонъ и соединяющимися въ средней линіи живота широкимъ апоневрозомъ. Этотъ апоневрозъ дѣлится на два листа, передній и задній, окружающіе прямую брюшную мышцу, которая, начинаясь у мезивиднаго отростка грудной кости и отъ нижняго края 5—7 реберныхъ хрящей, идетъ, суживаясь, внизъ и прикрѣпляется сухожиліемъ впереди лоннаго соединенія. Обѣ прямыя мышцы прилегаютъ другъ къ другу внутренними своими краями и оставляютъ между собою такъ называемую бѣдную линію, по которой можно вскрыть брюшную полость разрѣзомъ безъ поврежденія мышцы.

Къ брюшнымъ мышцамъ принадлежитъ грудо-брюшная преграда, образующая верхнюю стѣнку брюшной полости. Она играетъ важнѣйшую роль въ актѣ дыханія, потому и будетъ подробно описана въ соответствующей главѣ.

При сокращеніи брюшныя мышцы главнымъ образомъ давятъ на содержимое брюшной полости, которое при этомъ вытѣсняется изъ выводящихъ отверстій. Эти отверстія, задній проходъ, входъ во влагалище и отверстіе мочеиспускательнаго канала, прободаютъ т. н. дно таза, состоящее также изъ мышцъ, окружающихъ отверстія кольцевидными, сжимающими волокнами. Для того, чтобы что-нибудь могло выходить изъ этихъ отверстій, мышцы, окружающія ихъ, должны быть растянуты до извѣстной степени; это растяженіе требуетъ тѣмъ большей силы, чѣмъ объемистѣе извергаемое тѣло; поэтому жидкая моча отходитъ весьма легко, содержимое кишекъ, каловыя массы, уже труднѣе, а труднѣе всего младенецъ во время родовъ.

Нижній край широкихъ брюшныхъ мышцъ прикрѣпляется къ довольно плотной связкѣ, находящейся въ паховой области и

растянутой между переднею и верхнею остью подвздошнаго гребешка и лоннымъ бугромъ. Она называется Пупартовою связкою. Немного выше ея брюшныя мышцы прободаются каналомъ, т. н. паховымъ каналомъ, черезъ который проходитъ у женщинъ круглая маточная связка, а у мужчинъ сѣмянной канатикъ. При извѣстномъ врожденномъ предрасположеніи вслѣдствіе сильнаго растягиванія брюшныхъ стѣнокъ, или при значительномъ и частомъ напряженіи ихъ, этотъ каналъ расширяется настолько, что подвижныя органы брюшной полости, напр., петли кишекъ, проходятъ черезъ него, и образуютъ опухоль, лежащую подъ кожею въ паховой области. Такая опухоль называется паховою грыжею. Менѣе устойчивое мѣсто, называемое бедренномъ каналомъ, имѣется и ниже Пупартовой связки. Вслѣдствіе растягиванія его такая же опухоль можетъ образоваться на передней поверхности бедра, когда петли кишекъ проходятъ черезъ пространство между связкою и поперечною вѣтвью лонныхъ костей. Такая грыжа называется бедренною.

Мышцы таза раздѣляются на мышцы большого и малаго таза. Къ первымъ принадлежатъ ягодичныя мышцы, покрывающія наружную поверхность подвздошныхъ костей; на внутренней-же поверхности таза находятся подвздошная и поясничная мышцы; подвздошная начинается отъ внутренняго края подвздошнаго гребешка, а поясничная отъ боковой поверхности поясничныхъ позвонковъ; обѣ вмѣстѣ направляются подъ Пупартову связку и прикрѣпляются къ малому вертелу бедренной кости. Отъ наружной и внутренней поверхности стѣнокъ малаго таза начинается цѣлый рядъ маленькихъ мышцъ, какъ-то: грушевидная, запирательная и т. д., которыя всѣ направляются къ верхнему концу бедренной кости и управляютъ ея движеніями:

Мышцы дна таза будутъ описаны въ главѣ о родовыхъ путяхъ.

Внутренности.

Внутренностями называются органы, лежащіе въ полостяхъ тѣла и управляющіе главными отправленіями организма, какъ-то: пищевареніемъ, дыханіемъ, кровообращеніемъ, выдѣленіями, размноженіемъ и пр. Каждому изъ этихъ отправленій соотвѣтствуютъ извѣстные органы и совокупность такихъ органовъ, имѣющихъ одинаковую цѣль, называется системою. Въ этомъ смыслѣ мы говоримъ о пищеварительной, нервной системѣ и т. д.

Слизистыя оболочки и железы.

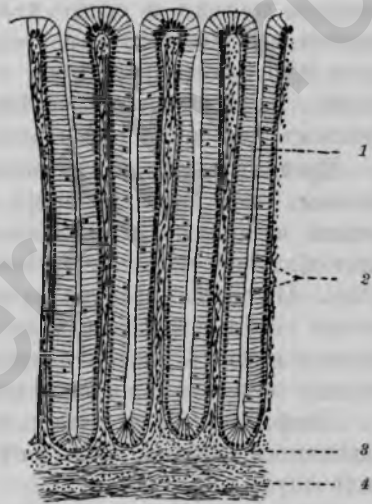
Основу пищеварительныхъ органовъ составляетъ длинная, перепончатая трубка, начинающаяся отъ рта и кончающаяся въ заднемъ

проходѣ. На этихъ двухъ мѣстахъ пищеварительный каналъ сообщается съ наружною поверхностью тѣла. Наружная кожа переходитъ черезъ эти отверстія на внутреннюю поверхность канала, но измѣняется при этомъ и видъ, и строеніе. Мы видимъ, что оболочка, выстилающая внутренности, краснѣе наружныхъ покрововъ и постоянно влажна. Первое зависитъ отъ тонкости ея, такъ что кровеносные сосуды легко просвѣчиваютъ; второе явленіе обусловливается слизью, постоянно отдѣляющеюся на поверхности этихъ оболочекъ изъ т. н. слизистыхъ железъ. Въ силу этого свойства такіа оболочки называются слизистыми.

Слизистыя оболочки состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, выстланной эпителиемъ и заключающей въ себѣ множество железъ. Ими покрыты всѣ внутренніа поверхности, стоящія въ непосредственной или посредственной связи съ наружною поверхностью тѣла. Это относится не только къ пищеварительному аппарату, но и къ дыхательнымъ, половымъ и мочевымъ органамъ.

Железами называются образования, назначенныя для выдѣленія извѣстныхъ жидкостей изъ крови. Самыя простыя железы имѣютъ форму мѣшечка, открывающагося на поверхности слизистой оболочки. Нѣкоторыя слизистыя железы имѣютъ эту простую форму. Если мѣшечекъ такой удлиняется, то онъ принимаетъ форму трубочки или просто вытянутой или свертывающейся въ своемъ закрытомъ концѣ въ клубочекъ (потовыя железы); такая трубочка можетъ раздѣляться на 2, 4, 8 и т. д. вѣтвей, но удерживаетъ за собою всегда форму трубки. Та часть трубочки, которая открывается на поверхности, называется выводнымъ протокомъ. Другія железы представляются въ видѣ развѣтвленнаго дерева, каждая вѣтвь котораго на концѣ своемъ расширяется въ видѣ пузырька, такъ что вся железа собственно представляетъ видъ виноградной кисти. По вышесказанному мы различаемъ трубчатыя и гроздевидныя железы. Железа и ея выводной протокъ выстланы эпителиемъ, чаще всего цилиндрическимъ. Протоплазма эпителиальныхъ клѣтокъ железъ выдѣляетъ специфическаго вещества.

Рис. 18.



Простыя трубчатыя или мѣшотчатыя железы. Либеркюновы железы изъ толстой кишки. Увелич. 90 разъ. 1—просвѣтъ железы, 2—эпителий железы, 3—membrana propria, 4—мускулатура слизистой оболочки.

Вещества эти наблюдаются иногда въ тѣлѣ клѣтокъ въ видѣ вакуоль (пузырьковъ), наполненныхъ секретомъ, раздувающихъ постепенно клѣтки и выдѣляемыхъ наконецъ наружу. Всѣ железы весьма богаты кровеносными сосудами, которые доставляютъ матеріалъ, изъ котораго железы извлекаютъ ту жидкость, которую онѣ выдѣляютъ.

Трубчатыя железы встрѣчаются въ желудкѣ и кишечникѣ, къ нимъ принадлежитъ и печень. Къ гроздовиднымъ железамъ причисляютъ слюнные, сальные, грудныя железы и Бруннеровы железы въ двѣнадцатиперстной кишкѣ.

Замкнутыми железами называются железы безъ выводного протока. Къ этому разряду железъ принадлежатъ только щитовидная железа и надпочечная железа. Выдѣляемые ими вещества всасываются непосредственно въ кровь, поэтому эти железы называются железами съ внутренней секреціей (выдѣленіемъ). Удаленіе или заболѣваніе этихъ железъ оказывается пагубнымъ для всего организма.

Кровяными железами называются селезенка и лимфатическія железы. Онѣ, кромѣ названія, ничего общаго съ настоящими железами не имѣютъ и отличаются отъ нихъ тѣмъ что 1) въ нихъ эпителиальной ткани не имѣется, 2) у нихъ выводящаго протока нѣтъ. Въ нихъ развѣтвляются только кровеносные и лимфатическіе сосуды, выводящіе изъ нихъ выработанный матеріалъ. Эти железы имѣютъ весьма близкое отношеніе къ образованію крови, почему онѣ и носятъ свое названіе.

Лимфатическія железы и въ обыденной жизни извѣстны подъ названіемъ железъ, если онѣ разбухаютъ и представляются въ видѣ опухолей.

Этими общими замѣчаніями о железахъ мы можемъ ограничиться, они помѣщены на этомъ мѣстѣ, такъ какъ самыя большія железы нашего тѣла имѣютъ весьма близкое отношеніе къ пищеваренію. Онѣ отдѣляютъ соки, растворяющіе принимаемую пищу и приготовляющіе ее, такимъ образомъ, къ всасыванію въ кровь. Перейдемъ теперь къ описанію пищеварительнаго аппарата.

Пищеварительные органы распадаются на слѣдующіе отдѣлы:

Полость рта.

Твердыя стѣнки полости рта, намъ уже извѣстныя, не закрываютъ ее сзади и снизу. Съ этихъ сторонъ полость рта окружается одними мягкими стѣнками, оставляющими все-таки сзади отверстіе, зѣвъ, черезъ которое полость рта сообщается съ глоткою. Мягкія стѣнки рта образуются спереди губами, сбоку щеками, снизу дномъ полости рта и языкомъ; отъ задняго края

твердаго нѣба висить внизъ и взадъ мягкая пластинка, состоящая изъ мышцъ, мягкое нѣбо, средняя часть котораго вытягивается въ видѣ языка; она и называется язычкомъ. Слизистая оболочка рта покрываетъ внутреннюю поверхность щекъ и губъ, переходитъ отсюда на верхнюю и нижнюю челюсть, покрываетъ ихъ до зубовъ и называется здѣсь десною. Верхняя и нижняя губы соединены съ соответствующей десною тонкою складкою, уздечкою, находящейся въ средней линіи тѣла. Отъ дна полости рта слизистая оболочка поднимается къ языку и образуетъ подъ нимъ такую же складку, уздечку языка. Случается у новорожденныхъ, что эта уздечка слишкомъ коротка, мѣшаетъ движеніямъ языка, а потому и сосавію; она тогда перерѣзывается. Твердое и мягкое нѣбо тоже покрыты слизистою оболочкою, образующею съ обѣихъ сторонъ по двѣ складки, идущія отъ мягкаго нѣба къ языку и къ стѣнкѣ глотки. Онѣ называются языко-нѣбными и нѣбно-глочными дугами; между ними находятся такъ называемыя миндалевидныя железы, состоящія изъ скопленія мѣшеччатыхъ железокъ; эти железы какъ извѣстно, особенно разбухаютъ при воспаленіяхъ зѣва (жаба).

Слизистая оболочка полости рта большею частью гладка, только на поверхности языка она имѣетъ много маленькихъ возвышеній—сосочковъ, придающихъ ей бархатный видъ. Въ нихъ оканчиваются нервы, управляющіе чувствомъ вкуса.

Различаютъ на верхней поверхности языка 3 формы сосочковъ: 1) нитевидные, бѣловатаго цвѣта, находящіеся преимущественно на передней части и краяхъ языка, 2) грибовидные, въ видѣ пуговчатыхъ красныхъ бугорковъ, разсыпанные между нитевидными и 3) жолобоватые сосочки, числомъ отъ 10—15, расположенные на корнѣ языка въ видѣ буквы V.

Языкъ имѣетъ клиновидную форму, задняя его часть называется корнемъ, средняя—тѣломъ, передняя—кончикомъ. Корень языка опирается на подковообразную подъязычную кость, отъ которой начинаются многія изъ мышцъ, входящихъ въ составъ языка. Языкъ почти весь состоитъ изъ мышечныхъ волоконъ, перекрещивающихся въ разныхъ направленіяхъ, потому языкъ и обладаетъ такою подвижностью.

Зубами называются находящіеся въ луночкахъ нижней и верхней челюстей болѣе или менѣе клиновидныя образованія, играющія извѣстную роль при жеваніи. Каждый зубъ состоитъ изъ клиновидной части, корня, находящейся въ луночкѣ; затѣмъ слѣдуетъ болѣе узкая часть, шейка, выстоящая изъ луночки, но покрытая десною, наконецъ, голая часть—вѣнчикъ. Зубы состоятъ изъ зубного вещества, называемаго дентиномъ или слоновой костью и похожаго на кость, вѣнчикъ покрытъ тонкимъ слоємъ необыкновенно крѣпкаго плотнаго вещества—эмали, защищающей зубъ отъ поврежденій. Дентинъ не имѣетъ Гавер-

совыхъ каналцевъ, а пронизанъ волнообразными трубчками, развѣтвляющимися и направляющимися изнутри къ поверхности зуба. Эмаль состоитъ изъ пяти- или шестиугольныхъ микроскопическихъ известковыхъ призмочекъ. Корень зуба покрытъ зубнымъ цементомъ, т. е. настоящей костной тканью. Въ срединѣ вѣнчика находится полость, наполненная зубной мякотью, или пульпой, состоящею изъ рыхлой соединительной ткани. Отъ полости идетъ черезъ весь корень длинный каналъ, открывающійся у конца корня. Черезъ этотъ каналъ проходятъ кровеносные сосуды и нервы, развѣтвляющіеся въ мякоти зуба. Они служатъ для питанія зубовъ и обуславливаютъ чувствительность пульпы. Взрослый человѣкъ имѣетъ 32 зуба, по 16 въ каждой челюсти.

Зубы представляютъ 3 различныхъ вида:

1) 4 средніе зуба въ каждой челюсти называются рѣзцами: ихъ вѣнчики сплющены спереди назадъ и имѣютъ верхній заостренный край. Корни ихъ коническіе.

2) По обѣимъ сторонамъ рѣзцовъ находится по одному клыку. Въ верхней челюсти они называются глазами зубами. Вѣнчики ихъ имѣютъ заостренный тупой конецъ.

3) Коренные зубы, по 5-ти съ каждой стороны раздѣляются на малые и большіе коренные зубы. Первые расположены спереди отъ большихъ по 2 съ каждой стороны, сверху и снизу. Большихъ коренныхъ зубовъ существуетъ по 3 съ каждой стороны, сверху и снизу. Всѣ коренные зубы имѣютъ широкіе плоскіе вѣнчики съ верхней бугристою поверхностью. Корни ихъ раздѣляются на 2, 3, 4 части.

Рѣзцы служатъ для отрѣзыванія куска пищи, коренные зубы для разжеванія.

У младенцевъ зубы являются только къ концу перваго года, въ рѣдкихъ случаяхъ раньше, въ первые мѣсяцы внѣтробной жизни. Иногда зубы встрѣчаются даже у только что родившихся младенцевъ; въ такомъ случаѣ обыкновенно наблюдаются въ нижней челюсти одинъ или два рѣзца, но безъ корней, такъ что они вскорѣ выпадаютъ. Зубы прорѣзываются не всѣ одновременно, но одинъ за другимъ, такъ что ребенокъ только на 3-мъ году жизни получаетъ всѣ свои зубы. Эти зубы, въ числѣ 20-ти, называются молочными; ихъ существуетъ въ каждой челюсти: по 4 рѣзца, 2 клыка, 4 коренныхъ. Подъ короткими корнями ихъ развиваются новые зубы, которые при развитіи своемъ вытѣсняють молочные зубы и занимаютъ ихъ мѣсто; молочные зубы при этомъ выпадаютъ. Этотъ процессъ начинается съ 6-го или 7-го года и при посредствѣ его мы получаемъ постоянные зубы, уже не замѣняемые новыми. Послѣдній коренной зубъ является только по достиженіи зрѣлости, потому и называется зубомъ мудрости.

Глотка. Пищеприемникъ.

Глотка образуется перепончатымъ мѣшкомъ, лежащимъ сзади полости рта. На передней стѣнкѣ глотки открываются: 1) полость носа черезъ хоаны; 2) болѣе книзу полость рта, черезъ зѣвъ. Въ боковой части верхняго отдѣла глотки мы замѣчаемъ 3) кругловатое отверстіе, окруженное хрящевымъ валикомъ, наружное отверстіе Евстахіевой трубы, начинающейся въ барабанной полости; такимъ образомъ, черезъ нее среднее ухо сообщается съ полостью глотки. На нижнемъ отдѣлѣ глотки находится передъ входомъ въ пищепріемникъ еще другое отверстіе, входъ въ гортань. Между этимъ отверстіемъ и корнемъ языка поднимается языкообразная заслонка, надгортанникъ, состоящая изъ хряща и покрытая слизистою оболочкою. Во время глотанія мягкое нѣбо съ языкомъ приподнимается и отодвигается кзади, при чемъ нѣбныя дуги обѣихъ сторонъ тѣсно сближаются другъ къ другу. Такимъ образомъ пища не можетъ попасть черезъ хоаны въ носъ. Одновременно надгортанникъ прижимается къ гортани и закрываетъ гортань, такъ что пища по верхней поверхности ея проходитъ въ пищеводъ, не попадая въ гортань. Если она закрывается слишкомъ поздно, то части пищи попадаютъ въ гортань и вызываютъ сейчасъ-же сильный кашель, посредствомъ котораго онѣ опять выбрасываются въ глотку.

Пищеприемникъ или пищеводъ,—длинная мышечная трубка, начинающаяся отъ глотки, направляющаяся внизъ по передней поверхности позвонковъ позади дыхательнаго горла. Въ грудной полости пищеводъ проходитъ между легкими, позади сердца, прободаетъ діафрагму и, переходя въ брюшную полость, оканчивается въ желудкѣ. Стѣнка его состоитъ изъ гладкихъ мышцъ и слизистой оболочки, покрывающей внутреннюю поверхность пищевода. Слизистая оболочка выстлана плоскимъ эпителиемъ и содержитъ трубчато-гроздовидныя слезевыя железы.

Желудокъ.

Желудокъ лежитъ въ верхней лѣвой области брюшной полости подъ діафрагмой, имѣеть видъ реторты, широкая часть которой обращена влѣво, а суживающійся конецъ вправо. За желудкомъ находится поджелудочная железа, слѣва отъ него селезенка, снизу поперечная ободочная кишка. Въ лѣвую широкую часть желудка открывается сверху пищепріемникъ; это мѣсто называется входомъ желудка. Вправо желудокъ переходитъ въ кишечный каналъ — выходъ желудка (Pylogus). Стѣнка желудка между входомъ и выходомъ образуетъ книзу большую выпуклую

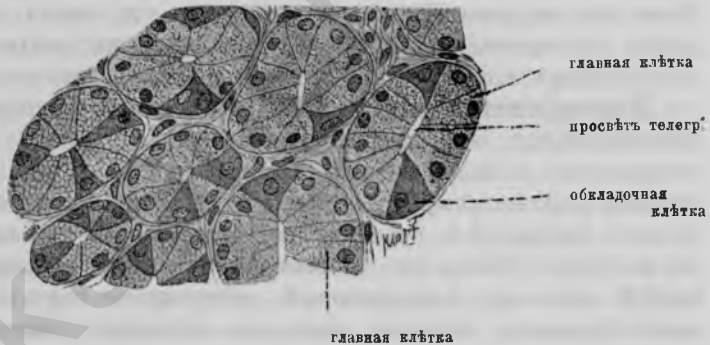
поверхность, большую кривизну; верхняя-же часть стѣнки гораздо меньше, вогнута и называется малою кривизною.

Стѣнки желудка состоятъ: 1) изъ наружной серозной оболочки, брюшины, тонкой, блестящей и влажной оболочки, покрывающей вообще всѣ органы, лежащія въ брюшной полости. Брюшина состоитъ изъ соединительной ткани, покрытой однослойнымъ плоскимъ эпителиемъ. Потомъ слѣдуетъ:

2) Мышечный слой, состоящій изъ наружныхъ, продольныхъ и болѣе сильныхъ внутреннихъ круговыхъ волоконъ. Около выхода желудка они образуютъ сильную сжимающую круговую мышцу, такъ называемый привратникъ (sphincter pylori), задерживающій введенную въ желудокъ пищу въ теченіе извѣстнаго времени. Мускулатура желудка состоитъ изъ гладкихъ мышцъ.

3) Во внутренней, слизистой оболочкѣ, покрытой однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, помѣщаются многочисленныя трубчатыя железы. Различаютъ: а) железы дна желудка или пепсиновые железы. Онѣ состоятъ изъ двоякаго рода клѣтокъ: главныхъ и обкладочныхъ. Главныя клѣтки этихъ железъ вырабаты-

Рис. 19.



Железы дна желудка въ состояніи голода. Увеличеніе 500 разъ.

ваютъ пепсинъ, обкладочныя — кислоты. б) Железы выходной части желудка или пилорическія, состоящія изъ однородныхъ мелкозернистыхъ клѣтокъ и производящія пепсинъ: в) железы входной части желудка, слабо выраженные и похожія на железы выходной части.

Кишечный каналъ.

Кишечный каналъ — перепончатая трубка, длиною въ 28 футовъ или 12 аршинъ, занимаетъ петлями своими большую часть брюшной полости и оканчивается въ заднемъ проходѣ.

Онъ раздѣляется на тонкія и толстыя кишки, получившія названіе отъ различія въ объемѣ.

Тонкія кишки имѣютъ 3 отдѣла: 1) двѣнадцатиперстную кишку (длиною въ 12 поперечныхъ пальцевъ). Въ эту кишку вливается желчь изъ печени и поджелудочный сокъ изъ поджелудочной железы.

2) Тощую кишку; она при вскрытіяхъ оказывается пустою или наполнена жидкимъ содержимымъ; никогда не содержитъ кала.

3) Подвздошную кишку, лежащую петлями своими въ подвздошныхъ впадинахъ, даже въ полости таза. Тонкія кишки занимаютъ всю среднюю часть брюшной полости и окружены толстою кишкою.

Толстая кишка начинается въ правой подвздошной впадинѣ слѣпою кишкою, на задней стѣнкѣ которой открывается тонкій червовидный отростокъ; въ немъ иногда задерживаются плотныя частицы пищи, напр., косточки отъ фруктовъ, и вызываютъ опасныя воспаленія кишекъ и брюшины. На границѣ подвздошной кишки съ слѣпою слизистая оболочка образуетъ заслонку въ видѣ двухъ полулунныхъ клапановъ, называемую Баугиновой. Слѣпая кишка переходитъ въ **ободочную кишку**, раздѣляющуюся на восходящую, поперечную и нисходящую часть. Первая изъ нихъ идетъ кверху по правой сторонѣ брюшной полости до уровня желудка, поворачиваетъ горизонтально подъ желудкомъ влѣво и спускается по лѣвой сторонѣ внизъ опять до соответствующей подвздошной впадины; здѣсь толстая кишка образуетъ S—образную кривизну, которая переходитъ въ прямую кишку. Эта послѣдняя лежитъ въ полости малаго таза на передней поверхности крестцовой кости немного влѣво и оканчивается заднимъ проходомъ.

Стѣнки кишекъ состоятъ изъ трехъ слоевъ:

1) Наружный слой состоитъ изъ **серозной оболочки**, брюшины; брюшина, вообще, покрываетъ кишечный каналъ по всей его длинѣ, и только самый нижній конецъ прямой кишки не имѣетъ такого серознаго покрова и находится, слѣдовательно, внѣ полости брюшины. Брюшина, покрывая заднюю стѣнку брюшной полости, подымается и образуетъ широкую длинную складку, въ свободномъ краѣ которой помѣщается кишечный каналъ; складка эта называется брыжейкою. Надо еще упомянуть, что другая широкая складка брюшины, такъ называемый большой сальникъ, идетъ отъ большой кривизны желудка внизъ и покрываетъ въ видѣ передника всѣ тонкія кишки.

Къ серознымъ оболочкамъ принадлежитъ не только брюшина (Peritoneum), но и плевра (pleura), покрывающая грудную полость. Въ раннемъ періодѣ развитія эти оболочки представляютъ

одну общую оболочку, выстилающую общую полость тѣла (coelom). Только въ послѣдствіи эта общая полость раздѣляется діафрагмой на грудную и брюшную полость.

Серозныя оболочки какъ брюшныя, такъ и плевра одинаковаго строенія. Онѣ состоятъ изъ довольно плотной соединительной ткани, покрытой однослойнымъ, плоскимъ эпителиемъ.

2) Мышечный слой кишекъ, отстоитъ изъ наружныхъ продольныхъ и внутреннихъ, круговидныхъ гладкихъ мышцъ. Мышцы кишекъ управляютъ движеніями кишекъ, носящими названіе червообразныхъ. Онѣ совершаютъ передвиженіе пищи въ направленіи книзу. Въ прямой кишкѣ кольцевидныя волокна особенно развиты и образуютъ сжимающія мышцы. Къ гладкимъ волокнамъ здѣсь уже примѣшиваются поперечно-полосатыя, а наружная сжимательная мышца задняго прохода (по латыни сфинктеръ), состоя исключительно изъ нихъ, зависитъ поэтому отъ нашей воли.

3) Слизистая оболочка покрываетъ внутри весь кишечный каналъ. Свободная поверхность ея покрыта однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Она образуетъ, особенно въ тонкихъ кишкахъ, множество поперечныхъ складокъ, благодаря которымъ, конечно, значительно увеличивается внутренняя поверхность кишекъ. Кромѣ того по всему протяженію тонкихъ кишекъ складки слизистой оболочки сплошь усѣяны ворсинками. Это цилиндрическіе или коническіе выступы слизистой оболочки, состоящіе изъ соединительной ткани, въ которой близъ поверхности ворсинки находится сѣтъ волосныхъ кровеносныхъ сосудовъ. Центръ ворсинки, ось ея, занята центральнымъ млечнымъ сосудомъ. Онъ всасываетъ изъ содержимаго кишекъ необходимыя для питанія вещества, которыя такимъ путемъ поступаютъ въ кровообращеніе. Между ворсинками въ слизистой оболочкѣ кишекъ помѣщаются железы въ большомъ количествѣ. Важнѣйшія изъ нихъ Либеркюновы железки, трубчататаго строенія, отдѣляющія кишечный сокъ, важный для пищеваренія. (См. рис. 17 на стр. 33). Въ двѣнадцатиперстной кишкѣ находятся Бруннеровы железы, извилистыя трубочки, расположенныя группами. Железки въ видѣ замкнутыхъ мѣшечковъ, такъ называемыхъ солитарныхъ железокъ (фолликуловъ) разбросаны повсюду въ тонкихъ и въ небольшомъ числѣ въ толстыхъ кишкахъ. Это лимфатическіе узлы грушевидной формы, состоящіе изъ соединительно-тканной сѣти, которая наполнена лимфоидными клѣтками (аденоидная ткань). Строеніе солитарныхъ фолликуловъ вполне похоже на строеніе лимфатическихъ железъ. Скопленія такихъ мѣшечковъ, образующихъ группы, находятся въ подвздошной кишкѣ, въ меньшемъ количествѣ въ тощей кишкѣ и называются Пейеровыми бляшками.

Слунныя железы.

Ихъ всего 3 пары, лежащія въ окружности полости рта.

а) **Околоушная железа** занимаетъ уголь за восходящею вѣтвью нижней челюсти, ниже наружнаго слухового прохода; переднія дольки ея находятся на наружной поверхности большой жевательной мышцы и окружаютъ выводящій протокъ,—Стеноновъ протокъ,—открывающійся въ полости рта на уровнѣ 2-го верхняго коренного зуба. Опухлость этихъ железъ причиняетъ особенную форму болѣзни, такъ называемую свинку.

б) **Подчелюстная железа**, лежащая за нижнимъ краемъ нижней челюсти, посылаетъ выводящій протокъ—Вартоновъ протокъ—къ подъязычному сосочку, въ которомъ онъ открывается съ обѣихъ сторонъ отъ уздечки языка.

в) **Подъязычная железа** лежитъ подъ языкомъ на днѣ полости рта; она имѣетъ одинъ большой, Вартолиновъ, и нѣсколько меньшихъ выводящихъ протоковъ, открывающихся въ подъязычномъ сосочкѣ.

Всѣ эти железы принадлежатъ къ гроздевиднымъ.

Жидкости, однако, ими отдѣляемыя, различны между собою. Околоушная железа отдѣляетъ настоящую слюну, о характеристическихъ качествахъ которой мы скажемъ послѣ: подчелюстная и подъязычныя железы отдѣляютъ кромѣ слюны еще слизь.

Печень.

Печень, самая большая железа человѣческаго тѣла, лежитъ въ брюшной полости въ правомъ подреберьѣ, своею верхнею выпуклою поверхностью прилегая къ нижней поверхности діафрагмы. Она имѣетъ округленно-четыреугольную форму и состоитъ изъ правой и лѣвой долей, изъ которыхъ правая гораздо больше и толще. Лѣвая доля меньше и немного только переходитъ въ лѣвую половину брюшной полости. Верхняя поверхность печени выпукла и ровна, нижняя, напротивъ, имѣетъ бороздки, расположенныя въ видѣ буквы Н. Изъ нихъ поперечная бороздка называется воротами печени; въ нее поступаютъ кровеносныя сосуды и изъ нея выходитъ выводящій протокъ—печеночный протокъ. Какъ всѣ органы брюшной полости, печень покрыта брюшиною, складки которой соединяютъ печень съ діафрагмою и удерживаютъ ее на своемъ мѣстѣ.

Желчный пузырь есть перепончатый мѣшокъ, прикрѣпленный къ правой продольной бороздкѣ печени и имѣющій выводной протокъ. Этотъ пузырьный протокъ соединяется съ печеноч-

нымъ протокомъ въ общій желчный протокъ, который вскорѣ открывается въ двѣнадцатиперстную кишку.

Печень принадлежитъ къ сложнымъ трубчатымъ железамъ и состоитъ изъ множества маленькихъ долекъ, соединенныхъ соединительной тканью между собою. Дольки состоятъ изъ клѣтокъ, между которыми развѣтвляются кровеносные сосуды и начинаются самыя тонныя желчныя канальцы; изъ этой сѣти волосныхъ канальцевъ образуются большіе стволы, соединяющіеся, наконецъ, всѣ въ печеночномъ протокѣ. Въ печеночныхъ клѣткахъ выдѣляется изъ крови желчь; она выходитъ изъ печени черезъ печеночный протокъ, поступаетъ на время въ желчный пузырь и выливается, наконецъ, черезъ общій желчный протокъ въ двѣнадцатиперстную кишку, гдѣ она играетъ важную роль въ пищевареніи.

Поджелудочная железа.

Поджелудочная железа, — длинная узкая железа, лежащая за желудкомъ поперекъ позвоночнаго столба; правая толстая часть ея, головка, обхватывается кривизною двѣнадцатиперстной кишки, куда и вливается сокъ, отдѣляемый этой железой, черезъ поджелудочный или Вирсунгіановъ протокъ, открывающійся въ кишкѣ рядомъ съ общимъ желчнымъ протокомъ. Она выдѣляетъ поджелудочный или панкреатическій сокъ.

Селезенка.

Селезенка имѣетъ продолговато-овальную форму, лежитъ въ лѣвомъ подреберьѣ; ея наружная выпуклая поверхность прилегаетъ къ діафрагмѣ между 9 и 12 ребромъ, внутренняя вогнутая поверхность прилегаетъ ко дну желудка. Селезенка принадлежитъ къ такъ называемымъ кровянымъ железамъ, т. е. она не имѣетъ выводного протока и только кровеносные сосуды поступаютъ въ нее и выходятъ. Она играетъ важную роль въ образованіи крови, именно въ образованіи кровяныхъ шариковъ.

Селезенка снаружи покрыта соединительно-тканной капсулою, дающей внутрь отростки, которые, развѣтвляясь, образуютъ сѣть перекалдинъ, между которыми помѣщается селезеночная мякоть, состоящая изъ нѣжной сѣти соединительной ткани, петли которой выполнены красными и бѣлыми кровяными шариками.

Пищевареніе.

Пища. Въ организмѣ происходитъ, какъ извѣстно, постоянный обмѣнъ веществъ. Дѣятельность железъ, мышечная работа,

механизмъ кровообращенія, процессъ такъ называемаго внутренняго дыханія и вся вообще непрерывная дѣятельность организма нуждается въ постоянномъ подвозѣ матеріала. Кромѣ того выводится ежедневно черезъ мочу, испражненія и испареніе (черезъ кожу и легкія) извѣстное количество матеріи, которое тоже, для поддержанія жизни, должна быть замѣняема новою. Эти новыя вещества вводятся пищею.

Всѣ составныя части тѣла, подлежащія замѣнѣ новыми, раздѣляются на неорганическія и органическія. Пища поэтому должна содержать въ себѣ какъ тѣ, такъ и другія вещества. Главныя изъ нихъ мы разсмотримъ подробнѣе.

1) **Неорганическими** веществами называются тѣ, которыя мы встрѣчаемъ въ неорганическомъ мірѣ, въ минеральномъ царствѣ; тѣла, составленныя исключительно изъ нихъ, всегда неорганизованы, но все-таки они входятъ въ составъ организма.

Главное изъ этихъ веществъ, насъ интересующихъ — вода. Она не только составляетъ главную часть жидкостей тѣла, но и пропитываетъ всѣ твердыя составныя части его. Обмѣнъ веществъ въ организмѣ только потому возможенъ, что и вещества, нужныя для питанія его, и вещества негодныя, назначенныя къ изверженію, растворимы въ водѣ. Она придаетъ всему организму мягкость, эластичность, гибкость. Вообще можно сказать, что $\frac{2}{3}$ вѣса всего тѣла составляются водою. — Вода выводится изъ тѣла преимущественно въ видѣ мочи и испаренія черезъ легкія и кожу. Количество такимъ путемъ теряемой жидкости приблизительно 5 ($2\frac{1}{2}$ литрамъ) или 6 фунтовъ въ сутки. Столько же мы должны ежедневно принять. Принимается вода не только въ видѣ питья, но всякая твердая пища тоже содержитъ въ себѣ извѣстное количество воды. По химическому составу, вода состоитъ изъ кислорода и водорода.

Въ водѣ растворяются всѣ другія неорганическія вещества. Важнѣйшее изъ нихъ по количеству — поваренная соль (хлористый натрій). Въ крови она находится въ количествѣ 6 частей на 1000. Она особенно важна для пищеваренія, такъ какъ способствуетъ выдѣленію слюны и желудочнаго сока. Потому пища безъ соли намъ кажется безвкусною, и соль прибавляется къ пищѣ, какъ приправа. Хлористаго натрія выдѣляетъ организмъ ежедневно около 15 граммовъ.

Другая важная минеральная часть пищи известъ. Она въ тѣлѣ и въ пищѣ является въ видѣ известковыхъ солей, самое большое количество которыхъ мы находимъ въ костяхъ, гдѣ онѣ занимаютъ больше половины всего костнаго вещества. — Изъ другихъ неорганическихъ веществъ, входящихъ въ составъ нашего организма и, слѣдовательно, пищи, мы назовемъ еще углекислыя соли натрія и калия (соду и поташъ), фосфорнокислую магnezію и, наконецъ, желѣзо. Послѣднее содержится въ красныхъ

кровенныхъ шарикахъ и необходимо для образованія и существованія ихъ. Извѣстно, что желѣзо потому и дается малокровнымъ особамъ, что оно способствуетъ образованію крови.

2) **Органическія вещества.** Они встрѣчаются исключительно въ организмахъ. Химическихъ элементовъ, входящихъ въ составъ ихъ, весьма мало: углеродъ, водородъ, кислородъ, азотъ—самыя главныя; иногда къ нимъ присоединяется еще сѣра, фосфоръ, желѣзо. Какъ составныя части организма и пищи, они раздѣляются на двѣ группы, на безъазотистыя или углеродистыя и азотистыя вещества, т. е. азотъ входитъ только въ составъ послѣднихъ, а первыя состоятъ только изъ углерода, кислорода и водорода.

Къ **углеродистымъ веществамъ** принадлежатъ слѣдующія:

а) **Крахмалъ.** Онъ добывается изъ растений, напримѣръ, картофеля, всѣхъ сортовъ хлѣба, кукурузы, гороха, бобовъ; саго, аррорутъ, рисъ состоятъ почти исключительно изъ крахмала; онъ составляетъ весьма значительную часть нашей пищи. Крахмалъ извѣстенъ въ видѣ порошка, состоящаго изъ маленькихъ зернышекъ. Эти зернышки, если вскипятить ихъ съ горячею водою, вбираютъ въ себя большое количество воды, набухаютъ, дѣлаются прозрачными и, наконецъ, образуютъ болѣе или менѣе густой клейстеръ. — Крахмалъ имѣетъ весьма важное для насъ свойство: подъ вліяніемъ нѣкоторыхъ веществъ, онъ превращается въ сахаръ. Этотъ фактъ потому весьма важенъ, что только послѣ такого превращенія крахмалъ становится годнымъ для питанія, между тѣмъ какъ самъ по себѣ крахмалъ въ тканяхъ организма вовсе не встрѣчается.

б) **Сахаръ.** Онъ вырабатывается для употребленія въ чистомъ видѣ изъ сахарнаго тростника или изъ свеклы (тростниковый сахаръ). Далѣе онъ принимается въ сладкихъ фруктахъ, въ меду, въ виноградѣ и т. п. въ видѣ винограднаго или фруктоваго сахара и содержится въ молокѣ въ видѣ молочнаго сахара. Сахаръ легко растворяется въ водѣ, а потому легко всасывается. Важно для насъ и то, что сахаръ обладаетъ свойствомъ броженія. Если въ растворѣ сахара находятся еще азотистыя вещества, какъ въ каждомъ растительномъ сокѣ, то при стояніи сокъ киснетъ и въ немъ развиваются пузыри газа. Это зависитъ отъ разложенія сахара, изъ котораго образуются, наконецъ, угольная кислота и вода. Этотъ процессъ мы называемъ броженіемъ. Такъ какъ сахаръ не встрѣчается въ испражненіяхъ здороваго человѣка, то онъ долженъ разлагаться, проходя черезъ организмъ, и извергается въ видѣ воды и угольной кислоты. Потому крахмалъ и сахаръ получили общее названіе углеводовъ.

в) **Жиры и масла** находятся въ пищѣ въ большомъ количествѣ. Масло не растворяется водою, пищевая-же кашица составляетъ растворъ пищи въ водѣ; слѣдовательно, принимаемое съ пищею масло плавало бы въ большихъ капляхъ въ кашицѣ и не

могло бы всасываться. Поэтому оно должно подвергнуться нѣкоторымъ измѣненіямъ и это совершается двоякимъ образомъ. Во-первыхъ, всѣ жиры имѣютъ свойство соединяться со щелочами; если прибавить къ маслу растворъ соды или поташа, то они соединяются съ масломъ и образуютъ мыло, растворимое, какъ извѣстно, въ водѣ; это мы называемъ омыленіемъ жира. Во-вторыхъ, масло съ водою не смѣшивается; если ихъ въ одномъ пузырькѣ сильно взболтать, они все-таки при покоѣ сейчасъ-же раздѣляются въ два, рѣзко отдѣляющіеся другъ отъ друга слоя, верхній—масла, нижній—воды. Но если предварительно растереть масло съ яичнымъ желткомъ или растворомъ аравійской камеди (*gummi arabici*) и тогда прибавить воды, то получится бѣловатая, какъ молоко, жидкость, изъ которой при стояніи масло не отдѣляется. Такая жидкость называется эмульсіею. Если изслѣдовать каплю такой жидкости подъ микроскопомъ, то увидимъ, что жиръ въ ней все-таки не растворенъ, но образуетъ массу мельчайшихъ капелекъ, меньше кровяного шарика, равномерно распределенныхъ въ жидкости. Въ такомъ видѣ жиръ можетъ всасываться изъ кишечнаго канала въ млечные сосуды. Хорошіе примѣры эмульсіи суть: миндальное молоко и обыкновенное молоко.

Азотистыя вещества, находящіяся въ пищѣ и въ организмѣ нашемъ, почти всѣ принадлежатъ къ бѣлковымъ веществамъ, т. е. болѣе или менѣе похожимъ на бѣлокъ. Изъ нихъ состоитъ большая часть плотныхъ частей и, кромѣ того, они растворены во всѣхъ жидкостяхъ нашего тѣла. Они бываютъ различныхъ видовъ. Бѣлковина (альбуминъ) болѣе всего похожа на яичный бѣлокъ, находится въ крови, въ мышцахъ. Волокнина (фибринъ) находится тоже въ крови и составляетъ главную часть мышечныхъ волоконъ. Казеинъ содержится въ молокѣ и въ твердомъ видѣ называется сыромъ. Клейковина образуетъ главную часть соединительной ткани, органическаго основанія костей и пр. Всѣ бѣлковыя вещества жидкія, но дѣлаются твердыми при различныхъ условіяхъ. Бѣлокъ свертывается при нагрѣваніи, молоко, т. е. казеинъ, свертывается отъ прибавленія кислоты, напр., уксуса; фибринъ крови свертывается при обыкновенной температурѣ, какъ только выпустить кровь изъ тѣла. Значеніе этого свертыванія мы послѣ рассмотримъ. Есть еще другія бѣлковыя вещества въ организмѣ, напр., глобулинъ, составляющій главную часть кровяныхъ шариковъ, но въ количествѣ они уступаютъ вышеназваннымъ.

Для насъ особенно важны еще другія азотистыя вещества, очень близкія къ бѣлковиннымъ, такъ называемые ферменты. Ферментомъ мы называемъ такое вещество, небольшое количество котораго въ прикосновеніи съ другими веществами производитъ въ нихъ извѣстное химическое измѣненіе: разложеніе. Примѣромъ

можетъ служить дѣйствіе дрожжей на сахаръ, въ которомъ происходитъ броженіе. Другіе ферменты дѣйствуютъ на разложеніе бѣлковинныхъ веществъ и мы увидимъ послѣ, что нѣкоторые изъ пищеварительныхъ соковъ содержатъ ферменты, дѣйствующіе на опредѣленную часть пищи. Если бѣлковинныя вещества не составляютъ части организма, если они уже исключены изъ обмѣна веществъ, изъ питанія, то они при извѣстной теплотѣ и влажности подлежатъ гніенію, разложенію, при которомъ развиваются гнилые газы, особенно непріятнаго запаха. Гніюція вещества, во-первыхъ, имѣютъ свойство быстро разлагать другія бѣлковинныя вещества, соприкасающіяся съ ними; во-вторыхъ, при поступленіи въ кровь живого организма, они имѣютъ весьма пагубное дѣйствіе на него, вызывая весьма опасныя болѣзни. То и другое свойство для насъ весьма важно.

Такъ какъ протоплазма кѣтокъ состоитъ изъ бѣлковыхъ веществъ, то изъ этого слѣдуетъ, что изъ нихъ преимущественно строится наше тѣло. Они называются поэтому пластическими веществами пищи.

Жиры и углеводы служатъ главнымъ источникомъ образованія тепла при механической работѣ, производимой организмомъ.

Вода и неорганическія вещества нужны какъ необходимыя составныя части всѣхъ тканей.

Согласно вышеизложенному, пища должна содержать въ извѣстномъ количествѣ: 1) воду; 2) минеральныя соли; 3) углеводы или жиры и 4) бѣлковыя вещества. Организмъ умираетъ при недостаткѣ одной изъ этихъ главныхъ составныхъ частей пищи.

Опытами доказано, что для пополненія постоянныхъ тратъ здоровому человѣку требуется получить въ сутки 100—120 граммовъ бѣлковъ, 400—600 граммовъ углеводовъ, 100 граммовъ жировъ, 30 граммовъ солей и 2—3 литра воды.

Мы рассмотримъ теперь образъ уподобленія пищевыхъ веществъ.

Пищевареніе въ полости рта раздѣляется на механическую и химическую часть. Во-первыхъ, пища посредствомъ жеванія размельчается, послѣ чего она легко пропитывается жидкостями, находящимися въ полости рта. Жидкости эти состоятъ, съ одной стороны, изъ слизи, отдѣляемой слизистыми железами, подчелюстною и подъязычною железами; слюна обволакиваетъ комъ пищи и облегчаетъ глотаніе. Съ другой стороны, слюна всѣхъ трехъ слюнныхъ железъ имѣетъ химическое дѣйствіе на крахмаль. Въ слюнкѣ содержитсяъ ферментъ, птіалинъ, превращающій крахмаль въ сахаръ; такимъ образомъ, крахмаль принимаетъ видъ, въ которомъ онъ легко растворяется въ водныхъ жидкостяхъ и всасывается сосудами.

При актѣ глотанія мягкое небо придавливается къ задней стѣнкѣ глотки, а надгортанный хрящъ закрываетъ входъ въ гор-

тань, такъ что пища прямо проходитъ изъ полости рта черезъ глотку въ пищепріемникъ. Актъ глотанія совершается произвольно, какъ только комъ пищи прошелъ черезъ зѣвъ въ глотку, мы уже задержать его не можемъ и начинается непроизвольное червообразное сокращеніе глотки и пищевода. Мышцы глотки, хотя онѣ поперечно-полосатыя, уже не подчинены волѣ.

Въ желудкѣ пища встрѣчается съ желудочнымъ сокомъ. Этотъ сокъ содержитъ ферментъ, пепсинъ, который, въ соединеніи съ соляною кислотою, находящеюся тоже въ желудочномъ сокѣ, переводитъ бѣлковыя вещества въ растворимое ихъ видоизмѣненіе — пептоны. Кромѣ того желудочный сокъ содержитъ сычужный ферментъ, свертывающій казеинъ молока. Въ желудкѣ пища уже принимаетъ видъ однообразной кашицы, называемой пищевою кашицею, которая послѣ нѣкотораго времени (1—5 часовъ) сокращеніями желудка подвигается дальше въ двѣнадцатиперстную кишку. Легкою пищею мы называемъ такую, которая въ желудкѣ быстро разжижается, тяжелою-же—такую, которая долго не растворяется и потому долго задерживается въ желудкѣ.

Въ двѣнадцатиперстной кишкѣ пищевая кашица пропитывается сокомъ поджелудочной железы. Этотъ сокъ имѣетъ щелочную реакцію и содержитъ 3 фермента. Первый ферментъ—панкреатическій птіалинъ—похожъ на птіалинъ слюны, онъ превращаетъ крахмаль въ сахаръ. Второй ферментъ—панкреатинъ или трипсинъ—переводитъ бѣлковыя вещества въ пептоны, дополняя дѣйствіе желудочнаго сока. Третій ферментъ эмульгируетъ жиры, разбивая ихъ на множество мельчайшихъ капелекъ или шариковъ. Кромѣ того онъ обладаетъ способностью разложить жиръ на его составныя части—глицеринъ и жирныя кислоты. Послѣднія соединяются съ щелочами сока и образуютъ мыла. Отъ этой эмульсіи пищевая кашица получаетъ бѣловатый, молочный цвѣтъ и называется теперь млечнымъ сокомъ (chymus).

Желчь тоже вливается въ двѣнадцатиперстную кишку. Она представляетъ собою густоватую жидкость щелочной реакціи желтобураго цвѣта, переходящаго послѣ стоянія на воздухѣ въ темно-зеленый цвѣтъ. Желчь нейтрализуетъ кислоты желудочнаго содержимаго, поступающаго въ двѣнадцатиперстную кишку. Далѣе она усиливаетъ дѣйствіе поджелудочнаго (панкреатическаго) сока т. е. образованіе мыла изъ жировъ. Слабое дѣйствіе желчи оказываетъ на крахмаль содержащимся въ ней діастатическимъ ферментомъ, который переводитъ крахмаль въ сахаръ. Кромѣ того, она дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на стѣнки кишекъ, червовидное движеніе которыхъ усиливается. Постоянное выдѣленіе желчи поэтому и важно для передвиженія пищи. Наконецъ, желчь противодѣйствуетъ гніенію содержимаго кишекъ.

Кишечный сокъ большого химическаго вліянія на пищевую

кашицу не имѣть. Въ тонкихъ кишк. хъ происходитъ главнымъ образомъ процессъ всасыванія, а кишечный сокъ, выдѣляемый каждый разъ смотря по качеству пищи въ болѣе густомъ или жидкомъ видѣ и въ соотвѣтственномъ количествѣ, придаетъ всей массѣ равномерную консистенцію. Этимъ онъ способствуетъ передвиженію пищи по длинному кишечному каналу. Сомнительно или слабо дѣйствіе сока на бѣлки и крахмалъ, изъ которыхъ онъ будто первые превращаетъ въ пептоны, а второй въ сахаръ.

Такимъ образомъ, твердая пища, проходя черезъ пищеварительный каналъ, превращается въ жидкую массу. Изъ этой массы по всей длинѣ тонкихъ кишекъ происходитъ всасываніе. Опытами доказано, что растворенныя вещества и вода всасываются прямо кровеносными сосудами, а жиры черезъ млечные сосуды ворсинокъ, которые во время пищеваренія наполнены бѣловатымъ млечнымъ сокомъ (хилусомъ). Содержимое млечныхъ сосудовъ попадаетъ черезъ лимфатическіе сосуды въ кровообращеніе.

Слѣдуетъ упомянуть, что всасываніе происходитъ не только на основаніи физическихъ законовъ осмоса и фильтраціи, а что процессъ всасыванія является главнымъ образомъ результатомъ жизненной дѣятельности эпителиальныхъ клѣтокъ. Клѣтки эти обладаютъ способностью превращать пептоны въ бѣлки и вновь образовывать жиры изъ ихъ составныхъ частей (глицерина и жирныхъ кислотъ).

Въ толстыхъ кишкахъ всасывается только вода, почему содержимое кишекъ становится все болѣе и болѣе густымъ, превращаясь наконецъ въ калъ. Количество его совершенно зависитъ отъ количества нерастворимыхъ веществъ въ пищѣ. Массы, находящіяся въ толстыхъ кишкахъ, постоянно находятся подъ вліяніемъ влажности и теплоты и подлежатъ поэтому гніенію. Этому способствуютъ микроорганизмы, попадающіе въ кишечникъ съ пищей, слюной и воздухомъ.

Вслѣдствіе разложенія пищевыхъ веществъ въ кишечникѣ образуются газы, которые вздувая кишки, способствуютъ передвиженію пищевой кашицы. Присутствіе гніющихъ веществъ въ организмѣ можетъ приносить вредъ. Потому эти массы и выводятся изъ тѣла ежедневно—испражненіемъ черезъ задній проходъ. Правильность этого отправленія составляетъ весьма важный моментъ для благосостоянія всего организма.

Перистальтика. Такъ называютъ движеніе, производимое сокращеніями круговыхъ и продольныхъ гладкихъ мышцъ всего пищеварительнаго аппарата. Перистальтическое движеніе появляется послѣ совершившаго акта глотанія. Оно начинается въ верхней части пищевода и распространяется внизъ по всей длинѣ кишечника. Это движеніе производитъ медленное и правильное передвиженіе пищи по пищеводу и кишечнику. Продольныя мышцы передвигаютъ пищу впередъ, а круговыя мышцы, сокращаясь за

пищевымъ комкомъ, не даютъ ему возможности двигаться назадъ. Кромѣ этого движенія физиологи допускаютъ еще другое движеніе, обусловливаемое одновременнымъ сокращеніемъ мышечныхъ колець въ нѣсколькихъ мѣстахъ, причеиъ пища перегоняется изъ одного участка кишекъ въ другой. Этимъ производится какъ будто болтаніе пищи.

Рвота. При рвотѣ желудокъ опорожняется черезъ ротъ вслѣдствіе одновременнаго сокращенія диафрагмы, мышцъ брюшныхъ стѣнокъ и продольныхъ мышечныхъ волоконъ желудка. Рвотѣ обыкновенно предшествуетъ неприятное ощущеніе тошноты. Она вызывается рефлекторно (см. объясненіе рефлекса въ главѣ о нервной системѣ) раздраженіемъ нѣба, зѣва, корня языка, желудка, кишекъ, матки, мочеточниковъ, мочевого пузыря и брюшины. Самая обыкновенная причина рвоты—раздраженіе слизистой оболочки желудка неудобоваримой пищей. Но даже легкая пища можетъ вызвать рвоту, когда раздражительность самой слизистой оболочки ненормально повышена (напр. при катаррѣ желудка). Рвота вызывается искусственно нѣкоторыми лѣкарствами, раздражающими или слизистую оболочку желудка или нервный центръ рвоты. Послѣдній находится въ продолговатомъ мозгу.

Кровь, составныя части ея.

Кровь есть извѣстная красная непрозрачная жидкость, текущая по всему тѣлу въ особенныхъ трубкахъ или каналахъ—кровеносныхъ сосудахъ, при поврежденіи которыхъ она изливается наружу.

Кровь состоитъ изъ слабо желтоватой жидкости—плазмы, щелочной реакціи и изъ форменныхъ элементовъ: красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и кровяныхъ пластинокъ (Bizzozero), взвѣшенныхъ въ плазмѣ.

1. **Кровяная плазма** имѣетъ слѣдующій составъ:

1) Вода составляетъ около 90% всей массы крови; отъ нея зависитъ жидкое состояніе крови; въ ней растворены остальные составныя части, образующія твердую массу, если удалить воду, посредствомъ выпариванія.

2) Минеральныя вещества, именно тѣ-же самыя, съ которыми мы уже познакомились: поваренная соль, известковыя соли и пр. По количеству поваренная соль занимаетъ и въ крови первое мѣсто изъ нихъ: въ 1000 частяхъ крови находятся 6 частей поваренной соли.

3) Бѣлковинныя вещества; они важнѣе всѣхъ, такъ какъ представляютъ главный матеріалъ для питанія тѣла; мы различаемъ разные виды ихъ:

а) бѣлокъ (альбуминъ) сыворотки. Онъ похожъ на яичный бѣлокъ, находится въ крови въ такомъ-же жидкомъ видѣ и такъ-же свертывается при кипяченіи. Онъ происходитъ прямо изъ всасываемаго въ кровь пептона. Въ 1000 частяхъ крови находится 80 частей бѣлка:

б) Волокнина (фибринъ). Кровь имѣеть свойство свертываться, какъ только она выходитъ изъ сосудовъ. Капля крови на воздухъ очень скоро переходитъ въ студенистое состояніе, образуетъ свертокъ, сгустокъ крови. При свертываніи крови выдѣляется фибринъ въ видѣ тончайшихъ волоконцевъ. Фибринъ образуется при свертываніи изъ двухъ бѣлковыхъ веществъ при участіи особаго фермента. Кровяной свертокъ подлежитъ еще дальнѣйшему измѣненію. Фибринъ болѣе или менѣе сокращается, сгустокъ уменьшается въ объемъ и одновременно выжимаются изъ него жидкія вещества; такимъ образомъ, кровь внѣ организма скоро раздѣляется на 2 части, твердую, темно-красный свертокъ плавающую въ свѣтлой жидкости, сывороткѣ крови. Эта послѣдняя потому только свѣтла, что кровяные шарики, окрашивающіе кровь, задерживаются образующимся фибриномъ. Однако, такое свертываніе крови совершается не только внѣ организма, но происходитъ даже и въ самыхъ сосудахъ, какъ только они разрываются или вообще, когда нарушается правильность кровообращенія въ нихъ, т. е. когда кровь останавливается. Это явленіе для насъ чрезвычайно важно. Въ разорванныхъ сосудахъ свертывающаяся кровь скоро закрываетъ отверстія и препятствуетъ дальнѣйшему истеченію крови и слишкомъ большой потерѣ ея. Только при поврежденіи слишкомъ большихъ сосудовъ, особенно артерій, въ которыхъ кровь течетъ весьма быстро, угрожаетъ чрезмѣрная потеря крови, которая можетъ наступить рашьше, чѣмъ образуются пробки, закрывающія отверстія въ сосудахъ. Въ такихъ случаяхъ мы должны искусственнымъ образомъ закрыть отверстіе придавливаніемъ или перевязываніемъ сосуда.

II Форменные элементы крови.

1) Красные кровяные шарики или тѣльца представляются въ видѣ маленькихъ, плоскихъ, круглыхъ тѣлецъ, по формѣ похожихъ на монеты; они слегка окрашены въ желтый цвѣтъ и только въ большомъ количествѣ они придаютъ крови красный цвѣтъ. Красные кровяные шарики обладаютъ свойствомъ поглощать кислородъ, вводимый въ легкія при дыханіи, и разносить его по всему тѣлу до волосныхъ сосудовъ, гдѣ онъ проникаетъ въ ткани и служить для поддержанія обмѣна веществъ. Поэтому всякая, сколько-нибудь значительная потеря крови вредна для здоровья. Человѣческая кровь содержитъ въ 1 кубическомъ миллиметрѣ около 5 милліоновъ красныхъ шариковъ.

2) Бѣлыя кровяныя тѣльца (или лейкоциты) встрѣчаются въ гораздо меньшемъ количествѣ: 1 на 300 красныхъ; они

немного больше красныхъ, не окрашены, круглой формы, имѣютъ зернистую протоплазму и ядро. Лейкоциты обладаютъ способностью амѣбодныхъ движеній (см. рис. 3, на стр. 7). Поэтому ихъ форма, пока они живы, мѣняется и только умирая они принимаютъ круглую форму. Мы должны ихъ принимать за молодые красные шарики. Они образуются въ лимфатическихъ железахъ, переходятъ въ кровь и здѣсь превращаются въ красные шарики. Если это превращеніе совершается въ недостаточной степени, то количество бѣлыхъ шариковъ въ крови можетъ значительно увеличиться, вслѣдствіе чего получаютъ различныя болѣзни, напр., блѣдная немочь или хлорозъ молодыхъ дѣвицъ.

3) Кровяныя пластинки представляютъ маленькіе безцвѣтные кружечки. Ядра и оболочки онѣ не имѣютъ. Онѣ значительно меньше красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Въ 1 кубическомъ миллиметрѣ отъ 180—250 тысячъ. Значеніе ихъ до сихъ поръ еще не выяснено, но думаютъ, что онѣ служатъ матеріаломъ для образованія фибрина при свертываніи крови.

Количество крови равняется $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{14}$ части всего вѣса тѣла, такъ что взрослый человекъ имѣетъ отъ 10 до 12-ти фунтовъ крови. Конечно, количество крови измѣняется, смотря по питанію тѣла, и мы совершенно правы, говоря о полнокровныхъ и малокровныхъ особахъ.

Если организмъ потеряетъ слишкомъ большое количество крови, то начинаются болѣзненные явленія и можетъ наступить даже смерть. Мы должны поэтому стараться прекратить всякое обильное кровотеченіе.

Кромѣ названныхъ составныхъ частей, кровь содержитъ еще газы, именно кислородъ и углекислоту. Кислородъ имѣетъ свойство придавать крови свѣтло-красный цвѣтъ, углекислота, напротивъ, окрашиваетъ ее въ темно-красный, синеватый цвѣтъ. Эту разницу мы встрѣчаемъ въ живомъ организмѣ, въ которомъ дѣйствительно кровь имѣетъ двоякій видъ; эти оба вида крови находятся въ особенныхъ сосудахъ: ярко-красная течетъ въ артеріяхъ, артеріальная кровь, темно-красная—въ венахъ, венозная кровь.

Органы кровообращенія.

Къ органамъ кровообращенія принадлежатъ сердце и кровеносные сосуды; первое представляетъ собою средоточіе, центръ, послѣдніе отходятъ отъ него и распространяются по всему тѣлу.

Сердце полая мышца, состоящая изъ поперечно-полосатыхъ мышечныхъ волоконъ. Величина сердца приблизительно съ кулакъ. Оно лежитъ въ грудной полости, почти посерединѣ за грудною костью и окружено перепончатымъ мѣшкомъ—околосердечною сумкою, въ которой оно движется совершенно свободно.

На наружной поверхности сердца мы замѣчаемъ двѣ бороздки, продольную и поперечную. Продольной бороздкѣ соответствуетъ перегородка, раздѣляющая сердце на правую и лѣвую половины, неимѣющая никакого сообщенія между собою. Каждая половина сердца раздѣляется, соответственно поперечной бороздѣ, еще на 2 части, такъ что оно собственно состоитъ изъ 4-хъ полостей, изъ которыхъ верхнія называются правымъ и лѣвымъ предсердіями, нижнія, образующія верхушку сердца, — желудочками. Мышечныя стѣнки желудочковъ втрое толще стѣнокъ предсердій, поэтому сокращенія ихъ гораздо сильнѣе.

Каждая полость сердца сообщается съ большими кровеносными сосудами: изъ лѣваго желудочка идетъ самая большая артерія тѣла — начальственная артерія или аорта, отдающая многочисленныя вѣтви, распредѣляющіяся по всему тѣлу. Самыя послѣднія развѣтвленія до такой степени утончаются, что видны только подъ микроскопомъ и пропускаютъ по одному кровяному шарикку; они называются волосными сосудами, которые мало-по-малу соединяются опять и образуютъ большія вѣтви, такъ называемыя вены. Вены идутъ въ направленіи къ сердцу и, постоянно сливаясь, образуютъ наконецъ два большихъ ствола, верхнюю и нижнюю полая вены, впадающія въ правое предсердіе. Изъ праваго желудочка идетъ большая легочная артерія, развѣтвляющаяся исключительно въ легкихъ. Вены, выходящія изъ легкихъ, называются легочными. Онѣ впадаютъ въ лѣвое предсердіе (ихъ 4).

Мы видимъ поэтому, что кровь, выходящая изъ лѣваго желудочка, разносится по всему тѣлу и возвращается въ правое предсердіе; кровь же изъ праваго желудочка распространяется исключительно въ легкихъ и возвращается въ лѣвое предсердіе.

Первый кругъ мы называемъ большимъ кругомъ кровообращенія, второй — малымъ кругомъ кровообращенія.

Каждое предсердіе сообщается съ желудочкомъ своей стороны широкимъ отверстіемъ. Передвиженіе крови, поэтому, совершается слѣдующимъ порядкомъ: если лѣвый желудочекъ наполненъ кровью, то при его сокращеніи кровь выгоняется въ аорту, протекаетъ всѣ развѣтвленія ея, проходитъ черезъ волосные сосуды въ вены и возвращается по нижней и верхней полой венѣ въ правое предсердіе. Вслѣдствіе сокращенія предсердія, кровь протекаетъ въ правый желудочекъ, откуда прогоняется черезъ легкія, а изъ нихъ черезъ легочныя вены въ лѣвое предсердіе. Наконецъ сокращеніемъ лѣваго предсердія она опять передается лѣвому желудочку.

Это передвиженіе крови было бы невозможно, если бы отверстія сердца не были снабжены особыми аппаратами, при-нуждающими кровь протекать въ опредѣленномъ направленіи. Эти аппараты называются клапанами или заслонками и

устроены въ родѣ клапановъ въ насосахъ. Они находятся: 1) у отверстій между желудочками и предсердіями, и 2) въ самомъ началѣ большихъ артерій, легочной и начальственной, и пропускаютъ кровь только въ направленіи изъ предсердій въ желудочки и изъ желудочковъ въ артеріи, но не обратно; такимъ образомъ кровь можетъ протекать только въ вышеописанномъ направленіи. Каждая неправильность клапановъ, обуславливающая недостаточное дѣйствіе ихъ, составляетъ весьма серьезную болѣзнь сердца.

Дѣятельность сердца выражается біеніемъ его. Если положить руку на лѣвую сторону груди между 4-мъ и 5-мъ ребромъ, недалеко отъ грудной кости, то чувствуются въ правильныхъ промежуткахъ удары, повторяющіеся у здороваго взрослого человѣка отъ 60 до 80 разъ въ минуту. Эти удары происходятъ: 1) отъ того, что сердце при сокращеніяхъ утолщается въ переднезаднемъ размѣрѣ и поэтому прижимается къ грудной стѣнкѣ; 2) отъ того, что верхушка сердца при сокращеніяхъ желудочковъ подымается вверхъ и впередъ и прямо ударяетъ въ грудную стѣнку. При стоячемъ или наклонномъ впередъ положеніи біеніе сердца потому легче прощупывается, чѣмъ при положеніи на спинѣ, при которомъ сердце больше удаляется отъ передней стѣнки грудной кѣтки.

Если приложить ухо къ груди въ области сердца, то слышны 2 звука, повторяющіеся такъ же часто, какъ и біеніе сердца. Эти звуки или тоны сердца происходятъ отъ внезапнаго сотрясенія клапановъ въ моментъ ихъ наполненія кровью. Первый тонъ зависитъ отъ клапановъ между предсердіями и желудочками, второй тонъ отъ клапановъ въ большихъ артеріяхъ.

Сокращенія сердца происходятъ произвольно такимъ образомъ, что вмѣстѣ сокращаются оба предсердія, а потомъ вмѣстѣ оба желудочка. Послѣ этого слѣдуетъ общее расслабленіе сердца. Воля не имѣетъ никакого вліянія ни на частоту, ни на правильность сокращеній. Но многія внѣшнія условія, дѣйствующія при посредствѣ нервовъ, какъ радость, печаль, страхъ, испугъ и многія болѣзни, ускоряютъ или замедляютъ сокращенія сердца.

Кровеносные сосуды.

Мы различаемъ 3 вида кровеносныхъ сосудовъ: артеріи, вены и волосные сосуды. Артеріями называются тѣ сосуды, которые выводятъ кровь изъ сердца; венами тѣ, въ которыхъ кровь течетъ по направленію къ сердцу; волосные же сосуды соединяютъ въ видѣ тончайшей сѣти концы артерій и венъ.

Въ артеріяхъ течетъ ярко-красная кровь, богатая кислородомъ; въ венахъ темно-красная, синеватая, насыщенная угольною кислотою.

Кровеносные сосуды представляются въ видѣ трубокъ, стѣнки которыхъ состоятъ отчасти изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Въ артеріяхъ мышечный слой гораздо толще, чѣмъ въ венахъ; поэтому онѣ обладаютъ большею эластичностью и сократительностью. Это свойство артерій обуславливаетъ извѣстное явленіе пульса. Каждая волна крови, поступающая изъ сердца въ артеріи, расширяетъ и удлиняетъ ихъ; положенный на артерію палецъ чувствуетъ это расширеніе, какъ ударъ, пульсъ, совпадающій съ сокращеніемъ сердца. Артеріи пульсируютъ. Какъ только прекращается сокращеніе желудочковъ сердца, и кровь перестаетъ вливаться въ артеріи, стѣнки ихъ, въ силу присущей имъ эластичности, сокращаются, давятъ на содержащуюся въ нихъ кровь и этимъ значительно способствуютъ передвиженію ея, совершающемуся въ артеріяхъ толчками. Пульсъ артерій зависитъ отъ сокращеній сердца, по немъ мы можемъ судить о частотѣ и силѣ этихъ сокращеній. Поэтому мы щупаемъ пульсъ, чтобы узнать состояніе сердца. Пульсъ прощупывается на каждой артеріи, лежащей близко къ поверхности тѣла; удобнѣе всего въ этомъ отношеніи лучевая артерія на передней поверхности предплечія, на сторонѣ большого пальца. Довольно легко прощупывается также височная артерія, сонная артерія (по бокамъ шеи), подмышечная артерія, бедренная артерія близъ пупартовой связки и т. д.

Распредѣленіе артеріальной крови по всему тѣлу совершается слѣдующимъ образомъ:

Начальственная артерія или аорта, начинающаяся изъ лѣваго желудочка, направляется сначала кверху и образуетъ дугу аорты, которая отдаетъ сонныя артеріи къ головѣ и къ черепному мозгу и подключичныя артеріи къ верхнимъ конечностямъ. Затѣмъ аорта поворачиваетъ книзу, идетъ въ грудной полости по передней поверхности позвоночнаго столба, прободаетъ діафрагму, переходитъ въ брюшную полость и отдаетъ вѣтви ко всѣмъ органамъ, лежащимъ въ этой полости. На уровнѣ 4-го поясничнаго позвонка аорта, наконецъ, дѣлится на двѣ большія вѣтви, общія подвздошныя артеріи. Каждая изъ нихъ раздѣляется на уровнѣ мыса на передней поверхности крестцово-подвздошнаго сочлененія на подчревную артерію и на наружную подвздошную артерію. Первая направляется въ глубину малаго таза, снабжаетъ кровью всѣ органы и мышцы таза. Наружная подвздошная артерія идетъ почти по безымянной линіи къ передней поверхности таза, подходит подъ пупартову связку и доходитъ такимъ образомъ до нижней конечности, въ которой она развѣтвляется многочисленными вѣтвями.

Въ волосныхъ сосудахъ теченіе крови дѣлается равномернымъ, такъ что въ венахъ мы пульса уже не замѣчаемъ. Эта

разница въ теченіи крови рѣзко представляется, если перерѣзать артерію и вену у живого: изъ артеріи кровь брызжетъ толчками, изъ вены она выливается равномерною струею.

Волосные сосуды — капилляры — образуютъ сѣти тончайшихъ трубочекъ, между концами артерій и венъ. Стѣнки ихъ чрезвычайно тонки, такъ что черезъ нихъ легко просачивается жидкость. Въ нихъ, поэтому, и совершается постоянный обмѣнъ веществъ; они отдаютъ окружающимъ тканямъ нужный питательный матеріалъ и кислородъ; съ другой стороны, они всасываютъ въ себя разложившыя, готовые къ изверженію, вещества и углекислоту.

Сосуды малаго круга кровообращенія состоятъ изъ легочной артеріи, раздѣляющейся вскорѣ послѣ выходенія изъ праваго желудочка на двѣ вѣтви, для праваго и лѣваго легкаго. Онѣ образуютъ въ легкихъ весьма частую сѣть волосныхъ сосудовъ, изъ которой происходятъ 4 легочныя вены, впадающія въ лѣвое предсердіе. Надо помнить, что въ легочной артеріи течетъ темная венозная кровь, въ легочныхъ венахъ, напротивъ, яркочерная артеріальная кровь.

Всасывающіе или лимфатическіе сосуды.

Кромѣ кровеносныхъ сосудовъ, мы имѣемъ еще и другую систему развѣтвляющихся канальцевъ — лимфатическіе сосуды. Они начинаются въ видѣ тоненькихъ сѣтей лимфатическихъ капилляровъ — во всѣхъ органахъ нашего тѣла, соединяются мало-помалу въ болѣе толстые — лимфатическіе стволы, сливающиміеся наконецъ въ 2 большихъ сосуда. Лимфатическіе сосуды нижней половины тѣла образуютъ большой грудной протокъ; онъ подымается вверхъ по грудной полости и впадаетъ наконецъ въ лѣвую подключичную вену. Лимфатическіе сосуды головы и шеи образуютъ такой же большой стволъ, сливающимійся съ правою подключичною веною.

Что же воспринимаютъ въ себя всасывающіе сосуды? Всѣ ткани нашего тѣла пропитаны жидкостями, содержащими разложившіяся, приготовленныя къ изверженію вещества, и излишніе питательные матеріалы. Эти вещества всасываются лимфатическими сосудами. Поэтому лимфа имѣетъ большое сходство съ жидкими частями крови. Она также прозрачна, слегка желтовата и имѣетъ почти такой-же составъ. Только лимфатическіе сосуды кишечника имѣютъ другое содержимое. Они начинаются, какъ уже сказано, тонкими вѣтвями, занимающими ось ворсинокъ, центральнымъ млечнымъ сосудомъ; а большіе стволы ихъ сопровождаютъ кровеносные сосуды брыжжейки. Эти лимфатическіе

сосуды принимаютъ въ себя преимущественно жиръ, находящійся въ пищевой кашницѣ, въ видѣ бѣловатой эмульсіи. Содержимое лимфатическихъ сосудовъ, нѣсколько часовъ послѣ приѣма пищи, конечно, такого-же свойства; сосуды являются въ видѣ бѣловатыхъ полосокъ, и такъ какъ содержимое ихъ называется млечнымъ сокомъ, то они носятъ названіе млечныхъ сосудовъ.

Дальнѣйшее характеристическое свойство лимфатическихъ сосудовъ то, что они на своемъ пути поступаютъ въ железистые органы, такъ называемыя лимфатическія железы, и опять выходятъ изъ нихъ. Эти железы суть маленькіе кругловатые органы; самыя маленькія изъ нихъ едва видны простымъ глазомъ, другія доходятъ до величины боба или лѣсного орѣха. Они состоятъ изъ сѣти, образованной соединительною тканью, свободные промежутки которой наполнены маленькими клѣточками, по формѣ и по величинѣ совершенно похожими на бѣлые кровяные шарики. Лимфа, протекая черезъ эти железы, отрываетъ извѣстное количество этихъ клѣточекъ и уноситъ ихъ съ собою; наконецъ онѣ попадаютъ въ кровь и представляютъ здѣсь бѣлые кровяные шарики. Самыя большія скопленія лимфатическихъ железъ находятся на шеѣ, около стибовъ соответствующихъ большимъ суставамъ: въ паховомъ, локтевомъ и подъ мышкою, а также въ брыжжейкѣ. При нѣкоторыхъ болѣзняхъ, особенно при золотухѣ, онѣ припухаютъ и тогда легко прощупываются и представляются въ видѣ опухолей подъ кожею. Въ видѣ лимфы поэтому поступаютъ въ кровь: 1) разложенныя частицы тканей, 2) излишній питательный матеріалъ, 3) бѣлые кровяные шарики.

Дыханіе.

Ближайшая цѣль дыханія состоитъ въ томъ, чтобы вводить воздухъ въ легкія и опять выводить его. Части тѣла, необходимыя для этого, называются дыхательными органами. Пути, по которымъ проходитъ воздухъ, составляютъ полостью носа, глоткою, гортанью, дыхательнымъ горломъ съ его развѣтвленіями и наконецъ легкими.

Здоровый человѣкъ долженъ дышать черезъ носъ при закрытомъ ртѣ; при этомъ носъ въ началѣ дыхательныхъ органовъ служитъ какъ бы привратникомъ, предохраняющимъ организмъ отъ вредныхъ веществъ, могущихъ попасть въ него вмѣстѣ съ воздухомъ. Вслѣдствіе простуды слизистая оболочка носа очень часто сильно набухаетъ и отдѣляетъ обильное количество слизи. Это называется катарральнымъ воспаленіемъ, катарромъ носа (насморкомъ). Раздраженіе слизистой оболочки носа вызываетъ дыхательное движеніе особеннаго рода—чиханіе.

Гортань находится въ верхней части шеи, впереди пищевода, ниже подъязычной кости. Она состоитъ изъ нѣсколькихъ хрящей, соединенныхъ между собою маленькими мышцами, идущими въ разныхъ направленихъ отъ одного гортаннаго хряща къ другому.

Внутренняя поверхность гортани покрыта слизистою оболочкою, которая образуетъ двѣ парныя складки, растянутыя спереди назадъ въ полости гортани. Онѣ называются голосовыми связками, верхнія ложными, нижнія истинными. Между ними находится голосовая щель. Воздухъ, проходя съ извѣстной силою черезъ эту щель, причиняетъ колыхательныя движенія этихъ связокъ, похожія на колебанія или вибраціи струнъ музыкальнаго инструмента. Эти колебанія производятъ тонъ, звукъ голоса. Мышцы, окружающія гортань, болѣе или менѣе напрягаютъ голосовыя связки; соотвѣтственно этому напряженію тонъ голоса повышается или понижается; слизистая оболочка гортани весьма чувствительна, каждое раздраженіе ея вызываетъ судорожное сжатіе голосовой щели и кашель.

Дыхательное горло, составляющее непосредственное продолженіе гортани, состоитъ изъ ряда узкихъ, сзади не закрытыхъ, хрящевыхъ колець. Они соединены между собою крѣпкою фиброзою оболочкою, изъ которой состоитъ и задняя стѣнка дыхательнаго горла. Дыхательное горло тѣсно прилегаетъ къ пищеводу и вмѣстѣ съ нимъ опускается въ грудную полость, здѣсь оно скоро раздѣляется на правую и лѣвую вѣтви, бронхи, идущія къ соотвѣтственному легкому. Внутри легкихъ эти бронхи развѣтвляются въ видѣ дерева, самыя тонкія вѣточки котораго, такъ называемыя капиллярныя или конечныя бронхи, расширяются на концѣ въ видѣ маленькихъ пузырьковъ, называемыхъ легочными пузырьками и соединенныхъ между собою соединительною тканью. Такимъ образомъ, по строенію своему, легкія совершенно соотвѣтствуютъ гроздевидной железѣ, но только наполнены не жидкостью, а воздухомъ.

Внутренняя поверхность всѣхъ дыхательныхъ путей выстлана цилиндрическимъ эпителиемъ, только конечныя бронхи и легочныя пузырьки покрыты плоскимъ эпителиемъ.

Легкія. Существуютъ два легкихъ, правое и лѣвое. Каждое изъ нихъ представляетъ конусообразное тѣло, расположенное въ грудной полости такъ, что широкое его основаніе прилегаетъ къ діафрагмѣ, а верхушка находится на уровнѣ верхняго отверстія грудной кѣтки.

Наружныя поверхности легкихъ прилегаютъ къ боковой и задней стѣнкамъ реберъ; внутреннія поверхности обращены другъ къ другу и между ними находится сердце въ околосердечной сумкѣ. На этихъ внутреннихъ поверхностяхъ находятся ворота легкихъ, черезъ которыя бронхи и кровеносные сосуды посту-

пають въ легкія. Поверхность легкихъ представляетъ тонкій, сѣтеобразный рисунокъ, зависящій отъ того, что извѣстное число легочныхъ пузырьковъ соединяются между собою пучками соединительной ткани, точно также какъ это бываетъ въ гроздевидныхъ железахъ. Эти маленькіе отдѣлы легкихъ называются дольками.

Кровеносные сосуды легкихъ наибольшую часть принадлежатъ къ малому кругу кровообращенія. Легочная артерія въ небольшомъ разстояніи отъ сердца раздѣляется на правую и лѣвую вѣтви, поступающія въ соотвѣтствующее легкое. Волосные сосуды образуютъ весьма частую сѣть, лежащую въ стѣнкахъ легочныхъ пузырьковъ и покрытую однимъ эпителиемъ. Между кровью въ сосудахъ и воздухомъ въ пузырькахъ находится только эпителий и весьма тонкая стѣнка волосныхъ сосудовъ. Поэтому кровь здѣсь поглощаетъ кислородъ и выдѣляетъ углекислоту. Изъ волосныхъ сосудовъ кровь переходитъ черезъ вены, собирающія ее въ легочныя вены, въ лѣвое предсердіе.

Поверхность легкихъ покрыта тонкою прозрачною, блестящею серозною оболочкою, легочною плевою или плеврою; у корня легкихъ эта оболочка заворачивается кнаружи и покрываетъ внутреннюю поверхность грудной кѣтки, образуя реберную плевру. Вся эта серозная оболочка называется грудною плевою. Такимъ образомъ, легкія окружаются двумя мѣшками, изъ которыхъ внутренней сращенъ съ легкими, наружный—съ грудною кѣткою; свободныя поверхности этихъ мѣшковъ обращены другъ къ другу, такъ что легкія свободно двигаются въ наружномъ мѣшкѣ.

Дыхательныя движенія, механизмъ дыханія.

Мы различаемъ два момента дыханія: вдыханіе и выдыханіе: первымъ воздухъ вводится въ легкія, послѣднимъ же онъ опять выводится изъ нихъ.

Вдыханіе совершается слѣдующимъ образомъ между грудною и брюшною полостями находится перегородка, т. е. **груднобрюшная преграда** или **діафрагма**. Она имѣетъ форму купола, выпуклость котораго обращена вверхъ, и состоитъ изъ мышечныхъ волоконъ, начинающихся отъ верхнихъ поясничныхъ позвонковъ и отъ всего нижняго края реберъ. Волокна эти идутъ какъ лучи вверхъ и къ серединѣ, гдѣ они соединяются въ широкомъ сухожиліи. Діафрагма прободается отверстіями: 1) сзади непосредственно у позвонковъ находится отверстіе для аорты; 2) ближе къ центру діафрагмы проходитъ пищеводъ; 3) болѣе же вправо, черезъ самое большое отверстіе проходитъ нижняя полая вена изъ брюшной полости къ правому предсердію.

Въ моментъ вдыханія діафрагма сокращается, куполь, обращенный кверху, дѣлается плосче, вслѣдствіе чего увеличивается размѣръ грудной полости сверху внизъ. При этомъ брюшная полость, конечно, настолько же укорачивается сверху. Одновременно сокращаются мышцы, поднимающія ребра; при усиленномъ дыханіи кромѣ того работаютъ нѣкоторыя шейныя мышцы. Когда ребра поднимаются, то дуги ихъ, обращенныя немного внизъ, направляются прямо кнаружи, одновременно передніе концы ихъ вмѣстѣ съ грудиною поднимаются кверху; такимъ образомъ увеличивается емкость грудной полости въ поперечномъ и переднезаднемъ размѣрахъ.

Увеличивающаяся во всѣхъ направленіяхъ грудная клѣтка дѣйствуетъ на подобіе мѣховъ: увеличивающееся пространство наполняется воздухомъ, входящимъ черезъ имѣющееся отверстіе, именно дыхательное горло. Это мы называемъ вдыханіемъ и легкія, всегда тѣсно прилегающія къ стѣнкамъ грудной полости, при этомъ значительно растягиваются воздухомъ, входящимъ во всѣ развѣтвленія бронховъ до самыхъ легочныхъ пузырьковъ.

Выдыханіе. По истеченіи извѣстнаго времени сокращенныя мышцы опять ослабѣваютъ, вслѣдствіе чего грудобрюшная преграда опять поднимается кверху, ребра же опускаются книзу, такъ что со всѣхъ сторонъ производится давленіе на легкія. Этому давленію содѣйствуетъ также эластическая сократительность ткани самыхъ легкихъ, содержащихъ весьма много эластическихъ волоконъ; благодаря имъ растянутыя легкія стремятся возвратиться къ прежнему своему объему. Всѣ названные моменты производятъ сильное давленіе на заключенный въ легкихъ воздухъ, который, слѣдовательно, выдавливается такимъ же образомъ, какъ при сжатіи растянутыхъ мѣховъ. Можетъ быть, выдыханію способствуетъ еще сокращеніе мышцъ, которыя въ состояніи оттягивать ребра внизъ, т. е. часть межреберныхъ и брюшныя мышцы. Кромѣ того послѣднія, сокращаясь, давятъ на органы, лежащіе въ брюшной полости, которые надавливаютъ тогда на діафрагму и такимъ образомъ способствуютъ поднятію ея кверху, вслѣдствіе чего опять-таки уменьшается грудная полость.

Вдыханіе совершается, какъ сказано уже, вслѣдствіе сокращенія діафрагмы и грудныхъ мышцъ. При этомъ діафрагма отдавливаетъ книзу внутренности брюшной полости, которыя, въ свою очередь, давя на мягкіе брюшныя покровы, растягиваютъ ихъ. Это движеніе брюшныхъ покрововъ мы постоянно видимъ во время дыханія: животъ выпячивается кпереди во время вдыханія и опускается при выдыханіи. Мы называемъ это брюшнымъ типомъ дыханія.

Въ тѣхъ же случаяхъ, когда передвиженіе внутренностей живота причиняетъ боль, или же когда при сильномъ наполненіи

брюшной полости стѣнки живота бываютъ слишкомъ растянуты, дѣйствіе грудобрюшной преграды встрѣчаетъ болѣе или менѣе значительное препятствіе и растягиваніе грудной полости должно совершаться главнымъ образомъ при помощи реберъ. Этотъ типъ дыханія называется груднымъ. Его мы наблюдаемъ чаще у женщинъ, брюшной же у мужчинъ.

Число дыхательныхъ движеній равняется у здоровыхъ взрослыхъ людей 16—20 въ минуту. Впрочемъ, оно легко измѣняется, особенно учащается дыханіе при всякомъ физическомъ усилии или душевномъ волненіи.

Дыхательныя движенія наступаютъ непроизвольно съ перваго момента внѣтробной жизни до послѣдняго. Дѣйствительно, мы въ состояніи произвольно ускорять или замедлять дыханіе, но при этомъ скоро чувствуемъ, съ какимъ усиліемъ это сопряжено. Въ нашихъ силахъ даже совершенно остановить дыханіе, но весьма скоро потребность въ дыханіи дѣлается непреодолимою.

Измѣненіе воздуха и крови во время дыханія.

Окружающій насъ воздухъ представляетъ смѣсь, состоящую главнымъ образомъ изъ двухъ газовъ: кислорода и азота. Кислородъ занимаетъ $\frac{1}{5}$, а азотъ $\frac{4}{5}$. Первый изъ нихъ для нашего организма важнѣе. Кромѣ того воздухъ содержитъ еще слѣды (0,03—0,04%) углекислоты.

Кислородъ имѣетъ способность соединяться при извѣстныхъ условіяхъ со всѣми другими химическими элементами. Желѣзо, напр., лежащее на открытомъ и немного сыромъ воздухѣ, покрывается ржавчиной, т. е. соединеніемъ желѣза съ кислородомъ; мѣдные предметы такимъ-же образомъ покрываются зеленымъ налетомъ. Этотъ процессъ называется окисленіемъ. Соединенія кислорода съ металлами называются окисями металловъ; изъ болѣе извѣстныхъ мы назовемъ еще окись натрія, образующую соду, окись калия, образующую поташъ, окись извести и пр. Въ соединеніи съ другими элементами кислородъ образуетъ кислыя вещества, названныя поэтому кислотами, какъ сѣрная, угольная, азотная, фосфорная кислоты. Эти кислоты легко и часто соединяются съ окисями и образуютъ такъ называемыя соли: онѣ встрѣчаются въ такомъ видѣ часто въ природѣ. Также и нашъ организмъ содержитъ постоянно извѣстное количество солей извести, натрія, калия и пр.

Далѣе кислородъ есть важная составная часть воды и большей части всѣхъ органическихъ веществъ.

Органическія вещества при извѣстныхъ условіяхъ воспринимаютъ еще лишнее количество кислорода, однако тогда составъ

ихъ измѣняется: они разлагаются, распадаются и образуютъ другія, обыкновенно менѣе сложныя вещества. Возьмемъ, на примѣръ, сахаръ или жиръ, органическія вещества, состоящія изъ углерода, водорода и кислорода. При соединеніи съ достаточнымъ количествомъ кислорода, они разлагаются и образуютъ воду (соединеніе водорода съ кислородомъ) и угольную кислоту (соединеніе углерода съ кислородомъ). Съ такимъ разложеніемъ органическихъ веществъ при содѣйствіи кислорода мы уже познакомились и назвали его броженіемъ и гніеніемъ. При броженіи образуется, какъ извѣстно, угольная кислота, являющаяся въ разлагающейся жидкости въ видѣ маленькихъ пузырьковъ. При гніеніи образуются, особенно при соединеніи азота съ другими элементами, еще другіе газы весьма непріятнаго запаха, называемые гнилыми или гнилостными газами, на примѣръ, амміакъ, сѣроводородъ и пр.

Другое явленіе, возможное только при содѣйствіи кислорода, сгораніе. Если свѣчка горитъ, то кислородъ воздуха, подъ вліяніемъ жара, соединяется съ жиромъ, изъ котораго состоитъ свѣчка. Составныя части жира, кромѣ кислорода, углеродъ и водородъ, превращаются при этомъ въ угольную кислоту (углекислоту) и воду. То-же самое происходитъ при каждомъ сгораніи, при чемъ отъ соединенія кислорода съ органическими веществами и отъ разложенія послѣднихъ развивается жаръ, высокая температура, которая съ своей стороны представляетъ необходимое условіе этого разложенія. Подобный-же процессъ мы встрѣчаемъ въ организмѣ. Питательныя вещества, поступающія въ кровь, подъ вліяніемъ кислорода измѣняются такимъ образомъ, что могутъ служить для питанія тканей и замѣнять потеряныя частицы.

Далѣе подъ вліяніемъ того-же кислорода происходитъ распадъ старыхъ частицъ, которыя такимъ образомъ дѣлаются негодными для организма и замѣняются новыми. При этомъ распадѣ, также какъ и внѣ организма, изъ разлагающихся органическихъ веществъ образуются другія химическія соединенія, главное мѣсто между которыми и здѣсь занимаютъ угольная кислота и вода. Это легко доказывается изслѣдованіемъ выдыхаемаго воздуха.

Воздухъ, поступающій при дыханіи въ легкія, содержитъ, какъ уже сказано, кислородъ и азотъ въ извѣстной пропорціи, выдыхаемый-же воздухъ показываетъ при изслѣдованіи значительное уменьшеніе кислорода, который замѣненъ такимъ-же значительнымъ количествомъ угольной кислоты. Это легко доказать химическимъ изслѣдованіемъ выдыхаемаго воздуха. Онъ содержитъ только 16% кислорода вмѣсто 20% выдыхаемаго (атмосфернаго) воздуха, а болѣе 4% углекислоты вмѣсто тѣхъ слѣдовъ этого газа, которые постоянно примѣшаны къ воз-

духу. Общее количество азота остается приблизительно безъ перемѣны.

Изъ изслѣдованій крови мы, кромѣ того, знаемъ, что кровь легочной артеріи богата угольною кислотою, между тѣмъ какъ легочныя вены имѣютъ свѣтло-красную, окисленную кровь, насыщенную кислородомъ. Изъ этого видно, что угольная кислота изъ волосныхъ сосудовъ легкихъ переходитъ въ легочные пузырьки, гдѣ она примѣшивается къ выдыхаемому воздуху. Мѣсто угольной кислоты въ крови занимаетъ кислородъ, который всасывается въ кровь изъ вдыхаемаго воздуха при посредствѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ. Такимъ образомъ, кровь возобновляется, т. е. окисляется, и обращеніемъ своимъ по всему тѣлу распространяетъ въ немъ снова кислородъ, необходимый матеріалъ для усвоенія пищи и медленнаго разложенія при обмѣнѣ веществъ.

Кромѣ угольной кислоты выдыхаемый воздухъ содержитъ еще большое количество воды въ видѣ пара; это легко доказать, если поднести стекло близко ко рту и дышать на него. Вода отлагается на немъ въ видѣ мельчайшихъ капелекъ, образующихъ тоненькій налетъ; онѣ сливаются въ большія капли, если дышать подольше.

Мы видимъ, слѣдовательно, что цѣль дыханія состоитъ, во-первыхъ, въ томъ, чтобы выводить изъ организма вещества, образовавшіяся при обмѣнѣ веществъ и уже негодныя для жизни, именно угольную кислоту и воду. Во-вторыхъ, посредствомъ дыханія кровь окисляется, принимаетъ изъ воздуха необходимый для дальнѣйшей жизни кислородъ.

Поглощеніе кислорода изъ окружающаго насъ воздуха при дыханіи и замѣна его углекислотою, содержащейся въ выдыхаемомъ воздухѣ, составляютъ главную причину порчи воздуха, неизбежной вездѣ, гдѣ человѣку приходится дышать въ замкнутомъ со всѣхъ сторонъ пространствѣ. Порча эта наступаетъ конечно тѣмъ скорѣе, чѣмъ больше людей находится въ закрытомъ помѣщеніи, какъ напр., въ церквахъ, въ школахъ, въ театрахъ, въ концертныхъ залахъ; но она замѣтна также въ каждомъ жилищѣ помѣщеніи и потому вездѣ требуется вентиляція, т. е. замѣна испорченнаго воздуха свѣжимъ, содержащимъ достаточное количество кислорода.

Животная теплота. Кислородъ, какъ мы видѣли, поддерживаетъ постоянное медленное сгораніе или разложеніе во всѣхъ тканяхъ. При каждомъ сгораніи рождается теплота, поэтому мы и замѣчаемъ, что человѣческій организмъ всегда теплѣе окружающаго воздуха. Эту теплоту мы называемъ животною теплотою. Главными источниками животной теплоты являются мышцы и железы, а изъ послѣднихъ особенно повышаетъ температуру печень. У здороваго человѣка температура тѣла равняется приблизительно 36—37-ми град. (Цельсія). Эта теплота постоянно

одинакова и, пока организмъ здоровъ, не измѣняется при самыхъ разнообразныхъ внѣшнихъ условіяхъ. Это постоянство зависитъ отъ того, что испаренія черезъ кожу (потовыя железы) и черезъ легкія уравниваютъ теплоту. Такъ какъ окружающій воздухъ холоднѣе нашего тѣла, то оно постоянно остываетъ и теряетъ теплоту въ такомъ-же размѣрѣ, въ какомъ она образуется. Постоянство температуры служитъ хорошимъ средствомъ для опредѣленія здороваго состоянія человѣка. Весьма большое число болѣзней сопровождается усиленнымъ сгораніемъ тканей. Это выражается жаромъ, легко измѣряемымъ при помощи термометра. Такое состояніе организма мы называемъ лихорадочнымъ.

В ы д ѣ л е н і я .

Жизнь состоитъ въ постоянномъ обмѣнѣ веществъ, при которомъ всѣ частицы тѣла мало-по-малу изнашиваются, разлагаются и замѣняются новыми. Разложенныя вещества должны выводиться путемъ испаренія и выдѣленій. Испареніе совершается, какъ мы видѣли, отчасти черезъ легкія и этимъ путемъ выводятся вода и угольная кислота. Другая часть этихъ-же веществъ выводится испареніемъ черезъ кожу; это обыкновенно совершается незамѣтнымъ образомъ и только при извѣстныхъ условіяхъ является потъ. Но испареніемъ выводятся только такія вещества, которыя могутъ являться въ видѣ газовъ. Всѣ остальные вещества выводятся посредствомъ выдѣленій, вырабатывающихся въ особенныхъ железистыхъ органахъ. Къ этимъ органамъ принадлежатъ кожа и почки.

Кожа.

Наружные покровы тѣла состоятъ изъ 3 слоевъ:

1) Кожица, эпидермисъ, самый наружный слой, соотвѣтствуетъ эпителию слизистыхъ оболочекъ и состоитъ изъ многослойнаго плоскаго эпителия. Наружныя клѣтки болѣе плоски и жестки и образуютъ такъ называемый роговой слой, который вездѣ, гдѣ кожица толста, напримѣръ, на ладони, легко сдирается. Глубокій слой кожицы состоитъ изъ болѣе круглыхъ мягкихъ клѣтокъ, болѣе тѣсно соединенныхъ съ подлежащею кожей. Онъ называется Мальпигиевымъ слоемъ и покрываетъ второй слой кожи. Нервы и сосуды въ кожицу не входятъ; она поэтому нечувствительная и не кровоточитъ.

2) Истинная кожа или сосочковый слой. Она состоитъ изъ соединительной ткани, содержащей многочисленныя сосуды и нервы. Поверхность ея не гладка, а образуетъ многочисленныя маленькія возвышенія, обыкновенно образующія цѣлые ряды, даже валики, какъ напримѣръ, на концахъ пальцевъ; въ эти такъ

называемые сосочки поступаютъ сосуды и особенно нервы, снабженные различными концевыми аппаратами, служащими чувству осязанія. Они больше всего развиты тамъ, гдѣ чувство это тоньше всего, именно на концахъ пальцевъ. Кромѣ того въ истинную кожу вѣдряются железы.

Къ нимъ принадлежать:

а) Потовыя железы принадлежать къ трубчатому типу железъ, выводящіе протоки которыхъ оканчиваются вездѣ на поверхности покрововъ маленькимъ отверстіемъ, изъ котораго, при обильномъ отдѣленіи пота, выходитъ чрезвычайно маленькая капля пота, видимая, впрочемъ, простымъ глазомъ. Лучше всего это замѣтно на ладоняхъ. Потъ состоитъ изъ воды, въ которой растворены нѣкоторыя неорганическія соли, особенно поваренная соль. Количество органическихъ веществъ, содержащихся въ потѣ, весьма незначительно.

б) Сальные железы, выводящіе протоки которыхъ открываются почти всегда въ мѣшки волосъ или въ ближайшемъ ихъ сосѣдствѣ. Эти железы отдѣляютъ жирное вещество, постоянно пропитывающее поверхность кожицы, которой оно и придаетъ извѣстную мягкость.

3) Третій слой кожи есть подкожная жировая клѣтчатка, состоящая изъ рыхлой соединительной ткани, которая окружаетъ островки жировой клѣтчатки. Количество жировой клѣтчатки и толщина этого слоя кожи бываютъ различны и отъ нихъ главнымъ образомъ зависитъ полнота тѣла. Толще всего слой жировой клѣтчатки на брюшныхъ покровахъ, гдѣ онъ у жирныхъ особъ достигаетъ толщины 2 — 10 сантим. Жировая клѣтчатка трудно пропускаетъ теплоту; поэтому главное ея назначеніе противодѣйствовать потерѣ теплоты черезъ кожу.

Особенными образованиями кожи представляются еще ногти и волосы: они состоятъ изъ той же ткани какъ эпидермисъ; сосудовъ и нервовъ, слѣдовательно, не имѣютъ.

Итакъ, кожа имѣетъ разныя отправления: во-первыхъ, черезъ нее совершается незамѣтное испареніе угольной кислоты и воды; во-вторыхъ, она выдѣляетъ потъ и сало, то-есть воду, минеральныя соли и жирныя вещества; въ-третьихъ, она уравниваетъ животную теплоту и, въ-четвертыхъ, она представляетъ собою органъ чувства осязанія.

Выдѣленіе мочи. Почки.

Мы видѣли, что черезъ кожу и черезъ легкія выводятся изъ организма нѣкоторые продукты распада, именно вода и угольная кислота; значитъ, этими путями выводится углеродъ, водородъ и кислородъ, однако мы знаемъ, что пища и многія ткани въ тѣлѣ нашемъ, кромѣ названныхъ химическихъ элементовъ, содержатъ

еще минеральныя соли и азотистыя вещества, бѣлки, въ составъ которыхъ входятъ азотъ, сѣра, фосфоръ и пр. Вещества, образующіяся изъ распада этихъ составныхъ частей организма, выводятся въ видѣ мочи. Отдѣленіе мочи въ почкахъ дополняетъ поэтому дѣятельность кожи и легкихъ.

Почки лежатъ по обѣимъ сторонамъ поясничныхъ позвонковъ, на задней стѣнкѣ брюшной полости; онѣ имѣютъ буроватый цвѣтъ, бобовидную форму, переднюю и заднюю поверхность и 2 края: наружный выпуклый и внутренній вогнутый; въ этотъ послѣдній поступаютъ сосуды и выводящій протокъ, мочеточникъ. Поверхность почекъ покрыта плотной соединительнотканной капсулой.

Передняя стѣнка почекъ покрыта брюшиною, такъ что почки собственно лежатъ внѣ брюшной полости. Кромѣ того онѣ окружены обильнымъ слоемъ жировой клѣтчатки. Къ вогнутому краю почекъ прикрѣпляется перепончатый мѣшокъ, лоханка, принимающій въ себя отдѣляемую въ почкахъ мочу. Лоханка продолжается въ длинную узкую трубу, мочеточникъ, состоящій главнымъ образомъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и направляющійся по поясничной мышцѣ внизъ въ полость таза, гдѣ онъ открывается въ нижнюю часть мочевого пузыря.

На продольномъ разрѣзѣ черезъ почку видны два слоя. Наружный слой или корковое вещество матоваго или зернистаго вида и коричневаго цвѣта; внутренній слой или мякотное вещество блѣдно-краснаго цвѣта расположено въ видѣ трехугольниковъ, верхушки которыхъ обращены къ лоханкѣ. Эти трехугольники разрѣзы почечныхъ или Мальпигіевыхъ пирамидъ, верхушки которыхъ вдаются въ лоханку. Онѣ извѣстны подъ названіемъ почечныхъ сосочковъ.

Почки состоятъ изъ массы мелкихъ мочевыхъ канальцевъ, выстланныхъ эпителиемъ. Въ корковомъ веществѣ, гдѣ они начинаются, они извиты, а въ мякотномъ веществѣ прямы. Эти прямые канальцы и составляютъ Мальпигіевы пирамиды. Здѣсь они соединяются въ болѣе крупныя каналы и открываются на почечныхъ сосочкахъ въ полость лоханки. Начало почечнаго канальца представляется въ корковомъ веществѣ въ видѣ мѣшкообразнаго расширенія — Баумановой капсулы, въ которомъ расположена цѣлая сѣтъ волосныхъ сосудовъ, образующихъ такъ называемый Мальпигіевъ клубокъ. Почечная артерія, входящая въ органъ съ вогнутой стороны, раздѣляется на вѣточки, которыя переходятъ въ капилляры, образующіе Мальпигіевъ клубокъ. Эти волосные сосуды вновь собираются въ артеріальную вѣточку, которая опять образуетъ волосные сосуды, расположенные вокругъ мочевыхъ канальцевъ. Изъ этихъ волосныхъ сосудовъ образуются наконецъ вены. Такимъ образомъ осуществляется тѣсная связь между кровеносными сосудами и выдѣ-

ляющей тканью—мочевыми канальцами и Мальпигіевымъ клубкомъ. Опытами доказано, что вода мочи фильтруется изъ капилляровъ Мальпигіева клубка въ Бауманову капсулу, а остальные составныя части мочи выдѣляются изъ вторичной волосной сѣти, окружающей мочевые канальцы, при помощи дѣятельности эпителиальныхъ клѣтокъ этихъ канальцевъ.

Мочевой пузырь лежитъ въ полости таза за лоннымъ соединеніемъ. Онъ имѣетъ въ наполненномъ состояніи яйцевидную форму. Верхушка его покрыта брюшиной, которая переходитъ на него съ передней стѣнки живота. Кромѣ верхушки и часть задней поверхности пузыря покрыта брюшиной, переходящей отсюда на матку. Непокрытая брюшиной часть пузыря соединена съ соседними органами при помощи соединительной ткани. Сзади и снизу въ мочевой пузырь открываются мочеточники, а внизу изъ него начинается мочеиспускательный каналъ.

Стѣнки его состоятъ изъ наружнаго соединительнотканнаго слоя, изъ средняго мышечнаго слоя (гладкихъ мышцъ) и внутренняго—слизистой оболочки. Пузырь служитъ резервуаромъ для мочи, которая накапливается въ немъ и растягиваетъ его стѣнки. Если онъ растянуть до извѣстной степени, то мышцы сокращаются и выгоняютъ мочу черезъ мочеиспускательный каналъ. Это совершается непроизвольно, даже вопреки волѣ. Однако, мы имѣемъ возможность совершать опорожненіе мочевого пузыря въ любое время при помощи брюшнаго пресса.

Главные составныя части мочи слѣдующія:

1) Вода. Отъ ея количества зависитъ количество мочи, а послѣдняя находится въ прямой зависимости отъ количества принимаемаго питья. Съ другой стороны, состояніе кожи имѣетъ громадное вліяніе на количество мочи: чѣмъ обильнѣе испареніе черезъ кожу, тѣмъ менѣе отдѣляется мочи, и наоборотъ. Въ водѣ растворены всѣ другія составныя части мочи.

2) Минеральныя соли. Въ наибольшемъ количествѣ выдѣляются хлористый натръ и разныя соли фосфорной кислоты.

3) Органическія вещества, главнымъ образомъ, мочевины и мочевая кислота. Онѣ представляютъ продукты разложенія бѣлковыхъ и другихъ азотистыхъ веществъ и имѣютъ главною составною частью азотъ. Мы видимъ поэтому, что выдѣленіе мочи дополняетъ изверженія черезъ легкія и черезъ кожу, черезъ которую организмъ освобождается только отъ лишняго углерода, водорода и кислорода; черезъ почки, напротивъ, извергаются почти всѣ минеральныя соли и весь азотъ.

Нервная система.

Мы познакомились до сихъ поръ съ органами человѣческаго тѣла и ихъ отправленіями въ отдѣльности.

Эти отправленія, однако, совершаются въ известномъ порядкѣ, цѣлесообразно, т. е. каждый органъ исполняетъ свою работу въ известное время, съ известною силою, известнымъ образомъ, такъ что совокупность ихъ составляетъ одно благоустроенное цѣлое, такъ называемый организмъ. Водвореніе такого порядка, такого согласованія органовъ между собою составляетъ задачу, цѣль нервной системы. Обыкновенно сравниваютъ ее съ сѣтью телеграфныхъ проволокъ, проведенныхъ по всему тѣлу, такъ что каждая точка наружной поверхности и внутренностей тѣла соединена съ главною центральною станціею — черепнымъ мозгомъ. Черезъ эти проволоки сообщается мозгу все то, что случается на какой-нибудь точкѣ тѣла, черезъ нихъ-же отправляются со стороны мозга приказы во всѣ области тѣла.

Поэтому вся нервная система дѣлится на двѣ части: 1) **центральную** — головной и спинной мозгъ и 2) **периферическую**, т. е. проводящія проволоки, или волокна, распространяющіяся по всему тѣлу; они называются нервами.

Строеніе нервной системы. Каждый нервъ представляется въ видѣ бѣловатаго пучка, бѣлой нити, начинающейся изъ черепного или спинного мозга. На подобіе кровеносныхъ сосудовъ нервы распадаются на болѣе и болѣе тонкія вѣтви, тончайшія развѣтвленія которыхъ кончаются въ кожѣ, мышцахъ, железахъ и другихъ органахъ. Если расщипать кусочекъ любого нерва и разсматривать его подъ микроскопомъ, то онъ представится намъ состоящимъ изъ массы тонкихъ волоконъ, соединенныхъ между собою нѣжной соединительной тканью въ пучки, т. н. нервы. Эти волокна никогда не сливаются между собою, а только прилегаютъ одно къ другому и совершенно отдѣльно идутъ къ центру. Такимъ образомъ, каждая точка тѣла имѣетъ особое нервное волокно, соединяющее ее съ черепнымъ или спиннымъ мозгомъ.

Каждое нервное волокно состоитъ изъ такъ называемаго осевого цилиндра и его оболочки. Осевого цилиндра представляетъ существенную, собственно нервную часть волокна и состоитъ изъ тончайшихъ нитей, между которыми расположено небольшое количество зернистаго вещества. Осевого цилиндра окруженъ свѣтлой безструктурной оболочкой (Шванновской оболочкой). Кромѣ того между этой оболочкой и осевымъ цилиндромъ у нѣкоторыхъ волоконъ находится еще мякотное влагалище или мякоть нервного волокна. Каждое нервное волокно начинается въ центрѣ, въ нервной клѣткѣ. Эти клѣтки имѣютъ весьма разнообразную форму: овальную, звѣздчатую, пирамидальную и др. Онѣ обыкновенно снабжены нѣсколькими отростками, изъ которыхъ одинъ, два или три переходятъ въ нервныя волокна, идущія или къ периферическимъ органамъ, или соединяющія нервныя клѣ-

тки между собою. Тѣ части мозга, гдѣ клѣтки скопляются въ большомъ количествѣ, имѣютъ сѣроватый цвѣтъ и называются сѣрымъ веществомъ. Въ противоположность этому мѣста, гдѣ преобладаютъ нервныя волокна, имѣютъ бѣлый цвѣтъ и носятъ названіе бѣлаго вещества.

Нервныя волокна имѣютъ различное назначеніе и раздѣляются поэтому на чувствительныя (или центростремительныя) и двигательныя (или центробѣжныя). Если трогать какую-нибудь точку на наружной поверхности тѣла, то это раздраженіе сообщается мозгу чувствительнымъ нервнымъ волокномъ, проводящимъ отъ периферіи по направленію къ центру. Съ другой стороны, если желаемъ пошевелить, на примѣръ, пальцемъ, то воля дѣйствуетъ на двигательное волокно, передающее этотъ позывъ той или другой мышцѣ; эти послѣднія волокна проводятъ отъ центра къ периферіи. Если перерѣзать чувствительный нервъ, то извѣстная область тѣла потеряетъ чувство, т. е. не въ состояніи передавать раздраженіе мозгу; поврежденіемъ-же двигательнаго нерва прекращается возможность произвольнаго движенія, т. е. воля не въ состояніи передаваться мышцамъ. Такое состояніе называется параличемъ.

1) **Черепной мозгъ.** Онъ лежитъ въ черепной полости и окруженъ 3-мя оболочками.

а) Твердая оболочка непосредственно прилегаетъ къ черепнымъ костямъ и замѣняетъ собою надкостницу.

б) Паутинная оболочка прилегаетъ къ внутренней поверхности твердой.

в) Мягкая оболочка прилегаетъ тѣсно къ поверхности мозга и входитъ во всѣ углубленія и полости его; она содержитъ сосуды, питающіе мозгъ.

Самъ мозгъ раздѣляется на 3 части: большой мозгъ, мозжечекъ и продолговатый мозгъ.

Большой мозгъ занимаетъ верхнюю и переднюю часть всего органа и состоитъ изъ двухъ полушарій, раздѣленныхъ глубокою продольною щелью. Поверхность мозга неровна, представляетъ множество плоскихъ возвышеній, извилинъ и бороздокъ. Въ большомъ мозгу сосредоточиваются всѣ высшія умственныя способности; поэтому у животныхъ онъ тѣмъ менѣе развитъ, чѣмъ ниже ступень, на которой животное стоитъ.

Мозжечекъ занимаетъ заднюю черепную впадину, на поверхности своей также представляетъ извилины и бороздки; онъ служитъ для согласованія движеній тѣла; при поврежденіи его движенія совершаются въ безпорядкѣ, нецѣлесообразно.

Продолговатый мозгъ, цилиндрической формы, лежитъ на наклонной плоскости тѣла основной кости, проходитъ черезъ большую затылочную дыру и продолжается въ спинной мозгъ. Онъ

управляет преимущественно дыхательными движениями и сокращениями сердца.

Изъ черепного мозга происходят 12 паръ нервовъ, которые отчасти принадлежатъ къ чувствительнымъ, какъ напр., обонятельный, зрительный, слуховой нервъ, отчасти къ двигательнымъ, какъ напр., личной, подъязычный нервъ. Всѣ они выходятъ изъ полости черепа черезъ отверстія, находящіяся у основанія черепа, и развѣтвляются въ мягкихъ частяхъ головы.

2) **Спинной мозгъ** есть продолженіе черепного мозга, лежитъ въ позвоночномъ каналѣ, имѣетъ цилиндрическую форму и простирается до поясничныхъ позвонковъ, въ каналѣ которыхъ онъ распадается на нѣсколько нервныхъ пучковъ. Онъ окруженъ продолженіемъ мозговыхъ оболочекъ. По передней и задней сторонѣ спинного мозга находятся передняя и задняя продольная борозды, раздѣляющія весь органъ на правую и лѣвую половины. Въ срединѣ той части спинного мозга, которая соединяетъ обѣ половины между собою, проходитъ сверху до низу тонкій спинно-мозговой каналъ, наполненный прозрачною жидкостью. Изъ спинного мозга выходятъ съ обѣихъ сторонъ 31 пара спинныхъ нервовъ; они начинаются двумя корешками, переднимъ двигательнымъ и заднимъ чувствительнымъ, сливающимися въ межпозвоночномъ отверстіи въ одинъ пучекъ, содержащій поэтому и двигательныя и чувствительныя волокна. Нервы эти выходятъ изъ позвоночнаго канала и распространяются по всѣмъ произвольнымъ мышцамъ и по кожѣ. Въ мышцы, конечно, поступаютъ двигательныя, а въ кожу чувствительныя волокна. Спинные нервы толще всего въ областяхъ, соответствующихъ верхнимъ и нижнимъ конечностямъ. Здѣсь нѣсколькими сосѣдними нервами образуются сплетенія, изъ которыхъ происходятъ большіе нервные стволы, идущіе къ конечностямъ. Такъ мы различаемъ плечевое и крыльцовое сплетеніе для верхнихъ конечностей, а поясничное и сѣдалищное для нижнихъ. Самъ спинной мозгъ состоитъ, главнымъ образомъ, изъ бѣлаго вещества, содержащаго нервныя волокна, соединяющія спинные нервы съ черепнымъ мозгомъ. Они служатъ проводниками отъ центра къ окружности и наоборотъ. Кромѣ того середина спинного мозга состоитъ изъ сѣраго вещества, содержащаго нервныя клѣтки. Сѣрое вещество расположено вокругъ спинно-мозгового канала. На разрѣзѣ оно имѣетъ видъ фигуры, напоминающей букву **H**. Клѣтки сѣраго вещества связаны между собою при помощи отростковъ, вслѣдствіе чего раздраженіе одного центростремительнаго волокна можетъ сообщаться другому центробѣжному. Если вдругъ уколотъ любую точку кожи, напр. палецъ, то тотчасъ-же совершается быстрое движеніе, т. е. сокращеніе мышцъ. Такое движеніе называется рефлексорнымъ движеніемъ, а сложный процессъ, вызывающій его, рефлексомъ или рефлексорною

дѣятельностью нервныхъ центровъ. Рефлекторное движеніе происходитъ слѣдовательно такимъ образомъ, что чувствительное нервное волокно передаетъ раздраженіе чувствительной нервной клѣткѣ сѣраго вещества. По отросткамъ клѣтки нервное возбужденіе переходитъ на двигательную клѣтку, изъ которой оно передается въ двигательное нервное волокно, оканчивающееся въ мышцѣ. Такіе рефлексы совершаются во всѣхъ первыхъ клѣткахъ не только спинного, но и головного мозга и симпатической нервной системы. Кромѣ рефлекторныхъ движеній, происходятъ еще другія рефлекторныя явленія. Самое важное рефлекторное явленіе это рефлекторное отдѣленіе сока какой-нибудь железы. Въ этомъ случаѣ возбужденіе чувствительнаго нерва передается при помощи центральныхъ клѣтокъ не на двигательный, но на отдѣлительный нервъ.

Вся рефлекторная дѣятельность совершенно не произвольна, но нѣкоторые рефлексы мы въ состояніи задержать своей волей. Это объясняется такимъ образомъ, что чувствительныя и двигательныя клѣтки также связаны съ центрами головного мозга.

3) **Симпатическая или узловая нервная система.** Всѣ до сихъ поръ разсмотрѣнные нервы, такъ называемые черепно-спинные нервы, развѣтвляются или въ мышцахъ или въ кожѣ и завѣдуютъ отправленіями животной жизни. Сюда относятся произвольныя движенія, всякія ощущенія, умственная дѣятельность и т. п. Отправленіями растительной жизни, не подлежащей нашей волѣ, завѣдуетъ симпатическая нервная система. Всѣ внутренніе органы (кровообращенія, пищеваренія, выдѣленія и др.) функціонируютъ подѣ влияніемъ этой нервной системы. Эта узловая, симпатическая или сочувственная или растительная нервная система состоитъ изъ многочисленныхъ нервныхъ узловъ.

Главный рядъ этихъ узловъ лежитъ по обѣимъ сторонамъ позвоночника на передней его сторонѣ; они соединены между собою нервными нитями и называются пограничными шнурками сочувственнаго нерва или большимъ симпатическимъ нервомъ. Въ связи съ нимъ находятся многочисленныя симпатическія нервныя сплетенія. Очень важны сплетенія, окружающія всѣ кровеносные сосуды и входящія вмѣстѣ съ ними во всѣ органы. Волокна ихъ идутъ къ гладкимъ мышцамъ сосудовъ. Отъ нихъ, слѣдовательно, зависитъ степень сокращенія сосудовъ, другими словами, степень наполненія сосудовъ кровью. Такъ какъ всѣ органы получаютъ матеріалъ для своего питанія, для обмѣна веществъ, черезъ кровь, то понятно, что питаніе всего организма регулируется именно этими нервами. Изъ другихъ сплетеній важны: сердечное сплетеніе, легочное сплетеніе и чревное или солнечное сплетеніе. Къ симпатическимъ сплетеніямъ примѣшиваются также вѣточки нѣкоторыхъ спинно-мозговыхъ нервовъ.

Отъ симпатическихъ нервовъ зависятъ отдѣленія всѣхъ пищеварительныхъ соковъ; они вызываютъ червовидное движеніе кишекъ и сокращеніе сердца; они дѣйствуютъ на выдѣленіе приготовленныхъ къ изверженію веществъ; наконецъ, вліяніемъ своимъ на сосуды наружной кожи, они усиливаютъ или задерживаютъ испареніе и потерю тепла черезъ кожу; отъ нихъ поэтому зависитъ постоянство температуры нашего тѣла. Всѣ эти нервы дѣйствуютъ совершенно произвольно и черепно-спинная система только косвеннымъ образомъ имѣетъ вліяніе на сосудистую систему.

Органы размноженія.

Мы знаемъ, что каждое живое существо происходитъ не иначе какъ изъ подобнаго себѣ самому существа, и что способность размножаться является въ каждомъ организмѣ съ достиженіемъ извѣстной зрѣлости. Органы, предназначенные для воспроизведенія новаго поколѣнія, называются половыми. Строеніе и отправление мужскихъ половыхъ органовъ съ акушерской точки зрѣнія почти не имѣетъ никакого значенія. Поэтому мы рассмотримъ только женскіе половые органы, изъ которыхъ нѣкоторые отдѣлы, принимающіе непосредственно участіе въ актѣ родовъ, получили названіе дѣтородныхъ частей.

Половые органы раздѣляются на наружныя и внутреннія; къ наружнымъ половымъ органамъ принадлежатъ: 1) лобокъ, большія дѣтородныя губы съ уздечкою и промежностью; 2) малыя губы съ клиторомъ; 3) дѣвственная плева.

Кромѣ того описываются вмѣстѣ съ наружными половыми органами грудныя (или молочныя) железы, имѣющія очевидную связь съ половыми органами. Онѣ извѣстны тоже подъ названіемъ прибавочныхъ половыхъ органовъ.

Къ внутреннимъ относятся: 1) влагалище; 2) матка; 3) яичники съ яйцепроводами.

Грудныя железы. *Mammae*.

Груди полусферовидныя, покрытыя нѣжною кожей, железистыя органы, лежащія на передней поверхности грудной клѣтки между 3 и 7 ребромъ. Вершина каждой груди имѣетъ желтоватое или розоватое пятно, называемое сосковымъ кружкомъ. Посрединѣ сосковаго кружка находится сосокъ, длиною около одного сантиметра. Соски направлены немного кнаружи и весьма чувствительны, равно какъ и околососковый кружекъ: даже отъ легкаго прикосновенія сосковый кружекъ морщится, соски выступаютъ сильнѣе надъ поверхностью груди, что зависитъ отъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, расположенныхъ въ кожѣ. Важ-

нѣйшую часть груди составляютъ грудныя железы, состоящія каждая изъ 12—20 долекъ. Каждая долька имѣетъ тонкій каналъ или протокъ, проходящій въ сосокъ и оканчивающійся на вершинѣ соска небольшимъ отверстіемъ. Молочныя железы окружены богатой жиромъ соединительной тканью. Обѣ груди отдѣляются другъ отъ друга углубленіемъ, которое называется пазухой.

Если прослѣдить одинъ изъ молочныхъ протоковъ отъ устья его внутрь, то увидимъ, что онъ подъ сосковымъ кружкомъ образуетъ значительное расширеніе, млечный мѣшечекъ, а потомъ древовидно развѣтвляется на мелкія вѣточки. Дальнѣйшее устройство этихъ вѣточекъ неодинаково, смотря по возрасту женщины: у незрѣлой (невозмужалой) дѣвушки развѣтвленія не многочисленны и оканчиваются наглухо мѣшечками; послѣ возмужалости число развѣтвленій увеличивается и появляются небольшіе, незамѣтные для глазъ пузырьки, которые во время беременности появляются въ большомъ количествѣ какъ на концахъ, такъ и на всемъ протяженіи и на развѣтвленіяхъ млечныхъ протоковъ. Эпителій железистыхъ пузырьковъ однослойный, низкій, цилиндрической. Эти пузырьки, окруженные мельчайшими (волосными) сосудами, вырабатываютъ изъ крови молоко и изливаютъ его въ развѣтвленія молочныхъ протоковъ. Отсюда молоко проходить въ молочные мѣшечки и устья протоковъ, лежащія на вершинѣ сосковъ.

Иногда, вслѣдствіе неправильнаго развитія, число груди увеличиваются и эти придаточныя груди иногда помѣщаются на животѣ или подъ мышками; обыкновенно-же мы ихъ встрѣчаемъ, въ видѣ маленькихъ возвышеній, недалеко въ окружности нормальныхъ груди. Послѣ родовъ онѣ могутъ припухать и отдѣлять молоко.

Наружные половые органы.

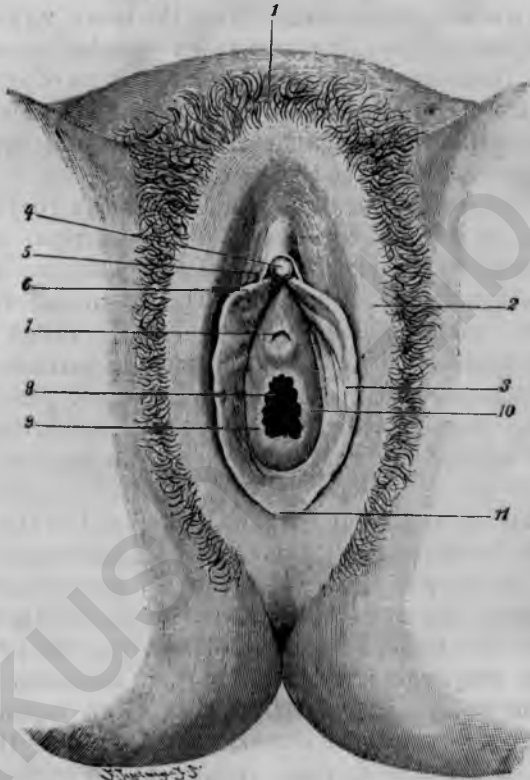
Лобокъ (*mons pubis* или *mons veneris*). Наружная поверхность лоннаго соединенія покрыта толстымъ слоемъ жировой кѣлѣчатки, которая образуетъ покрытое кожей возвышеніе, получившее названіе лобка. Въ возмужаломъ возрастѣ онъ покрытъ волосами.

Отъ лобка книзу и кзади идутъ двѣ толстыя складки кожи, большія дѣтородныя губы (*labia majora pudendi*). Наружная поверхность ихъ покрыта волосами: на внутренней поверхности кожа весьма тонкая, нѣжная, свѣтло-краснаго цвѣта, болѣе похожа на слизистую оболочку. Въ дѣвственномъ состояніи большія губы прилегаютъ другъ къ другу и образуютъ дѣтородную щель или половую расщелину (*rima pudendi*). Кзади губы переходятъ въ кожу промежности, но внутреннія поверхности ихъ сзади соединены посредствомъ полулунной тонкой складки,

называемой уздечкою или заднею спайкою (frenulum). Позади уздечки находится небольшое углубление, ладьеобразная ямка (fossa navicularis).

Малыя дѣтородныя губы (labia minora pudendi) лежатъ между большими; онѣ представляются въ видѣ двухъ нѣжныхъ красноватыхъ складокъ, поднимающихся на внутренней поверхности большихъ губъ. Сзади онѣ начинаются близъ середины

Рис. 20.



1—лобокъ, 2—большія дѣтородныя губы, 3—малая дѣтородная губа, 4—клиторъ. 5—крайняя плоть клитора, 6—уздечка клитора, 7—отверстiе мочеиспускательнаго канала, 8—входъ въ рукавъ. 9—дѣвственная плева, 10—отверстiе выводящаго протока Бартолиновой железы, 11—задняя спайка.

большихъ губъ; верхній переднiй конецъ ихъ раздѣляется на двѣ складки съ каждой стороны; верхнiя складки сливаются между собою надъ находящимся здѣсь возвышенiемъ, клиторомъ; нижнiя складки прикрѣпляются къ нижней поверхности этого возвышенiя; верхнiя складки называются крайнею плотью клитора (praeputium clitoridis), нижнiя его уздечкою (frenulum clitoridis). У рожавшихъ малыя губы выстоятъ изъ-за боль-

шихъ, теряютъ свой нѣжный видъ, дѣлаются болѣе жесткими, сѣрвато-бурыми.

Клиторъ (*clitoris*), или похотникъ, есть небольшое цилиндрическое тѣло, наружный конецъ котораго виденъ между складками малыхъ губъ. При внѣшнемъ раздраженіи онъ способенъ увеличиваться и напрягаться вслѣдствіе того, что кровь вливается въ большомъ количествѣ въ губчатую ткань его, представляющую массу скважинъ или пещерокъ. Закругленный конецъ клитора называется его головкою.

Преддверіемъ влагалища (*vestibulum vaginae*) называется пространство, представляющеея зрѣнію, если раздвинуть малыя губы. Нижняя часть этого пространства образуется ладьеобразною ямкою. Въ преддверіе открываются мочеиспускательный каналъ и влагалище. Влагалище отграничивается отъ преддверія дѣвственной плевою.

Отверстіе мочеиспускательнаго канала (*orificium urethrae*) лежитъ на $1\frac{1}{4}$ —2 сантиметра ниже клитора; оно окружено довольно плотнымъ валикомъ, по которому можно отысцать его однимъ осязаніемъ безъ помощи глазъ. Если ввести палецъ во влагалище, то мы замѣчаемъ на передней стѣнкѣ его, позади лоннаго соединенія, продольное возвышеніе, толщиною въ мизинецъ, начинающееся отъ описаннаго валика. Это возвышеніе есть мочеиспускательный каналъ (*urethra*), покрытый стѣнками влагалища и идущій въ видѣ короткой дуги вверхъ къ мочевому пузырю.

Входъ во влагалище (*introitus vaginae*), окруженный кольцевидною сжимающею мышцею, соединяющеюся непосредственно со сфинктеромъ задняго прохода у дѣвственницъ отчасти закрытъ тонкою перепонкою, дѣвственною плевою (*Hymen*). Она обыкновенно имѣетъ форму кольца, съ отверстіемъ посрединѣ, иногда полулунной складки, рѣдко заслонки съ нѣсколькими небольшими отверстіями. При соитіи эта перепонка разрывается на одномъ или на нѣсколькихъ мѣстахъ. Послѣ родовъ она отчасти разрушается, такъ что остаются отдѣленные другъ отъ друга возвышенія, которыя называются муртовидными сосочками (*carunculae myrtiformes*).

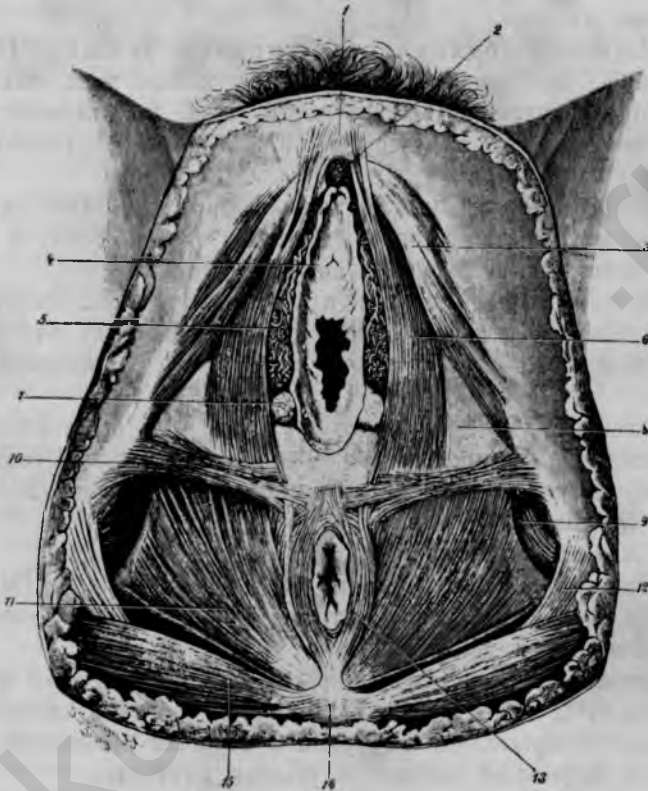
Внутренняя поверхность большихъ и малыхъ губъ имѣетъ салныя железки, выдѣляющія жировое вещество. При недостаткѣ чистоплотности оно застаивается въ складкахъ и образуетъ сѣрватые пленки, которыя, впрочемъ, легко стираются или смываются.

Въ задней трети большихъ губъ находится по одной железѣ, величиною съ миндалину, Бартолиновы железы (*glandulae Bartholini*), выводящія протоки которыхъ открываются въ задней боковой части преддверія. Эти протоки нерѣдко засоряются, задерживаютъ выдѣляемую железами слизь; железы при этомъ

представляются въ видѣ кругловатыхъ опухолей, которыя могутъ перейти въ нагноеніе.

Промежностью (perineum) называется область, находящаяся между нижними концами влагалища и прямой кишки, которые книзу расходятся; поэтому она имѣетъ на передне-заднемъ раз-

Рис. 21.



Промежность женщины послѣ удаленія кожи и поверхностной фасціи: 1—связка клитора, 2—головка клитора, 3—сѣдалищно-пещеристая мышца, 4—отверстіе мочеиспускательнаго канала, 5—пещеристыя тѣла преддверія, 6—сжиматель входа въ рукавъ. 7—Бартолинова железа. 8—фасція промежности, покрывающая глубокую промежностную мышцу, 9—запирательная мышца, 10—поверхностная поперечная мышца промежности, 11—мышца поднимающая прямую кишку, 12—крестцово-бугровая связка, 13—сфинктеръ задняго прохода, 14—копчикъ, 15—большая ягодичная мышца.

рѣзѣ трихугольную, клиновидную форму. Она выполнена мышцами, жировою клѣтчаткою и покрыта тонкою кожей. Снаружи границы промежности образуются спереди заднею спайкою большихъ губъ, сзади заднимъ проходомъ. Промежность закрываетъ нижнее отверстие таза и служитъ опорою для всѣхъ внутренностей тазовой полости. Она обладаетъ большою эластичностью и потому

способна выдерживать значительное растяжение, какъ это требуется, напримѣръ, во время родовъ.

Послѣ разрыва промежности входъ во влагалище зияетъ и стѣнки влагалища начинаютъ опускаться и выпадать.

За заднимъ проходомъ находится заднепроходная область.

Мышцы тазоваго дна. Подъ кожей и подкожной жировой клетчаткой заднепроходной и промежностной области находятся слѣдующія мышцы.

1) Мышца, поднимающая прямую кишку (*Musculus levator ani*). Это основная мышца дна малаго таза, направляющаяся отъ внутренней поверхности таза къ нижнему отдѣлу прямой кишки и къ верхушкѣ копчика. Она окружаетъ влагалище съ боковъ.

2) Мышца, сжимающая задній проходъ. Она окружаетъ задній проходъ въ видѣ кольца (*Musculus sphincter ani*) и препятствуетъ выходу газовъ и кала изъ кишки,

3) Поперечныя мышцы промежности (*M. transversi perinei*) глубокая и поверхностная. Каждая изъ нихъ отходитъ отъ сѣдалищной кости и соединяется въ срединѣ съ мышцей другой стороны.

4) Сжиматель входа въ рукава (*M. constrictor cunni*). Онъ представляетъ продолженіе мышцы, сжимающей задній проходъ, окружаетъ входъ во влагалище и переходитъ въ области клитора въ тазовую фасцію.

5) Сжиматель мочеиспускательнаго канала.

6) Парная сѣдалищно-пещеристая мышца (*M. ischio-cavernosus*), идущая отъ внутренней поверхности восходящей вѣтви сѣдалищной кожи къ клитору.

Мышечное тазовое дно покрыто сверху тазовой фасціей (*fascia pelvis*), состоящей изъ крѣпкой соединительной ткани. Послѣдняя покрыта съ внутренней стороны брюшиной. Между брюшиной и фасціей находится рыхлая клетчатка.

Внутренніе половые органы.

Къ внутреннимъ дѣтороднымъ органамъ относятся:

1) Влагалище, 2) матка съ ея связками, 3) яйцепроводы и яичники. (См. рисун. 22 и 24).

Влагалище. *Vagina*.

Влагалищемъ называется полый органъ, идущій отъ преддверія вверхъ до матки. Оно идетъ дугообразно по оси таза, сплющено спереди назадъ, такъ что представляетъ двѣ стѣнки: переднюю и заднюю; передняя стѣнка болѣе короткая, но зато болѣе богатая складками, чѣмъ задняя, которая длиннѣе и

толще. Обыкновенно стѣнки влагалища прилегаютъ другъ къ другу, при чемъ просвѣтъ его на поперечномъ разрѣзѣ похожъ на букву Н. Длина всего влагалища отъ 8 до 10 сант. Мѣсто перехода преддверія во влагалище называется входомъ или устьемъ влагалища. Верхняя мѣшкообразная часть влагалища называется сводомъ; она обхватываетъ нижнюю часть матки; спереди сводъ прикрѣпляется къ маткѣ ниже, чѣмъ сзади, отчего задняя часть свода представляется болѣе глубокой.

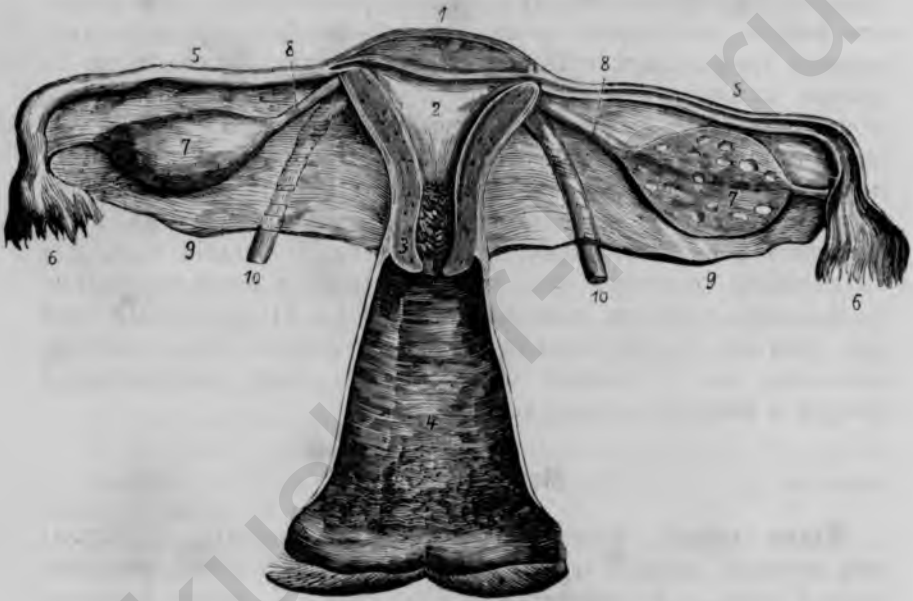
Спереди влагалище прилегаетъ къ мочеиспускательному каналу и къ нижней части мочевого пузыря; сзади — къ прямой кишкѣ, отъ которой внизу оно отдѣляется на вѣкоторомъ пространствѣ небольшимъ трехугольнымъ промежуткомъ, состоящимъ изъ мышцъ, покрытымъ кожей и называемымъ промежностью; верхняя треть задней стѣнки влагалища также не соединена съ прямою кишкою, а покрыта брюшиною. Стѣнки влагалища состоятъ изъ трехъ слоевъ: а) внутренней слой или слизистая оболочка образуетъ множество складокъ, которыя сильнѣе всего выражены на передней и задней стѣнкахъ. Слизистая оболочка влагалища покрыта многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, переходящимъ и на влагалищную часть матки. б) Средній слой, или мышечный, состоитъ изъ кольцевидныхъ и преимущественно продольныхъ гладкихъ мышечныхъ пучковъ; в) наружный слой есть рыхлая соединительная ткань, служащая для соединенія влагалища съ сосѣдними органами. Въ немъ развѣтвляются артеріи и многочисленные вены.

Матка. Uterus.

Матка полый органъ грушевидной формы, сплюснутый немного спереди назадъ, длиною около 8 сант., шириною около 4 сант. и толщиною въ $2\frac{1}{2}$ сант. У матки различаютъ переднюю (плоскую) и заднюю (выпуклую) поверхность и края: верхній и два боковыхъ. Верхняя, болѣе широкая часть матки называется дномъ (*fundus uteri*), средняя — тѣломъ (*corpus uteri*), а нижняя (сосковидная) называется шейкою (*cervix uteri*). Границею между тѣломъ и дномъ матки служить линія, мысленно проведенная между внутренними отверстиями Фаллопиевыхъ трубъ. Границею между тѣломъ матки и шейкой служитъ внутренній зѣвъ (*orificium internum*). Шейка въ свою очередь раздѣляется на 2 части: на лежащую выше прикрѣпленія влагалищнаго свода — надвлагалищная часть шейки, и на лежащую ниже сводовъ и свободно торчащую во влагалище — влагалищную часть (*portio vaginalis*). Внутри матки находится трехугольная полость, которая сообщается съ Фаллопиевыми трубами и влагалищемъ посредствомъ канала маточной шейки, который имѣетъ веретенообразную форму. Верхнее отвер-

стие канала маточной шейки называется внутреннимъ отверстиемъ или внутреннимъ зѣвомъ (*orificium internum*). Нижнее же отверстие, ограниченное передней и задней губами, называется наружнымъ отверстиемъ или наружнымъ зѣвомъ (*orificium externum*). Это отверстие у женщинъ нерожавшихъ имѣетъ видъ поперечно овальной или круглой ямки, а у рожавшихъ — поперечной щели. Равнымъ образомъ и вся маточная шейка у нерожавшихъ имѣетъ видъ заостреннаго книзу соска, конуса, а у рожавшихъ сосокъ этотъ или одинаково толстъ вверху и внизу (цилиндрической формы), или даже толще книзу.

Рис. 22.



Фронтальный (лобный) разрѣзъ черезъ внутренніе половые органы: 1—дно матки, 2—полость матки, 3—влагалищная часть, 4—влагалище, 5—яйцепроводы, 6—бахромки, 7—яичники, 8—яичниковыя связки, 9—широкія связки, 10—круглыя связки.

Длина канала матки равняется 7 сант, а толщина стѣнки 1,5—2,5 сант.

Вѣсъ нерожавшей, дѣвственной матки 40—50 грм., рожавшей 60—70 гр.

Матка состоитъ изъ трехъ слоевъ:

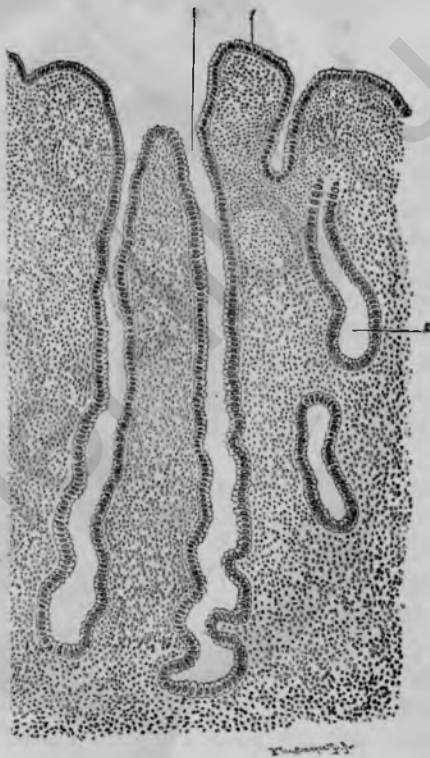
1) Внутренний слой или слизистая оболочка, въ которой находится множество трубчатыхъ железъ, отдѣляющихъ маточную слизь. Слизистая оболочка въ верхней части покрыта мерцательнымъ эпителиемъ. Въ каналѣ маточной шейки слизистая оболочка толще и образуетъ на передней и задней поверхности

канала косвенныя складки, соединяющіяся по средней линіи, такъ называемое древо жизни. Между этими складками лежатъ особенныя трубчатыя железки, которыя выдѣляютъ густую тягучую, прозрачную (какъ стекло) слизь, которая иногда застаиваясь растягиваетъ железки. Онѣ имѣютъ тогда видъ прозрачныхъ пузырьковъ, видныхъ около наружнаго зѣва матки и называются въ такомъ случаѣ Наботовыми яичками.

2) Средній или мышечный слой матки, самый толстый; состоитъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, идущихъ въ трехъ направленихъ: а) снаружи лежитъ самый тонкій слой мышцъ, идущій по длинѣ матки и переходящій на круглыя связки матки (*ligamenta rotunda*); б) средній, самый толстый, идетъ косвенно отъ обоихъ краевъ матки къ срединѣ, гдѣ пучки этого слоя переплетаются между собою; с) внутренній слой идетъ кольцеобразно въ поперечномъ направленіи и особенно развитъ около отверстій полости матки: внутренняго зѣва и Фаллопиевыхъ трубъ. Мускулы матки сильнѣе развиты въ верхней половинѣ тѣла матки, нежели въ нижней; меньше всего въ шейкѣ. Въ мышечномъ слоѣ матки развѣтвляется большое количество кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ.

3) Наружный слой матки состоитъ изъ брюшины, переходящей на матку со стѣнокъ таза. Спереди брюшина, покрывъ сперва мочевоу пузырь, переходитъ на матку на высотѣ внутренняго зѣва и образуетъ при этомъ переходѣ углубленіе, называемое переднимъ или пузырьно-маточнымъ пространствомъ. Сзади брюшина покрываетъ матку до мѣста прикрѣпленія къ ней задней стѣнки влагалища, переходитъ на верхнюю треть стѣнки влагалища и тогда только переходитъ на прямую кишку. Такимъ образомъ между маткой и прямой кишкой остается

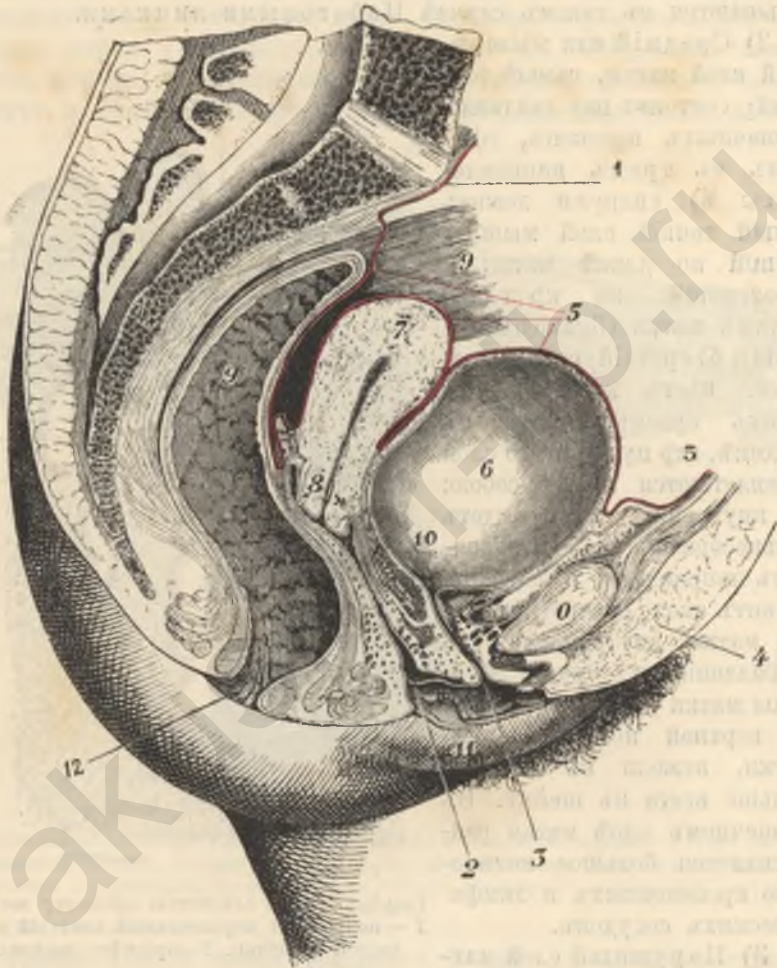
Рис. 23.



Разрѣзъ черезъ слизистую оболочку матки: 1 — покровный мерцательный эпителий слизистой оболочки, 2 — просвѣтъ железы. 3

болѣе значительное, чѣмъ спереди, углубленіе, называемое заднимъ или Дугласовымъ пространствомъ. Съ обѣихъ боковыхъ стѣнокъ таза брюшина направляется къ маткѣ въ видѣ большихъ похожихъ на крылья, складокъ, между пластинками

Рис. 24.



Расположеніе органовъ и брюшины въ женскомъ тазѣ: красная линия обозначаетъ брюшину, 1—мышь, 2—входъ во влагалище, 3—мочепускательный каналъ, 4—лобокъ, 5—брюшина, 6—пузырь, 7—матка, 8—влагалищная часть, 9—прямая кишка, 10—шейка пузыря, 11—большая губа, 12—задній проходъ.

которыхъ лежатъ яйцепроводы и яичники. Эти складки называются широкими маточными связками (*ligamenta lata*).

На маточномъ днѣ вблизи устья Фаллопиевыхъ трубъ начинаются круглыя маточныя связки, толщиною въ гусиное

перо; онѣ состоятъ изъ соединительной ткани и мышечныхъ волоконъ, идутъ между пластинками широкихъ маточныхъ связокъ косвенно кнаружи, направляются каждая по передней поверхности широкой связки къ паховому каналу своей стороны, пройдя черезъ который, прикрѣпляются вблизи лоннаго соединенія.

Небеременная матка вся помѣщается въ полости малаго таза. Дно ея доходить до уровня входа въ тазъ, наружный зѣвъ до ливнїи, соединяющей сѣдалищныя ости. Положеніе ея наклонено впередъ, такъ что дно ея смотреть вверхъ и впередъ, а влажлищная часть внизъ и взадъ.

Это положеніе матки однако не постоянное, такъ какъ она обладаетъ нѣкоторой подвижностью. Наполненный мочевой пузырь отодвигаетъ ее кзади и кверху, а при наполненіи прямой кишки она отходитъ въ противоположную сторону. При изслѣдованіи черезъ рукавъ легко поднять матку кверху. Подвижность матки обуславливается податливостью удерживающихъ ее связокъ и обильной рыхлой клѣтчаткой, связывающей тазовые органы между собою. Кромѣ уже названныхъ широкихъ маточныхъ и круглыхъ связокъ существуютъ еще крестцово-маточныя связки, направляющіяся отъ задней стѣнки шейки матки на уровнѣ внутренняго зѣва около прямой кишки до второго крестцоваго позвонка. Эти связки состоятъ изъ пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и заключены въ 2 складкахъ брюшины задняго Дугласова пространства.

Матка удерживается въ опредѣленномъ положеніи не только связками, но и ея брюшиннымъ покровомъ и окружающей ее клѣтчаткой. Брюшина переходитъ отъ задней верхней стѣнки мочевого пузыря на переднюю стѣнку матки. Передняя поверхность шейки связана съ пузыремъ тонкимъ слоемъ рыхлой клѣтчатки (см. брюшину рис. 24). Передній и задній листки широкой связки заключаютъ между собою тоже рыхлую клѣтчатку, черезъ которую проходятъ сосуды къ маткѣ. Эта клѣтчатка особенно богата развита въ основаніи широкихъ связокъ. Это такъ называемый параметрій (Parametrium), переходящій въ клѣтчатку тазовой стѣнки.

Фаллопиева труба, Tuba Fallopii.

Яйцепроводы или Фаллопиевы трубы имѣютъ видъ двухъ перепончатыхъ трубокъ, лежащихъ во входѣ таза въ верхнемъ краѣ широкихъ маточныхъ связокъ между ихъ пластинками. Онѣ идутъ къ боковымъ стѣнкамъ таза и образуютъ надъ яичниками поперечную дугу, обращенную вогнутостью внизъ. Внутренній или маточный конецъ ихъ начинается у угла матки. Въ этомъ мѣстѣ каналъ трубы сообщается съ полостью матки и здѣсь онъ

болѣе узокъ, чѣмъ наружный или брюшной конецъ, который имѣетъ видъ воронки; края этой воронки зазубрены и образуютъ бахромку. Длина трубы колеблется отъ 7—14 сантим. Яйцепроводы покрыты снаружи брюшиной (пластинками широкой маточной связки); средній слой ихъ состоитъ изъ гладкихъ (продольныхъ и кольцевидныхъ) мышцъ, а внутренній изъ слизистой оболочки. Она образуетъ массу продольныхъ складокъ и выстлана однослойнымъ цилиндрическимъ мерцательнымъ эпителиемъ.

Яичникъ. Ovarium.

Яичники парные органы, величиной отъ $2\frac{1}{2}$ — 5 сант. въ длину и отъ $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ въ ширину, кругловато-овальной, миндалевидной формы, сплюснутые спереди назадъ и лежащія на уровнѣ входа въ малый тазъ, по бокамъ матки, въ складкѣ задней пластинки широкихъ маточныхъ связокъ. На внутреннемъ концѣ яичника находится связка, посредствомъ которой яичникъ прикрѣпляется ко дну матки; эта связка называется яичниковою связкою (*Ligamentum ovarii proprium*).

Яичникъ состоитъ изъ 3 слоевъ изъ 1) эпителия, покрывающаго его поверхность, 2) коркового или паренхиматознаго слоя и 3) мякотнаго или сосудистаго слоя.

1) Эпителий яичника низкій, цилиндрическій. Онъ называется тоже зародышевымъ эпителиемъ, потому что изъ него происходятъ яйцевыя клѣтки.

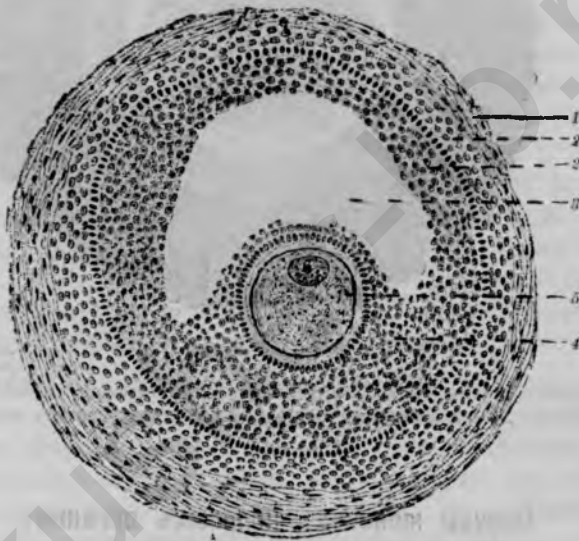
2) Корковый слой состоитъ изъ соединительно-тканной основы, въ которую заложены железистыя образованія — Граафовы пузырьки или фолликулы. Они наполнены серозной жидкостью, а стѣнка ихъ состоитъ изъ наружной оболочки (*theca folliculi*) соединительно-тканнаго строенія. За ней слѣдуетъ внутри зернистая оболочка (*membrana granulosa*), состоящая изъ нѣсколькихъ слоевъ эпителиальныхъ клѣтокъ (яйцевой эпителий). Въ одномъ мѣстѣ эта оболочка образуетъ выступъ въ полость пузырька (*cumulus proligerus*). Въ этомъ возвышеніи, образованномъ клѣтками зернистой оболочки, лежитъ яйцо. (См. рис. 25).

Яйцо величиною діаметромъ въ 0,2 милл., шаровидной формы, окружено прозрачною оболочкой (*zona pellucida*). Содержимое яйцевой клѣтки состоитъ въ раннемъ періодѣ ея развитія изъ протоплазмы, въ зрѣломъ состояніи изъ желтка, сильно преломляющаго свѣтъ. Въ желткѣ находится зародышевый пузырекъ съ зародышевымъ пятнышкомъ, соответствующими ядру и ядрышку клѣтки. Въ каждомъ яичникѣ взрослой женщины постоянно созрѣваютъ Граафовы пузырьки, поэтому они не оди-

наковой величины; болѣе крупныя или зрѣлыя расположены вблизи поверхности яичника, болѣе мелкія, а слѣдовательно менѣе зрѣлыя—болѣе къ срединѣ его.

Когда яичко совершенно созрѣетъ, Граафовъ пузырекъ лопается и яичко выступаетъ на свободную поверхность яичника, затѣмъ выступаетъ въ яйцепроводъ и въ матку. На мѣстѣ лопнувшаго пузырька остается кровоточащая впадина, которая заростая, превращается въ желтое тѣло яичника (*Corpus luteum*). Смотри по тому, послѣдуетъ ли послѣ разрыва Граафова пузырька

Рис. 25.



Граафовъ пузырекъ: 1—соединительно-тканная оболочка (*theca folliculi*), 2—зернистая оболочка (*membrana granulosa*), 3—жидкость пузырька (*Liquor folliculi*), 4—зародышевый бугорокъ (*Cumulus proligerus*), 5—яичко съ зародышевымъ пузырькомъ, заключающимъ зародышевое пятнышко.

беременность или нѣтъ, желтое тѣло яичника принимаетъ болѣе или меньшій объемъ; въ первомъ случаѣ оно называется истиннымъ желтымъ тѣломъ, а во второмъ ложнымъ.

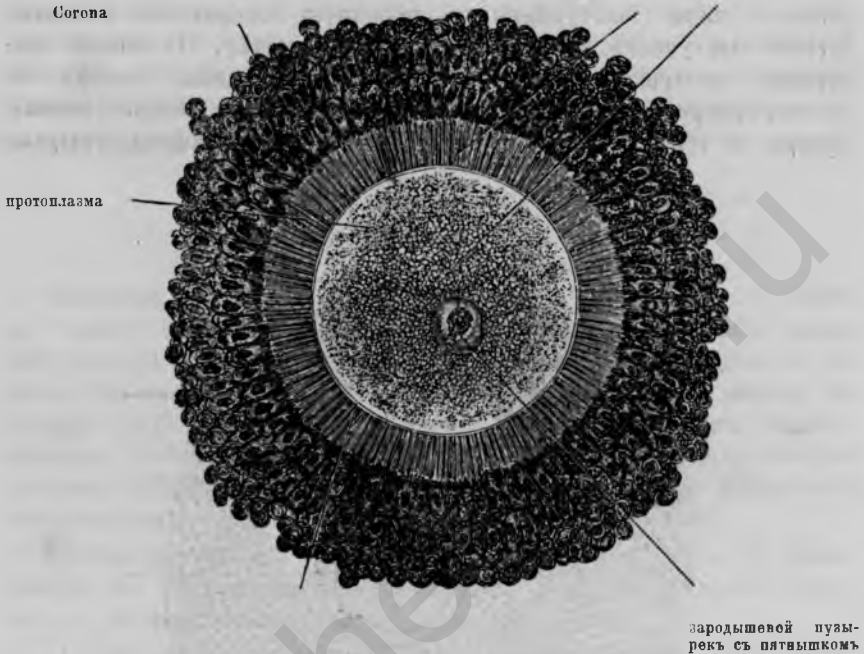
Разрывъ Граафовыхъ пузырьковъ происходитъ ежемѣсячно и сопровождается истеченіемъ крови изъ матки—менструація или мѣсячное очищеніе (регулы).

3) Мякотный или сосудистый слой яичника, богатый кровеносными сосудами, состоитъ изъ соединительной ткани, содержащей эластическія волокна. Рѣзкой границы между корко-

вымъ и мякотнымъ слоями нѣтъ, они постепенно переходятъ другъ въ друга.

Рис. 26.

Zona pellucida желтокъ



Болѣе подробное изображеніе микроскопическаго стросія чловѣческаго яйца:
1—желтокъ, 2—зародышевый пузырекъ съ зародышевымъ пятнышкомъ.

Сосуды женскихъ половыхъ органовъ.

Самые важные кровеносные сосуды женскихъ половыхъ органовъ слѣдующіе:

1) Внутреннія сѣмянныя артеріи. Лѣвая изъ нихъ беретъ свое начало изъ брюшной аорты немного ниже почечной артеріи, правая отходитъ отъ правой почечной артеріи, которая сама происходитъ изъ аорты. Онѣ спускаются въ тазъ перекрещиваясь съ мочеточниками и снабжаютъ кровью яичники, яйцепроводы и дно матки. Вѣточки ихъ анастомозируютъ (сообщаются) съ вѣточками маточной артеріи. Какъ внутреннія сѣмянныя артеріи такъ и всѣ артеріи внутреннихъ половыхъ органовъ имѣютъ сильно извилистый видъ. Этимъ объясняется ихъ растяжимость при наступленіи беременности.

2) Маточныя артеріи. Онѣ отходятъ слѣва и справа отъ подчревной артеріи. Каждая изъ нихъ проходитъ черезъ основаніе широкой связки въ поперечномъ направленіи къ маткѣ на

уровнѣ ея внутренняго зѣва, при этомъ она перекрещивается съ мочеточникомъ почти подъ прямымъ угломъ. На мѣстѣ перекрещиванія она раздѣляется на 2 вѣтви; нижняя изъ нихъ идетъ къ шейкѣ, верхняя къ тѣлу матки. Нижняя вѣтвь снабжаетъ кровью не только шейку матки но и верхнюю половину передней стѣнки влагалища. Верхняя и главная вѣтвь маточной артеріи направляется вверхъ по краю матки между листками широкой связки, отдавая вѣточки въ толщу стѣнки матки. Она раздѣляется наконецъ на 2 окончательныя вѣтви. Верхняя изъ нихъ идетъ къ яйцепроводу, нижняя анастомозируетъ съ вѣтвью внутренней сѣмянной артеріи.

3) Влагалищная артерія, отходящая отъ подчревной артеріи, питаетъ кровью влагалище.

4) Срамная артерія, происходящая тоже отъ подчревной артеріи, снабжаетъ кровью наружные половые органы. Изъ ея вѣтвей назовемъ: нижнюю геморроидальную артерію (къ области задняго прохода), промежностную артерію и глубокую и тыльную артерію похотника.

Всѣ артеріи половыхъ органовъ сопровождаются венами. Изъ внутреннихъ сѣмянныхъ венъ лѣвая вливается въ почечную вену, правая въ нижнюю полую вену. Какъ маточныя вены такъ и остальные вены таза отводятъ кровь въ подчревную вену. Вены таза образуютъ богатыя сплетенія вокругъ мочевого пузыря, влагалища, матки, яичниковъ, трубъ и прямой кишки.

Лимфатическіе сосуды половыхъ органовъ образуютъ въ нихъ густую сѣть, изъ которой лимфа вытекаетъ по 3 главнымъ путямъ. Изъ наружныхъ половыхъ органовъ и самаго нижняго отдѣла влагалища лимфатическіе сосуды идутъ къ паховымъ железамъ, лежащимъ въ паховомъ сгибѣ. Второй главный путь представляютъ нѣсколько (5—6) лимфатическихъ стволиковъ, собирающихъ лимфу изъ верхней части влагалища и шейки матки. Эти сосуды проходятъ черезъ параметрій и переходятъ въ подчревыя и подвздошныя железы (числомъ 2—4), лежащія около подчревной и наружной подвздошной артеріи. Третье главное теченіе беретъ свое начало изъ тѣла матки: 4—5 лимфатическихъ стволиковъ выходятъ изъ матки, проходятъ подъ яйцепроводомъ мимо яичника. Собравъ и изъ этихъ органовъ лимфу они направляются вверхъ по сѣмяннымъ сосудамъ къ (2—3) поясничнымъ лимфатическимъ узламъ, находящимся передъ нижней полой веной и брюшной аортой немного ниже почечныхъ сосудовъ. Между лимфатическими сосудами таза и паховыми железами существуетъ незначительное сообщеніе.

Кровеносные и лимфатическіе сосуды играютъ большую роль при разныхъ заболѣваніяхъ женскихъ половыхъ органовъ. Опушенія матки или перегибы ея тѣла кзади имѣютъ послѣдствіемъ

натяженіе или скручиваніе широкой связки. При этомъ оттокъ венозной крови и лимфы затрудняется въ сосудахъ, проходящихъ черезъ широкую связку. Образуется такъ называемая застойная гиперемія (полнокровіе), причѣмъ матка припухаетъ и увеличивается въ объемѣ вслѣдствіе переполненія сосудовъ и накопленія въ ея тканяхъ серозной жидкости. Опухоли, развившіяся въ маткѣ или яичникахъ тоже въ состояніи производить давленіе на тазовыя вены и лимфатическіе сосуды. Такимъ же образомъ дѣйствуетъ и матка, увеличенная вслѣдствіе беременности, какъ будетъ изложено ниже. Важно знать, что всякое давленіе легко производитъ разстройство въ оттоктѣ венозной крови, между тѣмъ какъ артеріи благодаря ихъ болѣе толстымъ стѣнкамъ и большему кровяному давленію въ нихъ легко противостоятъ давленію.

Всѣ инфекціозныя начала (микроорганизмы), попавшія во влагалище или матку во время беременности или родовъ, распространяются въ глубину организма по лимфатическимъ и венознымъ сосудамъ. При этомъ лимфатическіе узлы представляютъ преграды для проникновенія заразы въ организмъ. Таковую же роль они играютъ при злокачественныхъ новообразованіяхъ. Намъ теперь понятно, почему при рактѣ наружныхъ половыхъ органовъ припухаютъ паховыя железы, при рактѣ шейки матки подчревныя и подвздошныя узлы и при рактѣ тѣла матки или яичника поясничныя узлы.

Нервы женскихъ половыхъ органовъ.

По обилію нервовъ женскіе половыя органы занимаютъ первое мѣсто между органами человѣческаго организма. Большинство нервныхъ волоконъ принадлежитъ къ симпатическимъ нервамъ, которые, образуя многочисленные узлы и сплетенія, связаны многочисленными волокнами между собою.

Нервы яичника и яйцепровода происходятъ: 1) отъ почечнаго симпатическаго сплетенія (*plexus renalis*), находящагося между аортой и почечной артеріей и 2) изъ нижней части симпатическаго сплетенія аорты, находящагося немного выше мыса по обѣимъ сторонамъ аорты и состоящаго на каждой сторонѣ изъ 2 узловъ. Эти нервные узлы называются сѣмянными узлами (*ganglia spermatica*), отъ нихъ отходятъ сѣмянные сплетенія, сопровождающія сѣмянные сосуды.

Нервы матки. Сѣмянные узлы переходятъ въ большое маточное сплетеніе (*plexus uterinus magnus*), лежащее около мѣста дѣленія аорты. Продолженіе его представляютъ правое и лѣвое подчревное сплетеніе (*plexus hypogastricus*), обхваты-

вающія съ обѣихъ сторонъ прямую кишку и направляющіяся къ шейнымъ узламъ (*Ganglia cervicalia*). Эти узлы находятся по обѣимъ сторонамъ задняго влагалищнаго свода (Дугласова пространства). Всѣ названныя сплетенія снабжаютъ нервами матку, но самыми важными надо считать шейные узлы.

Кромѣ названныхъ сплетеній слѣдуетъ еще назвать сплетенія мочевого пузыря и прямой кишки.

Къ только что перечисленнымъ симпатическимъ нервамъ внутреннихъ половыхъ органовъ примѣшиваются спинномозговые нервы отъ 2—4 крестцоваго нерва. Вслѣдствіе этого половые органы подчиняются центрамъ спинного и головного мозга.

Наружные половые органы получаютъ многочисленные нервы отъ поясничнаго и сѣдалищнаго сплетенія спинно-мозговыхъ нервовъ. Это чувствительные нервы. Поэтому чувствительность наружныхъ половыхъ частей сильнѣе чѣмъ чувствительность влагалища и влагалищной части матки. Выше влагалищной части чувствительность опять усиливается. Чувствительные нервы внутреннихъ половыхъ органовъ проходятъ по волокнамъ, примѣшивающимся изъ крестцовыхъ нервовъ къ симпатическимъ сплетеніямъ. Роды протекаютъ безболѣзненно, когда спинной мозгъ гдѣ-нибудь перерѣзанъ.

Двигательные центры находятся въ поясничной части спинного мозга и въ продолговатомъ мозгу. Эти центры въ состояніи регулировать маточныя сокращенія. Кромѣ нихъ существуютъ центры въ большомъ маточномъ сплетеніи, въ шейныхъ узлахъ и въ самой стѣнкѣ матки. Эти центры дѣйствуютъ рефлекторно или автоматически. Рефлекторно могутъ быть вызваны сокращенія матки раздраженіемъ наружныхъ половыхъ частей, влагалища и женскихъ грудей.

Наконецъ существуютъ вѣроятно двигательные центры въ головномъ мозгу, такъ какъ извѣстно, что сокращенія матки могутъ быть вызваны психическими возбужденіями (испугомъ или волненіями).

Менструація. Menstruatio. Menses.

Менструація, (мѣсячныя, регулы), какъ признакъ созрѣванія яичка, обозначаетъ зрѣлость, возмужалость женщины. Въ нашемъ климатѣ она является въ первый разъ около 14—17 года жизни; повторяется черезъ правильные промежутки времени, періодически, среднимъ числомъ черезъ 4 недѣли, и продолжается отъ 3 до 5 дней. Въ рѣдкихъ случаяхъ первая менструація появляется очень рано, уже на 10—11 году или очень поздно на 21—25 году. Далѣе установлено, что жительницы городовъ начинаютъ раньше менструировать, чѣмъ дѣвушки, живущія въ деревняхъ. Боль-

шое вліяніє на первое появленіє мѣсячныхъ имѣть климатъ. Въ жаркомъ климатѣ регулы наступають уже между 11—14 годами.

У одной и той же женщины мѣсячныя повторяются обыкновенно черезъ одинаковое число дней, но нерѣдко наблюдаются колебанія въ предѣлахъ нѣсколькихъ дней. Кромѣ 28 дневнаго типа мѣсячныхъ, онѣ повторяются у другихъ женщинъ черезъ 21 день или черезъ 30 дней. Во всякомъ случаѣ наблюдается менструація у женщины только во время созрѣванія Граафовыхъ пузырьковъ и яичекъ (овуляціи). Во время беременности регулъ не бываетъ, потому что дѣятельность яичниковъ — овуляція — временно приостановлена. По той же причинѣ менструація отсутствуетъ у большей части женщинъ во время кормленія грудью. Послѣ вырѣзыванія яичниковъ — осклопленія — мѣсячныя тоже прекращаются. Съ другой стороны извѣстно, что овуляція наоборотъ можетъ существовать безъ менструаціи. Беременность наблюдается иногда у женщинъ, еще не менструировавшихъ; очевидно, что у нихъ, овуляція уже началась до появленія регулъ.

Менструальная кровь смѣшана со слизью и потому не свертывается. Количество ея бываетъ весьма различно, въ среднемъ эту потерю крови можно считать въ 100—200 грм. Мы считаемъ регулы слишкомъ обильными, когда онѣ продолжаются болѣе 5 дней, когда въ крови появляются свертки и когда замѣчается неблагоприятное вліяніє ихъ на общее состояніє женщины, т. е. начинающееся малокровіє.

Мѣстныя измѣненія въ половыхъ органахъ слѣдующія. Наружныя части слегка припухаютъ и дѣлаются полнѣе обыкновеннаго, влагалище и влагалищная часть разрыхлены, матка слегка увеличена, выдѣленіє слизи усиливается дня за 2—3 до начала регулъ вслѣдствіє утолщенія слизистой оболочки. Она немного отечна, железы ея увеличены и наполнены кровянистой слизью. Въ началѣ менструаціи сосуды переполнены (гиперемичны) и вскорѣ черезъ ихъ стѣнки начинаютъ выступать форменные элементы крови въ ткань и на поверхность слизистой оболочки. Въ другихъ мѣстахъ сосуды разрываются, образуются мелкія кровоизліянія въ слизистой и на ея поверхности, а вслѣдствіє этого поверхностные слои слизистой оболочки разрушаются. Такія же измѣненія происходятъ иногда и въ слизистой оболочкѣ трубъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ женщины во время регулъ чувствуютъ себя такъ-же хорошо, какъ и въ промежутки между кровями. Почти всегда наблюдается общее нерасположеніє, нервозность, блѣдность лица, темные круги около глазъ; кромѣ того вслѣдствіє прилива крови жженіє и тяжесть въ животѣ, давленіє въ крестцѣ, тянущія боли въ поясницѣ, набуханіє и болѣзненность грудей. Обыкновенно эти явленія бывають въ умѣренной степени, но нерѣдко они усиливаются и могутъ доходить съ одной сто-

роны до сильныхъ нервныхъ припадковъ, съ другой до невыносимыхъ болей.

Причиною страданій весьма часто бываетъ неразумный образъ жизни и уходъ во время регулъ. При усиленномъ приливѣ къ половымъ органамъ и общемъ недомоганіи, понятно нужно избѣгать во время регулъ всякаго напряженія и раздраженія, какъ физическаго, такъ умственнаго и нравственнаго. Продолжительная ѣзда, путешествія, усиленная ходьба, танцы, катанье на конькахъ, работа на швейной машинѣ, особенно ножной, сильное натуживаніе при испражненіяхъ, далѣе усиленное умственное занятіе, страхъ, испугъ, чтеніе возбуждающихъ книгъ, — все это вредно. Не надо даже забывать, что особенно вредною оказывается простуда во время регулъ.

Само собою разумѣется, что въ первое время появленія регулъ у молодыхъ дѣвицъ требуется особенное вниманіе и самый тщательный уходъ. При малѣйшей неправильности первымъ условіемъ для избѣжанія вредныхъ послѣдствій должно считать абсолютный покой, даже въ горизонтальномъ положеніи, въ первые 2—3 дня регулъ. Важную роль, конечно, играетъ и чистота. Публика большею частью еще считаетъ вреднымъ подмываніе, даже перемѣну бѣлья во время регулъ. Этому предразсудку нужно противодѣйствовать какъ только возможно. Подмыванія, у замужнихъ женщинъ даже влагалищныя спринцеванія, не только не вредятъ, но устраняють разлагающіяся выдѣленія, чѣмъ предупреждаются нѣкоторыя болѣзни матки и придаточныхъ органовъ. Жидкость для обмываній и спринцеваній, конечно, должна быть теплая, отъ 28—30 град. Реомюра; чѣмъ чаще мѣняются бѣлье и бинты или подвязки, тѣмъ лучше.

При правильномъ ходѣ жизни регулы повторяются приблизительно 30—35 лѣтъ подъ рядъ. Въ продолженіе 5 десятилѣтій онѣ кончаются. Это время называется климактерическимъ періодомъ или періодомъ увяданія. Онъ обыкновенно является не вдругъ: регулы сначала запаздываютъ, затѣмъ появляются черезъ нѣсколько мѣсяцевъ и, наконецъ, только исчезаютъ. Одновременно женщины обыкновенно страдаютъ приливами крови къ различнымъ органамъ (головѣ, сердцу и т. д.) и нервными явлениями. Этотъ періодъ продолжается иногда 1—3 года. Послѣ прекращенія менструаціи половые органы атрофируются. Влагалище становится меньше въ объемѣ, стѣнки его тоньше, складки слизистой оболочки исчезаютъ. Своды влагалища исчезаютъ, вслѣдствіе этого оно принимаетъ воронкообразную форму, суживающуюся кверху. Влагалищная часть матки тоже уменьшается въ объемѣ или исчезаетъ совершенно, такъ что маточный зѣвъ съ трудомъ отыскивается въ глубинѣ воронкообразнаго рукава. Сама матка, какъ и трубы и яичники, тоже уменьшается. На наружныхъ половыхъ частяхъ исчезаетъ жиръ, а въ грудяхъ желези-

стая ткань. Въ этомъ періодѣ у женщинъ нерѣдко появляются злокачественныя новообразованія, изъ которыхъ по важности первое мѣсто занимаетъ ракъ матки. Однимъ изъ первыхъ признаковъ этого тяжелаго заболѣванія являются кровотеченія. Поэтому очень важно, чтобы каждая женщина обратилась за врачебной помощью, у которой послѣ прекращенія регулъ въ климактерическомъ періодѣ вновь показывается кровь.

акusher-lib.ru

Часть II.

Беременность, роды и послѣродовой периодъ при правильныхъ условіяхъ.

ОТДѢЛЪ I.

Женскій тазъ въ акушерскомъ отношеніи.

Костный тазъ, какъ цѣлое, раздѣляется такъ называемою пограничною или безъимянною линіею на два отдѣла: на верхній обширный отдѣлъ или большой тазъ и на нижній отдѣлъ или малый тазъ, представляющій сравнительно узкій каналъ. Пограничная между ними линія образуется сзади — мысомъ, съ боковъ безъимянною линіею и спереди лоннымъ гребешкомъ и верхнимъ краемъ лоннаго сочлененія.

Большой тазъ образуется исключительно чешуями подвздошныхъ костей, составляющими его боковыя стѣнки; передней и задней стѣнки въ большомъ тазу нѣтъ; промежутки между подвздошными костями выполнены у живыхъ сзади двумя послѣдними поясничными позвонками и спереди переднею брюшною стѣнкою.

Малый тазъ, называемый тазовымъ или костнымъ родовымъ каналомъ, образуется сзади крестцовой костью и копчикомъ, сбоковъ и спереди тѣлами подвздошныхъ и всею внутреннею поверхностью сѣдалищныхъ и лонныхъ костей. Костныя стѣнки малаго таза не вездѣ сплошныя, а прерываются слѣдующими промежутками, выполненными у живыхъ мягкими тканями:

- 1) Большою сѣдалищною вырѣзкою, ограниченою снизу крѣпкою крестцово-остистою связкою, и
- 2) Малой сѣдалищной вырѣзкою, находящейся между остью и бугромъ сѣдалищной кости.
- 3) Овальнымъ или яйцевиднымъ, или запирательнымъ отверстіемъ, помѣщаемымъ на передней боковой стѣнкѣ таза.

4) На передней стѣнкѣ имѣется еще глубокая вырѣзка, называемая лонною дугою, верхушка которой образуется нижнимъ краемъ лоннаго сочлененія, а стороны—нисходящими лонными и восходящими сѣдалищными вѣтвями.

Тазовой каналъ открытъ сверху и снизу: въ немъ различаются 3 отдѣла:

1) Верхнее широкое отверстіе называется входомъ, очертаніе котораго совпадаетъ съ пограничною линіею и представляетъ поперечно-овальное или круглое сплошное костное кольцо.

2) Нижнее отверстіе, или выходъ, ограниченное спереди лонною дугою, съ боковъ сѣдалищными буграми, сзади сѣдалищно-крестцовыми связками и верхушкою копчика.

3) Пространство тазоваго канала, помѣщающееся между входомъ и выходомъ, составляетъ полость малаго таза, которая раздѣляется на верхній широкій отдѣлъ и нижній или узкій.

Размѣры таза.

Для опредѣленія величины таза и для сравненія ея какъ съ величиною другихъ тазовъ, такъ и съ размѣрами тѣла плода, необходимо знать разстояніе опредѣленныхъ точекъ таза другъ отъ друга; разстояніе ихъ, т. е. прямыя линіи между такими точками, называются размѣрами или діаметрами.

Размѣры большого таза. Хотя большой тазъ самъ по себѣ никогда не представляетъ какихъ-либо препятствій во время родовъ, тѣмъ не менѣе, намъ необходимо знать его размѣры именно потому, что по нимъ мы можемъ составить себѣ извѣстное понятіе о величинѣ и формѣ малаго таза. Наиболѣе важные размѣры его у живой женщины слѣдующіе:

1) Разстояніе между передними верхними подвздошными остями, передній поперечный діаметръ, равенъ 25—26 сантим.

2) Разстояніе между подвздошными гребешками, задній поперечный діаметръ, равенъ 28—29 сантим.

3) Разстояніе верхняго края лоннаго сочлененія отъ надкрестцовой ямки, помѣщающейся тотчасъ подъ остистымъ отросткомъ пятаго поясничнаго позвонка, прямой размѣръ, равенъ 20 сантим. Этотъ размѣръ называется наружною конъюгатою или размѣромъ Боделока.

4) Разстояніе между большими вертлугами = 30—31 сантим.

Размѣры малаго таза. Въ виду того, что малый тазъ не вездѣ одинаково широкъ, необходимо измѣрять каждую часть его отдѣльно. Мы различаемъ слѣдующіе діаметры.

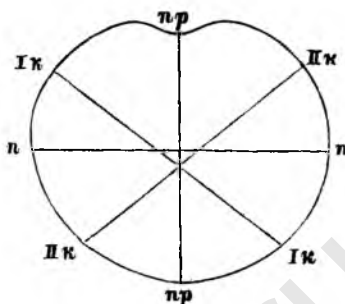
1) **Во входѣ:**

а) прямой размѣръ или истинная конъюгата, разстояніе мыса отъ ближайшей къ нему точки верхняго края лоннаго сочлененія, равенъ 11 сантим.;

б) поперечный размѣръ, между наиболѣе отдаленными другъ отъ друга точками безъимянной линіи, равенъ $13\frac{1}{2}$ сант.;

в) косые размѣры, отъ крестцово-подвздошнаго сочлененія одной стороны до лонно-подвздошнаго бугорка другой стороны, равенъ $12\frac{1}{2}$ сантим.; размѣръ, начинающійся справа сзади, называется первымъ или правымъ косымъ размѣромъ; другой, направляющійся слѣва сзади вправо и впередъ, называется вторымъ или лѣвымъ косымъ размѣромъ.

Рис. 27.



пр—прямой размѣръ и *п*—поперечный, *Iк*—первый косой, *IIк*—второй косой размѣръ.

2) Въ широкой части полости малаго таза:

а) прямой, отъ мѣста соединенія 2-го крестцоваго позвонка съ третьимъ до середины внутренней поверхности лоннаго сочлененія, равенъ $12\frac{1}{2}$ сант.;

б) поперечный между правою и лѣвою областью вертлужныхъ впадинъ, равенъ $12\frac{1}{2}$ сант.

в) косые размѣры, идущіе отъ верхняго края большой сѣдалищной вырѣзки къ верхней периферіи овальнаго отверстія противоположной стороны равны 13,5 сант.

3) Въ узкой части малаго таза:

а) прямой, отъ верхушки крестца до нижняго края лоннаго сочлененія, равенъ $11\frac{1}{2}$ сант.;

б) поперечный, разстояніе между сѣдалищными остами, равенъ $10\frac{1}{2}$ сант.

Послѣдній размѣръ самый короткій, поэтому и плоскость, ограниченная верхушкою крестца, сѣдалищными остами и верхушкою лонной дуги, называется узкою частью полости таза.

Конечными точками косыхъ размѣровъ полости малаго таза служатъ спереди оба овальныя отверстія, сзади обѣ большія сѣдалищныя вырѣзки, но такъ какъ эти части выполнены мягкими тканями, то величина косыхъ размѣровъ полости таза не постоянна, посему они и не могутъ имѣть практическаго значенія; во всякомъ случаѣ, они больше остальныхъ размѣровъ полости таза.

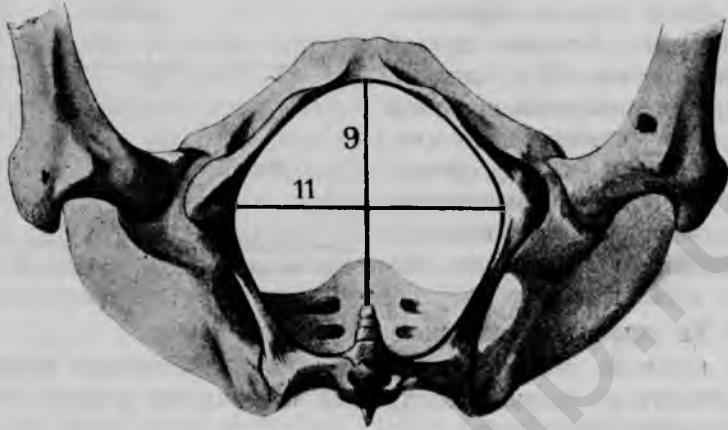
4) Въ выходѣ:

а) прямой, отъ верхушки копчика до нижняго края лоннаго сочлененія равенъ 9 с.; такъ какъ копчикъ подвиженъ, то при отклоненіи его во время родовъ кзади прямой размѣръ выхода увеличивается по крайней мѣрѣ на 2 сант. и равняется 11,5—12 сант.

б) поперечный размѣръ, между сѣдалищными буграми, равенъ 11 сант.

У живой женщины, кромѣ того, необходимо измѣрить еще одинъ весьма важный размѣръ, такъ назыв. наклонную или діагональную конъюгату, т. е. разстояніе мыса отъ нижняго

Рис. 28.



Нормальный тазъ снизу. Выходъ обозначенъ черной линіей.

края лоннаго сочлененія, равное 13 с. Этотъ размѣръ легко опредѣляется изслѣдующимъ пальцемъ; вычтя изъ полученной величины наклонной конъюгаты отъ $1\frac{1}{2}$ до 2 сант., мы получимъ величину прямого размѣра входа, т. е. истинную конъюгату.

Размѣры таза легче всего запоминаются по слѣдующей таблицѣ

	Прямой размѣръ.	Поперечный размѣръ.	Косой размѣръ.
Входъ таза.	11	13,5	12,5
Широкая часть полости таза	12,5	12,5	13,5
Узкая часть полости таза	11,5	10,5	—
Выходъ таза	11,5	11	—

Сравнивая всѣ поименованные размѣры малаго таза между собою, мы найдемъ, что въ маломъ тазу наибольшій размѣръ во входѣ поперечный, въ полости—косой и въ выходѣ—прямой. Изъ этого мы заключаемъ слѣдующее: для того, чтобы плодъ или его части могли удобно пройти черезъ тазовой каналъ, они должны помѣститься своими наибольшими размѣрами сперва въ поперечномъ или въ одномъ изъ косыхъ діаметровъ входа и затѣмъ,

пройдя полость таза, повернуться и, наконецъ, стать въ прямомъ размѣрѣ выхода.

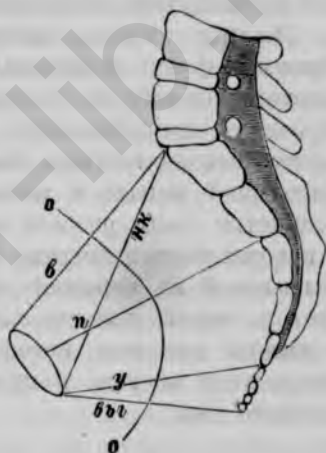
Высота таза спереди назадъ постепенно увеличивается; спереди, соотвѣтственно лонному сочлененію, она равна только 4 сант.; съ боковъ, отъ безъимянной линіи до сѣдалищныхъ бугровъ, равна 10 сант.; сзади же высота таза отъ мыса до верхушки копчика равняется 13 сант.

Кромѣ того, передняя стѣнка малаго таза пряма, задняя же изогнута кпереди, въ особенности въ нижней половинѣ. Соотвѣтственно этому и тазовой каналъ представляется не прямымъ, а искривленнымъ, въ чемъ мы можемъ убѣдиться, соединивъ между собою середины всѣхъ прямыхъ діаметровъ. При этомъ получимъ дугообразно искривленную линію, которая сначала направляется сверху спереди внизъ и взадъ; затѣмъ, на уровнѣ 3-го крестцовогаго позвонка, или что тоже самое, науровнѣ широкой части полости малаго таза она загибается сзади и сверху впередъ и внизъ. Эта кривая линія вполнѣ соотвѣтствуетъ кривизнѣ передней поверхности крестца и копчика и называется осью таза или проводною линіею, ибо она указываетъ то направленіе, по которому должно пройти вступившее въ тазъ тѣло плода. Соотвѣтственно этой же линіи, вводятся въ рукавъ пальцы, инструменты и маточное зеркало.

Наклоненіе таза. При стоячемъ положеніи женщины тазъ, поддерживаемый бедрами, помѣщается такимъ образомъ, что всѣ поперечные размѣры идутъ горизонтально; мысъ, однако, стоитъ приблизительно на 10 с. выше верхняго края лоннаго соединенія, а верхушка копчика нѣсколько выше нижняго края того-же сочлененія; вслѣдствіе этого, прямые размѣры располагаются въ разныхъ плоскостяхъ косо, сзади и сверху впередъ и внизъ. Такое положеніе таза называется наклоненіемъ его; оно тѣмъ больше, чѣмъ выше мысъ помѣщается надъ лоннымъ сочлененіемъ. Наклоненіе таза не всегда одинаково: оно измѣняется, смотря по положенію туловища: при вертикальномъ стоячемъ положеніи наклоненіе таза наибольшее и равняется приблизительно 60°, при положеніи же на спинѣ съ приподнятымъ крестцомъ оно наименьшее.

Отличіе женскаго таза отъ мужскаго. Такъ какъ назначеніе

Рис. 29.



Прямые размѣры: *в*—входа, *п*—полости, *у*—узкой части, *ввв*—выхода, *о*—ось таза, *нк*—наклонная конъюгата.

женскаго таза совершенно иное, чѣмъ мужскаго, то и строеніе перваго рѣзко отличается отъ строенія послѣдняго. Кости женскаго таза вообще тоньше, тазовой каналъ ниже и шире, чешуи подвздошныхъ костей лежатъ болѣе наклонно, крестецъ и копчикъ отодвинуты къзади, сѣдалищные бугры вывернуты нѣсколько кънаружи, разстояніе между ними больше, чѣмъ въ мужскомъ тазѣ, вслѣдствіе чего въ женскомъ тазѣ выходъ представляется расширеннымъ. Между тѣмъ, полость мужскаго таза суживается книзу воронкообразно; по той-же причинѣ лонная дуга мужскаго таза представляется заостренною, высокою и узкою. Въ женскомъ-же тазѣ, наоборотъ, она широка, низка и болѣе дугообразно изогнута. Строеніе и форма женскаго таза вообще весьма различны, что обуславливается отчасти индивидуальными, отчасти расовыми особенностями. Совершенно правильный изящный тазъ такое-же рѣдкое явленіе, какъ безукоризненно красивое лицо.

Мягкія ткани, выстилающія тазъ, измѣняютъ главнымъ образомъ форму и направленіе выхода. Мышцы промежности и тазового дна вмѣстѣ съ тазовой фасціей, описанныя на стр. 76. образуютъ прикрѣпленную къ тазовой стѣнкѣ воронку и закрываютъ выходъ костнаго таза снизу, пропуская только мочеиспускательный каналъ и влагалище спереди и прямую кишку къзади. Вслѣдствіе этого родовой каналъ направляется не книзу и къзади, а поворачивается впередъ и оканчивается въ половой щели, расположенной въ передней стѣнкѣ таза. Всякая часть тѣла плода, проходя черезъ полость таза, напираетъ на эластическія связки и мышцы дна таза, которыя и направляютъ ее къ половой щели, обращенной къпереди и книзу, а не къзади и книзу, какъ выходъ костнаго таза.

ОТДѢЛЪ II.

Ученіе о беременности.

Беременностью мы называемъ то время, въ теченіе котораго плодъ развивается въ утробѣ матери, и женщина, находящаяся въ такомъ состояніи, называется беременной. Беременность начинается зачатіемъ и кончается родами.

Зачатіе происходитъ слѣдующимъ образомъ. Послѣ разрыва Граафова пузырька яичко выходитъ изъ яичника и направляется черезъ Фаллопиеву трубу въ матку; мужское сѣмя, или вѣрнѣе находящіяся въ немъ сѣмянные нити, обладающія способностью совершать быстрыя движенія, попавъ въ рукавъ при половомъ сношеніи, направляются черезъ матку въ Фаллопиевы трубы на встрѣчу съ яичкомъ, достигая иногда яичника. Встрѣтившись гдѣ-либо на этомъ пути, обыкновенно въ трубѣ, съ женскимъ

яичкомъ, сѣмянныя нити проникають внутрь яичка и тѣмъ самымъ оплодотворяють его, т. е. даютъ ему толчекъ къ дальнѣйшему развитію.

Мужское сѣмя производится въ мужской сѣмянной железѣ—въ яичкѣ. Оно представляетъ густую жидкость блѣватаго цвѣта, особеннаго запаха и щелочной реакціи и содержитъ сѣмянныя нити или сперматозоиды (живчики). Сѣмянныя нити состоятъ изъ утолщеннаго конца головки и длинной тонкой части—хвостика. При помощи движеній своего хвостика онѣ передвигаются впередъ, проходя 2—3 миля. въ минуту. Онѣ долго сохраняють свою жизнеспособность въ щелочныхъ жидкостяхъ. Кислая реакція влагалищной слизи вредна ихъ жизнеспособности, а въ полости матки и въ трубѣ сперматозоиды сохраняють свои оплодотворяющія свойства въ теченіе 1—3 недѣль. При каждомъ совокупленіи выбрасывается около 200 миллионъ сѣменныхъ нитей, но для оплодотворенія яйца нужна только одна сѣмянная нить.

Оплодотворенное яичко, при нормальныхъ условіяхъ, проходитъ черезъ Фаллопиеву трубу въ матку, на что потребно приблизительно 10 дней. Попавъ въ матку, яичко застрѣваетъ въ складкахъ слизистой оболочки ея и развивается здѣсь въ теченіе приблизительно 280 дней или 40 недѣль, или 10 лунныхъ, или 9 солнечныхъ мѣсяцевъ *). Однако, продолжительность беременности не у всѣхъ женщинъ одна и та-же. что, быть можетъ, зависитъ отчасти отъ неодинаковой продолжительности менструальныхъ періодовъ у различныхъ женщинъ; случается именно довольно часто, что роды наступаютъ въ то время, когда 10-й разъ должны были бы быть мѣсячныя.

Если плодъ развивается въ маткѣ правильно, не разстраивая въ то же время значительно здоровье женщины, то такую беременность называемъ правильною и нормальною.

Явленія, которыя приходится наблюдать во время беременности, раздѣляются на слѣдующія 3 группы:

1) Развитие яичка, 2) измѣненія, совершающіяся въ половыхъ органахъ женщины, необходимыя для питанія плода, для акта родовъ и для кормленія младенца по его рожденіи, и 3), измѣненія въ остальныхъ органахъ женщины, обусловленныя беременностью.

Первое образованіе зародыша и его оболочень.

При оплодотвореніи одинъ живчикъ (сѣмянная нить) проникаетъ въ желтокъ яичка. Хвостикъ его исчезаетъ, а головка разбухаетъ и образуетъ сѣмянное или живчиковое ядро. Отъ соединенія послѣдняго съ ядромъ яичка образуется новое ядро. Съ этого момента начинается дальнѣйшее развитіе оплодотвореннаго яичка. При этомъ содержимое яичка дѣлится на двѣ шаровидныя части. Каждая половина дѣлится опять на двѣ части и т. д. Вслѣдствіе этого процесса, названнаго борожденіемъ, яйцо

*) Говоря о мѣсяцахъ беременности, мы всегда имѣемъ въ виду не солнечные, а лунные мѣсяцы, т. е. равные сроки въ 4 недѣли каждый. Такимъ образомъ, примѣрно, 5-мъ мѣсяцемъ, называются 17-я до 20 недѣли беременности, 8-мъ мѣсяцемъ 29—32-ой недѣли, 10-мъ мѣсяцемъ 37—40-ой недѣли.

превращается въ кучку клѣтокъ (Mogula). Въ центрѣ ея появляется затѣмъ жидкость, просачивающаяся туда изъ окружающей яичко слизистой оболочки матки. По мѣрѣ накопленія этой жидкости, содержащей бѣлокъ, клѣтки яичка располагаются по окружности, такъ что образуется зародышевой пузырь (Blastula). Стѣнка его состоитъ изъ одного слоя клѣтокъ такъ называемаго наружнаго листка зародыша.

Въ скоромъ времени въ одномъ мѣстѣ зародышеваго пузыря образуется утолщеніе. Это такъ называемое зародышевое или плодное пространство. Оно состоитъ изъ нѣсколькихъ слоевъ клѣтокъ; изъ него въ послѣдствіи развивается зародышъ. Дальнѣйшимъ развитіемъ въ зародышевомъ пространствѣ образуются два листка зародыша, наружный (эктодермъ) и внутренній (энтодермъ). Между ними появляется въ послѣдствіи еще третій листъ (мезобластъ).

Изъ этихъ 3 листковъ развиваются всѣ главные органы. Изъ наружнаго листка образуются: центральная и периферическая нервная система и эпителий; изъ внутренняго листка развивается эпителий пищеварительнаго канала и всѣ железы этого аппарата; изъ средняго листка образуются поперечно-полосатыя мышцы и половые органы.

Сначала зародышъ лежитъ въ видѣ названныхъ листковъ плашмя на зародышевомъ пузырькѣ и имѣетъ форму бисквита. Вслѣдствіе увеличенія его онъ слегка опускается и помѣщается въ углубленіи зародышеваго пузыря. Дальше онъ искривляется по плоскости. Загибаются утолщенный головной конецъ и противоположный хвостовой конецъ. Кромѣ того и боковые края его загибаются съ обѣихъ сторонъ книзу на встрѣчу другъ другу, окружая еще открытую полость тѣла плода, первоначальный кишечникъ. Сторона спинки зародыша обращена наружу, другая сторона прилегаетъ къ зародышевому пузырю.

Отдѣленіе зародыша отъ зародышеваго пузыря и закрытіе полости его тѣла совершается такимъ образомъ, что изъ головнаго и хвостоваго конца какъ и боковыхъ частей его вырастаютъ складки въ направленіи книзу и къ срединѣ, состоящія изъ двухъ зародышевыхъ листковъ. Срастаясь эти складки обхватываютъ остатокъ желтка и образуютъ мѣшокъ—желточный пузырькъ, сообщающійся съ полостью первоначальнаго кишечника при помощи постепенно удлиняющагося хода, желточного протока. Это сообщеніе между желточнымъ пузырькомъ и кишечнымъ каналомъ, входящее въ составъ пуповины, уничтожается потомъ въ слѣдствіе закрытія брюшной полости. Ходъ желточного пузыря (желточный протокъ) запусъвается. Первоначальный ростъ зародыша происходитъ на счетъ накопленнаго въ желточномъ пузырькѣ питательнаго матеріала, который подвозится зародышу по особой сосудистой системѣ, составляющей желточное кровообращеніе. Вслѣдствіе дальнѣйшаго развитія питаніе зародыша происходитъ черезъ сосуды ниже описаннаго аллантоиса.

Почти одновременно съ описанными явленіями идетъ образованіе оболочекъ зародыша. По мѣрѣ роста своего зародышъ опускается книзу, вслѣдствіе чего образуются складки наружнаго листка, окружающаго зародышевой пузырь. Складки эти поднимаются надъ головнымъ и хвостовымъ концомъ и надъ боковыми частями зародыша (рис. 30, 2 и 3). Онѣ растутъ по направлению къ точкѣ, мысленно поставленной надъ хвостовой областью зародыша, гдѣ онѣ наконецъ сливаются (рис. 31, 4). Затѣмъ отдѣляются сросшіеся наружные листки отъ сросшихся между собою внутреннихъ листковъ описанныхъ складокъ, такъ что образуются два мѣшка или двѣ оболочки—наружная и внутренняя, окружающія зародышъ. Наружная или серозная оболочка (рис. 31, 6) представляетъ сначала безсосудистый закрытый мѣшокъ, въ который впоследствии врастаютъ соединительная ткань и сосуды аллантоиса изъ котораго образуется—ворсистая или кожистая оболочка (chorion). Внутренняя или водная оболочка (amnion) переходитъ въ кожу зародыша въ томъ мѣстѣ, гдѣ полость его еще открыта, въ такъ называемомъ первоначальномъ пупочномъ кольцѣ. Эта оболочка прилегаетъ сначала болѣе или менѣе къ поверхности зародыша, оставляя однако между собою и послѣднимъ полость, въ которой находится жидкость—околоплодная жидкость. По мѣрѣ наполненія этой полости водою водная оболочка приближается къ ворсистой оболочкѣ, съ которой она наконецъ сливается. Одновременно она вытягивается со стороны брюшной поверхности зародыша въ длинный шнурокъ, образующій влагалище (рис. 33, 11) пупочнаго канатика или пуповины. Онъ соединяетъ брюшко плода со стѣнкою плоднаго яйца, на немъ зародышъ въ первое время подвѣшенъ.

Въ составъ пуповины входитъ кромѣ вышеупомянутаго желточнаго протока еще образованіе, вырастающее на третьей недѣлѣ утробной жизни зародыша изъ задней части первоначальнаго кишечника и доходящее до ворсистой оболочки. Это образованіе называется мочевымъ мѣшкомъ (аллантоисъ) (рис. 31, 32, 33.8). Онъ обладаетъ уже рано богатой сосудистой сѣтью, въ которую концы аорты зародыша прямо открываются. Сосуды аллантоиса направляются отъ пупка зародыша къ ворсистой оболочкѣ, въ которой уже раньше образовались древовидно развѣтвленные возвышенія, такъ называемыя первичныя ворсинки (рис. 32, 9). Онѣ снабжаются теперь сосудами аллантоиса и усиленно разрастаются, превращаясь вслѣдствіе этого въ такъ называемую истинную ворсистую или кожистую оболочку (Chorion vegum). При помощи ворсинокъ, видѣрящихся въ слизистую оболочку матки, яйцо прикрѣпляется къ внутренней поверхности матки.

Послѣ проникновенія сосудовъ аллантоиса въ ворсинки кровообращеніе зародыша представляется въ слѣдующемъ видѣ. Отъ

уже образовавшагося сердца зародыша артеріи носятъ кровь по всему тѣлу зародыша. Изъ нихъ два сосуда, именно обѣ пупочныя артеріи, проходятъ изъ тѣла плода черезъ пупо-

Рис. 30.

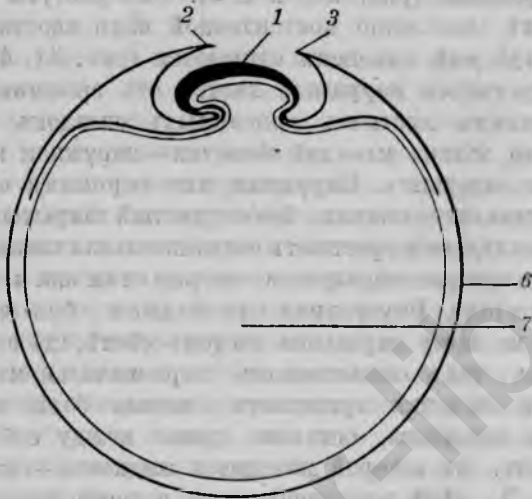


Рис. 31.

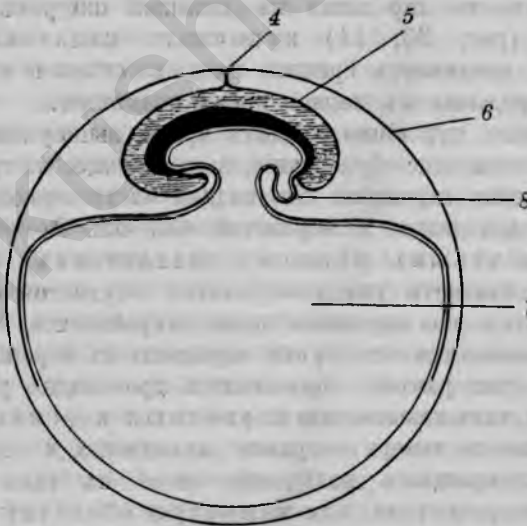


Рис. 30—33. Развитие водной и ворсистой оболочекъ: 1—тѣло зародыша, 2—передняя, 3—задняя амніона, 6—серозная оболочка, 7—желточный пузырь, 8—аллантоисъ, 9—первичный ворпупочнаго

вину до ворсистой оболочки и развѣтвляются въ ея ворсинкахъ. Изъ волосныхъ сосудовъ ворсинокъ образуются вены,

соединяющіяся, наконецъ, въ одинъ общій стволъ — путоч-

Рис. 32.

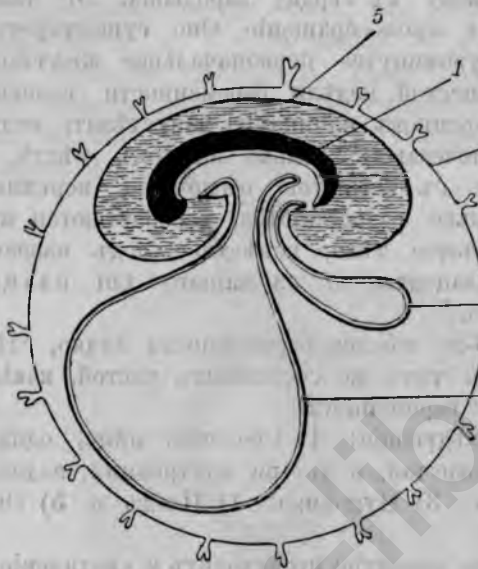
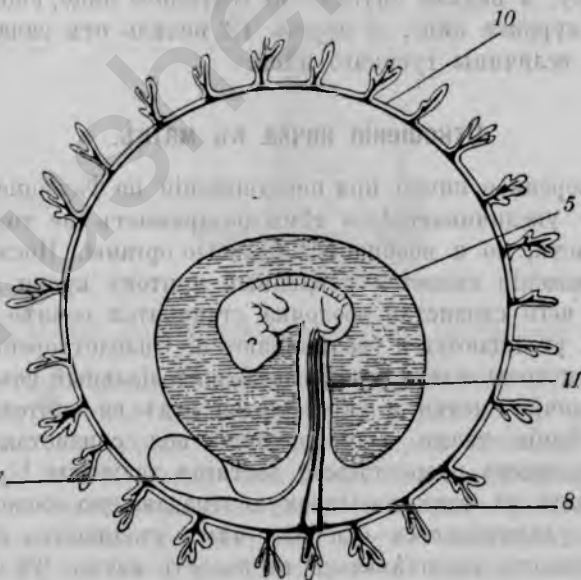


Рис. 33.



няя складка водной оболочки, 4—мѣсто соединенія этихъ складокъ амниона, 5—мѣшокъ синки, 10—истинная ворсистая оболочка, 11—водная оболочка, образующая влагаллица вокругъ канатика.

ную вену, которая проходитъ обратно черезъ пуловину къ зародышу. Слѣдовательно, обѣ пуловныя артеріи несутъ кровь

отъ сердца зародыша къ ворсистой оболочкѣ, откуда она, пройдя сѣтъ волосныхъ сосудовъ ворсинокъ, возвращается обратно черезъ пупочную вену къ сердцу зародыша. Это такъ называемое ворсинчатое кровообращеніе. Оно существуетъ недолго и замѣняетъ вышеупомянутое первоначальное желтковое кровообращеніе. Съ шестой недѣли беременности волосные сосуды большей части ворсинокъ начинаютъ запускать, вслѣдствіе чего сами ворсинки исчезаютъ; только на томъ мѣстѣ, гдѣ пуповина соединяется съ кожистой оболочкою, ворсинки ея, наоборотъ, значительно разрастаются, переплетаются между собою и образуютъ губчатое тѣло, извѣстное подъ названіемъ дѣтскаго мѣста, плаценты, и служащаго для плацентарнаго кровообращенія.

Въ началѣ 3-го мѣсяца беременности яичко, слѣдовательно, состоитъ уже изъ тѣхъ же составныхъ частей, какія мы находимъ и въ концѣ беременности.

Эти части слѣдующія: 1) Оболочки яйца, одна наружная, ворсистая или кожистая, и другая внутренняя, водная оболочка. 2) Дѣтское мѣсто. 3) Пуповина. 4) Плодь и 5) Околоплодная вода.

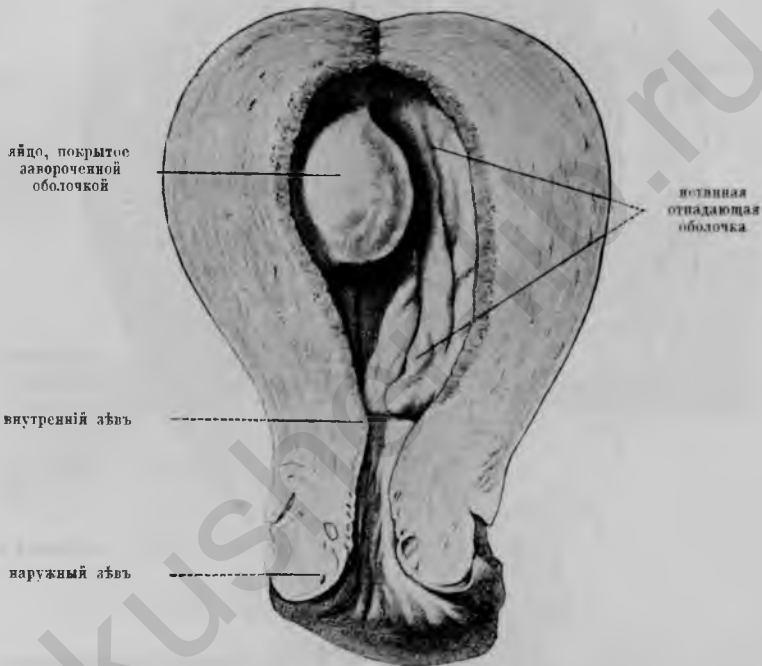
Соотвѣтственно развитію происходитъ и увеличеніе яичка; при вступленіи въ полость матки оно имѣетъ величину въ булавочную головку, 4 недѣли спустя—въ голубиное яйцо, еще 4 недѣли позже въ куриное яйцо, а черезъ 12 недѣль отъ зачатія яичко достигаетъ величины гусиного яйца.

Отношеніе яичка къ маткѣ.

Оплодотворенное яичко при передвиженіи по Фаллопиевой трубѣ постепенно увеличивается и тѣмъ раздражаетъ не только близлежащія части, но и вообще всѣ половые органы. Послѣдствіемъ этого раздраженія является усиленный притокъ крови къ маткѣ, вслѣдствіе чего слизистая оболочка становится сочнѣе и рыхлѣе, складки ея утолщаются и увеличиваются. Оплодотворенное яичко, попавъ въ полость матки, пробиваетъ эпителиальный покровъ слизистой оболочки матки и укрѣпляется подъ ея эпителиемъ, раздвигая сосѣднія ткани. Одновременно вся слизистая оболочка матки продолжаетъ разрастаться, достигая толщины $\frac{1}{2}$ —1 сант. и превращаясь въ такъ называемую отпадающую оболочку. Такъ какъ яйцо увеличивается быстрѣе, чѣмъ утолщается слизистая, то оно начинаетъ выпячиваться въ полость матки. Та часть слизистой, на которой яйцо сидитъ своимъ основаніемъ, называется запоздалою отпадающею оболочкою (*decidua serotina* или *basalis*), та часть ея, которая покрываетъ выпячивающееся въ полость матки яйцо, называется завороченною отпадающею оболочкою (*decidua reflexa* или *capsularis*). Вся остальная

часть слизистой оболочки матки имѣетъ названіе истинной отпадающей оболочки (*decidua vera*). По мѣрѣ увеличенія плоднаго яйца полость матки все болѣе и болѣе выполняется имъ. Въ IV мѣсяцѣ беременности существуетъ еще остатокъ маточной полости въ видѣ щели, но уже въ началѣ V мѣсяца истинная и завороченная оболочки слипаются. Подъ давленіемъ плоднаго яйца эти обѣ оболочки постепенно истончаются, только запоздалая оболочка сохраняетъ свое значеніе, участвуя въ образованіи дѣтскаго мѣста или плаценты.

Рис. 34.

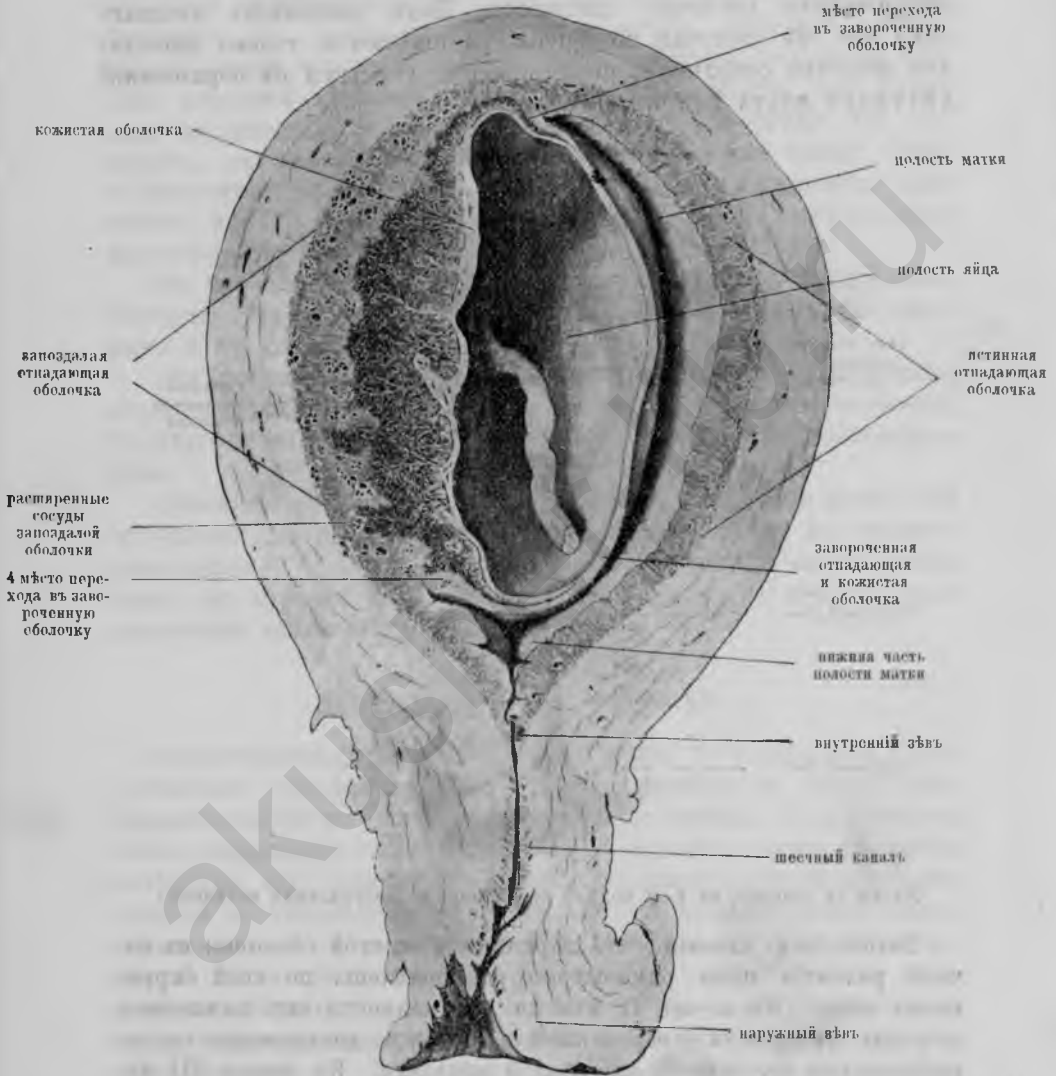


Матка съ яйцомъ, на 4-ой недѣлѣ беременности (натуральная величина).

Выше было сказано, что ворсинки кожистой оболочки въ началѣ развитія яйца равномерно распредѣлены по всей окружности яйца. Въ концѣ II мѣсяца беременности онѣ начинаютъ исчезать въ области завороченной оболочки и одновременно сильно разрываться въ области запоздалой оболочки. Къ концу III мѣсяца участокъ кожистой оболочки, соответствующій завороченной оболочкѣ (*chorion laeve*) для питанія плода значенія уже не имѣетъ, представляя только тонкую соединительно-тканную оболочку. Второй участокъ ея (*Chorion frondosum*) образуетъ въ это время въ области запоздалой оболочки толстый слой древесно виднаго развѣтвившихся ворсинокъ, толщиной въ 1—1½ сант., содержащихъ большое коли-

чество сосудовъ. Этотъ слой ворсинокъ образуетъ вмѣстѣ съ запоздалой оболочкой дѣтское мѣсто или плаценту. Запоздалая оболочка къ этому времени сильно разрослась. Она содержитъ богатую сѣтъ ка-

Рис. 35.

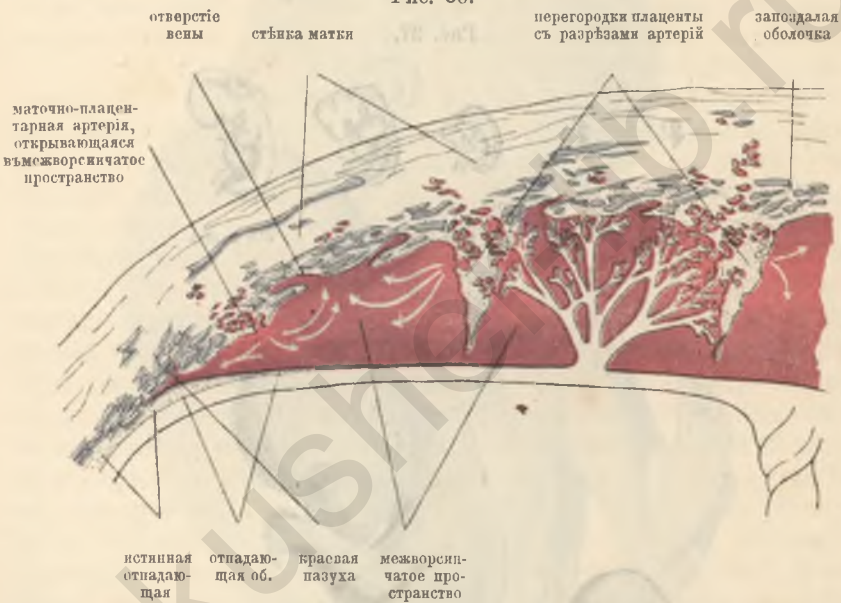


Матка съ яйцомъ въ концѣ 3-го мѣсяца беременности (натуральная величина).

пилляровъ, настолько сильно расширенныхъ, что она имѣетъ пещеристый (кавернозный) видъ. Въ эту ткань проникаютъ вышеупомянутыя ворсины кожистой оболочки. Онѣ раздѣдаютъ стѣнки материнскихъ капилляровъ, кровь которыхъ изливается между

ними, обмывая ихъ. Дальнѣйшимъ развитіемъ ворсинокъ капиллярная сѣть отпадающей оболочки окончательно разрушается. Ткань отпадающей оболочки, всасывается. сохриваются только отростки или перегородки ея, содержащія стволы материнскихъ сосудовъ и раздѣляющія массу ворсинъ на отдѣльныя дольки. Материнская кровь изливается теперь прямо изъ артерій въ пространства между ворсинками такъ называемая «межворсинчатая пространства», изъ которыхъ она непосредственно отводится венами. Часть ворсинокъ плаваеь слѣдовательно въ артеріальной крови матери. Другая часть прикрѣпляетъ плаценту къ стѣнкѣ матки, проникая глубоко въ слизистую оболочку матки.

Рис. 36.



Схематическій разрѣзь черезъ маточную стѣнку и плаценту, наглядно представляющій строеніе зрѣлой плаценты. Бѣлыя стрѣлки показываютъ направленіе материнскаго кровообращенія.

Такъ какъ стѣнки ворсинокъ очень тонки, то понятно, что между ихъ сосудами и материнскою кровью, на подобіе того какъ и въ легкихъ, неминуемо долженъ происходить обмѣнъ веществъ, причеь кровеносные сосуды плода, во-1-хъ, воспринимаютъ изъ крови матери всѣ тѣ составныя части ея, которыя необходимы для питанія и дыханія плода, и, во-2-хъ, отдаютъ негодныя составныя части свои материнской крови.

Дѣтское мѣсто состоитъ, слѣдовательно, въ сущности изъ двухъ частей: одной, принадлежащей плоду и образуемой ворсинками кожистой оболочки; другой материнской части, образуемой запоздалой отпадающей оболочкой и главнымъ образомъ кровяными

ся пазухами. Оно служитъ мѣстомъ обмѣна веществъ между кровью плода и кровью матери. Остатки бывшей слизистой оболочки, на вышедшемъ по рожденіи младенца послѣдѣ, представляются намъ въ видѣ бѣлесоватой, матовой, блестящей оболочки, покрывающей наружную поверхность дѣтскаго мѣста.

Дальнѣйшее развитіе плода.

Въ концѣ перваго мѣсяца беременности яйцо имѣетъ величину въ голубиное яйцо, а зародышъ меньше 1 сант. Головной и хвостовый конецъ зародыша почти прилегаютъ другъ къ другу вслѣдствіе сильнаго искривленія спинки. Конечности только

Рис. 37.



Натуральная величина и видъ человѣческаго зародыша въ первые 3 мѣсяца беременности.

начинаютъ развиваться и представляются въ видѣ бугорковъ. Зародышъ еще не имѣетъ человѣческой формы.

Въ концѣ втораго мѣсяца длина зародыша отъ 2—4 сант., а яйцо величиною въ куриное—человѣческая форма выступаетъ

яснѣ. Головка отграничивается отъ туловища, но еще очень велика по отношенію къ остальному тѣлу. На конечностяхъ замѣтно дѣленіе на 3 части (плечо, предплечіе и кисть; бедро, голень, стопа). Въ этомъ мѣсяцѣ начинаетъ образовываться дѣтское мѣсто.

Рис. 38.



Натуральная величина и видъ человеческого зародыша въ концѣ 4 мѣсяца.

Въ концѣ третьяго мѣсяца плодное яйцо достигаетъ величины гусиного яйца. Ворсинки существуютъ только на мѣстѣ вполне образовавшейся плаценты. На пальцахъ образуются ногти. Наружныя половыя части начинаютъ выступать. Пупочное кольцо закрылось. Головка составляетъ третью часть длины зародыша; длина его 9 сант.

Въ четвертомъ мѣсяцѣ можно уже различить полъ плода, длина его 16 сант. На тѣлѣ появляется пушокъ (lanugo).

Къ концу пятаго мѣсяца, т. е. въ срединѣ беременности, мышцы плода бываютъ настолько развиты, что плодъ въ состояніи совершать нѣкоторыя движенія, которыя съ этого времени ощущаются матерью въ видѣ слабыхъ толчковъ. Длина плода въ концѣ пятаго мѣсяца 25 сант. При внимательномъ ощупываніи живота беременной часто удается осязать движенія плода, а при выслушиваніи иногда слышно и сердцебіеніе его. Въ то же время, иногда и раньше, слышится, въ особенности по сторонамъ матки, шумъ, обусловленный движеніемъ крови въ сильно растянутыхъ сосудахъ матки; поэтому онъ называется маточнымъ шумомъ.

Въ концѣ шестого мѣсяца плодъ достигаетъ 30 сант. длины и 600 граммовъ (1 $\frac{1}{2}$ ф.) вѣса, головка его сравнительно еще велика, швы широки. Такой плодъ не жизнеспособенъ; хотя по рожденіи онъ и можетъ дышать, тѣмъ не менѣе всегда умираетъ черезъ нѣсколько часовъ.

Въ концѣ седьмого мѣсяца вѣсъ плода около 1,000 грам., длина равняется 35 сант. Родившійся въ это время плодъ кричитъ слабо, но очень рѣдко можетъ остаться живымъ.

Съ начала восьмого мѣсяца, т. е. съ 29-й недѣли беременности плодъ становится жизнеспособнымъ, т. е. при благоприятныхъ условіяхъ можетъ остаться живымъ и развиваться внѣ утробы матери. Длина плода около 40 сант., вѣсъ его 1,400 и 1,500 грам. (3 $\frac{1}{2}$ —4 ф.). Кожа его тонка, ярко-краснаго цвѣта, вездѣ покрыта тонкими волосками,—пухомъ, и бѣлою липкою массою, дѣтскою смазкою, которая состоитъ главнымъ образомъ изъ отпавшихъ чешуекъ кожицы, разбухшихъ въ околоплодной жидкости, и затѣмъ изъ кожного сала и выпавшихъ волосковъ пушка. Подкожная жировая клѣтчатка еще весьма мало развита, поэтому кожа образуетъ много складокъ и морщинъ, которыя на лицѣ придаютъ ему сморщенный старческій видъ. Кости вообще мягки; ушные раковины не содержатъ хрящевой основы и потому въ видѣ мягкихъ пластинокъ бываютъ плотно прижаты къ головкѣ; ногти отдѣляются немного отъ своего ложа но не достигаютъ верхушки пальцевъ. Пупокъ помѣщается гораздо ближе къ лобку, нежели къ подложечной ямкѣ, на 1 $\frac{1}{2}$ —3 сант. ниже середины живота. Половые органы ярко краснаго цвѣта; у дѣвочекъ половая щель представляется открытою, изъ нея выдаются малыя губы, выступающія далеко за большія губы; у мальчиковъ мошонка еще пуста, т. е. не содержитъ еще развивающихся въ брюшной полости яичекъ, которыя впоследствии постепенно опускаются черезъ паховой каналъ въ мошонку. Родившійся въ этомъ мѣсяцѣ младенецъ кричитъ тихо, питается слабымъ голосомъ, спитъ много, сосетъ рѣдко, мало и слабо.

Въ концѣ девятаго мѣсяца длина плода равняется 45 сант., вѣсъ его 2,500 грам. Большинство родившихся на этомъ мѣсяцѣ дѣтей остается при хорошемъ уходѣ въ живыхъ.

Въ концѣ десятаго мѣсяца плодъ уже достигъ зрѣлости.

Важно запомнить длину плода въ различные мѣсяцы. Для этого можно руководствоваться правиломъ, что до 5-го мѣсяца длина плода въ сантиметрахъ равна числу мѣсяца, умноженному самому на себя, а начиная съ 6-го мѣсяца умноженному на 5.

Такимъ образомъ получается слѣдующая таблица:

Длина плода въ концѣ	1-го мѣсяца	$1 \times 1 = 1$	сант.
»	»	$2 \times 2 = 4$	»
»	»	$3 \times 3 = 9$	»
»	»	$4 \times 4 = 16$	»
»	»	$5 \times 5 = 25$	»
»	»	$6 \times 5 = 30$	»
»	»	$7 \times 5 = 35$	»
»	»	$8 \times 5 = 40$	»
»	»	$9 \times 5 = 45$	»
»	»	$10 \times 5 = 50$	»

Зрѣлый плодъ.

Зрѣлый доношенный плодъ 50 сант. длины, вѣситъ 3200—3300 граммовъ (8—8¹/₂ ф.). Окружность головки доношеннаго плода не менѣе 33 сант., окружность груди не менѣе 32 сант. Кожа его нормально блѣднокраснаго цвѣта. Хорошо развитая подкожная жировая клѣтчатка округляетъ лицо и члены. Пушокъ существуетъ только на плечикахъ и лопаткахъ; количество дѣтской смазки уменьшилось; ногти выступаютъ надъ концами пальцевъ; хрящи носа и ушныхъ раковинъ хорошо развиты и упруги, почему послѣднія не прилегаютъ болѣе къ головкѣ; пупокъ помѣщается немного ниже середины живота. Цвѣтъ половыхъ органовъ менѣе красный; большія губы довольно часто закрываютъ малыя, образуется половая расщелина; въ мошонкѣ болѣею частью находятся оба яичка. Кости черепа плотны, швы ихъ узки. Всѣ части тѣла плода, благодаря достаточно развитому подкожному жиру, представляются округленными. Родившійся младенецъ кричитъ громко, испражняетъ мочу и калъ, сосеть хорошо.

Всѣ приведенные признаки зрѣлости и незрѣлости плода далеко не постоянны, а потому и не всегда возможно на нихъ положиться. Случается верѣдко, что младенецъ, несомнѣнно родившійся въ срокъ, не представляетъ всѣхъ признаковъ зрѣлости, и наоборотъ, младенецъ, родившійся завѣдомо раньше срока, ничѣмъ не отличается отъ зрѣлаго. Ошибки въ опредѣленіи возраста плода, иногда на цѣлый мѣсяцъ, обуславливаются причинами, могущими задержать развитіе плода, какъ-то: болѣзнями матери, недостаточнымъ питаніемъ плода, присут-

ствіемъ нѣсколькихъ плодовъ въ маткѣ и т. д. Въ судебно-медицинскомъ отношеніи весьма важно знать, что, дѣлая на основаніи осмотра младенца заключеніе о срокѣ беременности, въ которомъ онъ родился, мы не всегда въ состояніи опредѣлить возрастъ его съ требуемою точностью.

Головка плода составляетъ для насъ наиболѣе важную часть плода потому, что она сравнительно больше всѣхъ остальныхъ частей туловища и, слѣдовательно, она встрѣчаетъ во время родовъ наибольшее сопротивленіе. Головка новорожденного отличается отъ головки взрослого своею сравнительно большею величиною, кромѣ того, черепъ по отношенію къ лицу опять-таки сравнительно очень великъ. Кости черепа новорожденного податливы и гибки, онѣ соединяются между собою не зубчатыми краями, какъ у взрослыхъ, а мягкою тканью, которая въ видѣ переповки выполняетъ промежутокъ между гладкими краями двухъ противоположныхъ костей; эти перепонки, замѣняющія швы черепныхъ костей у взрослыхъ, состоятъ изъ двухъ слоевъ: изъ наружнаго, образуемаго надкостницею, и внутренняго, состоящаго изъ твердой мозговой оболочки. На тѣхъ мѣстахъ, гдѣ сходятся нѣсколько швовъ, образуются большія перепончатыя пространства, называемыя родничками. Лобная кость представляетъ не одну кость, какъ у взрослыхъ, а состоитъ изъ двухъ половинокъ (правой и лѣвой), которыя соединяются между собою продольнымъ швомъ. Благодаря такому соединенію, кости свода черепа пріобрѣтаютъ нѣкоторую подвижность, что даетъ возможность головкѣ уменьшаться во время родовъ, такъ какъ края костей при этомъ заходятъ одинъ на другой.

На головкѣ плода мы различаемъ слѣдующіе швы:

- 1) Стрѣловидный, между обѣими темянными костями, отдѣляетъ головку на правую и лѣвую половины.
- 2) Лобный, между обѣими лобными костями, составляетъ какъ бы продолженіе стрѣловиднаго шва.
- 3) Вѣнечный, между темянными и лобными костями, отдѣляетъ переднюю или лобную часть черепа отъ средней или темянной.
- 4) Затылочный, между затылочною костью и темянными костями, отдѣляетъ заднюю или затылочную часть черепа отъ темянной.
- 5) Височный или чешуйчатый, между височною и темянною костью, такихъ швовъ два, по одному съ каждой стороны черепа.

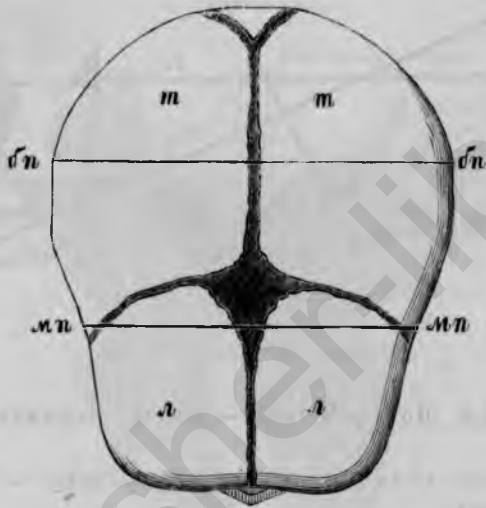
Эти швы образуютъ слѣдующіе роднички.

- 1) Передній или большой родничекъ, въ которомъ сходятся: стрѣловидный, лобный и обѣ половины вѣнечнаго шва; онъ имѣетъ видъ площадки съ 4-мя углами, верхній короткій и тупой уголъ (темянной) обращенъ вершиною къзади; нижній длин-

ный и узкій уголь (лобный) обращенъ кпереди; остальные два угла обращены вершинами въ стороны. Довольно часто, руководясь только направлениемъ этихъ угловъ, мы можемъ съ положительностью опредѣлить, куда обращенъ затылокъ, куда лобъ.

2) Задній или малый родничекъ; въ немъ сходятся стрѣловидный шовъ и обѣ вѣтви затылочнаго шва. Онъ гораздо меньше предыдущаго; въ немъ края костей обыкновенно такъ плотно прилегаютъ другъ къ другу, что перепончатаго пространства не имѣется.

Рис. 39.



Верхняя поверхность черепа: *т*—темянные кости, *л*—лобные кости. *бп*—большой поперечный размѣръ = $9\frac{1}{4}$ с., *мп*—малый поперечный размѣръ = 8 с.

3) Боковые роднички; ихъ по два съ каждой стороны; они помѣщаются у передняго нижняго и у задняго нижняго угла каждой темянной кости; форма этихъ родничковъ неправильная; по величинѣ они соотвѣтствуютъ малому родничку, съ которымъ ихъ легко смѣшать, но отъ котораго они отличаются тѣмъ, что сходящіяся въ нихъ швы не образуютъ, какъ въ маломъ родничкѣ, рѣзкихъ угловъ.

Размѣры головки зрѣлаго новорожденнаго младенца слѣдующіе:

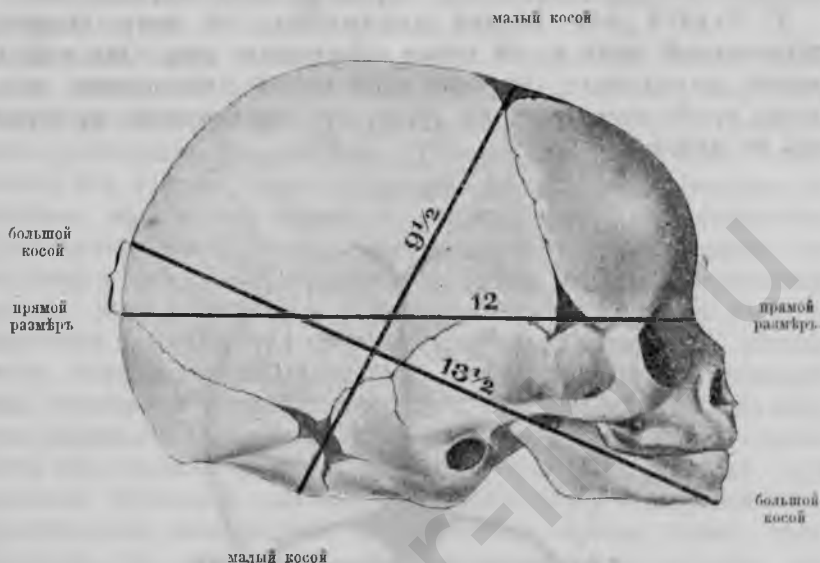
1) Прямой размѣръ—отъ переносья до затылочнаго бугра, 12 сант.

2) Большой косою — отъ подбородка до малаго родничка, $13\frac{1}{2}$ сант.

3) Малый косою—отъ подзатылочной ямки до большаго родничка, $9\frac{1}{2}$ сант.

4) Малый поперечный—между наиболее отдаленными другъ отъ друга точками вѣчнаго шва, 8 сант.

Рис. 40.



Боковая поверхность черепа.

5) Большой поперечный — между темянными буграми, $9\frac{1}{4}$ сант.

Окружность головки, по прямому размѣру=35, по малому косому=32 сант.

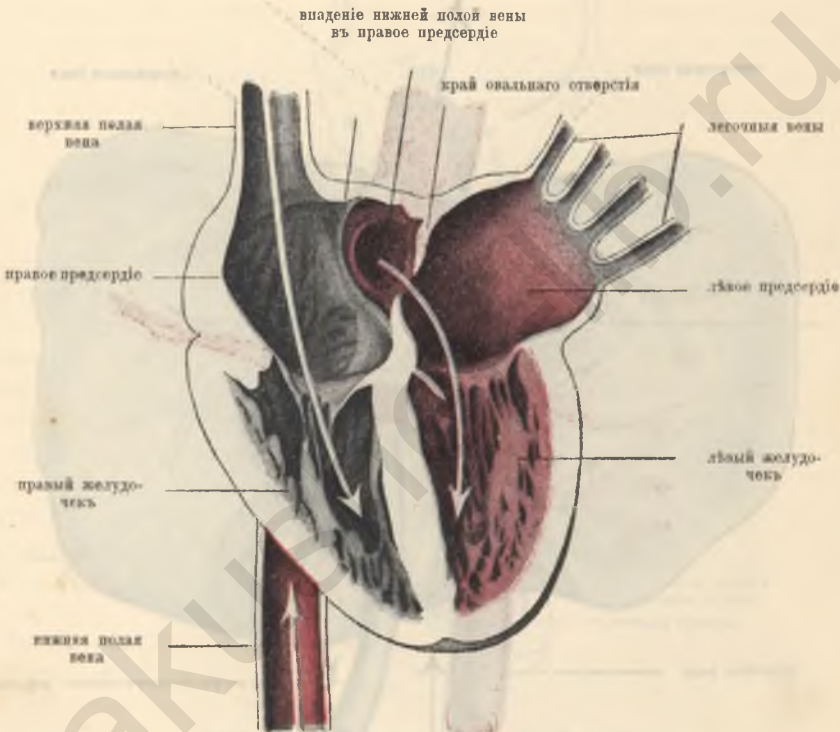
Кровообращеніе плода.

Кровообращеніе утробнаго плода существеннымъ образомъ отличается отъ кровообращенія ребенка, и именно тѣмъ, что питаніе и дыханіе, т. е. обмѣнъ газовъ и питательныхъ веществъ между кровью плода и кровью матери, совершается не черезъ пищеварительный каналъ и легкія, какъ у родившагося ребенка, а при посредствѣ дѣтскаго мѣста.

Кровообращеніе совершается слѣдующимъ образомъ: верхнюю и нижнюю полами венами кровь доставляется въ правое предсердіе, откуда большая часть ея поступаетъ черезъ овальное отверстіе въ перегородкѣ между предсердіями въ лѣвое предсердіе и отсюда въ лѣвый желудочекъ и начальственную аорту; меньшая же часть крови поступаетъ изъ праваго предсердія въ правый желудочекъ, откуда она хотя и проталкивается въ легочную артерію, но только небольшая часть ея доходитъ до легкихъ, а большая часть ея попадаетъ въ такъ называемый Боталловъ

протокъ, который проводитъ кровь изъ легочной артеріи прямо въ дугу аорты. Этими двумя путями большая часть крови изъ праваго предсердія совершенно минуеъ легкія и, не образуя малаго круга кровообращенія, попадаетъ непосредственно въ большой кругъ кровообращенія. Только небольшая часть крови попадаетъ черезъ легочныя артеріи въ малый кругъ кровообращенія и возвращается черезъ легочныя вены въ лѣвое предсердіе. Изъ аорты кровь распредѣляется не только по всему тѣлу плода,

Рис. 41.

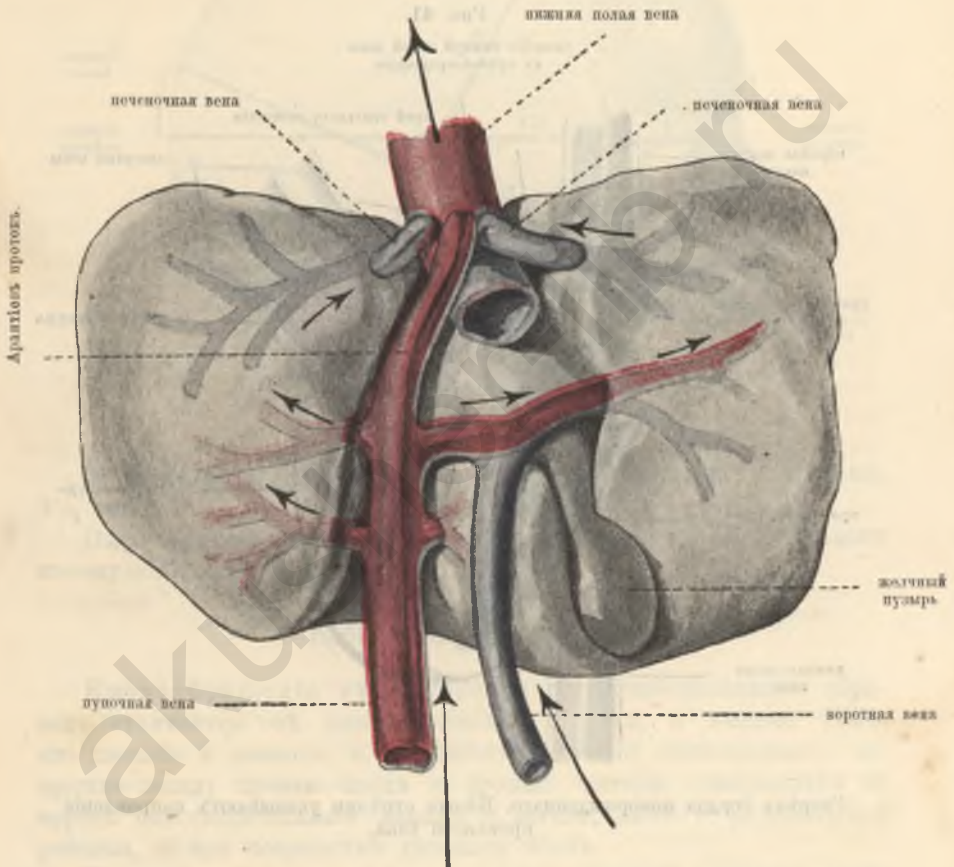


Разрѣвъ сердца новорожденнаго. Бѣлыя стрѣлки указываютъ направленіе кровяного тока.

какъ у взрослога, но часть ея попадаетъ, кромѣ того, въ дѣтское мѣсто слѣдующимъ образомъ. Обѣ пупочныя артеріи происходятъ изъ подчревныхъ артерій, проходятъ по сторонамъ мочевого пузыря къ передней брюшной стѣнкѣ, по которой онѣ направляются вверхъ къ пупку, и черезъ пупочное кольцо поступаютъ въ пуповину; по пуповинѣ онѣ, какъ пупочныя артеріи, доходяъ до дѣтскаго мѣста, въ ворсинкахъ котораго и развѣтвляются. Изъ ворсинокъ плаценты кровь отводится пупочною веною обратно къ плоду. Пупочная вена входитъ въ

пупочное кольцо и направляется оттуда по краю связки, поддерживающей печень т. н. круглой связки печени, къ нижней поверхности послѣдней, гдѣ она раздѣляется на двѣ вѣтви, изъ которыхъ одна, подъ названіемъ Арантіева протока, прямо вливается въ нижнюю полую вену. Другая вѣтвь несетъ кровь въ печень и развѣтвляется въ ней, откуда кровь при посредствѣ печеночныхъ венъ изливается опять въ нижнюю полую вену.

Рис. 42.

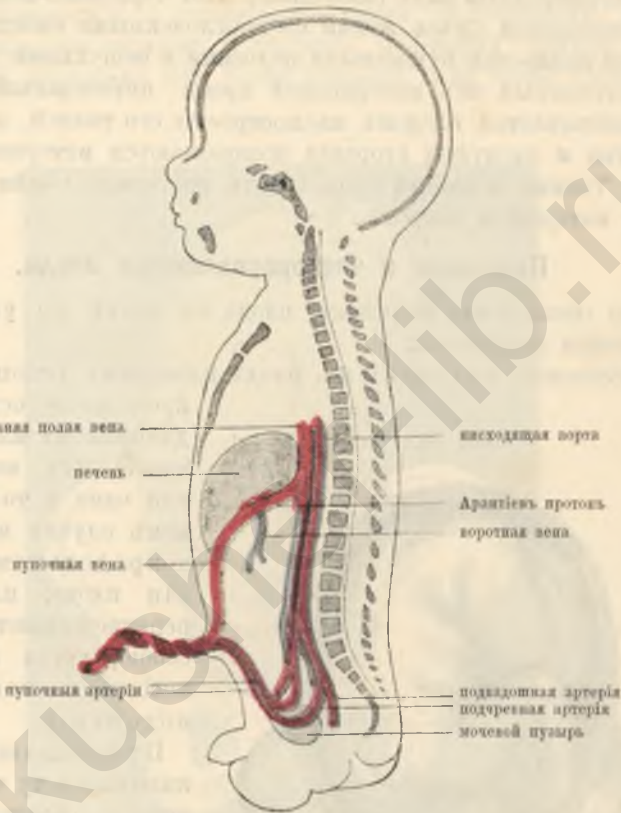


Печень плода съ сосудами. Видъ снизу и сзади.

Такимъ образомъ, кровообращеніе черезъ дѣтское мѣсто вставлено въ большой кругъ кровообращенія плода, какъ весьма важная часть его, замѣняющая собою малый или легочный кругъ кровообращенія у взрослыхъ. Отъ него зависитъ какъ питаніе, такъ и дыханіе плода. Всякое нарушеніе плацентарнаго кровообращенія вызываетъ преждевременныя дыхательныя движенія, весьма опасныя для плода; при полномъ же перерывѣ его смерть плода наступитъ.

пасть въ нѣсколько минутъ. Изъ описанія кровообращенія плода видно, что только въ пупочной венѣ находится чисто артеріальная кровь. Печень получаетъ артеріальную кровь изъ вѣтви пупочной вены, но она смѣшивается въ ней съ кровью воротной

Рис. 43.



Ходъ пупочныхъ сосудовъ въ тѣлѣ плода.

вены. Кровь нижней полой вены и лѣваго желудочка уже сильнѣе смѣшана, благодаря притоку венозной крови изъ нижней половины тѣла, печеночныхъ и легочныхъ венъ. Такому распредѣленію артеріальной крови соответствуетъ быстрый ростъ верхней половины тѣла и печени въ первую половину беременности.

Питаніе плода.

Плодь получаетъ отъ матери черезъ плаценту не только кислородъ, но и воду и всѣ растворенныя въ материнской крови вещества. Какъ проходятъ черезъ перегородки плаценты бѣлки-

выя вещества, еще не известно. Предполагаютъ, что эпителиальный покровъ ворсинъ обладаетъ, подобно эпителию кишечника, способностью воспринимать вещества материнской крови. Въ тѣлѣ плода происходитъ обмѣнъ веществъ, но процессы сгорания очень незначительны вслѣдствіе небольшой потери тепла. Черезъ почки выдѣляется моча въ ничтожномъ количествѣ. Въ кишкахъ находится первородный калъ (месопіум). Это черновато-зеленаго цвѣта кашицеобразная смѣсь желчи съ проглоченными вмѣстѣ съ околоплодной жидкостью пушковыми волосами и чешуйками эпидермиса.

Полученный изъ материнской крови питательный матеріалъ перерабатывается плодомъ на построеніе его тканей, а ненужныя вещества и продукты сгорания возвращаются материнскому организму. Такимъ образомъ происходитъ постоянно обмѣнъ веществъ между матерью и плодомъ.

Положеніе и членорасположеніе плода.

Для обозначенія положенія плода въ маткѣ мы употребляемъ слѣдующія выраженія.

Собственно положеніемъ плода называемъ отношеніе между

Рис. 44.



Передній видъ перваго затылочнаго положенія.

продольною осью плода и длинникомъ матки; направленіе ихъ можетъ быть или одно и то же,—въ такомъ случаѣ мы говоримъ о продольномъ положеніи плода, или же они перекрещиваются между собою, тогда говоримъ о косомъ и поперечномъ положеніи.

Предлежащею частью называемъ ту часть плода, которая обращена внизъ и помѣщается надъ маточнымъ зѣвомъ: она же первая вступаетъ во входъ таза. Поэтому мы различаемъ: 1) Продольныя положенія съ предлежащимъ головнымъ или тазовымъ концомъ плода.

Въ первомъ случаѣ можетъ предлежать затылокъ, темя, лобъ или лицо, во второмъ—ягодицы, колѣнки или ножки, 2) Косыя и поперечныя положенія, при которыхъ можетъ предлежать плечико, грудь, животъ или подвздошная область плода. Для краткости вошло въ обычай го-

ворить просто о затылочныхъ положеніяхъ вмѣсто затылочнаго предлежанія при продольномъ положеніи или о тазовыхъ положеніяхъ вмѣсто тазовыхъ предлежаній. Этихъ, строго говоря, не-точныхъ названій придерживаемся и мы.

При всѣхъ продольныхъ положеніяхъ спинка плода можетъ быть обращена въ правую или лѣвую сторону матки. Всѣ положенія плода, при которыхъ спинка плода обращена влѣво, называются первыми, а вправо—вторыми положеніями. Кромѣ того, при каждомъ первомъ и второмъ положеніи спинка плода можетъ быть обращена или болѣе впередъ, или болѣе кзади, или

Рис. 45.



Передній видъ второго затылочнаго положенія.

прямо въ сторону; поэтому мы различаемъ слѣдующіе виды перваго и второго положеній: передній, задній и средній или поперечный.

При поперечныхъ и косыхъ положеніяхъ обращаемъ вниманіе на то, въ какой сторонѣ матки помѣщается головка: если послѣдняя находится въ лѣвой половинѣ матки, то это будетъ первое, если-же въ правой, то—второе косое или поперечное положеніе. Виды этихъ положеній различаемъ по спинкѣ: если она обращена впередъ, то это будетъ передній, если-же кзади, то задній видъ перваго или втораго косога положенія плода.

Членорасположеніе плода въ маткѣ, т. е. отношеніе отдѣльныхъ частей его другъ къ другу, слѣдующее: Головка пригнута къ груди; ручки перекрещены на груди: нижнія конечности согнуты въ колѣняхъ, приче́мъ бедра притянуты къ животу, голени къ бедрамъ, пальцы стопы, — къ голенямъ, а пятки прикасаются къ ягодицамъ; спинка плода слегка дугообразно изогнута. Такое членорасположеніе плода придаетъ ему приблизительно яйцевидную форму, приче́мъ ягодицы принимаютъ широкую, а головка узкую часть яйца, и составляетъ наиболѣе удобное для плода положеніе въ маткѣ, полость которой также яйцевидной

Рис. 46.



Задній видъ второго затылочнаго положенія.

формы. При этомъ направленіе продольной оси плода совпадаетъ съ направлениемъ продольнаго размѣра матки.

На основаніи сказаннаго различаютъ слѣдующія подраздѣленія положеній плода:

I Продольныя положенія 99,5%

1. Черепныя положенія 96%

а) затылчныя положенія (головка въ состояніи сгибанія) 95%

б) темянныя, лобныя и лицевыя положенія 1% (головка въ состояніи разгибанія).

2. Тазовыя положенія 3⁰/₀а) ягодичныя положенія 2⁰/₀б) ножныя положенія 1⁰/₀II) Поперечныя и косыя положенія 0,5⁰/₀.

Перемѣна положенія плода. Въ теченіе беременности плодъ совершаетъ не только толчкообразныя движенія конечностями, но и вращается около продольной или поперечной оси своей, вслѣдствіе чего положеніе его далеко не постоянно.

Въ началѣ беременности плодъ просто подвѣшенъ на пуновинѣ въ полости матки и свободно «плавать» въ околоплодной жидкости, такъ какъ продольный размѣръ его короче даже поперечнаго размѣра матки. Смотри по тому, будетъ-ли беременная стоять, ходить, сидѣть или лежать, плодъ постоянно мѣняетъ свое положеніе.

Позднѣе, по мѣрѣ увеличенія продольнаго размѣра плода и относительнаго уменьшенія количества околоплодныхъ водъ, плодъ для того, чтобы помѣститься въ полости матки, долженъ согнуться, т. е. принять вышеописанное членорасположеніе; при такихъ условіяхъ плодъ уже гораздо рѣже мѣняетъ свое положеніе.

Причины, обуславливающія перемѣну положенія плода въ послѣдніе мѣсяцы беременности, слѣдующія: а) каждое движеніе конечности сопровождается перемѣною положенія всего плода, причѣмъ отдѣльныя части его смѣщаются вдоль стѣнки матки; б) такъ какъ головной конецъ плода тяжелѣе ягодичнаго, то головка постоянно стремится опуститься внизъ и занять мѣсто въ нижнемъ отдѣлѣ матки; в) третья обуславливающая причина заключается въ самыхъ стѣнкахъ матки: если плодъ принимаетъ неудобное для матки положеніе, т. е. такое, при которомъ продольный размѣръ его перекрещивается съ таковымъ-же размѣромъ матки, то послѣдняя на мѣстахъ, соотвѣтствующихъ обимъ концамъ плода, подвергается давленію и растяженію. Подъ вліяніемъ такого раздраженія стѣнки матки сокращаются и придаютъ плоду прежнее продольное положеніе.

Благоприятствующими условіями къ перемѣнѣ положенія плода

Рис. 47.



Первое поперечное положеніе; передній видъ.

въ послѣдніе мѣсяцы беременности подъ вліяніемъ только что приведенныхъ причинъ служатъ: большое количество околоплодныхъ водъ и вялыя стѣнки матки. Въ первомъ случаѣ—по причинѣ увеличенія полости матки, во второмъ—потому, что вялыя стѣнки матки не представляютъ достаточнаго сопротивленія и легко уступаютъ болѣе сильному движенію плода. Для того, чтобы такія вялыя стѣнки матки возстановили правильное положеніе плода, необходимо продолжительное время и болѣе частыя сокращенія матки, почему нерѣдко плодъ остается въ неправильномъ положеніи. Оба эти условія находимъ у многорожавшихъ, почему у нихъ чаще, чѣмъ у беременныхъ въ первый разъ плодъ мѣняетъ свое положеніе. Эта разница въ особенностяхъ рѣзко выражена въ послѣднія недѣли и дни беременности; у первобеременныхъ въ это время приходится весьма рѣдко наблюдать переходъ плода изъ одного положенія въ другое, у многорожавшихъ-же положеніе плода весьма часто измѣняется не только въ это время, но нерѣдко даже во время родовъ.

Почти каждая беременная еще задолго до родовъ предлагаетъ вопросъ: правильно-ли лежитъ у нея ребенокъ? Вопросъ, въ виду вышесказаннаго, лишень всякаго основанія, такъ какъ правильное положеніе плода можетъ до извѣстнаго срока еще нѣсколько разъ превратиться въ неправильное и наоборотъ.

Правильнымъ положеніемъ слѣдуетъ считать черепное и спеціально затылочное положеніе, которое, какъ видно изъ выше приведенной таблицы, встрѣчается въ 95 случаяхъ изъ 100 родовъ. Всѣ остальные считаются неправильными. Причины частаго наблюденія затылочныхъ предлежаній тѣ же самыя, которыя обусловливаютъ перемену въ послѣдніе мѣсяцы беременности и которыя только что приведены нами 1): Головка опускается книзу какъ наиболѣе тяжелая часть; 2) вслѣдствіе давленія стѣнокъ матки плодъ приспособляется къ формѣ матки, принимая продольное положеніе, и 3) вслѣдствіе того, что спинка младенца согнута, начиная съ первыхъ недѣль внутриутробнаго развитія подбородокъ его прилегаетъ къ груди.

Придаточныя части плоднаго яйца въ концѣ беременности.

Плодная оболочка. Онѣ образуютъ мѣшокъ, прилегающій къ стѣнкамъ матки и вмѣщающій въ себѣ околоплодную воду, пуповину и плодъ. Этотъ мѣшокъ называется плоднымъ пузыремъ и состоитъ изъ склеенныхъ между собою кожистой и водной оболочекъ, раздѣлить которыя, однако, всегда легко удастся. Наружная оболочка, кожистая, посредствомъ своихъ ворсинокъ, плотно соединяется со слизистою, отпадающею оболочкою матки и переходитъ непосредственно въ край дѣтскаго мѣста; она толще водной, но рыхлѣе ея и содержитъ сосуды. Внутренняя,

водная оболочка тонка, прозрачна и плотнѣе кожистой, она выстилаетъ не только внутреннюю поверхность послѣдней, но также внутреннюю поверхность дѣтскаго мѣста, отъ которой она легко можетъ быть отдѣлена до корня пуповины. Кромѣ того, водная оболочка покрываетъ всю пуповину, составляя такъ называемое влагалище ея, до пупочнаго кольца, гдѣ и переходитъ въ кожу плода. Водная оболочка весьма эластична, послѣ разрыва кожистой оболочки она одна можетъ выдерживать напоръ околоплодныхъ водъ во время родовъ, будучи-же разорвана она быстро стягивается и уменьшается.

Послѣ родовъ на наружной поверхности плоднаго пузыря, т. е. кожистой оболочки, находимъ большіе куски отпадающей оболочки, плотно соединенные съ кожистой оболочкою.

Дѣтское мѣсто или плацента представляется въ видѣ плоскаго, круглаго, мягкаго губчатаго тѣла отъ 15 до 20 сант. длины и ширины, около 3 сант. толщина въ срединѣ и 500 грм. вѣса. Его наружная шероховатая поверхность, плотно прилегающая къ маткѣ, раздѣлена бороздками на множество различной величины долекъ. Иногда одна изъ бороздокъ бываетъ настолько глубока и широка, что часть дѣтскаго мѣста представляется совершенно отдѣленною перепончатымъ промежуткомъ отъ главной части. Такая отдѣльная часть называется добавочнымъ дѣтскимъ мѣстомъ. На внутренней гладкой поверхности дѣтскаго мѣста, непосредственно подъ водною оболочкою, развѣтвляются первыя, толстыя вѣтви пупочныхъ сосудовъ; на ней-же помѣщается корень или начало пуповины.

Дѣтское мѣсто помѣщается обыкновенно въ верхней части полости матки, на передней или задней ея стѣнкѣ, ближе къ дну, но можетъ также помѣщаться и на всякомъ другомъ мѣстѣ внутренней поверхности матки. Если дѣтское мѣсто прикрѣпляется весьма близко къ внутреннему зѣву, то говорятъ о низкомъ прикрѣпленіи его; если-же оно отчасти или совершенно закрываетъ внутренній зѣвъ, то это называется предлежаніемъ дѣтскаго мѣста. Такое неправильное прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста обуславливаетъ опасное кровотеченіе, появляющееся иногда во время беременности, во время-же родовъ всегда.

Пуповина представляется въ видѣ завитаго шнурка, толщиною въ мизинецъ и около 50 сант. длины, связывающаго плодъ съ дѣтскимъ мѣстомъ. Она состоитъ изъ влагалища, образованнаго водною оболочкою, внутри котораго проходятъ двѣ артеріи и одна вена. Эти сосуды окружены студенистою массою, такъ называемою Вартоновою студенью, состоящей изъ зародышевой соединительной ткани. Количество Вартоновой студени не во всѣхъ случаяхъ одинаково; если студени много, то говорятъ о толстой или жирной, если ея мало, то о тощей пуповинѣ. Кромѣ того, на пуповинѣ въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ

могут образоваться значительныя скопленія Вартоновой ступени, которыя въ видѣ утолщеній выдаются надъ поверхностью пуповины; это такъ называемые ложные узлы. Спиралью изви-той видѣ пуповины зависитъ отъ извивающихся другъ около друга сосудовъ пуповины, которые нерѣдко въ нѣсколькихъ мѣ-стахъ образуютъ большія толстыя петли или изгибы—такъ назы-ваемые сосудистые ложные узлы. Истинные узлы образуются только въ тѣхъ случаяхъ, когда плодъ, во время своихъ много-различныхъ движеній, проскальзываетъ черезъ петлю пуповины; полученная такимъ образомъ петля затягивается обыкновенно только во время родовъ, очень рѣдко уже во время беремен-ности. Эти настоящіе узлы, если они сильно затягиваются, представляютъ опасность для жизни плода именно потому, что въ такихъ случаяхъ легко нарушается кровообращеніе въ пу-повинѣ.

Пуповина прикрѣпляется къ дѣтскому мѣсту или посрединѣ, или сбоку, или на краю его. Кромѣ того, пуповина можетъ при-крѣпляться къ оболочкамъ, на нѣкоторомъ разстояніи отъ дѣт-скаго мѣста. Это такъ называемое плевистое прикрѣпленіе, при которомъ сосуды пуповины, до вступленія въ дѣтское мѣсто, проходятъ нѣкоторое пространство между оболочками, понятно, что во время родовъ при такомъ прикрѣпленіи пуповины къ дѣтскому мѣсту легко можетъ случиться прижатіе или даже раз-рывъ именно этой части оболочекъ, что влечетъ за собой опас-ность для плода.

Околоплодная жидкость выполняетъ всю полость плоднаго яйца; она водяниста, въ концѣ беременности становится мутно-ватою отъ примѣси пушка и клѣтокъ верхней кожицы плода и окрашивается иногда въ слегка желтоватый цвѣтъ. Въ выдѣленіи околоплодной жидкости принимаютъ участіе какъ мать, такъ и плодъ. Въ первые мѣсяцы большая часть жидкости пропотѣваетъ изъ материнскихъ сосудовъ, только небольшая часть просачи-вается черезъ кожу зародыша или выдѣляется черезъ почки его. Въ послѣдніе мѣсяцы беременности возрастаетъ участіе плода вслѣдствіе большаго выдѣленія мочи, которая примѣшивается къ околоплодной жидкости. Околоплодная жидкость состоитъ изъ воды съ растворенными въ ней нѣкоторыми солями и содержитъ, кромѣ того, весьма небольшое количество бѣлка. Въ концѣ бере-менности къ ней примѣшивается еще немного мочевины мочи плода. Сомнительно, чтобы околоплодная жидкость, съ ничтожнымъ содержаніемъ питательныхъ веществъ могла служить для питанія плода, хотя плодъ проглатываетъ много околоплодныхъ водъ, что доказывается содержимымъ кишечнаго канала его. Къ концу беременности кишки содержатъ темнозеленую, густую, липкую массу—такъ называемый первородный калъ или меконіумъ состоящій изъ слизи, отпавшихъ эпителиальныхъ клѣтокъ слизи-

стой оболочки кишечного канала и красящаго вещества желчи; но, кромѣ того, въ этой массѣ находится много пупка и клѣтокъ эпидермиса, которые не могли попасть въ кишечникъ иначе, какъ путемъ проглатыванія плодомъ околоплодной жидкости.

Количество околоплодной жидкости въ началѣ беременности, по отношенію къ плоду, сравнительно велико; къ концу беременности оно относительно уменьшается и колеблется въ широкихъ границахъ. Въ нормальныхъ случаяхъ вѣсъ ея достигаетъ 500—1000 куб. сант. (1—2 фунтовъ).

Польза околоплодныхъ водъ заключается въ томъ, что, во 1-хъ, онѣ удерживаютъ матку въ растянутомъ состояніи, вслѣдствіе чего онѣ препятствуютъ сращенію поверхности тѣла плода съ водной оболочкой, предоставляя плоду достаточно мѣста для развитія и движенія; во 2-хъ, околоплодная вода предохраняетъ пуповину и плодъ отъ давленія, толчковъ и тому подобныхъ внутреннихъ и внѣшнихъ механическихъ насилій; въ 3-хъ, движенія плода становятся менѣ чувствительными для беременной, и, въ 4-хъ, въ началѣ родовъ околоплодная жидкость, при помощи плоднаго пузыря, служитъ для раскрытія маточнаго зѣва, а послѣ разрыва пузыря, она, изливаясь, увлажняетъ дѣтородные пути, дѣлаетъ ихъ болѣе скользкими и этимъ облегчаетъ прохожденіе плода.

Плацента, оболочки и пуповина выходятъ послѣ рожденія ребенка, поэтому онѣ носятъ названіе послѣда.

Измѣненія въ стѣнкахъ матки во время беременности.

Три слоя, изъ которыхъ состоятъ стѣнки матки, измѣняются во время беременности слѣдующимъ образомъ:

1) Слизистая оболочка. Выше было уже сказано объ утолщеніи и разрыхленіи слизистой оболочки матки, объ образованіи отпадающихъ оболочекъ и о томъ участіи, которое принимаютъ сосуды ея въ образованіи дѣтскаго мѣста. Къ этому слѣдуетъ прибавить, что къ концу беременности внутренней слой истинной отпадающей оболочки подвергается жировому перерожденію. Благодаря этому, связь этого слоя съ наружнымъ слоемъ становится болѣе слабою, почему во время родовъ оба слоя легко отдѣляются другъ отъ друга.

2) Мышечный слой матки. Во время беременности мышечныя волокна матки утолщаются и удлиняются. Они приблизительно въ 10 разъ длиннѣе и толще, чѣмъ въ небеременной маткѣ. Кромѣ того, увеличивается вѣроятно и число мышечныхъ волоконъ, т. е. образуются новыя волокна. Благодаря этому, мы-

шечный слой матки значительно утолщается и матка представляетъ въ концѣ беременности весьма сильную мышцу. Слабовыраженное въ беременности расположеніе мышечныхъ пучковъ матки въ три слоя, во время беременности выступаетъ болѣе рѣзко: наружный слой мышечныхъ пучковъ располагается по

Рис. 48.



Мышечныя волокна: *a*—не беременной, *b*—беременной матки.

длину матки; въ среднемъ слоѣ пучки переплетаются въ различныхъ направленіяхъ, особенно въ косомъ; внутренній слой состоитъ изъ расположенныхъ въ видѣ кольца, вокругъ отверстій полости матки, мышечныхъ пучковъ; наибольшее количество круговыхъ мышечныхъ волоконъ расположено въ шейкѣ матки.

Для питанія такого утолщеннаго мышечнаго слоя матки, необходима соответствующая масса крови. Поэтому во время беременности, рядомъ съ увеличеніемъ вещества матки, мы находимъ настолько значительно развитіе сосудовъ какъ въ длину, такъ и въ ширину, что стѣнка матки кажется состоящею мѣстами изъ однихъ сильно извилистыхъ и переплетающихся между собою сосудовъ. Нѣкоторые сосуды достигаютъ толщины карандаша или мизинца, напримѣръ, по сторонамъ матки въ области внутренняго зѣва. Наиболѣе развиваются, конечно, тѣ сосуды, которые снабжаютъ кровью не только стѣнку матки, но и плодъ; такіе сосуды находятся на мѣстѣ прикрѣпленія дѣтскаго мѣста.

3) Брюшина, покрывающая матку, также должна принимать участіе въ увеличеніи общей массы матки; она значительно растягивается. Однако она не истончается, а утолщается. Чѣмъ больше беременная матка выходитъ изъ полости малаго таза, тѣмъ болѣе измѣняется направленіе круглыхъ и широкихъ связокъ ея, а съ ними, конечно, и Фаллопиевыхъ трубъ. Онѣ идутъ уже не поперечно, а прямо внизъ, помѣщаясь вдоль боковыхъ стѣнокъ матки, гдѣ легко прощупываются черезъ брюшныя стѣнки въ видѣ толстыхъ шнурковъ.

4) Что масса вещества матки дѣйствительно увеличивается во время беременности, будетъ еще болѣе наглядно изъ сравненія вѣса ея до беременности и послѣ родовъ. До беременности матка вѣситъ 40—50 грм., тотчасъ же послѣ родовъ—до 1.000 грм. Длина ея увеличивается до 35 сант. Не смотря, однако, на такое увеличеніе массы вещества матки почти въ 25 разъ, стѣнки ея, тѣмъ не менѣе, представляются, вслѣдствіе

растяженія во время беременности, настолько тонкими, что черезъ нихъ и черезъ брюшные покровы удается прощупать части плода. Толщина стѣнокъ въ первой половинѣ беременности немного превышаетъ толщину ихъ въ небеременной маткѣ, а въ концѣ беременности равняется $\frac{1}{2}$ —1 сант.

Измѣненіе формы и положенія беременной матки.

Небеременная матка имѣетъ сплюснутую въ передне-заднемъ размѣрѣ форму и шейка составляетъ довольно значительную часть ея. Въ началѣ беременности тѣло матки становится очень широкимъ вслѣдствіе того, что яйцо обыкновенно прикрѣпляется въ днѣ и вблизи одного трубнаго отверстія. Нерѣдко наблюдается даже боковое шаровидное выпячиваніе. Начиная съ IV мѣсяца, матка принимаетъ болѣе круглую форму. Дно и тѣло ея становятся почти шаровидными. Впослѣдствіи продольный разрѣзъ матки становится опять наибольшимъ, такъ что она имѣетъ яйцевидную форму. Менѣе всего развивается шейка матки, которая въ концѣ беременности имѣетъ лишь видъ маленькаго придатка.

Положеніе беременной матки измѣняется слѣдующимъ образомъ. Въ небеременномъ состояніи матка находится въ слегка наклонномъ кпереди положеніи, въ которомъ она удерживается связками, соединяющими ее спереди съ мочевымъ пузыремъ и переднею стѣнкою таза, а сзади съ прямою кишкою и заднею стѣнкою таза. Съ развитіемъ въ полости матки яичка, дно и тѣло ея становятся болѣе тяжелыми; кромѣ того, во время беременности связки матки разрыхляются и становятся болѣе податливыми, вслѣдствіе чего увеличенное и болѣе тяжелое дно ея должно наклониться еще болѣе кпереди. Такимъ образомъ, является наклоненіе матки впередъ. Съ другой стороны, одновременно съ увеличеніемъ тяжести дна матки, происходитъ и разрыхленіе ея стѣнокъ вообще, и въ особенности въ области внутренняго зѣва. Если разрыхленіе этой области появится раньше разрыхленія связокъ, фиксирующихъ шейку, или если оно въ шейкѣ сильнѣе, нежели въ связкахъ, то дно матки наклоняется кпереди, шейка-же остается въ своемъ нормальномъ положеніи; при этомъ тѣло матки сходится съ шейкою подъ угломъ, т. е. происходитъ перегибъ матки впередъ. Такой перегибъ матки приходится встрѣчать почти у каждой беременной, въ особенности на 3-мъ мѣсяцѣ. Съ 4-го мѣсяца перегибъ матки постепенно самъ собою сглаживается.

Наконецъ, вслѣдствіе увеличенія тяжести матки, она въ самомъ началѣ беременности опускается въ полость таза по направленію ея оси: происходитъ пониженіе матки, такъ что влагалищная часть легче достигается изслѣдующимъ пальцемъ.

Когда скоро матка увеличилась настолько, что дно ея, подымаясь надъ входомъ въ тазъ, прилегаеть къ передней стѣнкѣ живота (съ IV мѣсяца), то послѣдняя, подъ вліяніемъ давленія матки, болѣе и болѣе вытягивается впередъ. Это растяженіе брюшныхъ стѣнокъ достигаетъ въ концѣ беременности нерѣдко такихъ размѣровъ, что прямыя брюшныя мышцы расходятся по бѣлой линіи; въ такомъ случаѣ дно матки, поддерживаемое одними наружными покровами, отклоняется болѣе и болѣе впередъ и образуетъ наконецъ такъ называемый отвислый животъ.

Дно матки отклоняется обыкновенно нѣсколько вправо, что зависитъ отчасти отъ мочевого пузыря, который при каждомъ наполненіи мочою отодвигаетъ нижній отрѣзокъ матки влѣво, отчасти-же отъ переполненія каловыми массами S-образной кишки, которая непосредственно смѣщаетъ тѣло матки въ правую сторону. Кроме того, быть можетъ подъ вліяніемъ тѣхъ-же причинъ, лѣвая сторона матки бываетъ обращена не прямо влѣво, а влѣво и впередъ, такъ что поперечный размѣръ матки соотвѣтствуетъ не поперечному, а правому косому размѣру таза.

Измѣненіе маточной шейки.

Прежде всего она становится сочнѣе и мягче, что легко узнается при внутреннемъ изслѣдованіи. Размягченіе шейки начинается съ наружнаго зѣва, откуда постепенно распространяется вверхъ, пока на 9-мъ или 10-мъ мѣсяцѣ и внутренній зѣвъ представляется вполне разрыхленнымъ. Подъ вліяніемъ усиленнаго притока крови, обуславливающаго это размягченіе, увеличивается одновременно дѣятельность слизистой оболочки. Вслѣдствіе этого у беременныхъ каналъ шейки оказывается выполненнымъ пробкою густой слизи, которая, понятно, легче задерживается въ узкомъ, нежели въ широкомъ каналѣ, и потому чаще наблюдается у беременныхъ въ первый разъ, нежели у много-рожавшихъ. Влагалищная часть и шейка принимаютъ участіе въ увеличеніи матки вслѣдствіе удлиненія ихъ мышечныхъ волоконъ. Позднѣе, по мѣрѣ того, какъ матка подымается въ брюшную полость, влагалищная часть замѣтно укорачивается и подъ конецъ беременности почти совершенно исчезаетъ. Это исчезаніе или какъ оно называется «сглаживаніе влагалищной части» только кажущееся. Въ дѣйствительности шейка матки и шеечный каналъ остаются до начала родовъ неизмѣненными, не увеличивая маточную полость. Благодаря разрыхленію влагалищныхъ сводовъ и наклоненію матки впередъ, головка выпячивается, опускаясь ниже, передній сводъ. Вслѣдствіе этого выравнивается складка между влагалищной частью и влагалищемъ и шейка отходитъ къзади. Стоитъ только приподнять головку плода кверху, чтобы убѣдиться въ томъ, что шеечный каналъ сохраняется во

всей своей длинѣ. Такъ какъ только у первобеременныхъ головка опускается въ концѣ беременности во входъ таза, то кажущееся сглаживаніе влагалищной части наблюдается только у нихъ, а не у повторобеременныхъ.

У первобеременныхъ влагалищная часть представляется кону сообразною, наружный зѣвъ имѣетъ видъ кругловатой закрытой ямки съ ровными закругленными краями. Каналь шейки остается обыкновенно до конца беременности закрытымъ, онъ не растягивается къ концѣ беременности и не входитъ въ образованіе полости матки.

У многорожавшихъ влагалищная часть цилиндрическая, наружный зѣвъ представляетъ поперечную щель, губы его по сторонамъ болѣе или менѣе глубоко разорваны, поверхность ихъ неровная, мѣстами болѣе плотная, отъ оставшихся рубцовъ. Укороченія влагалищной части у многорожавшихъ незамѣтно, губы зѣва сохраняютъ до родовъ извѣстную длину. Каналь шейки у нихъ начинаетъ раскрываться уже со второй половины беременности по направленію снизу вверхъ и принимаетъ на 8-мъ мѣсяцѣ видъ воронки, обращенной узкой частью къ внутреннему зѣву. Съ конца 9-го мѣсяца, а иногда уже и за 5 недѣль до родовъ, пальцемъ можно пройти черезъ внутренній зѣвъ въ полость матки и прощупать плодный пузырь и лежащую часть плода. Эти признаки предшествовавшихъ родовъ до такой степени наглядны, что въ большинствѣ случаевъ распознаваніе первой или повторной беременности не представляетъ никакого затрудненія.

Измѣненіе влагалища и наружныхъ половыхъ частей.

Во время беременности рукавъ увеличивается во всѣхъ размѣрахъ и становится болѣе длиннымъ и широкимъ, такъ что стѣнки его выпячиваются во входъ рукава, какъ при начинающемся выпаденіи. Особенно рѣзко выражены измѣненія слизистой оболочки рукава. Она значительно утолщается, разрыхляется, складки ея значительно увеличиваются и при изслѣдованіи прилегаютъ со всѣхъ сторонъ къ пальцу. Цвѣтъ ея измѣняется въ синевато-красный; количество выдѣляемой слизи замѣтно увеличивается, такъ что женщины, никогда нестрадавшія истеченіемъ изъ рукава слизи, теперь жалуются на существованіе такъ называемыхъ бѣлей. Всѣ поименованныя измѣненія особенно важны, такъ какъ они появляются уже со второго мѣсяца беременности и ими можно воспользоваться для опредѣленія беременности даже въ такомъ раннемъ срокѣ.

Наружные половые органы какъ-бы припухаютъ, цвѣтъ ихъ болѣе темный, половая щель нѣсколько раскрывается.

Въ грудяхъ прежде всего, иногда уже на первомъ мѣсяцѣ, являются колющія боли, которыя подчасъ бываютъ очень сильны,

такъ что беременныя значительно страдаютъ; въ другихъ же случаяхъ наоборотъ онѣ едва замѣтны. Грудныя железы тоже измѣняются, дольки ихъ увеличиваются и легко прощупываются. Одновременно увеличивается и жировая клѣтчатка, окружающая грудныя железы, вслѣдствіе чего груди увеличиваются, полнѣютъ и округляются. Кожа грудей нѣсколько напрягается, на ней появляются иногда синеваго - красныя полоски, такъ называемыя рубцы беременности. Подкожныя вены расширяются и просвѣчиваютъ черезъ кожу. Околососковый кружокъ темнѣетъ; соски больше выстоятъ впередъ. Монтгомеровы железки припухаютъ и выступаютъ. У большинства беременныхъ со второй половины беременности начинается отдѣленіе водянистой, почти прозрачной жидкости (молозива—colostrum), количество которой верѣдко бываетъ такъ велико, что можно смачивать бѣлье, но оно не рѣзко увеличивается до родовъ.

Нѣкоторыя отправления половыхъ органовъ тоже измѣняются во время беременности. Такъ какъ значительная часть питательнаго матеріала идетъ на развитіе плода, то вслѣдствіе этого прекращается періодическое созрѣваніе яичекъ въ Граафовыхъ пузырькахъ. Въ виду этого, прекращается и мѣсячное очищеніе, находящееся въ тѣсной связи съ созрѣваніемъ яичекъ. Отсутствие регулъ составляетъ настолько постоянное явленіе во время беременности, что вездѣ въ обществѣ считается первымъ вѣроятнымъ признакомъ беременности. Мы не должны, однако, забывать, что мѣсячныя могутъ отсутствовать и по другимъ причинамъ и что не мало и такихъ случаевъ, въ которыхъ, несмотря на существующую беременность, мѣсячныя все-таки появляются первые 2—3 мѣсяца. Характеръ такихъ мѣсячныхъ, впрочемъ, обыкновенно рѣзко отличается отъ обычнаго теченія регулъ: количество теряемой крови значительно уменьшается, продолжаютъ онѣ меньше, обычныя сопутствующія явленія или измѣняются, или совершенно отсутствуютъ, такимъ образомъ даже въ такихъ случаяхъ, послѣ тщательнаго разспроса женщины, мы все-таки въ состояніи опредѣлить, когда приблизительно беременность началась.

Измѣненія въ другихъ органахъ, за исключеніемъ половыхъ.

Они или обусловливаются увеличеніемъ матки и усиленнымъ притокомъ крови къ тазовымъ органамъ, или же составляютъ лишь послѣдствія измѣнившагося обмѣна веществъ всего организма.

Измѣненія со стороны таза ограничиваются главнымъ образомъ сочлененіями тазовыхъ костей, которыя, вслѣдствіе усиленнаго притока крови, становятся болѣе податливыми и подвижными. У нѣкоторыхъ животныхъ разрыхленіе бываетъ настолько

велико, что передніе концы безъимянныхъ костей расходятся, чѣмъ облегчается, конечно, прохожденіе дѣтеныша. У человѣка эти измѣненія чрезвычайно слабо выражены, почему о вліяніи ихъ на роды ничего опредѣленнаго сказать нельзя.

Вліяніе беременной матки на мочевой пузырь двоякое, смотря по тому, придавливается-ли ею дно или шейка пузыря. Въ первомъ случаѣ появляется невозможность задерживать большое количество мочи, почему мочеиспусканіе совершается чаще, а иногда даже ежеминутно и понемногу; беременныя жалуются на частый и иногда болѣе или менѣе болѣзненный позывъ къ мочеиспусканію. Во второмъ случаѣ моча прямо задерживается въ пузырь, потому что послѣдній не въ состояніи преодолѣть препятствіе. Недержаніе мочи встрѣчается чаще въ началѣ беременности, задержаніе же мочи въ концѣ ея, когда предлежащая головка опустилась уже глубоко въ полость таза.

Давленіе на прямую кишку обусловливаетъ во время беременности довольно часто запоръ, сопровождающійся обыкновенно вздутіемъ живота и коликами въ кишкахъ. Гораздо рѣже встрѣчаются поносы.

Давленіе на большіе сосуды таза, снабжающіе кровью также и нижнія конечности, дѣйствуетъ преимущественно на вены, стѣнки которыхъ болѣе тонки, нежели стѣнки артерій, и производитъ въ нихъ застои крови. Вслѣдствіе этого вены нижнихъ конечностей сильно растягиваются и въ видѣ толстыхъ шнурковъ просвѣчиваютъ черезъ кожу; мѣстами на протяженіи ихъ образуются такъ называемые венные или варикозные узлы. Въ рѣдкихъ случаяхъ застои крови можетъ быть такъ великъ, что тонкія стѣнки венныхъ узловъ не выдерживаютъ напора крови и разрываются; появляется подчасъ весьма опасное кровотеченіе. Подобное растяженіе венъ встрѣчается иногда на наружныхъ половыхъ органахъ, особенно у многорожавшихъ, чаще же всего въ прямой кишкѣ, вблизи заднепроходнаго отверстія — такъ называемые геморроидальные узлы или шишки; временами они могутъ значительно припухать, чѣмъ причиняютъ сильную боль, въ особенности если выступаютъ наружу. Разрывъ ихъ (такъ называемый открытый геморрой) ведетъ также къ обильной потерѣ крови, которая обыкновенно облегчаетъ страданія больныхъ.

То же давленіе беременной матки ведетъ къ образованію отека преимущественно нижнихъ конечностей. Вслѣдствіе застоя крови, жидкая часть ея, сыворотка, просачивается сквозь волосные сосуды въ окружающую ихъ клетчатку и пропитываетъ ее. Отъ этого конечности припухаютъ, раньше всего около мышечковъ, откуда отекъ распространяется на тыльную поверхность стопы, на голень и даже на бедро, при высшихъ же степеняхъ отекъ распространяется на наружные половые органы и

на брюшныя стѣнки. Что отекъ существуетъ, мы узнаемъ по увеличенному объему конечностей, по блѣдности и напряженію кожи, которая въ сильныхъ степеняхъ — блеститъ; отъ давленія пальцемъ на отечное мѣсто образуется, смотря по силѣ отека, болѣе или менѣе глубокая ямка, которая весьма медленно исчезаетъ. Отекъ причиняетъ боль, а иногда и сильный зудъ въ нижнихъ конечностяхъ. Вслѣдствіе увеличеннаго объема ихъ является невозможность носить прежнюю обувь, движеніе конечностями затрудняется, беременныя принуждены или лежать, или сидѣть съ вытянутыми ногами.

Общіе покровы живота сильно растягиваются беременною маткою; пупочная ямка постепенно сглаживается; пупочное кольцо на 10-мъ мѣсяцѣ беременности немного раскрывается и пупокъ выпячивается кнаружи въ видѣ небольшого пузыря.

При весьма сильномъ растяженіи случается, что внутренніе края прямыхъ брюшныхъ мышцъ расходятся, такъ что между ними образуется промежутокъ, наиболѣе широкій въ области пупка, выполненный только кожей, фасціею и брюшиною. Понятно, что этотъ промежутокъ весьма податливъ, вслѣдствіе чего приходится наблюдать вдоль бѣлой линіи выпячиваніе внутренностей, чаще всего петель кишекъ или большого сальника въ видѣ мягкихъ эластичныхъ опухолей; эти опухоли по мѣсту ихъ появленія называются или пупочною грыжею, или грыжею бѣлой линіи.

Другое послѣдствіе растяженія брюшныхъ покрововъ слѣдующее: поверхностный слой истинной кожи трескается, образуетъ покрытыя только кожицею синевато-красныя полосы, такъ называемыя свѣжіе рубцы беременности. Послѣ родовъ эти разрывы постепенно зарубцовываются, уменьшаются, становятся бѣлыми, блестящими—старые рубцы беременности, которые и остаются такими на всю жизнь. У многорожавшихъ эти рубцы представляютъ поперечныя морщинки и нерѣдко истребляютъ всю поверхность живота. Рубцы беременности образуются также на грудяхъ и на верхней трети бедеръ.

Содержимое брюшной полости, особенно увеличивающееся въ концѣ беременности, производитъ, кромѣ того давленіе вверхъ на грудобрюшную преграду, вслѣдствіе чего беременныя страдаютъ одышкой; нижняя половина грудной клѣтки при этомъ расширяется, нижнія ребра раздвигаются, выворачиваются и фигура талии пропадаетъ.

Послѣдствія измѣненнаго обмѣна веществъ слѣдующія: кровь измѣняется въ составѣ, становится болѣе жидкою, водянистою, число красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ относительно увеличивается; вслѣдствіе этого измѣняется питаніе и отправленіе всѣхъ органовъ. Настроеніе духа измѣняется, часто дѣлается меланхолическимъ, появляется раздражительность, плак-

сивость, тоска, слабость, головокруженіе, наклонность къ обморокамъ и болямъ въ различныхъ частяхъ тѣла, преимущественно головная, зубная или лицевая боль. Нерѣдко беременныя страдаютъ приливами къ различнымъ органамъ, кровотеченіемъ изъ носа, сердцебіеніемъ, одышкой. Со стороны пищеварительнаго аппарата появляются: потеря аппетита, тошнота и рвота, чаще по утрамъ на тощій желудокъ, и въ первые мѣсяцы беременности.

Кожа вообще блѣднѣетъ, мѣстами же на околосососковыхъ кружкахъ и по бѣлой линіи она темнѣетъ; кромѣ того, на кожѣ лица (лба) и передней поверхности грудной клѣтки образуются такъ называемыя печеночныя пятна.

Относительно вѣса всего тѣла слѣдуетъ замѣтить, что въ послѣдніе три мѣсяца беременности общій вѣсъ значительно прибываетъ и при томъ настолько, что увеличеніе его нельзя объяснить однимъ только развитіемъ плода.

Опредѣленіе срока беременности и родовъ.

Чтобы опредѣлить, сколько времени женщина уже беременна и когда она должна родить, мы прибѣгаемъ: 1) къ изслѣдованію, и 2) къ вычисленію. Для того, чтобы при изслѣдованіи умѣть опредѣлить продолжительность беременности, необходимо знать:

Появленіе важнѣйшихъ измѣненій во время беременности по мѣсяцамъ.

Въ первомъ мѣсяцѣ беременности матка нѣсколько увеличена, влагалищная часть шейки болѣе мягка, количество выдѣляемой слизи немного увеличивается. Такія-же явленія встрѣчаются или сейчасъ послѣ мѣсячныхъ, или до начала ихъ, а также и при начинающемся катаррѣ матки, почему они не могутъ быть отнесены съ положительностью на счетъ беременности. Въ это-же время часто появляются припадки со стороны пищеварительныхъ органовъ, какъ-то: отвращеніе къ извѣстнымъ кушаніямъ, замѣна ихъ другими, извращеніе вкуса, тошнота и рвота, а также какое-то общее недомоганіе.

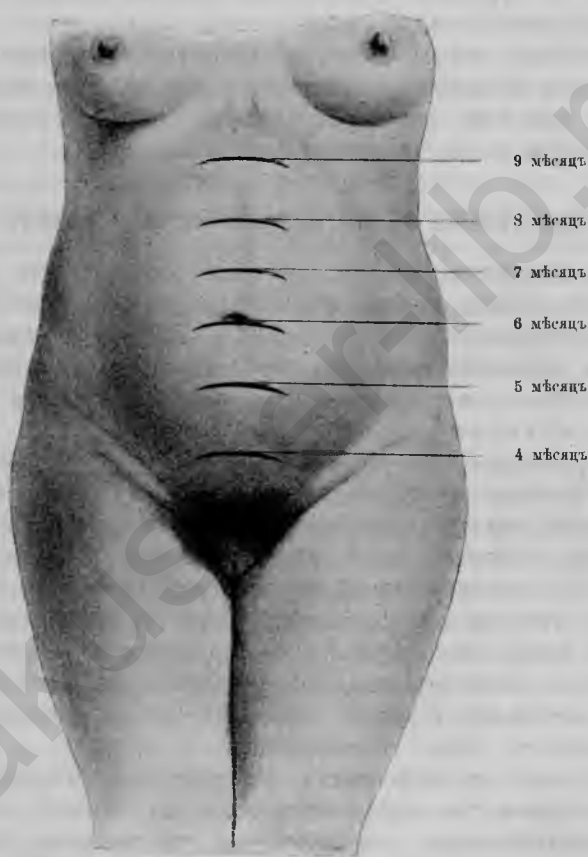
Во второмъ мѣсяцѣ матка достигаетъ величины гусиного яйца, въ особенности округленность ея дна бываетъ ясно выражена. Матка нѣсколько опускается, и одновременно или наклонена, или согнута кпереди. Разрыхленіе или утолщеніе слизистой оболочки рукава увеличивается. Груды припухаютъ и становятся болѣзненными. Мѣсячныя не появляются. Остальные признаки перваго мѣсяца продолжаютъ.

Въ третьемъ мѣсяцѣ дно матки довольно часто уже прощупывается надъ лоннымъ сочлененіемъ. Величина матки съ дѣтскую головку.

Въ четвертомъ мѣсяцѣ дно матки помѣщается на два или три пальца выше лоннаго сочлененія. Подчревная область жи-

вота немного выпячивается. Приложивъ ухо къ нижней части живота къ области матки, нерѣдко приходится слышать дующій, такъ называемый маточный шумъ, совпадающій съ пульсомъ матери. Груды нерѣдко отдѣляютъ сывоточную жидкость. Околососковый кружокъ темнѣетъ. При одновременномъ наружномъ и внутреннемъ изслѣдованіи удается въ рѣдкихъ случаяхъ вызвать баллотированіе, т. е. отскакиваніе плода отъ толчка изслѣдую-

Рис. 49.



Высота дна матки въ концѣ 1—9 мѣсяца беременности.

щаго пальца. При помощи выслушиванія опредѣляются движенія плода. Наружный зѣвъ матки у многозавшихъ нѣсколько открытъ. Тошнота и рвота прекращаются.

Въ пятомъ мѣсяцѣ дно матки помѣщается на 2 поперечныхъ пальца ниже пупка. Со второй половины этого мѣсяца, т. е. съ 18—20 недѣли беременная начинаетъ ощущать движеніе

плода въ видѣ слабыхъ толчковъ и удается, хотя еще неясно, слышать сердцебіеніе плода.

Въ шестомъ мѣсяцѣ дно матки достигаетъ пупка. Нерѣдко удается черезъ брюшныя стѣнки прощупать части плода.

Въ седьмомъ мѣсяцѣ дно матки находится на два или три поперечныхъ пальца выше пупка. Пупокъ сглаживается. Животъ все больше выпячивается; на кожѣ его появляются рубцы беременности. Изслѣдуя черезъ влагалище, найдемъ начинающееся укороченіе влагалищной части; каналъ шейки у многорожавшихъ немного открывается, начиная съ наружнаго зѣва. Предлежащая часть большею частью головка, подвижна и баллотируется.

Въ восьмомъ мѣсяцѣ дно матки помѣщается по срединѣ между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ. Пупокъ совершенно сглаживается. Кожа надчревной области настолько сильно напряжена, что контуры матки не всегда опредѣляются ясно. У беременныхъ въ первый разъ влагалищная часть еще болѣе укорачивается. У многорожавшихъ каналъ шейки матки проходимъ до внутренняго зѣва. Положеніе плода большею частью легко опредѣляется; предлежащая часть плода становится тяжелѣе.

Въ девятомъ мѣсяцѣ дно матки почти достигаетъ до мечевиднаго отростка, который выгибается немного кпереди. Пупокъ начинаетъ выпячиваться. Большая часть рубцовъ беременности появляется въ этомъ мѣсяцѣ. Дно матки и смѣщенные преимущественно вверхъ и взадъ петли кишекъ давятъ на грудобрюшную преграду, вслѣдствіе чего появляется тяжелое и короткое дыханіе и невозможность много ходить. Предлежащая часть менѣе подвижна, у первобеременныхъ она начинаетъ опускаться въ полость малаго таза. У многорожавшихъ со второй половины этого мѣсяца раскрывается внутренній зѣвъ.

Въ десятомъ мѣсяцѣ, т. е. за 3—4 недѣли до родовъ, матка опускается и дно ея занимаетъ мѣсто между пупкомъ и подложечною ямкою, слѣдовательно, то же мѣсто, что и на 8-мъ мѣсяцѣ. Въ то же время матка значительно наклоняется кпереди, вслѣдствіе чего животъ заостряется. Окружность его около 100 сант. Въ стоячемъ положеніи беременная отклоняетъ верхнюю часть туловища назадъ, чтобы возстановить равновѣсіе. Контуры матки становятся вновь ясными по причинѣ уменьшеннаго напряженія подчревной области, почему беременныя могутъ дышать свободнѣе и больше ходить. Пупокъ выпячивается въ видѣ пузыря. Предлежащая головка прощупывается у беременныхъ въ первый разъ очень ясно черезъ истонченный нижній отдѣлъ матки и сводъ рукава глубоко въ маломъ тазу и представляется большимъ, плотнымъ, шаровиднымъ тѣломъ. Далеко кзади, въ крестцовой впадинѣ, прощупывается влагалищная часть шейки въ видѣ небольшого возвышенія съ маленькою ямкою по срединѣ—закрытымъ зѣвомъ. У многорожавшихъ головка боль-

шею частью остается подвижною надъ входомъ; обѣ губы зѣва еще ясно выдаются; каналъ шейки совершенно открытъ, почему палецъ свободно проходитъ черезъ внутренній зѣвъ до плоднаго пузыря и предлежащей части.

Запоръ, частый позывъ къ мочеиспусканію, отекъ нижнихъ конечностей усиливается подъ вліяніемъ тяжелой матки и низко опустившейся головки. Довольно часто, особенно у первоберемен-

Рис. 50.



Высота дна матки въ концѣ 9—10 мѣсяца беременности.

ныхъ, въ теченіе этого мѣсяца появляются сокращенія матки, причемъ матка дѣйствительно твердѣетъ. Эти схватки сопровождаются болью въ поясницѣ и выдѣленіемъ изъ влагалища большого количества слизи, но шейка остается безъ измѣненій.

Всѣ вышеописанныя измѣненія развиваются у беременныхъ въ первый разъ гораздо правильнѣе, такъ что у нихъ, при правильныхъ условіяхъ, довольно точное опредѣленіе срока беремен-

ности обыкновенно не представляет особеннаго затрудненія. Если же мы имѣемъ дѣло съ весьма вялыми брюшными стѣнками, съ двойнями, съ неправильнымъ положеніемъ плода, съ узкимъ тазомъ, то должны быть очень осторожны и внимательны, чтобы не ошибиться на цѣлые мѣсяцы.

Опредѣленіе срока беременности высчитываніемъ.

Продолжительность беременности высчитывается:

- 1) По послѣднимъ мѣсячнымъ.
- 2) По дню плодотворнаго соитія.
- 3) По первому движенію плода.
- 4) По положенію дна матки.

1) Угнравъ начало и продолжительность послѣднихъ мѣсячныхъ, можно предположить, что оплодотвореніе произошло нѣсколько дней спустя по прекращеніи ихъ и потому опредѣлить продолжительность беременности съ этого времени. Для того, чтобы опредѣлить время наступленія родовъ, нужно къ началу послѣднихъ мѣсячныхъ или прибавить 9 мѣсяцевъ и 7 дней (280 дней), или отсчитать назадъ 3 мѣсяца и прибавить 7 дней.

Положимъ, что послѣдніа мѣсячныа начались 1 марта; прибавивъ къ этому 9 мѣсяцевъ и 7 дней, можемъ ожидать наступленія родовъ 7 или 8 декабря; или-же, отсчитавъ отъ 1 марта назадъ 3 мѣсяца и прибавивъ 7 дней, получимъ тотъ-же срокъ родовъ.

Этотъ способъ весьма употребителенъ и часто довольно точенъ. Не слѣдуетъ только забывать, что оплодотвореніе можетъ произойти и не тотчасъ послѣ окончанія мѣсячныхъ, а 2—3 недѣли спустя. Кромѣ того, случается, что у больныхъ и у кормящихъ грудью женщинъ мѣсячныа появляются неправильно или даже вовсе отсутствуютъ. Наконецъ, мы выше указали, что мѣсячныа появляются иногда еще въ первые 2—3 мѣсяца беременности. Всего этого никогда не слѣдуетъ упускать изъ вида при разспрашиваніи беременной.

2) День плодотворнаго соитія рѣдко бываетъ извѣстенъ; но и въ этихъ рѣдкихъ случаяхъ неизбѣжны ошибки, такъ какъ не у всѣхъ женщинъ беременность продолжается ровно 280 дней, напротивъ, очень часто нѣсколько меньше или нѣсколько больше.

3) Первое шевеленіе плода появляется приблизительно со второй половины 5-го мѣсяца беременности; прибавивъ къ тому дню, когда беременная почувствовала, что плодъ «сталъ шевелиться», $4\frac{1}{2}$ гражданскихъ мѣсяца или 20 недѣль, опредѣлимъ время родовъ. Не всегда, однако, первое шевеленіе ощущается ровно въ половинѣ беременности. Если плодъ хорошо развитъ, если мать предупреждена и слѣдитъ за появленіемъ шевеленія, если она очень чутка, что приходится встрѣчать у

измѣненныхъ нервныхъ особъ, то шевеленіе плода ощущается на 18 недѣль, даже еще раньше. При противоположныхъ условіяхъ шевеленіе или просто просматривается, или ощущается беременными поздне. Въ обоихъ случаяхъ время перваго шевеленія плода обозначается беременными не вѣрно. Кромѣ того, нерѣдко случается, что женщины принимаютъ, напримѣръ, движеніе кишекъ за шевеленіе плода; бываетъ даже, что онѣ считаютъ себя беременными только на основаніи такихъ ложныхъ движеній.

4) Дно матки опускается въ началѣ 10-го мѣсяца, слѣдовательно, за три-четыре недѣли до родовъ.

Всѣ эти способы опредѣленія срока беременности невѣрны; по нимъ мы можемъ только приблизительно опредѣлить время наступленія родовъ и только въ томъ случаѣ, если найденное при изслѣдованіи соотвѣтствуетъ вычисленіямъ.

Признаки беременности.

Всѣ описанныя измѣненія въ тѣлѣ женщины составляютъ признаки беременности, т. е. мы можемъ, руководствуясь ими, узнать, существуетъ-ли въ данномъ случаѣ беременность, или нѣтъ. Достоинство и значеніе этихъ измѣненій, какъ признаковъ беременности, далеко не одинаково, въ виду чего мы раздѣляемъ ихъ на три группы:

1) **Невѣрные признаки.** Сюда принадлежатъ, за исключеніемъ измѣненій со стороны половыхъ органовъ, всѣ тѣ измѣненія въ организмѣ женщины, о которыхъ было сказано на стр. 128—131. Болѣе важныя изъ нихъ слѣдующія: тошнота и рвота, особенно по утрамъ на тощій желудокъ, зубныя боли, слюнотеченіе, различныя болѣзненные ощущенія, измѣненіе настроенія духа и самочувствія, окраска кожи и увеличеніе живота. Но всѣ эти явленія могутъ съ одной стороны отсутствовать у беременныхъ и съ другой стороны они встрѣчаются у небеременныхъ и даже у мужчинъ, поэтому и значеніе ихъ весьма ничтожно. Они могутъ быть приняты во вниманіе въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ предшествовавшія беременности у тѣхъ-же женщинъ сопровождались такими-же явленіями, но опять-таки только при отсутствіи другихъ болѣзней, сопровождающихся подобными припадками и при появленіи совмѣстно съ ними признаковъ второй группы.

Невѣрные признаки беременности наблюдаются иногда у женщинъ, имѣющихъ сильное желаніе быть беременными. У такихъ лицъ констатируется тоже иногда значительное увеличеніе живота и набуханіе груди. Это случаи такъ называемой воображаемой беременности, представляющіе большія затрудненія при распознаваніи.

2) **Вѣроятные признаки.** Сюда относятся:

а) Прекращеніе мѣсячныхъ — коль-скоро кромѣ беременности не существуетъ къ тому другихъ причинъ.

б) Увеличеніе матки — если величина ея соотвѣтствуетъ сроку предполагаемой беременности, если къ тому-же стѣнки матки представляются на ощупь размягченными и одновременно существуютъ неизбѣжныя при каждой беременности измѣненія влагалищной части матки, влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ. Особенно важна въ этомъ отношеніи синеватая окраска слизистой оболочки рукава.

в) Маточный шумъ — отыскать который не всегда удается: опухоль матки съ большимъ развитіемъ кровеносныхъ сосудовъ сопровождаются иногда маточнымъ шумомъ.

г) Измѣненія со стороны груди — увеличеніе ихъ, болѣе темная окраска соскового кружка, выдѣленіе водянистой жидкости; эти признаки хотя и встрѣчаются при другихъ условіяхъ, но весьма рѣдко.

Всѣ вышеприведенныя явленія, хотя и встрѣчаются неизбѣжно при каждой беременности, тѣмъ не менѣе они могутъ обуславливаться нѣкоторыми болѣзнями. Каждый поименованный признакъ самъ по себѣ не имѣетъ большого значенія и только совпаденіе и совокупность нѣсколькихъ изъ нихъ указываютъ съ большою вѣроятностью на беременность, почему всѣ эти явленія и называются вѣроятными признаками беременности.

3) **Вѣрные признаки** — слѣдующіе:

а) ощущаемая акушеркою движенія плода,

б) возможность прощупать отдѣльныя части плода и

в) присутствіе сердцебиенія плода.

Каждый изъ этихъ признаковъ, взятый отдѣльно, несомнѣнно доказываетъ присутствіе плода, а слѣдовательно и беременность. Появляются они въ томъ порядкѣ, въ какомъ обозначены выше. Прежде всего появляется возможность ощущать движеніе плода, въ началѣ въ видѣ слабыхъ толчковъ, воспринимаемыхъ при выслушиваніи нижней части живота; затѣмъ ощущаемъ движеніе плода рукою, положенною на животъ беременной, наконецъ, мы можемъ даже видѣть измѣненія формы и поверхности живота, причиняемыя движеніями плода.

Вскорѣ послѣ перваго признака является возможность ощущать части плода. Въ началѣ при изслѣдованіи живота обѣими руками удается вызвать колебаніе, такъ называемое баллотированіе плода, слѣдующимъ образомъ: если пальцами одной руки слегка, но быстро, въ видѣ толчковъ, ударять по боковой поверхности живота, т. е. матки, то маленькое подвижное тѣло плода легко отскакиваетъ къ другой рукѣ, приложенной ладонною поверхностью плашмя къ противоположной сторонѣ живота женщины. Нѣкоторое время спустя, при наружномъ или вну-

треннемъ изслѣдованіи удастся и одной рукой прощупать отдѣльныя части плода.

Гораздо позднѣе этихъ двухъ признаковъ приходится слышать сердцебіеніе плода. Удары сердца плода приблизительно вдвое чаще пульса матери, 120—160 въ минуту; они кажутся какъ-бы раздвоеннымъ звукомъ, похожимъ на бой карманныхъ часовъ, чѣмъ и отличаются отъ всѣхъ другихъ звуковъ, которые приходится слышать при выслушиваніи живота. Эти посторонніе звуки слѣдующіе:

1) Маточный шумъ—сходенъ съ дующимъ или шипящимъ шумомъ мѣховъ, совпадаетъ съ пульсомъ матери.

2) Пульсація брюшной аорты. Беременная матка прилегаетъ своею заднею поверхностью къ брюшной аортѣ; каждое наполненіе, расширеніе ея приподымаетъ матку и прижимаетъ послѣднюю къ приложенному уху; одновременно съ этимъ толчкомъ мы слышимъ одинъ нераздвоенный тонъ, совпадающій съ пульсомъ матери; слѣдовательно, со стороны аорты мы не только слышимъ звукъ, но и ощущаемъ толчекъ.

3) Кишечные шумы; они сами по себѣ настолько характерны, непостоянны и неправильны, что едва-ли можно съ ними смѣшать сердцебіеніе плода; для насъ они важны потому, что, заглушая сердцебіеніе плода, мѣшаютъ выслушиванію.

Всѣ вѣрные признаки появляются во второй половинѣ беременности и потому только съ этого времени мы можемъ съ положительностью опредѣлить беременность; до пятого-же мѣсяца беременность можетъ быть еще сомнительною. Поэтому до тѣхъ поръ, пока не появится хотя одинъ вѣрный признакъ, акушерка не должна съ положительностью заявлять о существованіи беременности. Но и во второй половинѣ беременности не всегда удастся отыскать вѣрные признаки беременности, напр., при весьма толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ, при большомъ количествѣ околоплодныхъ водъ и при мертвомъ плодѣ; изъ этого, однако, не слѣдуетъ еще, что въ данномъ случаѣ не существуетъ беременности. Для подобнаго заключенія необходимы еще признаки другой болѣзни, обусловливающей наблюдаемыя измѣненія.

Ошибки при опредѣленіи беременности.

Онѣ бываютъ двоякаго рода: а) или небеременная женщина полагаетъ, что она беременна, или б) женщина беременная считаетъ себя небеременной.

Къ болѣзнямъ, обусловливающимъ подобнаго рода ошибки, принадлежатъ слѣдующія.

1) Ожирѣніе, если оно въ короткое время достигаетъ значительной степени и ограничивается преимущественно животомъ. При этомъ регулы нерѣдко бываютъ очень скудны, иногда даже

вовсе отсутствуют. Если къ этому присоединяется еще тошнота и ощущение движенія кишекъ, принимаемое женщиною за движеніе плода, то послѣдняя нисколько не сомнѣвается въ томъ, что она беременна. Тщательное изслѣдованіе должно и въ такомъ случаѣ показать отсутствіе увеличенія матки и другихъ измѣненій, присущихъ беременности.

2) Водянка живота, т. е. скопленіе водяночной жидкости въ брюшной полости, обуславливаетъ также увеличеніе живота. Такъ какъ водянка составляетъ послѣдствіе тяжкихъ болѣзней, то она часто сопровождается отсутствіемъ мѣсячныхъ, но при изслѣдованіи живота мы не находимъ ни увеличенной матки, ни частей плода. Ударяя пальцами по отлогой части живота, мы вызываемъ зыбленіе водяночной жидкости. Постукиваніемъ мы можемъ убѣдиться, что при различныхъ положеніяхъ женщины измѣняется въ большинствѣ случаевъ уровень водяночной жидкости. При положеніи женщины съ водянкою живота на спинѣ, мы найдемъ притупленіе тона въ отлогихъ частяхъ живота, а въ средней части его барабанный тонъ; если та же женщина ляжетъ на бокъ, то скопившаяся жидкость стекаетъ въ ту сторону, на которой она лежитъ, соотвѣтственно чему только въ этой сторонѣ живота мы получимъ при постукиваніи тупой тонъ, въ противоположной же сторонѣ — барабанный.

3) Волокнистыя опухоли матки, фиброміомы или фибромы по формѣ могутъ быть весьма сходны съ беременною маткою. Но онѣ часто бугристы, гораздо плотнѣе и тверже беременной матки и сопровождаются обыкновенно обильными мѣсячными и даже кровотечениями. На ихъ поверхности не удастся отыскать ни сердцебіенія, ни движенія плода.

4) Опухоль яичниковъ достигаетъ нерѣдко величины, превышающей матку въ концѣ беременности. Онѣ состоятъ изъ одной или нѣсколькихъ тѣсно соединенныхъ между собою полостей, наполненныхъ жидкостью. При нихъ такъ же, какъ и при водянкѣ живота, наблюдается зыбленіе, но никогда не бываетъ ни сердцебіенія, ни движенія плода. Кромѣ того, мы въ состояніи возлѣ опухоли яичника прощупать неувеличенную матку.

5) Скопленіе крови въ полости матки, вслѣдствіе зарощенія зѣва ея, конечно, связано съ отсутствіемъ регуль; но матка увеличивается при этомъ не постепенно, какъ во время беременности, а толчками, каждыя 4 недѣли, соотвѣтственно мѣсячному приливу крови, что и сопровождается сильною болью въ нижней части живота. Кромѣ того, вѣрные признаки беременности всегда въ такомъ случаѣ отсутствуютъ.

Распознаваніе всѣхъ этихъ болѣзней и другихъ, которыя могутъ быть смѣшаны съ беременностью, представляетъ иногда значительныя затрудненія. Онѣ, кромѣ того, не исключаютъ со-

вмѣстнаго существованія беременности. Поэтому при малѣйшемъ сомнѣніи акушерка должна настоять на изслѣдованіи больной врачомъ.

Распознаваніе жизни и смерти плода.

О жизни плода мы судимъ по его движенію и сердцебіенію, если только и то, и другое можетъ быть съ ясностью опредѣлено опытною особою. Но, хотя бы мы не находили ни сердцебіенія, ни движенія плода, если только увеличеніе матки и другія измѣненія, присущія беременности, развиваются правильно, то это доказываетъ, что плодъ живъ.

Со смертью плода прекращается сердцебіеніе и движеніе его, что особенно важно въ томъ случаѣ, если мы лично раньше находили и то и другое. Съ большой положительностью мы можемъ опредѣлить смерть плода только при слѣдующихъ признакахъ:

1) Довольно часто послѣ смерти плода появляются ознобы, затѣмъ общее неопредѣленное недомоганіе, потеря аппетита, ощущеніе холода и тяжести въ животѣ и какъ бы переливаніе тяжелаго тѣла съ одной стороны на другую при перемѣнѣ женщиною положенія, напр., при поворачиваніи въ постели съ одного бока на другой.

2) Матка перестаетъ увеличиваться, иногда даже уменьшается; сочность наружныхъ половыхъ органовъ, рукава и влагалищной части шейки уменьшается, слизистая оболочка ихъ блѣднѣетъ и теряетъ синевато-красный цвѣтъ.

3) Груды становятся вялыми, отвисаютъ, между тѣмъ какъ раньше онѣ представлялись полными и напряженными.

Съ появленіемъ этихъ признаковъ, въ особенности если они продолжаются нѣкоторое время, мы съ большой вѣроятностью можемъ предположить, что плодъ умеръ. Несомнѣнные признаки смерти плода проявляются только во время родовъ.

Акушерское изслѣдованіе. Разспросъ.

Цѣль акушерскаго изслѣдованія заключается въ опредѣленіи: 1) дѣйствительно-ли женщина беременна; 2) въ какомъ срокѣ беременности она находится; 3) правильно ли расположень плодъ; 4) хорошо ли развиты и подготовлены дѣтородные пути. Акушерскому изслѣдованію всегда долженъ предшествовать разспросъ беременной.

Разспросъ. Вопросы касаются: а) того состоянія и тѣхъ измѣненій, которыя ощущаются разспрашиваемою женщиною (напр., боль, шевеленіе плода и др.), и б) всего того, что произошло не въ нашемъ присутствіи.

Мы спрашиваемъ именно: не извѣстенъ ли беременной день, съ котораго она считаетъ себя беременной; если она не можетъ

указать на такой день, то узнаемъ время послѣднихъ мѣсячныхъ, когда именно они начались, время перваго шевеленія плода и, въ концѣ беременности, опустился ли животъ, и если да, то когда? Освѣдомляемся, была ли она здорова во время беременности или чѣмъ была больна. Если женщина уже родила, то справляемся о времени и теченіи предшествовавшихъ беременностей и родовъ, не были ли раньше выкидыши или мертворожденныя дѣти, была ли она здорова въ первые дни и недѣли послѣ родовъ, кормила ли грудью и сколько времени?

Такъ какъ болѣзни вообще, даже въ дѣтскомъ возрастѣ, имѣютъ большое вліяніе на тѣлосложеніе и правильное развитіе родовыхъ путей, то необходимо узнать, была ли эта женщина въ дѣтствѣ здорова, когда начала ходить, не было ли у нея англійской болѣзни и не лежала ли она по какимъ-либо другимъ причинамъ долгое время въ постели.

Кромѣ всего этого, слѣдуетъ узнать время появленія первыхъ мѣсячныхъ, продолжительность и теченіе ихъ, т. е. были ли они правильны или нѣтъ, и не сопровождались ли какими-либо болѣзненными явленіями.

Путемъ разспросовъ мы узнаемъ все то, что намъ необходимо знать, и кромѣ того, знакомимся съ женщиною и приобретаемъ ея довѣріе.

Собственно акушерскимъ изслѣдованіемъ мы стараемся опредѣлить состояніе изслѣдуемой въ настоящее время. Оно раздѣляется на наружное и внутреннее и производится помощью осмотра, ощупыванія, измѣренія выслушиванія и постукиванія.

Наружное изслѣдованіе.

Наружное изслѣдованіе производится обыкновенно въ слѣдующемъ порядкѣ:

Общій осмотръ самъ по себѣ даетъ намъ уже понятіе объ общемъ строеніи тѣла женщины, о ея ростѣ, хорошемъ или плохомъ питаніи, тѣлосложеніи ея, крѣпкое оно или слабое, имѣетъ ли она здоровый или болѣзненный видъ, каково положеніе ея при стояніи, какова походка. Далѣе слѣдуетъ обратить вниманіе на правильность развитія верхнихъ и нижнихъ конечностей, на положеніе плечъ и таза, а также, не представляетъ-ли позвоночный столбъ какихъ-либо уклоненій отъ обычной формы. Все это въ совокупности указываетъ на правильное или неправильное развитіе скелета, а слѣдовательно и таза.

При изслѣдованіи грудей, которыя нужно обнажить, обращаемъ вниманіе на величину, форму и плотность ихъ, на развитіе самыхъ железокъ, дольки которыхъ обыкновенно весьма ясно прощупываются, на присутствіе рубцовъ беременности и

сильно развитых подкожных венъ. Такъ же важна окраска околососкового кружка, величина, форма и чувствительность соска. Наконецъ, давленіемъ по направленію къ соску пытаемся выдавить жидкость изъ груди (молозиво).

Для изслѣдованія живота женщина должна лечь и принять горизонтальное положеніе на спинѣ, причеиъ ноги должны быть согнуты въ колѣняхъ; въ стоячемъ положеніи брюшныя стѣнки бываютъ напряжены, такъ что черезъ нихъ ничего нельзя прощупать.

При осмотрѣ живота опредѣляемъ величину и форму его, присутствіе рубцовъ беременности; окраску бѣлой линіи, степень напряженія общихъ покрововъ его и состояніе пупка; движенія плода часто бываютъ видны подъ брюшными покровами.

Рис. 51.



Первый приемъ наружнаго изслѣдованія.

Измѣреніемъ опредѣляютъ наибольшую окружность живота, которая въ концѣ беременности равняется 100 сант. Значеніе имѣютъ тоже разстояніе отъ лоннаго соединенія до пупка, до дна матки и до мечевиднаго отростка.

При ощупываніи живота мы совѣтуемъ акушеркѣ пользоваться слѣдующими 4 приемами въ приведенномъ нами порядкѣ.

Первый приемъ. Акушерка сидитъ на краю кровати лицомъ къ лицу изслѣдуемой и кладетъ кисти рукъ, пальцами вверхъ, плашмя на животъ такъ, чтобы оба большіе пальцы были обращены впередъ и концы среднихъ пальцевъ сходились бы вмѣстѣ наверху живота (рис. 51). Когда руки плотно прилегаютъ къ животу, матка ощупывается всей ладонной поверхностью ки-

сти, а не только одними пальцами. Скользя руками по маткѣ вверхъ до ея дна акушерка опредѣляетъ высоту стоянія дна матки. Этимъ же приемомъ она опредѣляетъ продольное или поперечное положеніе ребенка и находящуюся въ днѣ матки крупную часть плода (головку или ягодицы).

Второй приемъ. Акушерка кладетъ обѣ руки по сторонамъ живота, прикасаясь къ брюшнымъ покровамъ ладонными поверхностями кистей. Подъ одной рукой прощупывается спинка ребенка въ видѣ продолговатой части, равномерно-плотной консистенціи, подъ другой рукой подвижныя мелкія части. Гдѣ при

Рис. 52.



Второй приемъ наружнаго изслѣдованія.

давленіи большее сопротивленіе, тамъ находится спинка ребенка; тамъ, гдѣ можно глубже вдавить рукой, находятся мелкія части. Чтобы облегчить опредѣленіе спинки, акушерка кладетъ одну руку плашмя на средину живота и нажимаетъ на матку по возможности глубже. При этомъ околоплодная жидкость оттѣсняется болѣе въ одну сторону, а спинка ребенка въ другую сторону, гдѣ она и легче прощупывается другой рукой акушерки. Если повторить этотъ приемъ, то съ правой, то съ лѣвой стороны, то навѣрно удастся опредѣлить спинку ребенка.

Третій приемъ. Акушерка кладетъ руку на низъ живота тотчасъ надъ горизонтальными вѣтвями лонныхъ костей, такъ

что большой палец приходится съ одной стороны, а остальные четыре съ другой стороны. Если въ нижней части матки помѣщается головка, то она легко захватывается между пальцами въ видѣ твердаго круглаго тѣла. Ягодицы значительно мягче головки и не имѣютъ рѣзкихъ контуровъ. Этимъ приѣмомъ легко опредѣлить подвижна ли подлежащая часть, находится ли она еще надъ входомъ или же опустилась въ полость таза. Когда головка еще подвижна надъ входомъ, то легко ее отталкивать въ сторону попеременно то большимъ пальцемъ, то остальными пальцами исследующей руки, при чемъ получается ощущение какъ бы прыгающаго мячика. Это называется баллотированіемъ

Рис. 53.



Четвертый приѣмъ наружнаго исследованія.

головки. Этимъ приѣмомъ подлежащая часть легко опредѣляется тогда, когда она еще стоитъ надъ входомъ или во входѣ таза. Если она уже въ полости или въ выходѣ таза, то вмѣсто третьяго приѣма прибѣгаютъ къ слѣдующему.

Четвертый приѣмъ. Акушерка становится теперь спиною къ лицу исследуемой и кладетъ обѣ кисти рукъ плашмя, пальцами внизъ, на нижнюю поверхность живота по сторонамъ бѣлой линіи надъ горизонтальными вѣтвями лонныхъ костей. Вдавливая концы пальцевъ въ глубину, легко прощупывается твердая головка. Этимъ приѣмомъ удастся нерѣдко опредѣлить затылокъ, какъ болѣе плоскую часть головки съ одной стороны и болѣе выдающійся лобъ съ другой стороны. При косомъ или по-

перечномъ положеніи предлежащая часть такимъ образомъ не прощупывается. Въ такомъ случаѣ надо ее искать сбоку.

Описанными 4 приемами акушерка можетъ безъ внутренняго изслѣдованія легко опредѣлить положеніе ребенка. Одновременно

Рис. 54.



Точки, опредѣляемыя при измѣреніи расстоянія между осями (а), гребешками подвздошной кожи (b) и вертлугами (с).

она убѣждается въ томъ, что консистенція матки мягкая, и что матка вслѣдствіе раздраженія ея ощупываніемъ сокращается и становится плотной. Для распознаванія беременности сокращенія матки, вызванныя растираніемъ ея стѣнокъ, очень важны.

Ощупавъ животъ, акушерка приступаетъ къ **выслушиванію** его, стараясь въ особенности отыскать сердцебіеніе плода, которое слышится обыкновенно яснѣе со стороны спинки плода; только при лобныхъ и лицевыхъ положеніяхъ оно яснѣе слышно

соотвѣтственно передней поверхности плода. Отыскавъ сердцебіеніе плода и убѣдившись, что это не какой-либо посторонній звукъ, слѣдуетъ, не довольствуясь однимъ этимъ, опредѣлить еще то мѣсто, гдѣ оно всего яснѣе, громче слышится, такъ какъ, только опредѣливъ точно это мѣсто, мы можемъ судить о положеніи плода.

При черепныхъ положеніяхъ сердцебіеніе яснѣе слышно внизу живота справа или слѣва ниже пупка; при тазовыхъ положеніяхъ выше пупка и при поперечныхъ положеніяхъ на уровнѣ пупка.

Рис. 55.



Измѣреніе разстоянія между остиами.

Въ концѣ беременности число сердечныхъ ударовъ ребенка около 130—140 въ минуту, они похожи на ходъ карманныхъ часовъ и не совпадаютъ съ пульсомъ матери. Во время сокращеній матки сердцебіеніе младенца замедляется.

Кромѣ сердцебіенія плода выслушивается иногда въ обѣихъ паховыхъ областяхъ маточный шумъ, совпадающій съ пульсомъ матери и происходящій въ артеріяхъ матки.

Шумъ пуповины, совпадающій съ сердцебіеніемъ плода, выслушивается только рѣдко и происходитъ при прижатіи пуповины.

Движенія плода выслушиваются въ видѣ толчковъ, начинающія съ V мѣсяца беременности или раньше.

Затѣмъ слѣдуетъ **осмотръ и ощупываніе таза**. При осмотрѣ таза обращаемъ вниманіе на положеніе ягодицъ и большихъ вертлуговъ, а также и на присутствіе въ тазовой и бедренныхъ областяхъ болѣе или менѣе глубокихъ рубцовъ. Для ощупыванія таза обѣ руки кладутся на гребешки подвздошныхъ костей, которые ощупываются на всемъ ихъ протяженіи. При навыкѣ удастся опредѣлить приблизительно принадлежитъ ли тазъ изслѣдуемой къ числу такъ называемыхъ большихъ или малыхъ

Рис. 56.



Измѣреніе наружной конъюгаты.

тазовъ, толсты или тонки его кости, помѣщаются ли гребешки на одномъ уровнѣ, одинаково ли они изогнуты, или вѣтъ; затѣмъ, положивъ изслѣдуемую на бокъ, спиной къ себѣ, акушерка кладетъ одну руку на лонное сочлененіе, а другую на крестецъ, и опредѣляетъ высоту лоннаго сочлененія, его форму, — плоское ли оно, выпуклое или даже заостренное, въ видѣ утиного клюва; представляется ли задняя поверхность крестца нормально выпуклою; какова форма поясничной кривизны, т. е. изогнута ли она болѣе или менѣе нормальной, гдѣ помѣщается надкрестцовая ямка, глубока ли она или плоска и т. д.

Измѣреніе таза. Ощупавъ тазъ, акушерка должна еще измѣрить наружные размѣры таза. Эти размѣры слѣдующіе: разстояніе большихъ вертлуговъ, подвздошныхъ гребешковъ, переднихъ верхнихъ подвздошныхъ остей и наружная конъюгата. Они измѣряются посредствомъ тазомѣра, имѣющаго форму циркуля, концы котораго берутся каждый въ одну руку; пальцы отыскиваютъ нужныя точки, къ нимъ приставляютъ концы тазомѣра, и цифра, опредѣляющая величину размѣра, читается на мѣркѣ, придѣланной къ тазомѣру (см. рис. 55). Опредѣляемыя точки слѣдующія: самыя отдаленныя другъ отъ друга точки обихъ вертлуговъ, наружныхъ краевъ подвздошныхъ гребешковъ и остей, а для прямого размѣра — надкрестцовая ямка, находящаяся ниже остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка, и средина верхняго края лоннаго соединенія. Послѣдній размѣръ опредѣляется при боковомъ положеніи женщины, остальные при положеніи на спинѣ. Опредѣленіе этихъ размѣровъ имѣетъ цѣлю, чтобы по нимъ сдѣлать заключеніе о величинѣ размѣровъ малаго таза. Однако, величина ихъ въ значительной степени зависитъ отъ положенія подвздошныхъ гребешковъ, отъ длины шейки бедренной головки, отъ толщины костей и покрывающихъ ихъ мягкихъ частей. Поэтому они не могутъ давать точнаго понятія о величинѣ малаго таза и только значительныя отклоненія ихъ отъ обычной величины наводятъ на необходимость точно изслѣдовать малый тазъ.

Въ заключеніе наружнаго изслѣдованія необходимо осмотрѣть наружные половые органы для того, чтобы опредѣлить состояніе входа въ рукавъ и промежности, не отечны ли большія или малыя губы, нѣтъ ли на большихъ губахъ растянутыхъ, въ видѣ узловатыхъ утолщеній, подкожныхъ сосудовъ, нѣтъ ли гдѣ-либо сифилитическихъ язвъ или бородавокъ. Поименованныя обстоятельства могутъ потребовать особой предосторожности во время изслѣдованія и во время родовъ.

Внутреннее изслѣдованіе беременныхъ и роженицъ производится только послѣ выполненія извѣстныхъ мѣръ предосторожности, называемыхъ дезинфекціей или обеззараживаніемъ и имѣющихъ цѣлю предупредить занесеніе заразы во внутренніе половые органы женщины. Раньше чѣмъ перейти къ описанію внутренняго изслѣдованія, рассмотримъ сначала какимъ путемъ происходитъ зараженіе беременныхъ и роженицъ и какими мѣрами оно предупреждается.

О зараженіи и о методахъ обеззараживанія.

Причину зараженія (инфекціи) представляютъ такъ называемые микробы или бактеріи. Это мелкіе растительные орга-

низмы, принадлежащие къ разряду грибовъ. Они различной величины, но всегда значительно меньше всякой клѣтки нашего организма и поэтому видны подъ микроскопомъ только при самомъ сильномъ увеличеніи. Они имѣютъ или шаровидную форму и называются тогда кокками или форму палочекъ—бациллы. Они обладаютъ способностью очень быстро размножаться. Изъ одной бактеріи, попавшей на благопріятную для ея питанія почву, развиваются въ теченіе сутокъ простымъ дѣленіемъ многіе миллионы бактерій. При недостаткѣ въ питательномъ матеріалѣ, а также и при другихъ условіяхъ многія бактеріи способны образовывать такъ называемыя споры, т. е. какъ бы плоды или сѣмена. Эти споры въ состояніи существовать весьма продолжительное время безъ питанія, даже совершенно высыхать, и все-таки сохраняютъ способность вновь превращаться въ бактеріи, какъ только попадутъ на подходящую почву.

Бактеріи и ихъ споры встрѣчаются почти повсемѣстно. Онѣ существуютъ не только въ разлагающихся органическихъ веществахъ, не только во всякой грязи, но и живутъ въ каждой каплѣ воды. Въ сухомъ видѣ онѣ разносятся воздухомъ и покрываютъ поверхность всѣхъ окружающихъ насъ предметовъ и поверхность нашего собственнаго тѣла. Даже внутри его, въ полостяхъ свободно сообщаемыхъ съ наружнымъ воздухомъ, примѣрно во всемъ пищеварительномъ каналѣ онѣ живутъ массами.

На подобіе всѣхъ клѣтокъ вообще, бактеріи и споры, попавшія на удобную почву, воспринимаютъ изъ окружающей ихъ среды извѣстный питательный матеріалъ и отдаютъ туда же свои изверженія; онѣ разлагаютъ ту почву, на которой онѣ живутъ, а изверженія ихъ обладаютъ иногда весьма ядовитыми свойствами. Этотъ обмѣнъ веществъ, конечно, различный, въ зависимости отъ различнаго рода бактерій; нѣкоторыя въ состояніи вызывать извѣстныя болѣзни, и ихъ мы называемъ болѣзнетворными, другія не имѣютъ такого вреднаго свойства, — неболѣзнетворными.

Болѣзнетворныя бактеріи отличаются способностью проникать въ организмъ чловѣка по лимфатическимъ или кровеноснымъ сосудамъ. Закупоривая капилляры, онѣ причиняютъ мѣстныя омертвѣнія, воспаленія, или измѣненія тканей. Въ другихъ случаяхъ весь организмъ наводняется ими. Онѣ выдѣляютъ ядовитые продукты своего обмѣна веществъ (токсины) и отравляютъ ими чловѣческой организмъ.

Мы теперь уже знаемъ цѣлый рядъ болѣзней, которыя безъ сомнѣнія зависятъ отъ жизнедѣятельности извѣстныхъ микробовъ, какъ-то: чохотка, крупозное воспаленіе легкихъ инфлюэнца, дифтеритъ, тифъ, холера, проказа, сапъ, сибирская язва и пр.; сюда-же относятся, наконецъ, рожа, послѣродовая горячка и всякое гнойное воспаленіе.

Гнойныя воспаления, послѣродовыя заболѣванія и рожа составляютъ одну группу заболѣваній, вызываемыхъ такъ называемыми гноеродными бактеріями. Онѣ проникають въ организмъ только черезъ какую-нибудь пораненную точку тѣла. Черезъ неповрежденную наружную кожу или слизистую оболочку онѣ не попадаютъ въ организмъ. По формѣ различаютъ два сорта гноеродныхъ бактерій: цѣпочныя бактеріи или стрептококки и гроздевидныя бактеріи или стафилококки. Первые располагаются въ видѣ цѣпочекъ, состоящихъ изъ трехъ или болѣе кокковъ, послѣднія группами-гроздьями. Занесеніе гноеродныхъ бактерій изслѣдующимъ пальцемъ въ родовую каналъ женщинъ служитъ чаще всего причиной опасныхъ послѣродовыхъ заболѣваній, о которыхъ будетъ сказано подробнѣе въ отдѣльной главѣ. Здѣсь мы ограничимся только указаніемъ на то, что гноеродныя бактеріи вызываютъ сперва мѣстное воспаление, имѣющее склонность распространяться все глубже и глубже въ сосѣднія ткани. Когда бактеріи наконецъ попадаютъ въ кровообращеніе, то онѣ вызываютъ самыя тяжелыя формы зараженія крови или послѣродовой горячки.

Кромѣ гноеродныхъ бактерій причиною послѣродовыхъ заболѣваній являются еще гнилостныя микробы или сапрофиты. О нихъ мы говорили уже раньше при изученіи условій разложенія мертвыхъ органическихъ веществъ, извѣстнаго подъ названіемъ гніенія. Для гніенія, кромѣ присутствія гнилостныхъ бактерій, необходима еще извѣстная температура и влажность. Процессъ гніенія сопровождается образованіемъ различныхъ ядовитыхъ химическихъ тѣлъ, называемыхъ птомаинами, и узнается легко по непріятному запаху образующихся при гніеніи газовъ.

Попавъ въ человѣческій организмъ гнилостныя микробы размножаются только на благопріятной почвѣ омертвѣвшихъ тканей. Они не обладаютъ способностью проникать въ живую ткань. Въ родовомъ каналѣ женщины находятся всегда сгустки крови, не вполне отдѣлившіяся частицы отпадающей оболочки, раздавленные участки ткани и т. п. Всѣ названныя мертвыя ткани служатъ превосходной почвой для развитія гнилостныхъ бактерій, занесенныхъ во внутренніе половые органы. Гнилостныя микробы, вызывая процессы гніенія во влагалищѣ и въ полости матки, выдѣляютъ массу ядовитыхъ веществъ, которыя всасываются раневыми поверхностями. Вслѣдствіе этого обнаруживаются явленія тяжелаго отравленія (гнилостной интоксикаціи) всего организма, сопровождающагося обыкновенно потрясающими ознобами, повышенной температурой, потами и поносомъ.

Во многихъ случаяхъ явленія зараженія и гніенія раны наблюдаются одновременно. Смѣшанная инфекція происходитъ послѣ занесенія гноеродныхъ и гнилостныхъ микробовъ слѣдующимъ образомъ. Сначала обнаруживается дѣйствіе гноеродныхъ бакте-

рій, вслѣдствіе чего поверхностные участки раневой поверхности омертвѣваютъ, представляя бѣловатые налеты. Въ омертвѣвшихъ налетахъ гнилостные микробы находятъ благоприятную почву для быстрого развитія. Вскорѣ рана принимаетъ всѣ признаки гніенія, представляя грязновато-зеленоватого цвѣта поверхность.

Отъ занесенія только что описанныхъ гноеродныхъ и гнилостныхъ микробовъ въ родовую каналъ женщины къ сожалѣнію до сихъ поръ погибаютъ еще многія и многія тысячи матерей. Рука, которая была призвана помочь, привила имъ микробы, которые въ послѣродовомъ періодѣ вызвали смертельное заболѣваніе. Предупрежденіе раневой инфекціи (заразы) есть первый и главный завѣтъ, который акушерка должна исполнить при веденіи родовъ. Это достигается обеззараживаніемъ или антисептикой.

Акушерская антисептика. Такъ какъ всѣ послѣродовыя заболѣванія развиваются только вслѣдствіе зараженія микробами, то ясно, что если удастся устранить всякую возможность для бактерій попасть въ половой каналъ, тогда эти болѣзни не могутъ развитися. Мы должны, слѣдовательно, уничтожить микробы на всѣхъ предметахъ, могущихъ приходиться въ соприкосновеніе съ половыми органами беременной, роженицы и родильницы. Главнымъ образомъ слѣдуетъ устранить инфекцію (зараженіе) черезъ руки, инструменты и перевязочный матеріалъ. Это главные источники зараженія. Почти никакого значенія не имѣетъ воздушная или пылевая инфекція. Обыкновенно пыль нашихъ комнатъ не содержитъ болѣзнетворныхъ бактерій. Только пыль помѣщеній, гдѣ находились больные съ гноющимися ранами или заразными болѣзнями, можетъ быть очень заразительной для роженицъ и родильницъ. Находящіяся всегда въ половомъ каналѣ (во влагалищѣ и нижнемъ отдѣлѣ шеечнаго канала) бактеріи тоже не бываютъ болѣзнетворны, такъ что заболѣваніе путемъ «самозараженія», т. е. зараженіемъ находящимися уже въ половыхъ органахъ микробами, не допускается.

Для обеззараживанія примѣняются 3 способа: 1) механическій способъ, 2) дѣйствіе высокой температурой (кипяченіемъ или горячимъ паромъ) и 3) химическія средства.

Механическій способъ дезинфекціи—это механическое удаленіе бактерій вмѣстѣ съ грязью треніемъ и обмываніемъ. Грязь лучше всего растворяется горячей мыльной водой и удаляется изъ неровной поверхности кожи тщательнымъ треніемъ щеткой. Къ сожалѣнію этотъ общедоступный способъ не въ состояніи одинъ удалить всѣ бактеріи. То, что въ общепринятомъ смыслѣ чисто, еще далеко не асептично, т. е. совершенно свободно отъ бактерій, въ бактериологическомъ смыслѣ. Тѣмъ не менѣе этотъ способъ имѣетъ громадное значеніе какъ предварительная мѣра при примѣненіи химическихъ антисептическихъ средствъ.

Обеззараживаніе высокою температурою самое важное средство для уничтоженія микробовъ, причемъ влажная температура дѣйствуетъ на бактеріи значительно сильнѣе и скорѣе чѣмъ сухая.

Къ сожалѣнію высокая температура не примѣнима къ живому человѣку. Но за то ей пользуются въ широкомъ размѣрѣ для обеззараживанія инструментовъ и перевязочнаго матеріала. Высокая температура примѣняется обыкновенно въ видѣ кипящей воды или водяного пара, нагрѣтаго до 100°P или больше. Кипяченіемъ предметовъ въ теченіе $\frac{1}{2}$ —1 часа навѣрно уничтожаются всѣ бактеріи. Кипяченіе-стерилизація—производится въ особо приспособленныхъ аппаратахъ—стерилизаторахъ. Послѣ стерилизаціи предметы уже не содержатъ живыхъ микробовъ, они стерильны, обезпложены, асептичны. Они могутъ безъ вреда для человѣка приходить въ прикосновеніе съ ранами.

Нѣкоторыя химическія средства дѣйствуютъ разрушающимъ образомъ на микробы. Они называются поэтому антисептическими или противозаразными. Они развиваютъ свое дѣйствіе въ растворенномъ видѣ, но требуютъ опредѣленнаго времени и извѣстной концентраціи для уничтоженія микробовъ. Хотя они далеко не такъ надежны, какъ кипяченіе, тѣмъ не менѣе мы безъ нихъ обходиться не можемъ и пользуемся ими главнымъ образомъ для дезинфекціи рукъ. Большинство изъ этихъ средствъ ядовито, что представляетъ большое неудобство при ихъ употребленіи. Къ антисептическимъ средствамъ принадлежатъ: спиртъ, сулема, карболовая кислота, лизоль, лизоформъ, креолинъ, формалинъ, борная кислота, тимоль, марганцево-кислое кали, минеральныя кислоты, хлоръ и др.

Изъ названныхъ средствъ самымъ сильнымъ антисептическимъ дѣйствіемъ обладаютъ сулема и карболовая кислота.

Сулема или двухлористая ртуть (*Hydrargyrum bichloratum corrosivum* или *Sublimatum*) представляетъ бѣлый кристаллическій порошокъ, трудно растворимый въ водѣ (не болѣе 6 $\%$) и легко растворимый въ спиртѣ и эфирѣ. Она легко соединяется съ металлами, которые вслѣдствіе этого чернѣютъ и портятся. Сулема самое вѣрное изъ обеззараживающихъ средствъ и въ растворѣ 1 часть на 1000—10000 частей воды она убиваетъ бактеріи менѣе чѣмъ въ 5 минутъ. Она употребляется въ акушерской практикѣ въ растворѣ 1 : 3000 для дезинфекціи кожи или въ растворѣ 1 : 10000 для обмыванія слизистыхъ оболочекъ. Сулема соединяется съ бѣлками и образуетъ соединеніе уже не дѣйствующее на бактеріи. Сулема прописывается обыкновенно въ лепешкахъ по 1,0, 0,5 или 0,25 грм. Если растворить лепешку въ 1,0 грм. въ стаканѣ горячей воды и треть этого раствора прибавить на 1 литръ (1000 грм.) воды (= 5 стакановъ), то получается растворъ 1 : 3000. Если израсходовать всю лепешку въ

1,0 на 1000 воды, то имѣемъ растворъ 1:1000. Многие врачи прописываютъ тоже крѣпкій 2% растворъ сулемы. Если взять столовую ложку этого раствора на 1 литръ (5 стакановъ) воды, то опять получается растворъ 1:3000. Акушерка никогда не должна забывать, что сулема сильный ядъ. При неосторожномъ, даже наружномъ употребленіи сулемы возможно отравленіе. Острое отравленіе выражается поражениемъ желудочно-кишечнаго канала: тошнотой, рвотой, поносомъ и упадкомъ дѣятельности сердца. Явленія хроническаго отравленія: металлическій вкусъ во рту, разрыхленіе десенъ, воспаленіе слизистой оболочки рта (стоматитъ) съ запахомъ изъ рта, поносъ, поражение почекъ съ выдѣленіемъ бѣлка и крови. При явленіи признаковъ отравленія сейчасъ же нужно оставить употребленіе сулемы.

Карболовая кислота (*acidum carbolicum*) представляетъ кристаллическую массу съ сильнымъ запахомъ и принадлежитъ къ сильно дѣйствующимъ дезинфицирующимъ средствамъ. Чтобы распустить чистую карболовую кислоту подогреваютъ ее. Лучше всего опускать бутылку съ карболкой осторожно, чтобы она не лопнула, въ горячую воду. На холодѣ жидкая карболовая кислота превращается опять въ кристаллическую массу. Въ продажѣ имѣется жидкая карболовая кислота въ видѣ 90% раствора, удобнаго для разбавленія. Въ водѣ растворяется не болѣе 5% карболовой кислоты. Она очень ядовита; нѣсколько чайныхъ ложекъ, принятыхъ внутрь, дѣйствуютъ смертельно на человѣка. 2—3% растворъ карболовой кислоты убиваетъ въ короткое время всѣ бактерии, за исключеніемъ ихъ споръ, которыя погибаютъ только отъ дѣйствія 5% раствора въ теченіе болѣе продолжительнаго времени. При отравленіи карболовой кислотой моча становится темной и содержитъ бѣлокъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ отравленія появляются бредъ, судороги и общій упадокъ силъ. Для дезинфекціи рукъ и слизистыхъ оболочекъ употребляютъ 2—3% растворъ. Онъ готовится такимъ образомъ, что берутъ чайную ложку чистой жидкой карболовой кислоты на стаканъ воды.

Изъ другихъ дезинфицирующихъ средствъ чаще всего примѣняется лизоль (*Lysolum*) въ 1% растворѣ. Онъ тоже ядовитъ. Онъ имѣетъ то преимущество, что не стягиваетъ (какъ сулема) стѣнокъ влагалища, а пѣнится и сохраняетъ скользкость влагалища, что очень цѣнно въ акушерской практикѣ. Большой недостатокъ лизола его непріятный, долго не исчезающій запахъ.

Лизоформъ (*Lysiform*) употребляется въ 1% растворѣ, борная кислота (*acidum boricum*) въ 2—4% растворахъ. Остальные средства примѣняются только рѣдко въ акушерской практикѣ.

Техника дезинфекціи должна быть изучена въ родильной комнатѣ. Специально акушерская дезинфекція производится слѣдующимъ образомъ.

Для дезинфекціи рукъ примѣняется механическій способъ.

Особенно трудно дезинфицировать кожу у ногтей. Гладкую и нѣжную кожу легче обеззараживать чѣмъ грубую. Поэтому акушерка должна постоянно тщательно ухаживать за своими руками и не должна исполнять тяжелой работы. Далѣе важно, чтобы акушерка безъ крайней нужды не дотрагивалась къ грязнымъ или тѣмъ менѣе къ гнойнымъ предметамъ, ибо послѣ такого загрязнения и такъ уже трудно выполнимое обеззараживаніе рукъ становится почти невозможнымъ. Когда на рукахъ акушерки имѣются ранки, язвы, воспаленія, прыщики и т. п., то дезинфекція рукъ совершенно бездѣльна. Въ такомъ случаѣ акушерка не должна производить внутреннее изслѣдованіе. Послѣдствіемъ такого изслѣдованія можетъ быть смертельное заболѣваніе женщины.

Передъ дезинфекціей рукъ ногти акушерки должны быть коротко острижены. Потомъ удаляютъ грязь изъ подъ ногтевого пространства при помощи особой ногтечистки. Затѣмъ моютъ руки и предплечія при помощи стерилизованной щетки и зеленого мыла въ горячей водѣ (35—40°P) въ теченіе 5 минутъ. Особенное вниманіе слѣдуетъ обратить на кожу около ногтей и между пальцами. Затѣмъ растираютъ руки и предплечія ватой или марлей, смоченной въ спиртѣ, въ теченіе 2 минутъ. Послѣ этого ногти, руки и предплечія моются другой стерилизованной щеткой въ растворѣ сулемы 1 : 3000 или 3% карболки въ теченіе 3 минутъ. Теперь руки готовы для изслѣдованія, но акушерка не должна прикасаться ими ни къ платю ни къ тѣлу женщины, иначе ей пришлось бы повторить дезинфекцію рукъ. Изслѣдующій палецъ дезинфицированной руки вводится непосредственно въ рукавъ послѣ разведенія наружныхъ частей пальцами другой руки; предварительно наружныя части должны быть обеззаражены.

Обеззараживаніе беременной или роженицы. Наружныя половыя части, область задняго прохода, бедра и ягодицы беременной или роженицы должны быть тщательно вымыты сначала зеленымъ мыломъ и горячей водой при помощи стерилизованной ваты въ теченіе 5 минутъ, а затѣмъ горячимъ растворомъ сулемы 1 : 3000 въ теченіе 3 минутъ. При этомъ нужно дѣйствовать въ направленіи спереди къзади. Никогда не слѣдуетъ мыть снизу къверху, чтобы не занести частичекъ кала въ половыя органы. Рекомендуемъ, прежде чѣмъ приступить къ обеззараживанію, укоротить ножницами волосы на наружныхъ частяхъ. Влагалище беременной или роженицы обыкновенно не нуждается въ дезинфекціи. Другое дѣло когда ее уже многократно изслѣдовали другіе или существуетъ подозрѣніе, что уже занесли заразу въ половой каналъ. Въ такомъ случаѣ необходимо промывать рукавъ 2% растворомъ карболки или сулемы 1 : 10000.

Обеззараживаніе инструментовъ, щетокъ, шелка, тесемки для перевязыванія пуповины, наконечниковъ и катетеровъ производится путемъ кипяченія въ 1% растворѣ соды въ теченіе

15—30 минутъ. Всѣ эти предметы кладуть послѣ стерилизаціи въ 2% растворъ карболовой кислоты.

Обеззараживаніе нерезывочнаго матеріала. Марли и вата стерилизуется въ стерилизаторѣ текущимъ паромъ въ продолженіе 1—2 часовъ. Матеріаль стерилизуется и сохраняется или въ закрытыхъ полотняныхъ мѣшкахъ или въ особыхъ жестяныхъ, никелированныхъ коробкахъ съ отверстіями для прохожденія пара, закрываемыми послѣ окончанія стерилизаціи. Такимъ же образомъ стерилизуется бѣлье роженицы и халаты, надѣваемые ухаживающимъ за ней персоналомъ, гдѣ нѣтъ стерилизатора, достаточно, если бѣлье хорошо прокипятити и вымыли.

Внутреннее изслѣдованіе.

Внутреннее изслѣдованіе также, какъ и наружное, производится почти исключительно въ положеніи изслѣдуемой на спинѣ съ нѣсколькими приподнятымъ крестцомъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ оно производится въ коленно-локтевомъ или въ стоячемъ положеніи женщины; послѣднее положеніе представляетъ ту выгоду, что даетъ возможность маткѣ, совмѣстно съ подлежащею частью плода, опуститься ниже въ тазъ. Какъ коленно-локтевое, такъ и стоячее положеніе требуются только при извѣстныхъ болѣзненныхъ состояніяхъ.

Внутреннее изслѣдованіе можно производить на постели, на кушеткѣ или на диванѣ, причемъ женщину просятъ лечь такъ,

чтобы она была доступна изслѣдованію той рукой, которою привыкли изслѣдовать. Нельзя, однако, не посоветовать акушеркѣ пріучиться одинаково хорошо изслѣдовать обѣими руками, такъ какъ приходится при операціяхъ употреблять ту руку, которая требуется даннымъ случаемъ, а не ту, которую мы предпочитаемъ.

Изслѣдованіе производится обыкновенно однимъ указательнымъ пальцемъ, рѣдко двумя, указательнымъ и среднимъ, по-

Рис. 57.



Измѣреніе діагональной конъюгаты.

тому что введеніе двухъ пальцевъ нѣсколько болѣзненно для изслѣдуемой и, кромѣ того, при навѣкѣ и однимъ пальцемъ можно пройти достаточно высоко. Во время родовъ для изслѣдованія или для производства операціи можетъ потребоваться введеніе поль-руки, т. е. послѣднихъ четырехъ пальцевъ, и даже всей ручной кисти. Для того, чтобы хорошо изслѣдовать, акушерка должна постоянно заботиться о мягкости своихъ рукъ; твердые, негибкіе пальцы съ грубой кожей могутъ причинять боль и вредъ, вслѣдствіе уменьшенія чувства осязанія въ нихъ; поэтому акушеркѣ не слѣдуетъ исполнять тяжелой работы.

Обеззараженную описаннымъ образомъ руку складываютъ такъ, что указательный палецъ остается выпрямленнымъ, 3, 4 и 5 пальцы прижимаются верхушками къ ладони, большой же палецъ отводится вверхъ; затѣмъ, повернувъ ручную кисть книзу, указательный палецъ вводится во влагалище подъ контролемъ глаза, послѣ предварительнаго разведенія большихъ губъ пальцами другой руки. Можно, впрочемъ, предварительно смазать пальцы 2% карболовымъ масломъ, причѣмъ слѣдуетъ накапать масло на пальцы, а не погружать ихъ въ масло. Однако, это для простаго изслѣдованія беременной не обязательно.

Введя палецъ, обращаемъ вниманіе: а) на ширину входа; отдавливая заднюю спайку и прилегающую къ ней часть промежности книзу, убѣждаемся въ степени податливости промежности; б) на состояніе рукава, широкой ли онъ или узкой, длинный или короткій, гладкій или шероховатый, влажный или сухой; в) на стѣнки таза, нѣтъ ли на нихъ чего-либо ненормальнаго; г) на влагалищную часть, на ея положеніе, форму, толщину и плотность; е) на форму и величину зѣва матки и его губъ, на каналъ шейки, закрытъ ли онъ или нѣтъ. Затѣмъ пытаемся черезъ своды рукава прощупать и опредѣлить подлежащую часть плода и, наконецъ, стараемся ощупать заднюю стѣнку таза, достигнуть мысъ и измѣрить наклонную (діагональную) конъюгату. Во время родовъ, кромѣ того, слѣдуетъ обратить вниманіе на открытіе зѣва, свойство его краевъ.—толсты они или тонки, жестки или мягки, податливы или нѣтъ, и на состояніе околоплоднаго пузыря; наконецъ, требуется опредѣлить подлежащую часть и по ней положеніе плода.

Внутреннее изслѣдованіе двойнымъ пріемомъ или комбинированное изслѣдованіе. Кромѣ описаннаго наружнаго и внутренняго изслѣдованія, особенно въ началѣ беременности примѣняется еще т. н. двойное изслѣдованіе, причѣмъ одною рукою производится изслѣдованіе черезъ влагалище, а другою черезъ брюшные покровы. Если при этомъ одновременно надавливать пальцами обѣихъ рукъ по направленію другъ къ другу, то при достаточной податливости брюшныхъ стѣнокъ-руки на столько сближаются, что могутъ ощупать другъ друга въ

полости таза, а следовательно и точно определить величину, очертание, плотность и подвижность всякаго органа, лежащаго между ними, т. е. въ полости таза. Путемъ комбинируваннаго изслѣдованія опредѣляется одинъ изъ раннихъ признаковъ беременности, состоящій въ размягченіи стѣнокъ матки въ области внутренняго зѣва. Это такъ называемый Hegar'овскій признакъ (см. рис. 58). Понятно, что при неувеличенной или мало увеличен-

Рис. 58.



Признакъ Хегара.

ной маткѣ только двойное изслѣдованіе можетъ дать ясное понятіе о ея состояніи; поэтому оно играетъ самую важную роль въ распознаваніи болѣзней внутреннихъ женскихъ половыхъ органовъ. Для акушерки къ двойному изслѣдованію необходимо прибѣгать только въ первые мѣсяцы беременности, когда нельзя бываетъ опредѣлить состояніе матки ни однимъ наружнымъ, ни однимъ простымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ.

Правила жизни для беременной.

Хотя беременную женщину нельзя считать больною, такъ какъ беременность сама по себѣ не составляетъ болѣзни, тѣмъ не менѣе беременныя больше другихъ предрасположены къ заболѣваніямъ; поэтому онѣ должны принимать нѣкоторыя мѣры

предосторожности. Кромѣ того, беременность сама по себѣ можетъ протекать неправильно, напимѣръ, прерваться ранѣе срока. Слѣдовательно прежде всего беременная должна остерегаться всего того, что можетъ повести къ выкидышу и къ преждевременнымъ родамъ. Наконецъ, во время беременности слѣдуетъ уже подготовиться къ послѣродовому періоду и къ кормленію грудью.

Если женщина ведетъ вообще правильный образъ жизни, то и во время беременности нѣтъ нужды видоизмѣнить его. Слѣдуетъ избѣгать чрезмѣрнаго употребленія пищи и питья и чрезмѣрной работы; вообще-же лучше, если беременная будетъ болѣе осторожна.

Пища должна быть обыкновенная; необходимо только сообразуясь съ общимъ состояніемъ женщины, нѣсколько видоизмѣнять ее; такъ крѣпкаго здоровья и полнокровныя женщины должны употреблять болѣе легкую пищу, слабыя и худощавыя — болѣе питательную. Напитки, къ которымъ женщина привыкла, она можетъ употреблять и во время беременности. Конечно, должно избѣгать тяжелой, слишкомъ пикантной пищи и крѣпкихъ раздражающихъ напитковъ.

Беременные легко подвергаются запору, т. е. не испражняются иногда по нѣсколько дней, вслѣдствіе чего у нихъ является чувство давленія подъ ложечкою, вздутіе, тяжесть и колики въ животѣ. Поэтому необходимо заботиться о ежедневномъ отправленіи желудка; съ этою цѣлью надо совѣтовать имъ употреблять растительную пищу, фрукты, компотъ, сушенныя сливы, винныя ягоды; затѣмъ, какъ питье, употреблять простую воду утромъ, а въ теченіе дня сельтерскую или содовую воду. Если этого недостаточно, то необходимо ставить ежедневно клистиры изъ простой или мыльной воды и въ крайнихъ случаяхъ прибѣгать къ приемамъ внутреннихъ средствъ: ревеня кусочками или въ видѣ настойки, С-тъ Жерменскаго чая, питья изъ настоенной, какъ чай, коры крушины, стакана горькой воды, жженной магнезіи, порошка Воткина, грудного порошка и пр.

Другихъ слабительныхъ средствъ акушерка не должна вовсе назначать.

Чистота всего тѣла крайне необходима; съ этою цѣлью беременная должна часто подмываться тепловатою водою и принимать теплыя ванны; горячія общія и въ особенности ножныя ванны не должны быть употребляемы, такъ какъ таковыя легко ведутъ къ выкидышу и къ преждевременнымъ родамъ. Противъ бѣлей, довольно часто сопровождающихъ беременность, употребляются спринцованія рукава по назначенію врача или просто водою, или растворомъ лѣкарствъ. Необходимо только наблюдать, чтобы наконечникъ не былъ глубоко вводимъ, чтобы вода не была ни слишкомъ холодна, ни слишкомъ горяча и чтобы она текла не сильно, а слабою струею.

Для беременныхъ необходимы: чистый свѣжій воздухъ и движеніе на воздухѣ; то и другое слѣдуетъ настоятельно совѣтовать, особенно тѣмъ беременнымъ, которыя привыкли вести сидячую, комнатную жизнь. Конечно, и здѣсь слѣдуетъ избѣгать крайности, т. е. продолжительнаго, а потому и утомительнаго гулянія, напряженной тѣлесной работы, танцевъ, прыжковъ, ѣзды верхомъ или въ тряскомъ экипажѣ по неровной дороге. Все это крайне вредно въ первые 4 мѣсяца беременности; позднѣе же беременной позволено побольше ходить и ѣздить, но все-таки не до утомленія. Точно также и сонъ во время беременности долженъ производиться рѣдко и осторожно, въ противномъ случаѣ легко появляются кровотечения и выкидыши. Въ послѣдній мѣсяць беременности половыя сношенія опасны, такъ какъ могутъ служить причиною послѣродовыхъ заболѣваній. Особенно вредна работа на ножныхъ швейныхъ машинахъ; поэтому каждой беременной она должна быть строго запрещена.

Всѣ поименованныя предосторожности должны быть особенно строго соблюдаемы въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ уже прежде бывали выкидыши.

Одежда должна соответствовать времени года и предохранять отъ легко возможной у беременныхъ простуды. Поэтому зимою беременная должна носить панталоны, теплую юбку и теплые чулки. Кромѣ того, одежда не должна стѣснять ни груди, ни живота. Грудь во время беременности развивается, давленіе же, производимое на нее одеждою, мѣшаетъ развитію ихъ и въ особенности сосковъ, вслѣдствіе чего послѣдніе становятся негодными для кормленія. Точно также не слѣдуетъ стѣснять одеждою животъ не только потому, что это такъ же, какъ и стѣсненіе грудной клѣтки, затрудняетъ дыханіе, но главнымъ образомъ потому, что стягиваніе живота не позволяетъ маткѣ развиваться и приподыматься еверхъ и тѣмъ благопріятствуетъ образованію неправильныхъ положеній плода, преждевременному спусканію матки въ полость таза и несвоевременному наступленію родовъ. Поэтому гораздо полезнѣе носить юбки на подтяжкахъ, помочахъ, нежели завязывать ихъ тесемками вокругъ таліи. Корсетовъ вовсе не слѣдуетъ употреблять; взамѣнъ ихъ можно позволить носить лифчики или такъ называемые паресезы, съ эластической полоской спереди, обхватывающіе талію и весь животъ. Весьма полезно подвязывать животъ широкимъ, плотно и равномерно прилегающимъ бинтомъ изъ вязаной матеріи, фланели или полотна, лучше всего заказаннымъ у бандажиста, чѣмъ предотвращается чрезмѣрное растяженіе брюшныхъ покрововъ и образованіе отвислаго живота. Матка и плодъ удерживаются такимъ подвязываніемъ въ правильномъ положеніи. Наконецъ, слѣдуетъ запретить ношеніе подвязокъ на чулкахъ, такъ какъ онѣ еще больше увеличиваютъ существующую во время беремен-

ности наклонность къ отеку и растяженію подкожныхъ венъ нижнихъ конечностей.

Мѣры предосторожности противъ преждевременнаго прекращенія беременности, кромѣ вышесказаннаго, заключаются главнымъ образомъ въ слѣдующемъ. Всякое душевное волненіе, испугъ, страхъ, гнѣвъ и т. п. должны быть избѣгаемы, о чемъ слѣдуетъ серьезно заявить какъ самой беременной, такъ и окружающимъ ее лицамъ, и посоветовать вести покойную, хотя и дѣятельную жизнь, съ соответствующими беременности занятіемъ и развлеченіемъ. Если же беременная чего-либо испугалась, то необходимо успокоить ее и во всякомъ случаѣ разсѣять страхъ передъ суевѣріемъ, до сихъ поръ еще весьма распространеннымъ, будто испугъ можетъ обусловить какую-либо уродливость плода. Подробности объ этихъ мѣрахъ смотри въ главѣ о выкидышѣ.

Уходъ за грудями и сосками составляетъ весьма важную задачу во время беременности, въ особенности если женщина сама намѣревается кормить. Какъ выше было сказано, одежда не должна стѣснять груди и сосковъ; необходимо только держать ихъ въ теплѣ и предохранять отъ простуды. Если соски коротки, плоски или даже втянуты, то ихъ слѣдуетъ ежедневно, въ теченіе послѣднихъ 3-хъ мѣсяцевъ беременности, нѣсколько разъ въ день вытягивать чистыми пальцами. Вслѣдствіе выдѣленія со второй половины беременности изъ груди серозной жидкости, на соскахъ образуются корочки, подъ которыми кожа соска, и безъ того уже нѣжная, становится еще болѣе чувствительною и впоследствии легко трескается. Во избѣжаніе этого слѣдуетъ два раза въ день тщательно соски обмывать водой съ мыломъ и затѣмъ, обсушивъ ихъ, обмывать 5% растворомъ квасцовъ или таннина, настойкой чернильныхъ орѣшковъ, краснымъ виномъ, ромомъ, коньякомъ, спиртомъ или одеколономъ. Подъ вліяніемъ всѣхъ этихъ средствъ кожа сосковъ становится болѣе плотною и потому не такъ легко ранимою. Весьма хорошо также носить на грудяхъ кусокъ толстаго холста, треніе о который укрѣпляетъ соски. Не смотря, однако, на всѣ принимаемыя мѣры, во время кормленія грудью все-таки довольно часто образуются трещины на соскахъ.

Предметы, которыми слѣдуетъ запастись на случай родовъ до ихъ наступленія.

Отправляясь къ роженицѣ, акушерка должна взять съ собою всѣ нужные предметы въ готовомъ къ употребленію состояніи. Вмѣсто прежде употребляемой сумки мы рекомендуемъ акушеркѣ приобрести металлическій ящикообразный стерилизаторъ, состоящій изъ двухъ половинъ со вставною сѣткою, при помощи кото-

рой инструменты легко вынимаются из кипящей воды. На этот ящик надвигается футляр из парусины и в нем помещаются все необходимые предметы. В нем легко стерилизовать инструменты, две половины его закрываются чашки для сохранения стерилизованных вещей.

Инструменты и предметы для ухода за роженицей и младенцем: 1) ножницы пупочные, 2) стерилизованная тесемка в банкъ съ притертой пробкой, 3) пара стеклянных наконечниковъ, 4) пара щетокъ для рукъ и ногтечистка, 5) клистирный наконечникъ, 6) клистирная резиновая спринцовка для ребенка съ мягкимъ наконечникомъ, 7) эластичный катетеръ № 17, 8) максимальный термометръ для измѣренія температуры тѣла, 9) ванный термометръ, 10) стеклянная мензурка съ дѣленіемъ на граммы.

Медикаменты: 1) 2% раствора сулемы 150,0 или сулемовья лепешки по 1,0 или 0,5 грм. 2) жидкой карболовой кислоты (acid. carbolicum liquefactum) 60,0, 3) 3% карболоваго вазелина въ оловянной тубѣ 20,0, 4) 2% раствора ляписа около 10,0, 5) эфирно-валерьяновыя капли, 6) Жидкій экстрактъ спорыньи (Extr. fluidum secalis cornuti), 7) 150,0 виннаго спирта, 8) 50,0 борной кислоты.

Перевязочный матеріалъ: 1) чистый передникъ, 2) 100,0 стерилизованной гигроскопической ваты въ жестяной коробкѣ или пергаментной бумагѣ (покупается въ аптекѣ), 3) аршинъ ксероформной марли

Кромѣ названныхъ предметовъ, у роженицы должны быть готовы: 1) клеенки столько, чтобы можно было закрыть $\frac{1}{3}$ постели, 2) подкладное судно, 3) грѣлка, 4) пузырь для льда, 5) ирригаторъ (кружка Эсмарха) съ резиновой кишкой, 6) бѣлье постельное какъ и для роженицы и младенца, 7) стерилизованной ваты 500,0, лучше всего въ маленькихъ пачкахъ по 50,0.

ОТДѢЛЪ III.

Ученіе о родахъ.

Родами называется процессъ выхожденія плоднаго яйца изъ организма матери. Женщину, находящуюся въ родахъ, называютъ роженицею, а послѣ родоразрѣшенія — родильницей.

По законамъ природы развитіе яйца въ маткѣ продолжается у человѣка 40 недѣль, по прошествіи этого срока появляются сокращенія матки, которыя при содѣйствіи брюшнаго пресса изгоняютъ плодное яйцо черезъ естественныя дѣтородныя пути.

Если роды, не смотря на неизбежное напряженіе всего организма женщины, на потерю крови и на боль, совершаются безъ

вреда для матери и плода, то такіе роды мы называемъ правильными; если же въ теченіе ихъ появляются какія-либо уклоненія, то таковыя роды называются неправильными или неблагополучными.

Если силы женщины достаточны для окончанія родовъ, то роды называются естественными, въ противномъ случаѣ искусственнымъ родоразрѣшеніемъ.

Роды однимъ плодомъ называются одноплодными или простыми; роды же двумя, тремя плодами (двойнями и тройнями) называются многоплодными или сложными.

У человѣка не было наблюдаемо рожденіе болѣе пяти младенцевъ въ одни роды.

По времени беременности, въ которое наступаютъ роды, различаютъ:

1) Выкидышъ—если роды наступили въ первые 7 мѣсяцевъ беременности (до 28 недѣль), слѣдовательно, въ то время, когда плодъ еще не жизнеспособенъ.

2) Преждевременные роды, если они наступаютъ между 28 и 38 недѣлями. Въ такихъ случаяхъ плодъ, хотя и не вполне развитъ, но при хорошемъ уходѣ можетъ жить внѣ утробы матери.

3) Своевременные или срочные роды наступаютъ на 40-й недѣль. Плодъ представляется вполне развитымъ. Про беременную въ это время говорятъ: «она на сносахъ».

4) Запоздалыми родами — называются роды, наступающіе послѣ 40-й до 45-й недѣляхъ. Такіе роды дѣйствительно случаются; но въ большинствѣ случаевъ они наступаютъ поздно лишь вслѣдствіе неточности вычисленія.

Роды совершаются далеко неодинаково не только у разныхъ женщинъ, но даже у одной и той же—одинъ разъ легче, другой разъ труднѣе, одинъ разъ быстрѣе, другой разъ медленнѣе. Нормальными или правильными родами, однако, мы называемъ всѣ тѣ, которые оканчиваются одними силами природы, безъ помощи искусства, безъ вреда для матери и младенца.

Родовыя силы.

Силы, изгоняющія плодное яйцо изъ матки, состоятъ: 1) изъ сокращеній матки, и 2) изъ дѣйствія брюшнаго пресса.

Сокращенія матки сопровождаются сильною болью, почему они и называются родовыми болями или схватками; они совершаются совершенно произвольно. Мышечныя волокна сильнѣе развиты въ днѣ и въ тѣлѣ матки, потому эти отдѣлы сокращаются сильнѣе нижняго отрѣзка матки и отдавливаетъ содержимое полости матки внизъ по направленію къ зѣву, который подъ вліяніемъ напора плоднаго пузыря раскрывается. Слѣдова-

тельно, изгнаніе плоднаго яйца встрѣчаетъ препятствіе въ началѣ со стороны стѣнокъ матки, а затѣмъ уже со стороны костнаго таза и остальныхъ мягкихъ родовыхъ путей.

Настоящая родовая боль характеризуется слѣдующими признаками:

1) Съ появленіемъ боли матка плотнѣетъ и въ видѣ шара выпячивается впереди; во время боли не удается прощупать частей плода. Съ окончаніемъ боли матка вновь расслабляется.

2) Родовыя силы не продолжаютъ безостановочно, а появляются періодически, т. е. боль начинается исподволь и постепенно достигаетъ извѣстной силы, съ которою она продолжается нѣкоторое время (въ среднемъ одну минуту), затѣмъ сила ея постепенно уменьшается до совершеннаго прекращенія боли, послѣ чего наступаетъ періодъ, не сопровождающійся болью и называемый паузой. За паузою слѣдуетъ вновь родовая боль. Всѣ паузы между болями имѣютъ приблизительно одинаковую продолжительность, которая, однако, съ теченіемъ родовъ мало-помалу уменьшается. Въ началѣ родовъ продолжительность паузы бываетъ отъ 10—15 минутъ, т. е. родовая боль коротка, а пауза длинна. Къ концу родовъ родовыя боли удлиняются, паузы же укорачиваются.

3) Родовая боль начинается съ крестца и съ поясничной области, откуда она распространяется на переднюю поверхность живота и на паховую область и отдается иногда въ наружныхъ половыхъ органахъ и на внутренней поверхности бедеръ.

4) Родовыя боли ведутъ къ вставленію плоднаго пузыря въ зѣвъ, къ напряженію пузыря и къ раскрытію зѣва.

По этимъ признакамъ можно отличить родовую боль отъ всякой другой боли въ животѣ. Такія боли иногда вызываются: въ кишкахъ—спазматическимъ сокращеніемъ ихъ, такъ называемыми кишечными коликами; въ мочевомъ пузырьѣ—при переполненіи его мочою или при катаррѣ его; наконецъ, боль можетъ обуславливаться воспаленіемъ органовъ брюшной полости и брюшины. Такія и имъ подобныя боли называли прежде ложными родовыми болями. Такое названіе лишнее, такъ какъ эти боли ничего общаго съ сокращеніемъ матки не имѣютъ, а при нѣкоторомъ вниманіи не могутъ быть съ ними смѣшаны. Точно также не слѣдуетъ относить это названіе къ другимъ болямъ, при которыхъ матка хотя и твердѣетъ, но не оказываетъ видимаго вліянія на зѣвъ; боли такого характера особенно часто появляются у перво-беременныхъ за нѣсколько дней, даже недѣль до родовъ, почему онѣ совершенно справедливо называются предвѣщающими болями.

Родовыя боли называются правильными, если продолжительность и сила маточныхъ сокращеній, а также и продолжительность паузы соотвѣтствуютъ ходу родовъ. При этомъ напоръ

родовыхъ болей долженъ направляться къ маточному зѣву, т. е. дно и тѣло матки должны сокращаться сильнѣе нижняго отрѣзка ея. Наконецъ, ощущение боли не должно переходить извѣстной границы. Если родовыя боли въ чемъ либо уклоняются отъ упомянутого, то они называются неправильными, въ такомъ случаѣ онѣ всегда нарушаютъ правильное, благопріятное теченіе родовъ.

Брюшной прессъ не составляетъ необходимости для окончанія родовъ и однимъ брюшнымъ прессомъ, безъ родовыхъ болей, роды не подвигаются впередъ; тѣмъ не менѣе, послѣ полнаго открытія матки и разрыва околоплоднаго пузыря, брюшной прессъ значительно содѣйствуетъ пониженію и прохожденію плода черезъ родовой каналъ, почему его и называютъ вспомогательною родою силою. Родовыя боли, сопровождающіяся дѣйствіемъ брюшнаго пресса, называются потугами. Дѣятельность брюшнаго пресса появляется въ концѣ родовъ, когда головка опускается къ выходу таза и надавливаетъ на прямую кишку; съ этого времени роженица не въ состояніи удержаться отъ натуживанія и помимо своей воли «вырабатываетъ потуги».

Противодѣйствующія силы сопротивленіе. Выхожденіе плоднаго яйца встрѣчаетъ противодѣйствіе со стороны мягкихъ и твердыхъ родовыхъ частей представляющихся не въ видѣ прямой открытой трубки, изъ которой плодное яйцо могло бы выпасть, а въ видѣ искривленнаго и закрытаго канала. Родовыя силы должны открыть и затѣмъ растянуть этотъ каналъ настолько, чтобы плодное яйцо могло пройти черезъ него. Поэтому отъ большей или меньшей ширины, плотности и податливости родовыхъ путей, а также отъ качества плоднаго яйца и величины тѣла плода зависятъ въ однихъ случаяхъ легкое, въ другихъ болѣе трудное теченіе родовъ, даже невозможность родоразрѣшенія одними силами природы.

Вслѣдствіе усиленной работы и обусловленнаго этимъ усиленнаго притока крови, мягкія части въ теченіе родовъ постепенно размягчаются и дѣлаются болѣе податливыми, вслѣдствіе чего сопротивленіе, представляемое ими, уменьшается.

Дѣленіе родовъ на періоды или сроки.

Всѣ измѣненія, совершающіяся въ тѣлѣ женщины во время родовъ, раздѣляются обыкновенно на три періода или срока родовъ *):

*) Для болѣе легкаго обзора всѣхъ явленій, наблюдаемыхъ во время родовъ многіе ученые раздѣляютъ роды на пять періодовъ: 1-й отъ начала родовыхъ болей до полнаго сглаживанія шейки, т. е. до начала раскрытія наружнаго зѣва; 2-й отъ начала раскрытія наружнаго зѣва до полнаго раскрытія его или до раз-

1-й періодъ раскрытія матки. 2-й періодъ изгнанія плода и 3-й періодъ изгнанія послѣда.

1) **Первый періодъ, періодъ раскрытія матки**, начинается съ появленія родовыхъ болей, когда онѣ уже повторяются правильно безъ большихъ паузъ черезъ равные промежутки времени, и оканчивается полнымъ раскрытіемъ наружнаго маточнаго зѣва.

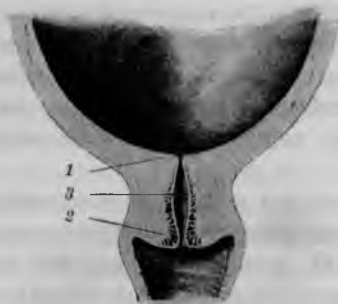
Начало родовъ не всегда точно опредѣляется. Нерѣдко еще до начала родовъ, въ особенности у перво-беременныхъ, появляются отъ времени до времени схватки съ большими промежутками, такъ называемыя предвѣщающія боли, сопровождающіяся настоящими сокращеніями матки, увеличеннымъ выдѣленіемъ слизи изъ влагалища и частымъ позывомъ къ мочеиспусканію. Хотя при этихъ боляхъ матка и плотнѣетъ, тѣмъ не менѣе, онѣ въ большинствѣ случаевъ нисколько не вліяютъ на нижній отрѣзокъ матки.

Поэтому сказать, что роды начались, мы можемъ только тогда, когда уже замѣчаются ясныя измѣненія нижняго отрѣзка матки. Эти измѣненія слѣдующія: отдѣленный первыми родовыми болями отъ матки, нижній отрѣзокъ плоднаго пузыря съ каждымъ сокращеніемъ матки все больше и больше надавливается на внутренній зѣвъ и въ видѣ клина вѣдряется въ него, вслѣдствіе чего края внутренняго зѣва расходятся. При изслѣдованіи во время боли замѣчаемъ у первородящихъ, что плодныя оболочки напрягаются, вдавливаясь во внутренній зѣвъ, причемъ каналъ шейки принимаетъ постепенно воронкообразную форму, т. е. внутренній зѣвъ представляется болѣе широко открытымъ, нежели наружный (рис 60). Съ каждою родою болью увеличивается вѣдреніе пузыря въ каналъ шейки, стѣнки ея сперва въ верхней, а затѣмъ и въ средней части все больше удаляются другъ отъ друга, покуда, наконецъ, полость канала не сольется съ полостью матки въ одну общую большую полость; при этомъ граница внутренняго зѣва между растянутой стѣнкой шейки и утолщенной мышечной стѣнкой тѣла матки обозначается круглымъ валикомъ, такъ называемымъ контракціоннымъ (сократительнымъ) кольцомъ. Послѣ этого нижній сегментъ матки представляется въ видѣ растянутаго шара, на которомъ находится круглое отверстіе наружнаго зѣва; влагалищной части, какъ придатка, уже не существуетъ, почему и говорятъ «шейка сгладилась» (рис. 61). Въ теченіе этого времени родовыя боли бываютъ обыкновенно рѣдки, съ промежутками въ 15—30 минутъ и болѣе.

рыва плоднаго пузыря; 3-й отъ полнаго раскрытія зѣва до начала врѣзыванія предлежащей части; 4-й оканчивается рожденіемъ младенца; 5-й заключаетъ въ себѣ выходъ послѣда. Оба первые періода соответствуютъ періоду раскрытія матки; 3-й и 4-й періоду изгнанія плода. Акушерка непременно должна знать то и другое дѣленіе. Описание хода родовъ я предпочитаю давать по дѣленію на 3 періода, потому что они болѣе ясно различаются другъ отъ друга.

Послѣ сглаживанія шейки точно также происходитъ раскрытіе и наружнаго зѣва (2-й періодъ по другому дѣленію). Родовыя боли, называемыя теперь «подготовительными», появляются чаще, каждыя 5 минутъ, продолжаютъ по $\frac{1}{2}$ минуты и больше; онѣ довольно мучительны и возбуждаютъ роженицу, такъ какъ, несмотря на свои страданія, она не видитъ, чтобы роды подвигались впередъ. Плодный пузырь съ каждою болью вѣдряется клинообразно въ наружный зѣвъ, причемъ съ каждою

Рис. 59.



Шейка матки у первородящей въ началѣ родовъ.

Рис. 60.



Періодъ раскрытія матки.

Рис 62.

Рис. 61.



Шейка раскрыта, наружный зѣвъ еще закрытъ.



Конецъ періода раскрытія, почти полное открытіе зѣва.

Раскрытіе шейки у первородящей: 1 — внутренній зѣвъ, 2 — наружный зѣвъ, 3 — шейный каналъ.

болью скопляется все больше водъ въ этомъ отрѣзкѣ пузыря, — говорятъ «пузырь наливается». Эти воды, помѣщающіяся, слѣдовательно, между пузыремъ и головкою плода, называются «передними водами». Во время паузы пузырь становится вялымъ настолько, что черезъ него можно легко прощупать предлежащую часть плода. Вслѣдствіе обильнаго выдѣленія слизи рукавъ становится гладкимъ и скользкимъ, мѣстами онъ покрытъ кровью изъ надрывовъ слизистой оболочки наружнаго зѣва, обра-

зовавшихся во время его раскрытія. Спустя болѣе или менѣе продолжительное время, пузырь представляется наконецъ налитымъ околоплодною жидкостью и напряженнымъ даже во время паузы, говорятъ: «пузырь готовъ къ разрыву». Одновременно съ этимъ, наружный зѣвъ или бываетъ уже совершенно открытъ, или же отъ него остается только небольшой узкій край (рис. 62).

У многородящихъ наружный зѣвъ по отношенію къ родовымъ болямъ менѣе устойчивъ. Уже въ послѣднія недѣли беременности

Рис. 63.



Начало раскрытія у многородящей.

Рис. 64.



Раскрытіе верхней части шейки и одновременное раскрытіе наружнаго зѣва.

Рис. 65.



Шейка раскрыта, почти полное открытіе зѣва, остался небольшой валикъ его.

Раскрытіе матки у многородящей: 1 — внутренній зѣвъ, 2 — наружный зѣвъ.

онъ уже проходимъ для 2 пальцевъ. Одновременно со сглаживаніемъ канала шейки онъ начинаетъ расходиться. Когда шейка вполне сглажена и наружный зѣвъ уже сглаженъ, образуя только узкій валикъ (см. рис. 65), въ одну изъ слѣдующихъ болей пузырь лопається и воды, т. е. переднія воды истекаютъ.

Вслѣдъ за этимъ опускается головка, причѣмъ края зѣва весьма тѣсно прилегаютъ къ ней — «головка находится въ вѣнчикѣ» — и задерживаютъ такимъ образомъ часть водъ, на-

ходящихся въ верхнемъ отдѣлѣ матки (заднія воды). Такое задержаніе водъ возможно только при предлежаніи такого круглаго тѣла, какъ черепъ плода; другая меньшая предлежащая часть, ягодицы или плечико, не выполняютъ совершенно растянутого наружнаго зѣва, почему въ такихъ случаяхъ истекаютъ всѣ воды. Все количество водъ можетъ излиться и при предлежаніи головки, напимѣръ, если разрывъ плоднаго пузыря произошелъ въ стоячемъ положеніи женщины. Въ виду этого необходимо заблаговременно положить роженицу въ постель, чтобы часть околоплодныхъ водъ, окружающихъ туловище плода, задержалась и не излилась во время разрыва пузыря. Это весьма необходимо для правильнаго хода родовъ, потому что матка въ состояніи правильно сокращаться и равномерно вліять на передвиженія тѣла плода только въ такомъ случаѣ, когда вторыя воды еще существуютъ.

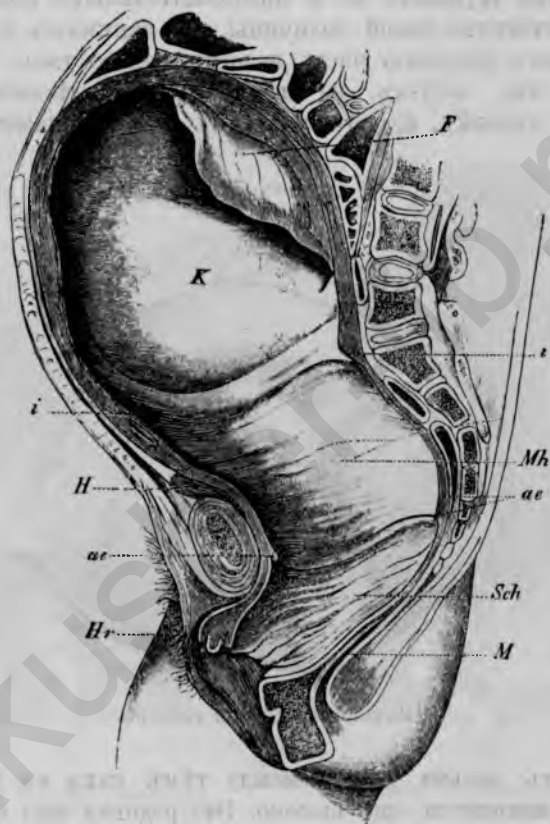
2) **Второй періодъ — періодъ изгнанія плода.** Въ періодѣ изгнанія плода полость матки и влагалище непосредственно переходятъ другъ въ друга и представляютъ такъ называемый родовый каналъ (см. рис. 66). Послѣ разрыва пузыря и излитія первыхъ водъ (начало 3-го періода по другому дѣленію), родовыя боли иногда на время стихаютъ, но вскорѣ опять являются сильнѣе и чаще прежняго. Головка выходитъ изъ полости матки въ рукавъ въ полость таза, и начинаетъ надавливать на прямую кишку, чѣмъ вызывается ложный позывъ къ испражненію и непроизвольное натуживаніе, вслѣдствіе чего боли, называемыя теперь изгоняющими, принимаютъ характеръ потугъ. Вслѣдствіе такого усилія роженица становится безпокойною, мечется, ломаетъ себѣ руки, ищетъ опоры для ногъ и рукъ; лицо ея краснѣетъ и все тѣло покрывается обильнымъ потомъ. Такія боли называются потрясающими. Предлежащая часть, постепенно понижаясь, надавливаетъ теперь на промежность и выпячиваетъ ее шарообразно - половая щель по немногу раскрывается и наконецъ въ ней показывается, т. е. врѣзывается предлежащая часть (начало 4-го срока по другому дѣленію). Во время врѣзыванія раскрывается верѣдко задній проходъ, такъ что передняя стѣнка кишки становится видимой.

Въ теченіе врѣзыванія головка при каждой боли все больше и больше показывается въ половой щели, соотвѣтственно чему и промежность все болѣе растягивается, во время паузы головка отходитъ обратно. Такія движенія предлежащая часть совершаетъ до тѣхъ поръ, пока половая щель не растянется настолько, что предлежащая часть можетъ помѣститься въ ней своимъ наибольшимъ размѣромъ. Вслѣдъ затѣмъ у многорожавшихъ головка окончательно прорѣзывается у перворождающихъ же головка остается въ такомъ положеніи до слѣдующей потуги. Прохождение предлежащей части черезъ половую щель называется про-

рѣзываніемъ. Это самый болѣзненный и наиболѣ возбуждающій роженицу моментъ родовъ. Потуги въ это время достигаютъ значительной силы, появляются черезъ короткія промежутки и продолжаются $1\frac{1}{2}$ —2 минуты.

Вслѣдъ за прорѣзываніемъ головки наступаетъ болѣе или менѣе продолжительная пауза, послѣ которой во время одной потуги выходятъ плечики и осталная часть туловища плода, что

Рис. 66.



Разрѣзъ матки въ періодѣ изгнанія: *K*—полость тѣла матки, *Mh*—полость шейки матки, *Sch*—влагалище, *M*—прямая кишка, *H*—мочевой пузырь, *Hr*—мочиспускательный каналъ, *i i*—внутренній зѣвъ, *ae ae*—наружный зѣвъ, *F*—плацента.

совершается довольно легко и скоро потому, что дѣтородные пути достаточно уже растянуты головкою, объемъ которой больше объема плечиковъ и ягодницъ. Одновременно съ выхожденіемъ плода изливаются оставшіяся заднія воды, которыя часто бываютъ смѣшаны съ кровью.

Въ теченіе періода изгнанія головка подвергается слѣдующимъ измѣненіямъ. Тотчасъ послѣ излитія водъ головка со всѣхъ

сторонъ претерпѣваетъ давленіе, сперва только со стороны маточнаго зѣва, затѣмъ и со стороны стѣнокъ влагалища и таза. Вслѣдствіе этого давленія кости свода черепа заходятъ одна подъ другую, головка уменьшается въ объемъ. На кожѣ головки образуются, слѣдовательно, складки, которыя вслѣдствіе задержаннаго отлива крови постепенно припухаютъ и становятся отечными, на головкѣ образуется такъ называемая родовая опухоль. При легкихъ и быстрыхъ родахъ эта опухоль едва замѣтна, при трудныхъ же и продолжительныхъ родахъ опухоль можетъ достигнуть такой величины, что занимаетъ входъ въ тазъ и выполняетъ широкую часть полости малаго таза. При такихъ условіяхъ мы, во-1-хъ, не въ состояніи гдѣ-либо прощупать собственно головку и, во-2-хъ, намъ можетъ казаться, что го-

Рис. 67.



Начало врываиванія головки.

ловка стоитъ весьма низко, между тѣмъ какъ въ дѣйствительности она находится еще высоко. Эта родовая или отечная опухоль образуется на всякой подлежащей части и сама собою исчезаетъ въ теченіе первыхъ двухъ-трехъ дней по рожденіи младенца.

Кромѣ того подъ вліяніемъ сокращеній матки замедляется сердцебіеніе плода. Такое замедленіе замѣчается во время каждой боли. Если замедленіе сердцебіенія продолжается короткое время, то оно безвредно для плода; если-же родовыя боли весьма продолжительны или сильны, то паузы весьма коротки и если роды продолжаются долго, то плодъ при такихъ условіяхъ можетъ умереть. Понятно, что тѣ-же боли обусловливаютъ нарушеніе кровообращенія въ стѣнкахъ матки, а слѣдовательно и въ дѣтскомъ мѣстѣ, чѣмъ увеличивается опасность для плода.

3) Третій періодъ — періодъ выхожденія послѣда или послѣдовой періодъ (5-й періодъ по другому дѣленію)—заключается въ изгнаніи изъ дѣтородныхъ путей оставшихся въ маткѣ остальныхъ частей плоднаго яйца, кромѣ самаго плода, а именно: дѣтскаго мѣста, оболочекъ плоднаго пузыря и части пуповины; всѣ эти части въ совокупности составляютъ «послѣдъ».

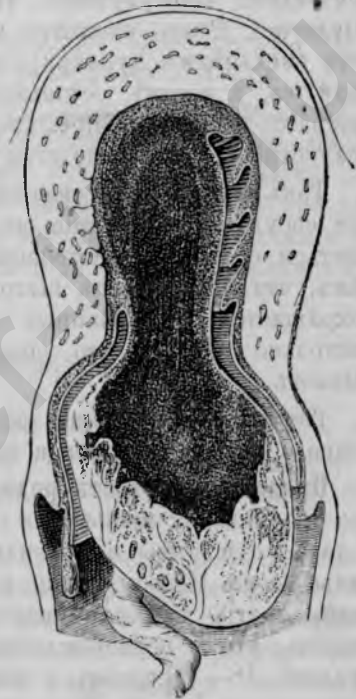
По рожденіи младенца матка уменьшается въ объемѣ и въ видѣ довольно твердаго шаровиднаго тѣла помѣщается внизу жи-

Рис. 69.

Рис. 68.



Плацента отдѣлилась отъ мѣста прикрѣпленія.



Послѣдъ лежитъ въ нижнемъ отрѣзкѣ матки и во влагалищѣ.

Отдѣленіе послѣда по Шульце.

вота, доходя до уровня пупка. Роженица утомлена, лежитъ спокойно, ощущаетъ довольство окончившихся страданій.

Обыкновенно черезъ $\frac{1}{4}$ часа появляются болѣе слабыя и менѣе болѣзненные, такъ называемыя «послѣдовыя» боли, сопровождающіяся обыкновенно небольшимъ кровотеченіемъ. Подъ вліяніемъ этихъ болей, разрывается нѣжная и тонкая ткань, соединяющая дѣтское мѣсто съ маточною стѣнкою. Въ образовавшійся такимъ образомъ промежутокъ между отдѣлившеюся частью дѣтскаго мѣста и стѣнкою матки изливается кровь, способствующая

щая тоже отдѣленію дѣтскаго мѣста. При изслѣдованіи довольно часто находимъ въ зѣвѣ или гладкую внутреннюю поверхность дѣтскаго мѣста, или же край послѣдняго.

Благодаря сокращеніямъ матки, дѣтское мѣсто и плодныя оболочки плотно обхватываются и хотя постепенно, но окончательно отдѣляются отъ стѣнокъ матки и при содѣйствіи брюшного прессы извергаются изъ матки и рукава наружу, причемъ дѣтское мѣсто выходитъ изъ половой щели большей частью такъ, что внутренняя поверхность, на которой прикрѣпленъ корень пуповины, бываетъ обращена внизъ. Дѣтское мѣсто выходитъ, слѣдовательно, вывернутымъ, увлекая за собою оболочки (механизмъ Шульце). Рѣдко плацента выходитъ краемъ безъ всякаго выворота (механизмъ Дункана), при чемъ сначала отдѣляется нижній край ея, а потомъ остальная часть. Большею частью конецъ третьяго періода не предоставляется силамъ природы и послѣдъ искусственно выдавливается изъ влагалища.

Такъ какъ при отдѣленіи дѣтскаго мѣста разрываются большіе сосуды, соединявшіе его съ маткою, то должно было бы появиться сильное кровотеченіе, которое, однако, предотвращается тѣмъ, что матка послѣ выходженія послѣда плотно и равномерно сокращается. Разорванные сосуды такимъ образомъ сжимаются настолько сильно, что опаснаго кровотеченія обыкновенно не бываетъ.

Тотчасъ по окончаніи родовъ дно матки помѣщается позади лоннаго сочлененія пальца на 2 или на 3 ниже пупка.

Продолжительность родовъ зависитъ главнымъ образомъ, на что мы указали выше, отъ качества мягкихъ родовыхъ путей и таза, отъ силы и правильности родовыхъ болей и отъ величины плода. Поэтому одни роды могутъ продолжаться нѣсколько дней, другіе же оканчиваются въ полчаса. Впрочемъ, можно сказать, что у перворождающихъ роды продолжаются среднимъ числомъ 18—20 часовъ, у многоорождавшихъ на половину меньше. Періодъ раскрытія продолжительнѣе другихъ; періодъ изгнанія продолжается отъ 1 до 2 часовъ и послѣдовой періодъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа. Уклоненія отъ сказанной продолжительности встрѣчаются довольно часто.

Условія правильныхъ родовъ.

Выше мы назвали правильными или нормальными родами такіе, которые безъ вреда и опасности для матери и младенца оканчиваются силами природы. Только такіе роды акушерка можетъ вести одна; при всякой же замѣченной ею неправильности, она должна пригласить врача. Поэтому она должна твердо знать всѣ условія нормальныхъ родовъ. Они слѣдующія:

1) Роженица должна быть здорова и крѣпкаго сложенія, она не должна страдать болѣзнями, подѣ влияніемъ которыхъ маточныя сокращенія и потуги могли-бы ослабѣть, чѣмъ нарушилось бы теченіе родовъ; у нея также не должно быть болѣзни, которая могла-бы ухудшиться отъ усиленнаго напряженія всего организма во время родовъ.

2) Тазъ не долженъ представлять какой либо неправильности, мягкія части должны быть хорошо развиты и подготовлены.

3) Родовыя боли должны быть правильны и по силѣ своей соответствовать препятствію.

4) Всѣ добавочныя части плоднаго яйца должны быть правильно развиты и находиться на надлежащемъ мѣстѣ.

5) Плодъ долженъ быть доношенъ, хорошо развитъ, живъ и обыкновенной величины; кромѣ того, членорасположеніе плода должно быть правильно; онъ долженъ находиться въ маткѣ въ одномъ изъ продольныхъ положеній, такъ какъ только при такомъ положеніи его (при предлежаніи верхнимъ или нижнимъ концомъ) роды могутъ, безъ вреда для матери и ребенка, окончиться силами природы.

Механизмъ родовъ.

Плодъ, находясь въ благопріятномъ положеніи въ маткѣ, не просто продвигается родовыми болями черезъ тазъ, а совершаетъ рядъ вращательныхъ и поступательныхъ движеній, которыя въ совокупности называются механизмомъ родовъ.

Механизмъ этотъ необходимъ потому, что наибольшіе размѣры каждой крупной части плода не находятся въ одномъ и томъ-же направленіи, т. е. перекрещиваются между собою; въ такомъ-же отношеніи другъ къ другу находятся и наибольшіе размѣры различныхъ отдѣловъ таза. Доношенный плодъ притомъ настолько великъ, что для прохожденія его черезъ полость таза необходимо, чтобы наибольшіе размѣры его пришлись въ наибольшіе размѣры таза. Слѣдовательно, наибольшіе размѣры отдѣльныхъ частей плода должны въ строго опредѣленномъ порядкѣ приспособляться къ величинѣ каждаго отдѣла таза. Кромѣ того, родовой каналъ представляется изогнутымъ соответственно проводной линіи: по направленію этой линіи неминуемо должна пройти каждая крупная часть.

Само собою разумѣется, что каждой позиціи и каждому положенію плода соответствуетъ особый механизмъ, т. е. при каждомъ положеніи происходитъ особый рядъ движеній, почему и слѣдуетъ знать механизмъ родовъ при каждомъ положеніи отдѣльно.

Затылочные положенія. Такъ какъ затылочные положенія встрѣчаются гораздо чаще другихъ (на 100 родовъ приходится таквыхъ 95) и такъ какъ, собственно говоря, только затылочные положенія должны быть называемы правильными, то въ виду этого мы начнемъ описаніе съ нихъ. Всякое другое положеніе легко ведетъ къ опасности для матери и плода; почему акушерка при нихъ принуждена очень часто приглашать врача. Между черепными положеніями первое затылочное встрѣчается вдвое чаще, нежели второе, поэтому мы прежде всего опишемъ механизмъ родовъ при первомъ затылочномъ положеніи.

Распознаваніе затылочныхъ положеній вообще. Для распознаванія черепныхъ положеній достаточно бываетъ наружнаго изслѣдованія. Матка правильно-яйцевидной формы. Длина ея значительно преобладаетъ надъ шириной, выше пупка она больше выпячивается кпереди, нежели ниже его, дно матки помѣщается на нѣсколько пальцевъ ниже подложечной ямки. Въ одной сторонѣ матки, въ правой или лѣвой, прощупывается большая плоская, плотная поверхность — спинка плода, которая кверху переходитъ въ большую крупную неравномѣрно плотную часть — ягодицы, съ боку которыхъ, въ сторонѣ противоположной спинкѣ, находимъ мелкія части плода, которыя нерѣдко совершаютъ видимыя движенія. Книзу спина переходитъ тоже въ крупную часть, но болѣе круглую и равномѣрно плотную, которая глубокою бороздкою отдѣляется отъ туловища и которая помѣщается или въ тазу, или надъ нимъ. Въ этой части легко можно узнать головку. Сердцебиеніе плода яснѣе всего выслушивается въ сторонѣ спинки, ближе къ головкѣ, слѣдовательно, ниже пупка и въ сторону отъ него.

Этого совершенно достаточно для опредѣленія перваго или втораго черепнаго положенія. Прослѣдить механизмъ родовъ возможно лишь при помощи внутренняго изслѣдованія, при которомъ предлежащая головка представляется въ видѣ большого круглаго равномѣрно твердаго тѣла и распознается по швамъ и родничкамъ.

При первомъ затылочномъ положеніи въ началѣ родовъ находимъ головку у первородящихъ во входѣ таза, у многорождающихъ головка стоитъ надъ входомъ таза. Стрѣловидный шовъ соотвѣтствуетъ или поперечному, или одному изъ косыхъ размѣровъ входа (остальные швы весьма рѣдко помѣщаются въ названныхъ размѣрахъ таза, чѣмъ можно руководствоваться для отличія ихъ отъ стрѣловиднаго); малый родничекъ обращенъ влѣво и болѣею частью кпереди; большой родничекъ помѣщается въ правой половинѣ таза и, въ противоположность малому родничку, бываетъ чаще обращенъ кзади. Оба родничка помѣщаются на одинаковой высотѣ, почему мы въ состояніи достать пальцемъ и тотъ, и другой родничекъ. Вслѣдствіе наклоненія таза и наклон-

наго положенія продольной оси матки, передняя темянная кость, т. е. правая при первомъ затылочномъ положеніи стоитъ ниже задней и стрѣловидный шовъ ощупывается ближе къ мысу, чѣмъ къ лонному соединенію.

Примѣчаніе. Малый родничекъ узнается по сходящимся въ одной точкѣ гребъ швамъ: въ большомъ родничкѣ сходятся не три, а четыре шва и притомъ не въ одной точкѣ, а въ четырехугольномъ податливомъ пространствѣ, каждому углу котораго соотвѣтствуетъ одинъ шовъ. Для того, чтобы не сдѣлать ошибки, необходимо сосчитать швы и тщательно ощупать то мѣсто, въ которомъ они сходятся. Особенно легко принять большой родничекъ за малый, если кости черепа, ограничивающія съ четырехъ сторонъ большой родничекъ, весьма близко соприкасаются между собою, но не заходятъ одна подъ другую, такъ что лобный шовъ можетъ быть отысканъ только при тщательномъ изслѣдованіи.

Когда скоро головка начинаетъ опускаться ниже, она совершаетъ слѣдующія движенія:

1) Прежде всего она опускается ниже, т. е. вступаетъ въ полость таза, при этомъ она приближается къ груди и совер-

Рис. 70.

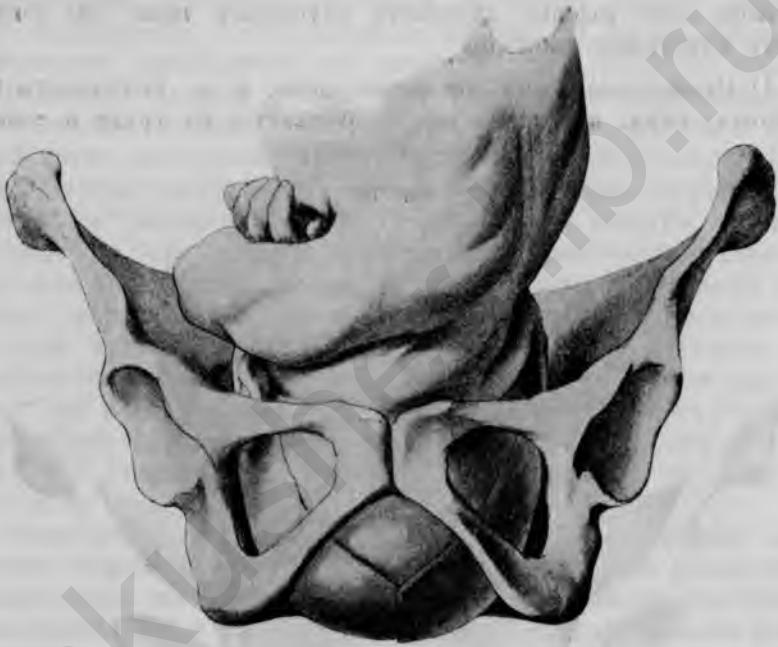


Второй поворотъ. Затылокъ поворачивается впередъ. Стрѣловидный шовъ перешелъ изъ поперечнаго въ косой размѣръ таза.

производитъ усиленное сгибаніе, вслѣдствіе чего малый родничекъ понижается, а большой родничекъ отходитъ вверхъ и достигается

труднѣе. Это сгибаніе весьма полезно потому, что головка послѣ сгибанія помѣщается въ тазу уже не прямымъ, а малымъ косымъ размѣромъ, слѣдовательно, меньшею окружностью, почему она легче проходитъ черезъ полость таза. Такъ, напримѣръ, прямымъ размѣромъ своимъ головка не могла бы вступить въ какой-либо изъ размѣровъ узкой части полости таза, между тѣмъ какъ малымъ косымъ размѣромъ она вездѣ удобно проходитъ. Причина сгибанія заключается въ томъ, что позвоночный столбъ плода, по которому сокращенія матки передаются головкѣ, соединяется съ осно-

Рис. 71.



Второй поворотъ законченъ. Стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ выхода таза.

ваніемъ черепа не по срединѣ, а ближе къ затылку, почему послѣдній сильнѣе низдавливается родовыми болями, нежели лобъ.

2) Одновременно съ опущеніемъ въ полость таза, головка совершаетъ второй внутренней поворотъ, т. е. затылокъ съ малымъ родничкомъ, гдѣ бы онъ ни помѣщался первоначально, влѣво ли кзади или влѣво кпереди, постепенно перемѣщается (см. рис. 70) кпереди и одновременно опускается. На этомъ пути онъ проходитъ мимо горизонтальной вѣтви лѣвой лонной кости, мимо овальнаго отверстія и нисходящей лонной вѣтви и подходитъ къ нижнему краю лоннаго сочлененія; въ то-же время лобъ и лицо перемѣщаются въ крестцовую впадину. Соответственно

этому, стрѣловидный шовъ измѣняетъ свое направленіе, переходитъ изъ поперечнаго или праваго косога размѣра въ прямой размѣръ выхода и направляется, наконецъ, почти прямо спереди назадъ (см. рис. 71).

Причина второго поворота головки заключается въ томъ, что наибольшій размѣръ въ полости таза косою, а въ выходѣ прямой. Поэтому головка поворачивается своимъ прямымъ размѣромъ въ прямой размѣръ выхода таза.

3) Въ этомъ «окончательномъ положеніи» затылокъ мало-помалу подходитъ подъ лонную дугу до тѣхъ поръ, пока заты-

Рис. 72.



Начало 3 поворота. Затылокъ прижимается къ лонному соединенію. Лобикъ прошелъ мимо копчика.

лочный бугоръ не выйдетъ изъ-подъ лобка. Съ этого момента затылокъ больше уже не подвигается впередъ, а упирается нижнею частью затылочной чешуи совмѣстно съ тыльною поверхностью шеи въ нижній край или заднюю поверхность лоннаго сочлененія (рис. 72). Остальныя части головки, задерживаемыя только мягкими частями дна таза, подвигаются впередъ, вслѣдствіе чего головка поворачивается вокругъ лоннаго сочлененія, т. е. совершаетъ третій поворотъ, разгибаніе, причемъ затылокъ прижимается къ передней поверхности лоннаго сочлененія, а со стороны промежности послѣдовательно прорѣзывается темя, большой родничекъ, лобъ и лицо. Коль скоро изъ половой щели вый-

дети и подбородокъ, головка склоняется къ постели съ обращеннымъ внизъ личикомъ. Въ тотъ моментъ, когда у задней спайки показывается лобъ, промежность подвергается наибольшему растяженію, почему она весьма легко разрывается именно въ этотъ моментъ прорѣзыванія головки.

Третій поворотъ головки объясняется отклоненіемъ оси таза кпереди. Схватки направляютъ головку прямо на тазовое дно, которое однако оказываетъ сопротивленіе наступательному движенію головки своей эластичностью. Вслѣдствіе этого головка отодвигается въ направленіи наименьшаго сопротивленія, т. е. впередъ и вверхъ въ половую щель.

Рис. 73.



Разгибаніе головки при 3 поворотѣ. Лобикъ выходитъ надъ промежностью.

4) Во время прорѣзыванія головки плечики при первомъ положеніи вставляются въ поперечномъ или второмъ косомъ размѣрѣ входа, по рожденіи головки, они помѣщаются во второмъ же косомъ размѣрѣ полости таза, причемъ правое плечо бываетъ обращено впередъ и вправо, а лѣвое влево и назадъ. Правое плечо поворачивается кпереди, подходитъ подъ лонную дугу съ правой стороны ея и упирается въ нее; лѣвое же плечо поворачивается къ крестцовой впадинѣ и затѣмъ прорѣзывается первымъ со стороны промежности. Слѣдовательно, плечики, находясь въ полости таза, совершаютъ, подобно головкѣ, внутренній поворотъ, соотвѣтственно чему и остальное туловище поворачивается такъ, что спинка обращается прямо въ лѣвую сторону. Вслѣд-

ствіе такого поворота плечиковъ и туловища, одновременно съ ними головка совершаетъ наружный поворотъ, причемъ личико поворачивается къ правому бедру матери.

По роженіи плечиковъ, остальная часть туловища обыкновенно быстро выходитъ наружу безъ дальнѣйшихъ поворотовъ. Родовая опухоль при первомъ затылочномъ положеніи находится на верхней задней части правой темянной кости, но если роды послѣ излитія водъ, при сильныхъ родовыхъ боляхъ, продолжаются еще долгое время, то родовая опухоль переходитъ и на лѣвую темянную и на затылочную кости. Родовая опухоль тѣмъ больше, чѣмъ дольше продолжается періодъ изгнанія. Въ такомъ случаѣ измѣняется вся форма самой головки; она, при первомъ положеніи, представляется вытянутой по направленію большаго косога размѣра, нѣсколько вкось вправо и вверхъ, и сдавленной по направленію малаго косога размѣра, причемъ выпуклость лба немного уменьшается. И эти измѣненія исчезаютъ совершенно въ первые дни послѣ родовъ.

При второмъ затылочномъ положеніи механизмъ родовъ совершенно тотъ-же, что и при первомъ положеніи; только все то, что при первомъ положеніи находится и совершается въ лѣвой половинѣ таза, при второмъ положеніи относится къ правой половинѣ таза. Существенныя уклоненія заключаются въ слѣдующемъ:

1) Такъ какъ лѣвая сторона грудной клѣтки плода при второмъ положеніи будетъ обращена кпереди, а не кзади, какъ при первомъ положеніи, то при наружномъ изслѣдованіи сердцебіеніе плода находимъ часто по обѣимъ сторонамъ бѣлой линіи, хотя справа, слѣдовательно со стороны спинки, оно слышится яснѣе.

2) Въ большинствѣ случаевъ головка при второмъ положеніи вставляется во входъ таза въ заднемъ видѣ, т. е. въ началѣ родовъ находимъ стрѣловидный шовъ, какъ при первомъ положеніи въ правомъ косомъ размѣрѣ, но такъ, что большой родничекъ обращенъ влѣво и впередъ, а малый вправо и взадъ. Поэтому затылокъ, для того, чтобы при второмъ положеніи подойти подъ лонную дугу, долженъ совершить болѣе длинный путь. Не смотря, однако, на это, роды при второмъ положеніи протекаютъ отнюдь не труднѣе.

При второмъ затылочномъ положеніи механизмъ родовъ слѣдующій: головка сгибается, малый родничекъ опускается ниже, затылокъ поворачивается сзади справа — вправо и кпереди и подходитъ подъ лонную дугу съ правой стороны ея, въ теченіе всего потребнаго для этого времени лѣвая темянная кость помѣщается глубже, нежели правая. Прорѣзываніе и разгибаніе головки происходитъ, какъ и при первомъ положеніи, въ прямомъ размѣрѣ выхода, причемъ стрѣловидный шовъ отклоняется нѣсколько вправо ко второму косому размѣру. Плечики вставляются

въ правомъ косомъ размѣрѣ, лѣвое плечо упирается въ лонную дугу, а правое прорѣзывается первымъ со стороны промежности. При наружномъ поворотѣ головка повертывается личикомъ къ лѣвому бедру матери. Родовая опухоль помѣщается на верхней задней четверти лѣвой темянной кости.

Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ головка и при первомъ затылочномъ положеніи вступаетъ во входъ въ заднемъ видѣ, т. е. затылокъ обращенъ назадъ и влѣво, а стрѣловидный шовъ соотвѣтствуетъ второму косому размѣру. При правильныхъ родахъ задній видъ перваго положенія переходитъ въ передній, затылокъ прорѣзывается изъ подъ-лонной дуги.

Въ заключеніе мы повторяемъ еще разъ, что механизмъ родовъ слагается изъ слѣдующихъ четырехъ моментовъ:

1) Пониженіе и сгибаніе головки.

2) Внутренній поворотъ головки.

3) Разгибаніе головки.

4) Внутренній поворотъ плечиковъ и обусловленный этимъ наружный поворотъ головки.

Правильными родами мы называемъ только такіе, которые совершаются при только что описанныхъ затылочныхъ положеніяхъ. Всякій другой механизмъ весьма легко вызываетъ осложненія, становится опаснымъ и потому считается неправильнымъ.

Уходъ за роженицей и пособіе при родахъ.

При родахъ задача бабки состоитъ въ томъ, чтобы доставить роженицѣ возможные облегченія и удобства, а также защиту и помощь въ случаѣ опасности. Въ виду этого, она должна своевременно распознать угрожающую опасность, если возможно, предотвратить ее или тотчасъ-же позвать акушера. Только при внезапно явившейся опасности и при невозможности добыть врача, она можетъ въ случаяхъ, указанныхъ ниже, лично оказать пособіе. При этомъ она никогда не должна забывать, что на ней лежитъ отвѣтственность за здоровье и жизнь матери и плода.

Призванная на роды бабка должна по первому призыву немедленно отправиться къ роженицѣ, захвативъ съ собою необходимыя вещи, названныя на стр. 161, которыя должны быть у нея всегда готовы къ употребленію.

Желательно, чтобы акушерка никогда не являлась къ роженицѣ иначе, какъ въ совершенно чистомъ, моющемся платьѣ, которое должно стираться по окончаніи каждаго ухода.

Кромѣ того, отправляясь къ роженицѣ, акушерка должна взять съ собою бѣлый чистый передникъ, который по возможности покрывалъ бы все платье.

Прибывъ къ роженицѣ, бабка, если состояніе роженицы еще дозволяетъ, должна разспросить обо всемъ, что необходимо для распознаванія: дѣйствительно ли женщина беременна, въ какомъ срокѣ беременности она находится, начались ли уже роды, и насколько они подвинулись. Конечно, при этомъ нужно имѣть въ виду все, что сказано на страницѣ 140 о разспросахъ.

Относительно текущихъ родовъ, слѣдовательно, необходимо справиться, чувствуетъ ли уже беременная родовыя боли? Какого характера были боли? когда онѣ начались? отошли ли воды? когда? сколько? чувствуетъ ли роженица движеніе плода? когда она ихъ чувствовала въ послѣдній разъ?

По окончаніи разспросовъ, частью же и во время ихъ должно быть предпринято внимательное наружное и внутреннее изслѣдованіе. Со строгимъ соблюденіемъ описанныхъ на стр. 151 правилъ акушерской антисептики.

Въ каждомъ безъ исключенія случаѣ акушерка должна обязательно передъ внутреннимъ изслѣдованіемъ обмыть и дезинфицировать наружныя половыя части роженицы, а еще тщательнѣе собственныя руки, которыя моются и дезинфицируются какъ передъ обмываніемъ роженицы, такъ и послѣ него передъ внутреннимъ изслѣдованіемъ. Уже однократнымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ недостаточно дезинфицированной рукой роженица можетъ быть заражена, послѣдствіемъ чего можетъ быть смертельное послѣродовое заболѣваніе.

Внутреннимъ изслѣдованіемъ должно быть опредѣлено состояніе и развитіе родовыхъ путей, напрягается ли пузырь, или не отошли ли воды, насколько открытъ зѣвъ матки, предлежитъ ли какая-нибудь часть плода и какая именно, и насколько низко стоитъ предлежащая часть. Если предлежитъ головка, то положеніе ея требуется точно опредѣлить незадолго до излитія водъ или тотчасъ послѣ того; раньше же достаточно бываетъ ясно ощупать головку черезъ своды.

Вообще акушерка должна руководствоваться правиломъ, не производить болѣе 1 — 2 раза внутренняго изслѣдованія. Первое изслѣдованіе ей необходимо для опредѣленія положенія плода, если ей не удалось выяснитъ его наружнымъ изслѣдованіемъ; второе нужно въ исключительныхъ случаяхъ послѣ излитія водъ, когда предлежащая часть не выполняетъ входа въ тазъ и существуетъ опасность выпаденія пуповины или мелкихъ частей.

Каждое лишнее внутреннее изслѣдованіе увеличиваетъ опасность зараженія роженицы, поэтому акушеркѣ рекомендуется широко пользоваться наружнымъ изслѣдованіемъ.

Предсказаніе при родахъ. По окончаніи изслѣдованія бабкѣ всегда ставятъ слѣдующіе вопросы: 1) все-ли она нашла правильнымъ; 2) если существуетъ неправильность, то какое она имѣетъ значеніе; 3) долго ли приблизительно будутъ длиться роды.

Нельзя отрицать, что въ родахъ и матери, и плоду угрожаютъ извѣстныя опасности. Но къ счастью опасныя осложненія должны и могутъ быть часто устраняемы разумнымъ вмѣшательствомъ бабки и врача. Приблизительно изъ 500 рожениць только одна умираетъ въ родахъ или по окончаніи ихъ, отъ кровотеченія, судорогъ, разрыва матки или отъ другихъ случайныхъ болѣзней. Большинство родильницъ умираетъ отъ воспаленія родовыхъ путей, такъ называемой **родильной горячки, которую можно и должно предотвратить соблюденіемъ крайней чистоты и тщательнымъ уходомъ.** Операций, а именно, щипцовъ, извлеченій за нижній конецъ плода, поворотовъ, отдѣленій послѣда приходится на 100 родовъ около 3 — 4 случаевъ, другія же, уменьшающія величину плода операции и кесарское сѣченіе встрѣчаются крайне рѣдко. Въ числѣ 100 младенцевъ приблизительно 2 оказываются умершими до начала родовъ, 3—4 умираютъ въ родахъ, 10 рождаются мнимоумершими, но могутъ быть оживлены. Въ общемъ, слѣдовательно, существуетъ большая вѣроятность сохранить живыми и здоровыми и мать, и младенца. Поэтому, если бабка находитъ при внимательномъ изслѣдованіи все въ порядкѣ, то она можетъ высказаться, что все идетъ хорошо и что въ настоящее время не существуетъ повода къ опасеніямъ. Если же она находитъ что-нибудь неправильное, то, высказываясь, должна остерегаться испугать роженицу, но ни въ какомъ случаѣ не должна упускать принятія необходимыхъ мѣръ изъ одного опасенія обезпокоить роженицу. Встрѣчаются даже такія неразумныя женщины, которымъ необходимо сказать всю правду, чтобы понудить ихъ къ послушанію. Окружающимъ бабка должна высказываться откровенно. Если желаютъ пригласить врача, то въ ея интересахъ, никогда не противиться этому; при всякой же неправильности она сама должна настаивать, чтобы позвали врача.

На вопросъ, какъ долго продлятся роды? очень трудно отвѣтить. Можно назначить срокъ только крайне неопредѣленно, указывая на зависимость продолжительности родовъ отъ различныхъ причинъ, напр., силы и частоты схватокъ. Во всякомъ случаѣ не слѣдуетъ ставить слишкомъ короткій срокъ, иначе, если по истеченіи его роды еще не окончатся, роженица становится нетерпѣливой, падаетъ духомъ и теряетъ довѣріе къ бабкѣ.

Приготовленіе къ родамъ. Если изслѣдованіе показало, что схватки еще очень рѣдки, около 2 — 3 въ теченіе часа, что зѣвъ еще закрытъ или едва проходимъ для одного пальца, если, слѣдовательно, не существуетъ увѣренности, что роды дѣйствительно начались, то бабка можетъ оставить на нѣкоторое время роженицу, указавъ, все таки, гдѣ ее можно найти въ случаѣ надобности. Если же роды начались, то бабка не должна отлу-

чаться до самаго конца. При этомъ она должна принять слѣдующія мѣры:

1) Не теряя собственнаго спокойствія, она должна позаботиться, чтобы и роженицѣ было покойно. Всѣ ненужныя лица, въ случаѣ необходимости даже и мужъ, должны удалиться изъ комнаты, остается только кто-нибудь одинъ для помощи. Нужно позаботиться о чистомъ воздухѣ въ комнатѣ и устранить все, что можетъ его портить; сквозной вѣтеръ, однако, для возобновленія воздуха не допускается. Тамъ, гдѣ это возможно, акушерка должна выбрать для родовъ свѣтлую и просторную комнату. Всѣ ковры, мебель, предметы не нужные для родовъ и т. п. должны быть вынесены изъ этой комнаты. Для перевязочнаго матеріала и инструментовъ нужно имѣть 1—2 стола, покрытые, чисто вымытыми салфетками.

2) Надо устроить родильную кровать. Для этой цѣли можетъ служить каждая не слишкомъ широкая кровать, если только она поставлена такъ, что доступъ къ ней свободенъ съ обѣихъ сторонъ. Постелью можетъ служить соломенный, набитый чистою свѣжею соломой, или матрацъ; мягкая перина не годится. По меньшей мѣрѣ средняя треть всей длины постели должна быть покрыта клеенкой или резиновой тканью, чтобы околоплодная вода и кровь не могли протекать въ постель. Поверхъ ея стелется простыня, на которую соответственно тазу роженицы кладется сложенная въ нѣсколько разъ вторая простыня. Последняя можетъ быть такимъ образомъ легко смѣняема. Одѣяло не должно быть толсто и тяжело. Голова не должна лежать слишкомъ высоко, а также слишкомъ углубляться въ подушки, такъ какъ иначе роженицѣ будетъ очень жарко. Въ послѣродовомъ періодѣ служитъ та же кровать, или же можно имѣть еще другую, такимъ же образомъ приспособленную, для смѣны.

Если женщина будетъ рожать на спинѣ, то слѣдуетъ запастись туго набитой подушкою, толщиною въ 2—3 вершка чтобы подложить ее подъ тазъ роженицы передъ началомъ врыванія головки. На этой подушкѣ могутъ быть производимы и болѣе легкія операціи.

Для производства операцій предпочитаютъ большею частью поперечную кровать. Для этого кровать длинною стороною придвигается къ стѣнѣ, на средину ея кладутся плотныя подушки или сложенные матрацы, чтобы высота ихъ была равна приблизительно высотѣ обыкновеннаго стола, подушки эти покрываются непромокаемой матеріей (клеенкой) и простынею, подушки же, предназначенныя для головы, прислоняются къ стѣнѣ. Роженица лежитъ на спинѣ, головою къ стѣнѣ, тазомъ же на краю постели, такъ чтобы половыя части выстояли свободно за край кровати. Ноги ставятся на два равныхъ вышиною табурета или стула, или же поддерживаются помощницами. Полъ между

стульями долженъ быть защищенъ отъ крови и околоплодныхъ водъ клеенкой и большимъ тазомъ. На поперечной кровати роженица можетъ, въ случаѣ надобности, при затрудненномъ дыханіи, рожать и въ сидячемъ положеніи.

3) Кромѣ того, нужно приготовить все, что можетъ понадобится въ теченіе родовъ: тазъ, воду, мыло и полотенца для мытья рукъ, затѣмъ еще другой тазъ съ дезинфицирующимъ растворомъ для повторнаго обмыванія рукъ, который нѣтъ необходимости возобновлять послѣ каждого обмыванія; далѣе чистое бѣлье для роженицы, нѣсколько чистыхъ простынь для подстилки, достаточное количество холодной и горячей воды, подкладное судно, ночной горшокъ, а также необходимое бѣлье, грѣлку и корыто или ванну для младенца.

Принесенную съ собою кружку слѣдуетъ наполнить дезинфицирующимъ растворомъ, прокипятить влагалищный наконечникъ, ножницы для перерѣзки и тесемку для перевязки пуповины. Наконечъ, на случай должны быть въ запасѣ теплое молоко, кофе, немного бульону, вина или водки.

Дѣятельность бабки въ первомъ срокѣ родовъ. Въ началѣ родовъ бабка должна поставить каждой роженицѣ клистиръ изъ теплой воды, все равно, испражнялась-ли роженица или нѣтъ. Во первыхъ, такимъ образомъ удаляются каловыя массы, могущія служить препятствіемъ въ родахъ, а во-вторыхъ, что наиболее существенно, этимъ предупреждаются загрязненіе рукъ и промежности выступающими въ періодѣ изгнанія плода каловыми массами. — Слѣдуетъ также напоминать роженицѣ чаще мочиться. Если ей это не удастся ни въ какомъ положеніи и наполненный пузырь прощупывается надъ лобкомъ, то слѣдуетъ ввести катетеръ, лучше всего эластическій (мягкій).

Пока зѣвъ матки еще мало открытъ и пузырь цѣлъ, роженицѣ можно дозволить сидѣть и даже ходить. Если пузырь раньше времени лопнулъ, то она должна оставаться въ лежащемъ положеніи. Слабыя женщины съ склонностью къ обморокамъ или кровотеченіямъ, а равно женщины съ отвислымъ животомъ и узкимъ тазомъ, съ выпаденіемъ влагалища или матки, съ сильнымъ отекомъ ногъ, также должны быть положены въ постель уже съ самаго начала родовъ. Если нѣтъ особенныхъ осложненийъ, то положеніе на спинѣ для нихъ не обязательно и можетъ быть замѣняемо положеніемъ на любомъ боку.

Во всякомъ случаѣ, однако, въ концѣ перваго періода родовъ роженица должна лечь въ постель раньше, чѣмъ лопнетъ пузырь. При излитіи водъ въ стоячемъ положеніи, ихъ можетъ отойти слишкомъ много; или же ихъ теченіемъ можетъ быть увлечена пуповина или мелкая часть плода, которая и помѣстятся рядомъ съ головкою, или, иначе говоря, выпадутъ во влагалище. Можетъ случиться даже, что почти одновременно съ

излитіемъ водъ родится и младенецъ; слѣдовательно, если роженица не успѣла лечь, то роды протекутъ въ стоячемъ или иномъ неудобномъ положеніи.

Въ этомъ первомъ періодѣ бабка ни въ какомъ случаѣ не должна стараться ускорять роды ни растягиваніемъ краевъ зѣва, ни разрывомъ пузыря. И то и другое вызываетъ судорожныя сокращенія матки и другія неблагопріятныя послѣдствія. Пузырь можетъ быть прорванъ только въ томъ случаѣ, если онъ, при совершенно открытомъ зѣвѣ, стоитъ уже низко во владалищѣ и головка находится непосредственно позади его. До того же времени, особенно когда головка еще стоитъ высоко, бабка при изслѣдованіи должна по возможности щадить пузырь, не надавливать на него и не изслѣдовать во время схватки.

Когда пузырь уже начинаетъ выпячиваться во входъ рукава, то нужно его прорвать, для чего слѣдуетъ только надавить на него концомъ пальца во время схватки. Если такимъ путемъ цѣль не достигается, то бабка можетъ взять проволоку отъ мягкаго катетера, ввести ее осторожно по указательному пальцу и надавить конецъ ея тѣмъ же пальцемъ на пузырь. Палецъ и проволока должны быть предварительно хорошо дезинфицированы.

Ожидая разрыва пузыря, бабка должна положить къ наружнымъ половымъ органамъ роженицы сложенную простыню или комокъ перевязочной ваты, чтобы не замочить постель.

При излитіи водъ бабка должна обратить вниманіе на ихъ свойства, чисты ли онѣ или съ примѣсью первороднаго кала, или грязно-кровянисты, или, наконецъ, не обладаютъ-ли онѣ необыкновеннымъ запахомъ.

Вырабатываніе потугъ должно быть въ этомъ періодѣ строжайше воспрещено, и роженица можетъ легко удержаться, хотя бы уже и чувствовала небольшой позывъ къ этому.

Во время родовъ роженицѣ не дозволяется принимать твердой пищи; если роды затянулись, то можно предложить ей молока, кофе съ молокомъ, бульонъ съ яйцомъ, вино; для питья годится вода, чистая или съ небольшою примѣсью вина, лимонадъ, содовая вода и т. п., охотно пьютъ также теплый чай. Противъ рвоты, часто являющейся у первородящихъ, можно примѣнять шипучій порошокъ, гофманскія капли, кусочки льда или немного чернаго кофе. Полнокровнымъ слѣдуетъ избѣгать кофе и вина.

Въ первомъ періодѣ родовъ роженица часто дѣлается нетерпѣливою и безпокойною. Бабка должна въ виду этого пріучить себя къ терпѣнію и мягкости въ обращеніи, чтобы внушить и роженицѣ терпѣніе и крѣпость духа, ободрять ее и успокоивать разговоромъ. Она, однако, не должна впасть въ ошибку, весьма часто встрѣчающуюся, стараясь развлечь роженицу разговоромъ про тяжелые случаи родовъ, окончившіеся при ея пособіи благо-

получно; такіе рассказы только возбуждаютъ роженицу и представляютъ собою только неразумное самохвальство.

Дѣятельность бабки во второмъ періодѣ родовъ. Тотчасъ же по излитіи водъ, акушерка можетъ изслѣдовать роженицу: 1) для того, чтобы узнать, не произошло ли выпаденіе пуповины или мелкой части плода при высоко стоящей подлежащей части; 2) положеніе плода теперь должно быть точно опредѣлено, если оно раньше при стоячемъ напряженномъ пузырьѣ при помощи наружнаго изслѣдованія не выяснилось, а позже оно можетъ значительно затрудняться родовою опухолью. Точное же знаніе положенія плода крайне важно для дальнѣйшаго теченія родовъ и для пособій въ нихъ. Послѣ этого изслѣдованія, подстилка, если она промокла при излитіи водъ, должна быть перемѣнена.

Теперь роженица должна уже лежать, не подымаясь, хотя она можетъ мѣнять положеніе и поворачиваться со спины на бокъ и обратно. Наиболѣе цѣлесообразно положеніе на томъ боку, гдѣ находится затылокъ младенца, такъ какъ при этомъ затылокъ легче понижается и поворачивается впередъ.

Въ это время желательно, чтобы роженица вырабатывала потуги. Она должна для этой цѣли при позывѣ прижать подбородокъ къ груди, закрыть ротъ, упереться ногами, ухватиться за что-нибудь руками и натужиться, задерживая дыханіе. Роженицамъ, которыя не умѣютъ этого дѣлать и только кричать при учащенныхъ въ этомъ періодѣ схваткахъ, надо объяснить натуживаніе и показать; при этомъ они становятся спокойнѣе и роды лучше подвигаются. Необходимо, однако, указывать роженицѣ и наблюдать за тѣмъ, чтобы она натуживалась только во время схватки, иначе она будетъ напрасно терять силы и преждевременно утомится. Кромѣ сказаннаго, дѣятельность бабки въ этомъ періодѣ ограничивается наблюденіемъ за поступательнымъ движеніемъ головки. Для этой цѣли ей достаточно подымать одѣяло и осматривать наружныя части или прикладывать при потугѣ палецъ къ промежности роженицы. Когда промежность начинаетъ выпячиваться и головка начинаетъ врѣзываться, то надо заботиться о сохраненіи промежности.

Для **предохраненія промежности отъ разрыва** слѣдуетъ: 1) придать роженицѣ цѣлесообразное положеніе и 2) вывести правильнымъ образомъ головку черезъ половую щель.

Роженица должна лежать на спинѣ или на боку. У насъ болѣе употребительно первое положеніе, у англичанъ же примѣняется исключительно положеніе на боку, которое имѣетъ то преимущество, что головка выходитъ медленнѣе и меньше напираетъ на промежность; поэтому оно заслуживаетъ предпочтенія; но такъ какъ указанное преимущество незначительно, то выборъ того или другого положенія можно предоставить привычкѣ акушерки или желанію роженицы.

При положеніи на спинѣ слѣдуетъ подложить жесткую подушку (польстеръ) подъ тазъ роженицы. Во время врѣзыванія бабка садится на правый край кровати и кладетъ свою правую руку между бедрами на половыя части роженицы такимъ образомъ, что мякоть большого пальца ложится на промежность позади уздечки, остальные же 4 пальца, направленные взадъ, покрываютъ задній проходъ и крестецъ. Только въ то время, когда головка напираетъ на промежность, слѣдуетъ производить давленіе на нее этой рукой; такое давленіе имѣеть: 1) общую цѣль удерживать головку, чтобы она не слишкомъ быстро прорѣзалась. и 2) главную, болѣе важную, — оттѣснять лобикъ взадъ и вверхъ. При задерживаніи лобика, поддерживается сгибаніе головки, вслѣдствіе чего затылокъ лучше выкатывается изъ-за лонной дуги и головка прорѣзывается черезъ половую щель наиболѣе благоприятнымъ своимъ размѣромъ, именно малымъ косымъ.

Лѣвая рука, проходя поверхъ праваго бедра роженицы, также помѣщается на головкѣ и имѣеть задачей: 1) ощупывать затылочный бугоръ; если онъ упирается въ лонную дугу и не имѣеть наклонности выкатиться изъ-за нея, то указательнымъ и среднимъ пальцами этой руки затылокъ отталкивается внизъ къ промежности, чѣмъ усиливается сгибаніе головки и освобождается затылочный бугоръ; 2) эта же рука помогаетъ правой задерживать головку во время потуги, для чего она упирается концами пальцевъ въ головку у самаго края промежности.

Чѣмъ больше головка показывается въ половой щели, тѣмъ больше нужно ее задерживать; при этомъ въ большинствѣ случаевъ, особенно у многородящихъ, надо запретить роженицѣ во все натуживаться и отнять у ея рукъ и ногъ всѣ точки опоры, чтобы головка прорѣзывалась по возможности медленно.

Очень цѣлесообразно выпустить головку не во время схватки, а во время паузы. Если уже показался большой родничекъ, такъ что головка навѣрно выкатится при слѣдующей схваткѣ, то во время паузы слѣдуетъ правою рукою, поддерживающею промежность, отдавливать головку вверхъ, прямо къ лонной дугѣ. Лучше всего это дѣлается концами пальцевъ, надавливающими на головку черезъ мягкія части дна таза между копчикомъ и заднимъ проходомъ. Одновременно лѣвая рука отчасти удерживаетъ головку вышеописаннымъ способомъ, отчасти же старается сдвинуть съ нея боковыя края половой щели. Если это удастся, то головка проходитъ черезъ половую щель такъ постепенно и медленно, какъ она никогда не можетъ выйти во время потуги.

Когда лобикъ выкатывается изъ-за промежности, послѣдняя быстро соскальзываетъ по личику взади и правая рука акушерки должна слѣдовать за нею. Иногда подбородокъ слегка задерживается, тогда слѣдуетъ осторожно освободить его пальцемъ лѣвой руки.

Во время прорѣзыванія головки нерѣдко, несмотря на предварительно поставленный клистирь, изъ прямой кишки выдавливаются каловыя массы. У акушерки долженъ быть наготовѣ тазъ съ дезинфицирующей жидкостью и вата для обмыванія промежности и половыхъ частей. При этомъ она должна сохранять свою руку асептической. Во время прорѣзыванія головки заднй проходъ часто зияетъ. Во избѣжаніе отравленія роженицы акушерка должна помнить, что слизистая оболочка прямой кишки быстро всасываетъ жидкости. Уже однократное орошеніе ея растворомъ сулемы имѣетъ послѣдствіемъ признаки отравленія.

Послѣ рожденія головки слѣдуетъ немедленно очистить носикъ и ротикъ младенца отъ слизи и крови, чтобы, если онъ сдѣлаетъ вдыханіе, доступъ воздуха былъ свободенъ. Кромѣ того, слѣдуетъ повернуть немного головку въ правую (при первомъ положеніи) или лѣвую сторону. Указательный палецъ лѣвой руки долженъ ощупать подъ лонной дугою шейку младенца, не обвита ли вокругъ нея пуповина.

Если пуповина обвита вокругъ шейки, то слѣдуетъ, потянувъ за нее пальцемъ, настолько ослабить ее, чтобы плечики могли пройти. Если же обвитіе слишкомъ туго, то въ большинствѣ случаевъ удастся вывести плечики вмѣстѣ съ пуповиною. Въ случаѣ же, если при этомъ пуповина слишкомъ натягивается, надо перерѣзать ее ножницами, поручить помощницѣ сжимать оба конца ея, а самой поскорѣе вывести плечики. Какъ производится извлеченіе, будетъ тотчасъ описано.

При свободной шейкѣ младенца можно предоставить прорѣзываніе плечиковъ силамъ природы. Между тѣмъ какъ правая рука продолжаетъ поддерживать промежность, лѣвая растираетъ дно матки, чтобы вызвать сокращеніе ея, и какъ только матка плотнѣетъ, роженица должна натуживаться. Правая рука должна и во время прорѣзыванія плечиковъ старательно поддерживать промежность; часто промежность рвется въ этотъ моментъ, хотя и сохранилась при прорѣзываніи головки, благодаря аккуратному поддерживанію.

Если рожденіе плечиковъ замедляется, то достаточно обыкновенно надавливанія снаружи черезъ дно матки на ягодицы, чтобы ускорить прорѣзываніе. Если однако надавливаніе сверху не помогаетъ, то слѣдуетъ вывести плечики. Для этой цѣли головка захватывается одною или обѣими руками за затылокъ и подбородокъ или ладонями такъ, чтобы лицо оставалось свободнымъ и отдавливается внизъ къ заднему проходу до тѣхъ поръ, пока не покажется плечико, лежащее у передней стѣнки таза, изъ-подъ лоннаго соединенія. Тогда, приподнимая головку (см. рис. 74), выводятъ заднее плечико изъ-за промежности. Если этотъ пріемъ не удастся, то ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ сильнѣе тащить за головку, а нужно извлечь туловище вытягиваніемъ за пле-

чики. Съ этой цѣлью вводятся 4 пальца той руки, ладонь которой соотвѣтствуетъ спинкѣ младенца, во влагалище и указательнымъ пальцемъ захватываютъ плечико съ подмышечной ямки. Обыкновенно легче достигается направленное къзади плечико; оно и захватывается пальцами правой руки при первомъ и лѣвой при второмъ положеніи и выводится наружу.

Въ другихъ случаяхъ ничего болѣе не остается, какъ войти полу-рукой во влагалище и извести заднюю ручку. Послѣ этого размѣръ плечиковъ значительно уменьшается и извлеченіе ихъ совершается легко.

Рис. 74.



Выведеніе задняго плечика влеченіемъ за головку въ направленіи къверху.

За рожденіемъ плечиковъ остальное туловище идетъ уже легко и поддерживается рукою, лежавшей до сихъ поръ на промежности.

Если женщина должна рожать въ боковомъ положеніи, то обыкновенно кладутъ ее на лѣвый бокъ, придвигаютъ тазъ къ самому краю постели, пригибаютъ бедра къ животу и кладутъ между бедрами толстую подушку для того, чтобы они были раздвинуты. Бабка становится или садится со стороны спины роженицы, кладетъ при лѣвомъ боковомъ положеніи свою правую руку на промежность такимъ образомъ, что большой палецъ ложится на одну большую срамную губу, 4 другихъ на другую,

ладонь на промежность, но такъ, что весь край послѣдней остается хорошо видимымъ. Лѣвая рука прикладывается къ головкѣ плода поверхъ праваго бедра роженицы. Обѣ руки производятъ то же самое, что и при положеніи на спинѣ, причемъ нужно только примѣняться къ измѣненному положенію.

Новорожденнаго кладутъ на сухую пеленку между бедрами роженицы такъ, чтобы пуповина не была натянута. Лучше всего класть его на спинку или же на правый бочекъ, такъ какъ съ этой стороны лежитъ печень, очень большая и тяжелая у младенца.

Теперь слѣдуетъ очистить ротикъ младенца отъ слизи. Для того вводятъ мизинецъ вдоль по одной щекѣ до основанія языка

Рис. 75.



Поддерживаніе промежности въ боковомъ положеніи.

и, согнувъ, выводятъ по другой щекѣ; повторяя это нѣсколько разъ, удаляютъ всю слизь изъ ротика и глотки. Послѣ этого младенца слегка прикрываютъ, чтобы онъ не простудился.

Дѣятельность бабки въ третьемъ періодѣ родовъ. Въ этомъ періодѣ родовъ въ кругъ дѣятельности бабки входитъ пособіе при изгнаніи послѣда и первый уходъ за новорожденнымъ.

Если роженица находилась въ положеніи на боку, то теперь ее поворачиваютъ на спину и бабка обхватываетъ одною рукою дно матки, чтобы удостовѣриться въ достаточномъ сокращеніи ея и чтобы выдавить воздухъ, если таковой попалъ въ матку тотчасъ по рожденіи ребенка. Затѣмъ слѣдуетъ изслѣдовать пульсъ матери, чтобы убѣдиться въ томъ, не наступило ли внутреннее

кровотеченіе. Кровь въ такихъ случаяхъ остается въ полости матки за послѣдомъ, матка вяла, растянута, роженица блѣдна, а пульсъ ея учащенъ. Если немного массировать такую матку, то она вскорѣ сокращается, принимая плотную консистенцію.

Перевязка пуповины. Слѣдя за маткою, бабка по временамъ должна убѣждаться, пульсируетъ ли еще пуповина. Если новорожденный кричитъ сильно, то пульсація прекращается обыкновенно черезъ 8—10 минутъ и тогда пуповина должна быть перевязана. За время пульсаціи пуповины отъ 50—120 грм. крови переходитъ изъ дѣтскаго мѣста въ организмъ младенца, что составляетъ значительное количество, если принять во вниманіе, что новорожденный имѣетъ всего только около 200 грм. крови. Вотъ почему не слѣдуетъ безъ особаго показанія слѣпить съ перевязкой пуповины. Она производится съ той цѣлью, чтобы новорожденный не изошелъ кровью изъ просто перерѣзанной пуповины. Отступя на 2 — 3 пальца отъ пупочнаго кольца, подводятъ подъ пуповину обеззараженную кипяченіемъ тесемочку и, завязавъ однимъ простымъ узломъ, затягиваютъ ее такимъ образомъ, чтобы обѣ руки при этомъ упирались другъ въ друга. Это необходимо соблюдать для того, чтобы въ случаѣ, если тесемка лопнетъ, руки не разошлись слишкомъ быстро и не дернули бы сильно за пуповину. Послѣ перваго узла обвиваютъ тесемкой еще разъ пуповину и дѣлаютъ снова простой узелъ на противоположной сторонѣ, заканчивая его петлею. Отступя на ширину пальца или двухъ къ послѣду, такимъ же образомъ перевязываютъ пуповину еще разъ для того, чтобы послѣ перерѣзки вытекающая изъ пуповины кровь не попала на постель, чтобы послѣдъ меньше спался и чтобы при двойняхъ второй плодъ не имѣлъ возможности изойти кровью черезъ пуповину перваго плода. Между этими двумя перевязанными мѣстами пуповина перерѣзается обеззараженными ножницами, причемъ этотъ отдѣлъ ея долженъ лежать на ладони бабки и концы ножницъ должны быть направлены къ рукѣ. Чѣмъ сочнѣе пуповина, тѣмъ крѣпче нужно затянуть тесемку, наблюдая, однако, чтобы она не врѣзалась въ пуповину. Въ такомъ случаѣ можетъ происходить опасное для новорожденнаго кровотеченіе изъ остатка пуповины. Во избѣжаніе этого акушерка должна черезъ нѣсколько времени послѣ перевязки пуповины контролировать, нѣтъ ли кровотеченія. Если изъ пуповины сочится кровь, то необходимо развязать тесемку и снова сильнѣе затянуть ее.

Послѣ перерѣзки пуповины новорожденный завертывается въ пеленку и передается помощницѣ или откладывается на подходящее мѣсто, чтобы бабка могла свободно заняться роженицей. Разумѣется, необходимо, чтобы личико младенца не было закрыто и чтобы онъ могъ свободно дышать.

Удаленіе послѣда. По удаленіи младенца слѣдуетъ замѣнить замоченныя подкладныя простыни чистыми. Роженица ле-

жить на спинѣ съ протянутыми (выпрямленными) ногами; ее хорошенъко укрываютъ, такъ какъ она обыкновенно чувствуетъ въ это время ознобъ. Въ большинствѣ случаевъ, она проситъ пить и ей слѣдуетъ дать нѣсколько глотковъ воды. Бабка должна на это время сосредоточить все свое вниманіе на роженицѣ, такъ какъ тутъ то и можетъ очень легко появиться сильное кровотеченіе. вмѣстѣ съ тѣмъ, она должна выжидать наиболѣе удобное время для удаленія послѣда.

Рис. 76.



Способъ удаленія послѣда по Credé.

При хорошихъ послѣродовыхъ боляхъ послѣдъ дѣйствительно изгоняется силами природы безъ большой потери крови. Часто, однако, схватки оказываются недостаточными или ведутъ къ цѣли слишкомъ медленно. Въ такихъ случаяхъ необходимо вмѣшательство акушерки. Она, стоя или сяди сбоку роженицы, обхватываетъ всей рукою дно матки такъ, чтобы большой палецъ приходился спереди, четыре же остальные пальца сзади. Если матка вяла, то рука производитъ круговыя растиранія; если же она плотна, т. е. сокращена, то рука лежитъ покойно безъ дви-

женія. Что послѣдъ отдѣлился и лежитъ уже въ нижнемъ сегментѣ матки узнается по 3 признакамъ: 1) дно матки приподнимается кверху до или выше пупка и матка становится уже, 2) область надъ лоннымъ соединеніемъ мягче, чѣмъ матка и 3) пуповина все болѣе и болѣе выходитъ изъ половыхъ частей. Если черезъ $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ часа послѣ рожденія ребенка всѣ признаки выступленія послѣда изъ полости матки выражены, то рука, оставаясь въ томъ же положеніи, производитъ во время схватки давленіе на дно матки взадъ и внизъ по направленію къ крестцу (способъ удаленія послѣда профессора Креде). Такое нажиманіе производится при каждой схваткѣ, пока въ половой щели не появится гладкая поверхность дѣтскаго мѣста. Тогда, захвативъ его обѣими руками, поворачиваютъ его нѣсколько разъ въ одну сторону, вслѣдствіе чего оболочки закручиваются въ шнуръ, какъ видно на рис. 77. Такимъ способомъ онѣ отдѣляются легче и не обрываются.

Рис. 77.



Скручиваніе оболочекъ.

Слишкомъ рано примѣненный приемъ Креде (Credé) можетъ нарушить естественный механизмъ отдѣленія и изгнанія послѣда и имѣть послѣдствіемъ кровотеченіе и задержку долекъ послѣда или части оболочекъ. Вообще акушерка должна помнить что, спокойное выжиданіе въ послѣдовомъ періодѣ менѣе вредно для роженицы, чѣмъ попытки удалить послѣдъ искусственнымъ образомъ. Только кровотеченіе является показаніемъ для удаленія послѣда.

Если послѣ выхожденія послѣда оболочки всетаки оборвались, то ихъ обвязываютъ стерильной шелковинкой или тесемкой, потому что оторванные концы ихъ втягиваются въ матку обратно. Можно ихъ спокойно оставить на мѣстѣ: на слѣдующій день или раньше онѣ сами отдѣлятся и выпадутъ наружу.

Если появляется сильное кровотечение и выдавливание послѣда акушеркѣ не удастся вслѣдствіе чувствительности живота или другихъ причинъ, то она безусловно должна призвать врача, или же, если врача достать невозможно, то должна удалить послѣдъ введенной рукою, о чемъ будетъ сказано при неправильностяхъ дѣтскаго мѣста. При появленіи кровотечения въ періодѣ изгнанія послѣда, онъ долженъ быть по возможности скоро удаленъ.

Слѣдуетъ безусловно избѣгать всякаго потягиванія за пуповину въ то время когда послѣдъ еще прикрѣпленъ къ стѣнкѣ матки; при этомъ она можетъ оборваться, что значительно затруднило бы извлеченіе послѣда, или можетъ оторваться болѣе крѣпко сидящій кусокъ дѣтскаго мѣста, или же такимъ потягиваніемъ можетъ быть вызвано судорожное сжатіе матки, или даже можетъ быть выворотъ матки, что крайне опасно для матери.

Ислѣдованіе послѣда. Если послѣ изгнанія плода кровотечения не замѣчается и матка хорошо сократилась, то акушерка имѣетъ время внимательно осмотрѣть послѣдъ, не отсутствуетъ ли какой-нибудь дольки дѣтскаго мѣста или части оболочекъ. Если оказывается, что недостаетъ чего-либо, то слѣдуетъ позвать врача или поступить, какъ сказано въ главѣ о задержаніи частей послѣда.

Если ожидается для осмотра родильницы врачъ, то бабка должна сохранить послѣдъ въ сосудѣ съ частомѣняемой водою, чтобы показать его врачу.

Послѣдъ, по прекращеніи въ немъ надобности, слѣдуетъ бросить въ отхожее мѣсто или зарыть въ землю, лучше же всего сжечь его въ печкѣ, чѣмъ устраняется разложеніе его и могущій произойти отъ этого вредъ.

Уходъ за только-что разрѣшившейся и младенцемъ.

Послѣ выхожденія послѣда бабка должна слѣдить рукою за сокращеніемъ матки, убрать и подмыть родильницу. Слѣдуетъ удалить загрязненныя подложенныя простыни, обмыть наружныя половыя части и бедра 2-хъ процентнымъ растворомъ карболовой кислоты или другою назначенною врачомъ дезинфицирующею жидкостью. Половыя части слѣдуетъ затѣмъ осушить чистымъ полотенцемъ или лучше стерилизованной ватою и при этомъ внимательно осмотрѣть. Если существуетъ разрывъ промежности или другой какой-либо глубокой или кровоточащій разрывъ, то должно позвать врача. Бабка не должна бояться заявить о разрывѣ какъ родильницѣ, такъ и врачу. Предотвратить разрывы часто бываетъ невозможно, и они должны быть лечимы, во избѣжаніе продолжительныхъ недуговъ, какъ опущеніе и выпаденіе матки.

Послѣ обмыванія слѣдуетъ прикрыть половыя части чистымъ

полотнянымъ компрессомъ, стерилизованной марлей или ватю, смѣняемой тотчасъ же свѣжею, какъ только она пропитается кровью. Послѣ всего этого бабкѣ остается только, сидя рядомъ съ родильницей, слѣдить, не покажется ли кровотеченіе, и наблюдать за сокращеніемъ матки. Хорошо сокращенная матка представляется въ видѣ твердаго шара величиною въ дѣтскую головку надъ лоннымъ соединеніемъ. При хорошо сокращенной маткѣ изъ нея не можетъ быть кровотеченія. Послѣднее происходитъ при плотно сокращенной маткѣ только изъ разрывовъ влагалища или шейки матки и требуетъ присутствія врача для наложенія швовъ. Если матка распускается, то, потирая дно ея, надо добиться снова сокращенія.

Такое наблюденіе должно продолжаться, по крайней мѣрѣ, въ теченіе 2 часовъ послѣ рожденія младенца и это время бабка не должна отходить отъ родильницы. Несоблюденіе этого правила даетъ возможность не замѣтить появившагося кровотеченія, которое очень быстро можно подвергнуть жизнь родильницы большой опасности.

Перекладываніе родильницы на другую кровать можетъ быть производимо только по прошествіи этого времени. При этомъ надо обратить вниманіе на то, чтобы родильница не слишкомъ напрягала свои силы, и чтобы она не простудилась.

Тѣ же предосторожности нужно принимать при перемѣнѣ бѣлья. Если родильница слишкомъ слаба и потому нельзя смѣнить все бѣлье разомъ, то надо позаботиться подложить сухія полотенца въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ мокрое бѣлье прикасается къ тѣлу.

Съ купаніемъ новорожденнаго не слѣдуетъ вовсе такъ торопиться, какъ обыкновенно считаютъ нужнымъ. Если онъ тепло прикрытъ и дышетъ хорошо, то бабка должна слѣдить только за тѣмъ, чтобы не было кровотеченія изъ пуповины. Если кровь просачивается изъ нея, то слѣдуетъ распустить петлю наложенной тесьмы и снова перевязать ее другой лигатурой. Если пуповина совершенно суха, то бабка можетъ не заботиться о ребенкѣ, пока не справитъ все вышесказанное у родильницы. Достаточно по временамъ посматривать, хорошо ли онъ лежитъ и дышетъ. Только въ присутствіи врача или помощницы, кому можно довѣрить наблюденіе за маткой, бабка можетъ приступить къ купанію младенца раньше.

Купаніе производится въ прокипяченной водѣ въ ваннѣ или корытѣ. Послѣднее болѣе удобно, такъ какъ даетъ возможность подложить подъ головку младенца нѣсколько сложенныхъ пеленокъ, а не держать его постоянно на вѣсу, какъ при купаніи въ ванночкѣ. Температура воды должна быть измѣряема градусникомъ и равняться 28° Р. Тѣло младенца, покрытое смазкою, натираютъ миндальнымъ или прованскимъ масломъ или яичнымъ желткомъ, чтобы смазка легче отмылась. Еще до купанія глазки

младенца тщательно обмываются чистою тряпочкою съ водою, или съ двухъ-процентнымъ растворомъ борной кислоты. Младенецъ обмывается марсельскимъ мыломъ. Обыкновенно употребляютъ губку, но лучше замѣнить ее стерилизованной ватой до тѣхъ поръ пока не зарубцевался пупокъ. Губки служатъ очень хорошей почвой для развитія бактерій и источникомъ инфекціи пупка ребенка. Надо избѣгать сильнаго тренія, такъ какъ легко повредить нѣжную кожицу новорожденнаго. Не бѣда, если и останется немного родовой смазки, она отойдетъ въ слѣдующей ванночкѣ. Послѣ обмыванія тѣло младенца окачивается чистою водою и затѣмъ обертывается мягкими и нагрѣтыми пеленками. Обтираніе производится или на приспособленной къ этому подушкѣ, или на колѣняхъ бабки. Особенно сухо нужно вытереть въ мѣстахъ, гдѣ кожа образуетъ складки, и на сочлененіяхъ, напр., за ушами, на шейкѣ, подъ мышками, между ножками и т. д.; послѣ обтиранія эти мѣста можно припудрить дѣтскою присыпкой, если же они не сухо вытерты, то присыпка образуетъ комочки, которые только раздражаютъ кожу.

При обтираніи и еще раньше при купаніи должно внимательно осмотрѣть все тѣло младенца, не существуетъ ли гдѣ-нибудь уродливости, причемъ особенное вниманіе надо обратить на головку (мозговая грыжа) и всѣ отверстія тѣла: ротъ, задній проходъ, мочеиспускательное отверстіе и половые органы. Если бабка найдетъ какую-либо уродливость, то, не говоря ничего родильницѣ, она должна сообщить объ этомъ кому-либо изъ окружающихъ; въ остальномъ же должна поступать, какъ будетъ сказано ниже, при разборѣ уродливостей.

Одежда младенца. Прежде всего нужно позаботиться объ оставшемся кускѣ пуповины. Петлю развязываютъ, узелъ вновь крѣпко затягиваютъ и прибавляютъ второй узелъ. Пуповину обертываютъ въ чистую тряпочку или въ стерилизованную вату и кладутъ на животикъ. Поверхъ нея накладываютъ нѣсколько разъ вокругъ животика бинтъ, приблизительно въ 3 пальца шириной; его не слѣдуетъ слишкомъ туго стягивать, иначе онъ стѣсняетъ животъ. Эту повязку возобновляютъ ежедневно послѣ купанія ребенка до тѣхъ поръ, пока пуповина не отдѣлилась, что происходитъ обыкновенно на 5 или на 6 день. Для ускоренія высыханія пуповины можно наложить на нее повязку изъ ваты съ присыпкою изъ жженого гипса, обладающаго способностью поглощать влагу. Эта повязка присыхаетъ къ пуповинѣ и поэтому должна быть возобновляема въ верхнихъ ея слояхъ.

Всѣ манипуляціи надъ пуповиною должны быть совершаемы обеззараженными руками, также и перевязочный матеріалъ долженъ быть обеззараженъ во избѣжаніе занесенія гноеродныхъ бактерій въ пупочную рану, послѣдствіемъ котораго бываетъ смертельное воспаленіе пупочныхъ сосудовъ ребенка.

Одеждой служить младенцу рубашечка (распашенка) и кофточка, длиною до половины живота: и та, и другая должны имѣть разрѣзъ сзади, а не спереди, чтобы ихъ удобнѣе было снимать: затѣмъ трехугольный подгузокъ, оба длинныхъ конца котораго обертываются вокругъ животика, средній же болѣе короткій прокладывается сзади между ножками къ пупку. Затѣмъ, оставляя свободными ручки, завертываютъ все остальное тѣло младенца въ пеленки, одну полотняную и поверхъ ея бумазейную, шерстяную; обѣ пеленки закрѣпляются свивальникомъ.

Сверхъ этого, одежда младенца различна, смотря по народности. Въ Англїи младенцевъ съ перваго же дня одѣваютъ въ длинное платье. Въ Германїи его кладутъ на особенный тюфячекъ съ тремя клапанами, двумя боковыми и однимъ нижнимъ, которые заворачиваютъ поверхъ тѣла младенца и завязываютъ тесемками. У насъ младенецъ спеленывается большею частью даже вмѣстѣ съ ручками и завертывается, кромѣ того въ одѣяльце. Въ выборѣ одежды для младенца бабка должна подчиняться желанію матери, такъ какъ ни одинъ изъ описанныхъ видовъ одежды не приноситъ вреда. Нужно только одѣвать или пеленать младенца такимъ образомъ, чтобы его нигдѣ не давило и чтобы онъ могъ производить движенія. Если одежда жметъ младенца гдѣ-нибудь, то это вызываетъ въ немъ безпокойство и крикъ, а также мѣшаетъ правильному развитію тѣла. Наконецъ, младенца кладутъ въ его кроватку.

Только по исполненїи всего вышесказаннаго и если матка хорошо сокращена и нѣтъ кровотеченія, бабка имѣетъ право оставить родильницу. На ней лежатъ теперь обязанности ухода въ послѣродовомъ періодѣ, къ описанію котораго мы и перейдемъ.

ОТДѢЛЪ IV.

Послѣродовой періодъ.

Послѣродовымъ періодомъ называютъ время, заключающее въ себѣ первыя 6 недѣль послѣ родовъ; женщина въ этомъ періодѣ называется родильницей.

Въ теченіе послѣродоваго періода половыя органы должны вернуться приблизительно къ тому же состоянію, въ какомъ они были до беременности и для этого требуется около 6 недѣль времени. Эти измѣненія называютъ обратнымъ развитіемъ.

Кромѣ того, груди должны достигнуть полнаго своего развитія, сдѣлаться годными для кормленія, и оставаться въ такомъ состояніи нѣсколько мѣсяцевъ, если мать сама кормитъ грудью ребенка. Въ противномъ случаѣ, груди такъ же подлежатъ обратному развитію.

Послѣродовое состояніе не представляет собою болѣзненного состоянія, такъ что родильница должна оставаться совершенно здоровою. Но такъ какъ она въ это время особенно расположена къ заболѣваніямъ, могущимъ сдѣлаться опасными, то требуется внимательный и аккуратный уходъ за нею со стороны акушерки. Кромѣ того, на бабкѣ лежитъ забота о новорожденномъ.

Состояніе родильницы тотчасъ послѣ родовъ.

По окончаніи нормальныхъ родовъ роженица чувствуетъ себя, хотя и утомленной, но очень облегченной наступившимъ покоемъ. Это пріятное состояніе нарушается только чувствомъ жженія въ животѣ и въ наружныхъ половыхъ частяхъ, а также (у много-родящихъ) появляющимися послѣродовыми схватками. Часто появляется ознобъ, скоро, однако, прекращающійся. Температура въ первыя часы послѣ родовъ немного повышена до 37,8. Уже въ теченіе перваго дня температура падаетъ до нормы. Въ первую ночь родильница обыкновенно спитъ мало, вслѣдствіе нервнаго возбужденія.

Матка лежитъ въ видѣ плотнаго шара позади спавшихся брюшныхъ покрововъ и дномъ своимъ едва достигаетъ пупка. Нѣсколько часовъ спустя, она стоитъ немного выше, вслѣдствіе того, что сокращеніе ея ослабло и что мочевоы пузырь наполнился; въ послѣднемъ случаѣ она нерѣдко смѣщается въ сторону, преимущественно вправо. Чувствительною при давленіи матка бываетъ только во время сокращеній, такъ называемыхъ послѣродовыхъ схватокъ.

Наружныя половыя части представляются вялыми, большею частью слегка припухшими и чувствительными. Кромѣ того, во входѣ находимъ у родившихъ въ первый разъ постоянно, а у многорожавшихъ въ большинствѣ случаевъ большіе или меньшіе разрывы, трещинки, ссадины, ушибы отъ давленія и подтеки слизистой оболочки.

При внутреннемъ изслѣдованіи найдемъ рукавъ вялымъ, съ большими складками; надорванныя во многихъ мѣстахъ губы зѣва свисаютъ въ рукавъ въ видѣ вялыхъ лоскутковъ, едва отличающихся отъ стѣнокъ рукава. Только внутренній зѣвъ матки представляется уже теперь въ видѣ толстаго кольца, черезъ которое, однако, легко можно провести два пальца и больше въ полость матки.

Еслибы мы могли тотчасъ послѣ родовъ видѣть внутреннюю поверхность матки, то она представилась бы намъ въ видѣ большой пораненной поверхности—и именно потому, что при отдѣленіи послѣда отдѣляется или открывается внутренній слой истинной отпадающей оболочки. Такъ какъ при этомъ

происходить разрывъ кровеносныхъ сосудовъ, то внутренняя поверхность матки тотчасъ послѣ родовъ всегда болѣе или менѣе кровотоцитъ и преимущественно тотъ участокъ ея, на которомъ прикрѣплялось дѣтское мѣсто, потому что здѣсь находились наиболѣе толстые сосуды.

Въ виду этого, на родильницу надо смотрѣть какъ на раненую, которая можетъ заболѣть всѣми тѣми же болѣзнями, какъ и раненые вообще, если раны не держатся въ надлежащей чистотѣ. Эти болѣзни въ послѣродовомъ періодѣ получили общее названіе послѣродовой горячки, отъ которой акушерка обязана предохранить родильницу.

Измѣненія половыхъ органовъ въ послѣродовомъ періодѣ.

Со стороны матки мы замѣчаемъ прежде всего уменьшеніе ея. Оно обуславливается отчасти сокращеніями матки, отчасти же и превращеніемъ въ жиръ (жировое перерожденіе) вновь образовавшихся во время беременности мышечныхъ волоконъ, которыя затѣмъ и исчезаютъ путемъ всасыванія.

Сокращенія матки въ этомъ періодѣ называются послѣродовыми схватками; онѣ существуютъ у каждой родильницы, у каждой мы найдемъ, что матка въ теченіе первыхъ сутокъ отъ времени до времени плотнѣетъ. Эти схватки достигаютъ известной степени болѣзненности у многорожавшихъ потому, что въ ихъ относительно большой и вялой маткѣ легко образуются кровавые свертки, раздражающіе матку. Болѣзненные схватки у родившихъ въ первый разъ указываютъ, что со стороны матки у нихъ не все въ порядкѣ.

Уменьшеніе матки узнается по тому, что дно ея съ каждымъ днемъ опускается все ниже; на 5-й день дно помѣщается по срединѣ между пупкомъ и лобкомъ, на 9-й же день дно обыкновенно прощупывается въ видѣ небольшого шаровиднаго тѣла позади лоннаго сочлененія, или же его вовсе не удается прощупать. Такое положеніе матки отчасти обуславливается еще тѣмъ, что матка первое время послѣ родовъ, вслѣдствіе своей тяжести и вялости ея связокъ, стоитъ не прямо, а бываетъ наклонена или согнута немного кпереди.

Вначалѣ вялая, маточная шейка становится вскорѣ болѣе плотною; всего раньше сокращается внутренній зѣвъ, вслѣдствіе чего каналъ шейки принимаетъ воронкообразную форму. На 5-й день внутренній зѣвъ пропускаетъ еще одинъ палецъ, на 9-й же онъ обыкновенно бываетъ непроходимъ для пальца.

Слизистая оболочка матки, имѣющая тотчасъ послѣ родовъ видъ обширной раны, отдѣляетъ, какъ и всякая другая рана, жидкость, называемую послѣродовыми очищеніями, (лохіями), которыя въ первые 2—3 дня состоятъ исключительно

изъ жидкой крови (въ нормальныхъ случаяхъ не должно быть сгустковъ). Съ 3-го по 6-й день очищенія принимаютъ видъ мясныхъ помоевъ или кровянистой сыворотки, сукровицы. Вслѣдствіе сморщиванія и закупорки разорванныхъ сосудовъ кровяными пробками просачивается только серозная часть крови безъ кровяныхъ шариковъ. Съ 6-го по 8-й день къ очищеніямъ примѣшивается слизь и гной, почему очищенія становятся липкими, тягучими и бѣлесоватыми; отъ примѣси же къ нимъ клочковъ отпадающей оболочки и распавшихся сгустковъ они окрашиваются нерѣдко въ буровато-грязный цвѣтъ. Гной въ скоромъ времени исчезаетъ изъ очищеній, затѣмъ остается только усиленное отдѣленіе слизи изъ матки, продолжающееся обыкновенно нѣсколько недѣль.

Эти измѣненія очищеній обуславливаются постепеннымъ заживаніемъ слизистой оболочки, заканчивающимся не ранѣе, какъ по истеченіи шести недѣль. У родильницъ, не кормящихъ грудью, возстановленіе слизистой оболочки матки происходитъ медленнѣе. Болѣе продолжительное выдѣленіе изъ половыхъ частей указываетъ на развивающуюся болѣзнь половыхъ органовъ и требуетъ помощи врача.

Довольно часто случается, что послѣ перваго вставанія родильницы съ постели, а впослѣдствіи отъ всѣхъ болѣе сильныхъ движеній послѣродовыя очищенія становятся вновь кровянистыми. Если крови примѣшано мало, то это не имѣетъ большаго значенія, указывая лишь на то, что сокращеніе и обратное развитіе матки совершилось недостаточно хорошо, почему родильница должна быть осторожна. Во всякомъ случаѣ, вовсе не желательно обильной потери крови, какъ того желали въ прежнія времена, такъ какъ долго продолжающіяся кровянистыя очищенія не приносятъ никакой пользы родильницѣ и только ослабляютъ ее.

Рукавъ и наружныя половыя части тоже уменьшаются и становятся болѣе узкими, пораненія ихъ заживаютъ скоро. Однако, ни рукавъ, ни половая щель никогда не возвращаются вполнѣ къ прежнему своему состоянію; хотя бы они и не были повреждены въ родахъ, они все-таки остаются болѣе вялыми и широкими противъ прежняго. Большія губы не закрываютъ уже половой щели; малыя губы выстоятъ надъ большими. По краю входа образуются миртовидныя отростки, какъ остатки разорванной, ушибленной и затѣмъ частью омертвѣвшей и отпавшей дѣвственной плевы.

Маточныя трубы и связки постепенно принимаютъ прежнее положеніе.

Въ яичникахъ по истеченіи послѣродового періода начинаютъ вновь развиваться яички, вслѣдствіе чего обыкновенно черезъ 6—8 недѣль вновь появляются мѣсячныя У женщинъ,

кормящихъ грудью, регулы показываются только послѣ прекращенія кормленія. Исключенія изъ этого правила встрѣчаются однако весьма часто. Кромѣ того вовсе не рѣдко случается, что женщина забеременѣетъ, не смотря на кормленіе грудью и отсутствіе въ то-же время мѣсячныхъ. Слѣдовательно, кормленіе грудью не составляетъ, какъ полагаютъ многія женщины, средства, навѣрно предупреждающаго беременность, хотя, повидимому, оно отчасти препятствуетъ зачатію.

Растянутые брюшные покровы постепенно сокращаются, но животъ получаетъ свою окончательную форму спустя только 5—6 мѣсяцевъ послѣ родовъ. Иногда остается расхожденіе прямыхъ мышцъ, такъ называемая грыжа бѣлой линіи. Пигментация бѣлой линіи блѣднѣетъ, а на кожѣ остаются бѣловатые, блестящіе рубцы беременности.

Измѣненія грудей. Хотя развитіе грудныхъ железъ заканчивается уже во время беременности, въ концѣ которой онѣ выдѣляютъ немного сывоточной жидкости, тѣмъ не менѣе, въ теченіе первыхъ двухъ дней послѣ родовъ онѣ большею частью представляются еще мягкими и вялыми. Съ 3-го дня усиливается выдѣленіе; груди припухаютъ (нагрубаютъ), дольки железъ прощупываются въ видѣ твердыхъ узловъ, кожа грудей напрягается. Груды становятся тяжелыми и вызываютъ у родильницы тянущую боль, которая можетъ достигнуть значительной степени и распространиться до подмышечныхъ впадинъ. Если мать кормитъ, то младенецъ высасываетъ молоко, чѣмъ рефлекторно поддерживается приливъ молока. Въ противномъ случаѣ молоко частью вытекаетъ изъ грудей, частью всасывается обратно, такъ что черезъ нѣсколько дней груди опять становятся мягкими, а черезъ 2—3 недѣли молоко совершенно пропадаетъ. У кормящихъ женщинъ груди всякій разъ нагрубаютъ, т. е. становятся полными и напряженными, коль скоро младенецъ долго не сосетъ.

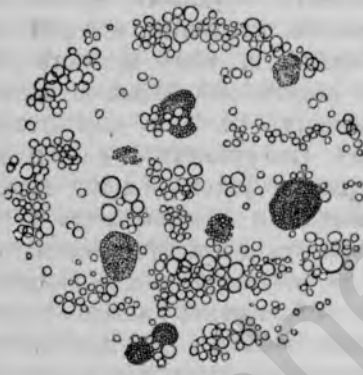
У здоровой крѣпкаго тѣлосложенія женщины уже по прошествіи нѣсколькихъ дней молока бываетъ достаточное количество, почему такія женщины могутъ продолжать кормить грудью или до тѣхъ поръ, покуда въ этомъ ощущается необходимость, т. е. пока не прорѣжутся у ребенка первые зубы, или-же и болѣе продолжительное время (8—12 мѣсяцевъ). Женщины же слабаго тѣлосложенія, по прошествіи нѣсколькихъ недѣль, нерѣдко теряютъ молоко.

Въ первые дни послѣ родовъ молоко имѣетъ видъ или водянистой мутноватой жидкости, пронизанной желтыми полосками, или представляется бѣлесоватою, молочнаго вида слегка желтоватою жидкостью. Это такъ называемое молозиво, содержащее больше бѣлка и солей чѣмъ молоко. Молозиво дѣйствуетъ слегка послабляющимъ образомъ, что облегчаетъ испражненіе первород-

наго кала. Позднѣе молоко принимаетъ бѣлый цвѣтъ, становится богатымъ жиромъ и бѣлковыми веществами (казеиномъ). Кормящая женщина должна имѣть въ виду, что составъ молока мѣняется отъ несоответствующей пищи, отъ простуды грудей, отъ душевнаго волненія и т. п., вслѣдствіе чего новорожденный обыкновенно беспокоится, много кричитъ, стучитъ ножками отъ кишечныхъ коликъ, и, наконецъ, у него появляется поносъ.

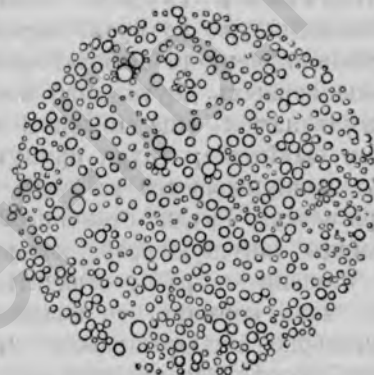
Можетъ случиться, что сильное и быстрое нагрубаніе грудей вызоветъ лихорадочное состояніе, причемъ чувство холода смѣняется жаромъ, температура тѣла повышается немного до 37,6—37,8, пульсъ ускоряется, жажда усиливается, лицо краснѣетъ и количество пота увеличивается. Такое состояніе, появляющееся на

Рис. 78.



Молозиво.

Рис. 79.



Молоко 10-й день послѣ родовъ.

3—5 день, продолжается обыкновенно не болѣе 12—24 часовъ и называлось въ прежнія времена молочною лихорадкою. Оно составляетъ самую первую степень воспаленія грудей. Слѣдуетъ, однако, обратить вниманіе на то, что въ эти дни лихорадка гораздо чаще появляется вслѣдствіе заболѣванія половыхъ органовъ. Поэтому, при появленіи на 3—5 день лихорадки, акушерка не должна успокоиваться тѣмъ, что въ данномъ случаѣ существуетъ молочная лихорадка; напротивъ, точнымъ изслѣдованіемъ ей слѣдуетъ убѣдиться въ томъ, не развивается ли здѣсь какая либо болѣзнь со стороны половыхъ частей.

Молоко состоитъ изъ воды (87,5%) и плотныхъ веществъ (12,5%) и по удѣльному вѣсу (1030) немного тяжелѣе воды. Плотныя вещества распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

молочнаго сахара	6,2%
молочнаго жира	3,8%
бѣлка (альбуминъ и казеинъ)	2,3%
солей	0,7%

Казеинъ женскаго молока отличается отъ казеина коровьяго молока способностью свертыванія въ видѣ очень мелкихъ хлопьевъ, казеинъ коровьяго молока створаживается большими кусками. Подъ микроскопомъ видно, что молоко состоитъ изъ мелкихъ жировыхъ капель. Растворенный казеинъ держитъ эти капельки въ эмульсіи. Въ молозивѣ жировыя капельки неравномѣрной величины и кромѣ нихъ встрѣчаются еще эпителиальныя клѣтки и увеличенные бѣлые кровяные шарики съ жировыми каплями (молозивныя тѣльца).

Количество молока постепенно увеличивается у здоровой женщины до 6—7 мѣсяца; послѣ этого срока оно начинаетъ уменьшаться.

Измѣненія въ другихъ органахъ.

Самочувствіе здоровой родильницы должно быть вообще хорошее; она не должна лихорадить, т. е. температура ея не должна достигать 38,0 и, кромѣ послѣродовыхъ схватокъ, у нея не должно быть никакихъ другихъ болей.

Частота пульса и дыхательныхъ движеній у родильницы уменьшена. Земедленный пульсъ (отъ 60—48 и даже 40 въ минуту) считается очень благоприятнымъ признакомъ и наблюдается большей частью только въ теченіе первой недѣли.

Кожа родильницы болѣе обыкновенной предрасположена выдѣлять потъ; обильное потѣніе, однако, обуславливается и у нихъ большимъ количествомъ питья и слишкомъ теплымъ содержаніемъ, что въ прежнее время считалось цѣлесообразнымъ. Въ настоящее время мы избѣгаемъ потѣнія родильницы именно потому, что родильница отъ этого слабѣетъ, и кожа ея становится еще болѣе чувствительною къ простудѣ, такъ что даже кратковременное обнаженіе ея и незначительный сквозной вѣтеръ вредитъ ей.

Желудокъ и кишечный каналъ въ первые дни работаютъ весьма вяло, главнымъ образомъ вслѣдствіе вялости брюшныхъ стѣнокъ, бездѣйствія брюшного пресса послѣ родовъ и кромѣ того отъ лежанія родильницы; поэтому испражненіе кала задерживается и должно быть вызываемо искусственно. Вслѣдствіе этого необходимо, чтобы родильница въ первые дни соблюдала строгую діету, такъ какъ только небольшое количество пищи переваривается легко; всякая тяжелая пища, но и легкая, если ее принять въ большомъ количествѣ, обуславливаетъ боли въ желудкѣ, колики и вздутіе кишекъ.

Мочеиспусканіе тоже довольно часто бываетъ затруднено, какъ вслѣдствіе непривычки мочиться въ горизонтальномъ положеніи, такъ и по причинѣ слабости брюшного пресса. Иногда же затрудненное мочеиспусканіе обуславливается припуханіемъ мо-

чеиспускательнаго канала вслѣдствіе претерпѣваемаго имъ давленія во время родовъ. Несмотря, однако, на все это, выдѣленіе мочи не только не уменьшается, но скорѣе даже увеличивается, и такъ какъ мочевой пузырь послѣ родовъ самъ по себѣ вяло работаетъ, то въ немъ обыкновенно скопляется много мочи и является настоятельная необходимость заботиться объ опорожненіи его.

Правила жизни для родильницы и уходъ за нею.

Акушерка обязана посѣщать родильницу два раза въ день, утромъ и вечеромъ, въ теченіе 8—9 дней, и ухаживать какъ за ней, такъ и за ея ребенкомъ; позднѣе, если родильница вообще того желаетъ, достаточно посѣщать ее разъ въ день.

Посѣщая родильницу, акушерка должна справиться о состояніи ея здоровья вообще и въ частности о правильномъ ходѣ послѣродоваго періода. Она спрашивается о снѣ, аппетитѣ, жадѣ, о томъ, не чувствуетъ ли родильница боли; испражнялась ли она или нѣтъ; она ощупываетъ кожу—не горяча ли она, и пульсъ—не ускоренъ ли онъ.

Такъ какъ всякое заболѣваніе родильницы вызываетъ обыкновенно прежде всѣхъ другихъ явленій повышеніе температуры, то необходимо, чтобы акушерка при каждомъ своемъ посѣщеніи измѣряла температуру родильницы термометромъ Цельзія и записывала ее на бумагѣ.

Далѣе, акушерка ощупываетъ животъ родильницы для того, чтобы убѣдиться въ мягкости и безболѣзненности его, или въ напряженіи, вздутіи и чувствительности его, въ высотѣ стоянія дна матки и не болитъ ли у нея животъ въ мѣстахъ, соответствующихъ положенію широкихъ связокъ. Осматривая груди, акушерка обращаетъ вниманіе на величину, плотность и чувствительность ихъ, а также на то, представляется ли кожа грудей блѣдною, равномерно или неравномерно красною въ видѣ полосокъ, выдѣляютъ ли груди молоко и здоровы ли соски.

Затѣмъ, по подкладному бинту и по простынѣ, акушерка опредѣляетъ количество, цвѣтъ, запахъ и другія качества очищеній, представляются ли они кровянистыми, сывороточными, гнойными или слизистыми.

Кромѣ этого, акушерка должна руководствоваться слѣдующими правилами.

Покой составляетъ первую потребность родильницы, т. е. она должна помѣщаться въ комнатѣ, удаленной отъ шума; весьма полезно запретить ей говорить въ первые часы, дабы она могла заснуть. Во время сна необходимо слѣдить за тѣмъ, не распукается ли матка, нѣтъ ли признаковъ наружнаго или внутренняго кровотеченія, какъ-то: блѣдность лица, обморокъ и т. п.

Родильница должна оставаться въ постели по крайней мѣрѣ 9 дней, при этомъ первые семь дней ей не позволено приподниматься; эти дни она проводитъ въ горизонтальномъ положеніи на спинѣ или на боку. Раннее вставаніе и даже раннее сидѣніе обуславливаетъ не только кровотеченія, опущеніе, выпаденіе и другія неправильныя положенія матки, остающіяся нерѣдко на всю жизнь, но и воспаленіе матки и внезапную смерть родильницы. Каждый лишній день, проведенный родильницею въ постели, приноситъ ей пользу потому, что родильница въ такомъ случаѣ тѣмъ скорѣе и во всѣхъ отношеніяхъ лучше поправляется. Первый разъ выйти изъ дому родильница можетъ не ранѣе 4 недѣль, а зимой и вообще при дурной погодѣ не ранѣе 6 недѣль; въ теченіе этого времени она по возможности должна остерегаться всякаго тѣлеснаго напряженія. Если матка медленно уменьшается или если родильница слабаго сложенія, то соотвѣтственно этому она должна дольше оставаться въ постели и позднѣе выйти въ первый разъ изъ дому.

Чтобы вернуть растянутымъ брюшнымъ покровамъ ихъ прежнюю эластичность, необходимо въ первые недѣли туго бинтовать животъ родильницы бинтомъ или заказаннымъ для этой цѣли бандажемъ.

Соитіе не дозволяется въ теченіе всего послѣродоваго періода, покуда не закончится обратное развитіе матки; раннее совокупленіе можетъ вести къ кровотеченіямъ и другимъ весьма серьезнымъ заболѣваніямъ матки.

Душевное спокойствіе также необходимо для родильницы. Всякія душевныя волненія, будутъ ли они веселаго или грустнаго характера, должны быть устраняемы. Посѣщенія постороннихъ лицъ въ первые дни должны быть запрещены; впоследствии могутъ быть допускаемы къ родильницѣ только такія лица, такту которыхъ мы довѣряемъ, что они не повредятъ родильницѣ лишнею болтливостью и останутся у нея недолго.

Безгнилостный уходъ по крайней мѣрѣ такъ-же важенъ, какъ и покой, и составляетъ основаніе всей дѣятельности акушерки; погрѣшности противъ антисептики обуславливаютъ всѣ тяжелья заболѣванія родильницы.

Прежде всего необходимо заботиться о чистотѣ комнаты и воздуха. Для этого необходимо, во-1-хъ, чтобы все грязное и издающее какой-либо запахъ выносилось по возможности скорѣе изъ комнаты, особенно ночные горшки, подкладное судно, грязное бѣлье родильницы и новорожденнаго. Сушить грязныя или постиранныя пеленки въ комнатѣ родильницы не дозволяется. Во-2-хъ, воздухъ въ комнатѣ долженъ быть по возможности чаще освѣжаемъ, т. е. комнату слѣдуетъ провѣтривать. Совершенно не пригоденъ обычай курить въ комнатѣ родильницы различными

снадобьями или вообще чѣмъ бы то ни было, такъ какъ окуриваніемъ мы уничтожаемъ только дурной запахъ, а не выводимъ испорченный воздухъ изъ комнаты. Въ теплое время года открываемъ форточку или все окно въ той самой комнатѣ, гдѣ находится родильница; въ холодное же время года—въ сосѣдней съ нею комнатѣ. Если только при этомъ избѣгать сквозного вѣтра, то родильница не простудится. Кромѣ того, полезно лѣтомъ открыть въ печкѣ трубу, а зимою слегка протапливать печь, не подкладывая много дровъ.

Хотя родильницы вслѣдствіе обильнаго потѣнія и потому увеличенной раздражительности кожи легко простужаются, тѣмъ не менѣе простуда для нихъ далеко не такъ опасна, какъ предполагаютъ; сама по себѣ простуда никогда не обуславливаетъ ни послѣродовой горячки, ни воспаленія грудей. Во избѣжаніе же все-таки неприятнаго осложненія, должно остерегаться слишкомъ согрѣвать родильницу, окутывая ее одѣялами и т. п.; обильное потѣніе отнюдь не приноситъ какой-либо пользы, какъ полагали прежде. Впрочемъ, слѣдуетъ избѣгать излишняго обнаженія родильницы во время подмываній, испражнений, перемѣны бѣлья и кормленія младенца.

Всего болѣе должно быть обращено вниманіе акушерки на безгнилостное состояніе родовыхъ путей. Чѣмъ добросовѣстнѣе она будетъ соблюдать правила антисептики, тѣмъ меньше будутъ болѣть ея родильницы.

При каждомъ посѣщеніи, слѣдовательно, два раза въ день, лобокъ, промежность, ягодицы и бедра должны быть тщательно обмыты мыломъ и теплою прокипяченной водою, а наружныя половыя части изъ Эсмарховой кружки тепловатымъ 2% растворомъ борной или карболовой кислоты или, по назначенію врача, какою-либо другою дезинфецирующею жидкостью. Обмываніе дѣлается помощью кусочка стерильной ваты, а за неимѣніемъ—просто пальцами. Употреблять губки отнюдь не слѣдуетъ; губку весьма трудно дезинфецировать, почему она всегда содержитъ бактеріи, которыми весьма легко заразить родильницу. При обмываніи не слѣдуетъ раскрывать половыя части, чтобы не разорвать заживающія раны. Если волоса слиплись запекшеюся кровью, то ихъ выстригаютъ ножницами. По очищеніи наружныхъ частей прикладываютъ къ нимъ стерилизованный бинтъ или слой простой обеззараженной хирургической или борной ваты завернутой въ стерилизованную марлю. Коль скоро сквозь эти подкладки просочится хотя немного послѣродовыхъ очищеній, онѣ должны быть тотчасъ перемѣнены. Послѣ каждого мочеиспусканія и испраженія наружныя половыя части орошаются дезинфецирующимъ растворомъ изъ ирригатора и вновь покрываются ватой. Рукавныя спринцованія у здоровой родильницы дѣлаются только въ случаѣ, если очищенія сильно пахнутъ, во

всякомъ случаѣ съ прибавленіемъ дезинфицирующей жидкости по назначенію врача.

Само собою разумѣется, что если постельное бѣлье родильницы будетъ замарано очищеніемъ, то оно должно быть замѣнено чистымъ.

Стирка подкладныхъ простынь и бинтовъ не дѣло акушерки; она не должна браться за это, потому что съ этимъ связано загрязненіе пальцевъ, что увеличиваетъ опасность зараженія родильницы.

Рукавныхъ спринцованій въ нормальныхъ случаяхъ не слѣдуетъ дѣлать вовсе. Но если очищенія издають дурной запахъ, то слѣдуетъ производить рукавныя спринцованія 2% растворомъ карболовой кислоты или другимъ дезинфицирующимъ средствомъ. При этомъ необходимо передъ началомъ спринцованія обмыть входъ въ рукавъ ради того, чтобы маточнымъ наконечникомъ не захватить съ наружныхъ частей и не внести во влагалище различныхъ началъ (бактерій).

Акушерка не имѣетъ права ухаживать за заболѣвшею родильницею, а должна передать ее кому-либо другому, кто не приходитъ въ соприкосновеніе съ роженицами. Если же акушерка захочетъ продолжать ухаживать за такою родильницею, то она въ теченіе всего потребнаго для того времени не должна брать на свое попеченіе новыхъ рожениць. Въ случаѣ, если обстоятельства этого требуютъ, напр., въ деревнѣ или маленькомъ мѣстечкѣ, гдѣ невозможно имѣть другой помощи, то она должна постоянно имѣть въ виду, что, переходя отъ больной родильницы къ здоровой роженицѣ, она легко можетъ заразить послѣднюю. Во избѣжаніе этого, ей необходимо вдвое строже отнестись какъ къ дезинфекціи самой себя, такъ и къ дезинфекціи всѣхъ предметовъ, которые приходятъ въ соприкосновеніе съ родильницами.

Пища родильницы въ первые дни должна быть скудная; лучше всего давать ей въ первые три дня только бульонъ или слизистый супъ и немного бѣлаго хлѣба. Съ 4-го или 5-го дня ей можно дать куриное мясо, яйцо, жидкую манную кашу, немного вареныхъ фруктовъ, компотъ и т. п. Для питья даютъ воду, жидкій чай, воду съ виномъ и молоко; послѣднее только тѣмъ родильницамъ, которыя его хорошо переносятъ. Къ обыкновенной пищѣ слѣдуетъ переходить постепенно, дабы приучить къ ней желудокъ. Slѣдуетъ избѣгать, въ особенности родильницамъ, кормящимъ грудью, всякой пищи, причиняющей пученіе живота.

Испраженіе кишекъ въ первые дни бываетъ задержано, да и слѣдуетъ въ это время оставлять кишечникъ въ покоѣ. На 3 или 4 день, а въ случаѣ если животъ полонъ, или вздутъ, то и раньше, ставятъ родильницѣ клистиръ или даютъ внутрь ложку

кастороваго масла. Во все время, пока родильница остается въ кровати, приходится въ большинствѣ случаевъ повторять приемъ кастороваго масла или клистиры. Какъ слабительныя средства, употребляютъ еще глауберову соль, слабительный лимонадъ, александрийскій листъ, вѣнское питье, ревень и т. п.; всѣ эти средства дѣйствуютъ не такъ легко и не безъ побочныхъ явленій, какъ касторовое масло, почему послѣднее должно быть всегда предпочтительно другимъ.

Точно также у родильницъ и мочеиспусканіе совершается рѣдко, онѣ не ощущаютъ въ немъ потребности, почему имъ слѣдуетъ напоминать объ этомъ. Если родильница не можетъ сама мочиться, то ей слѣдуетъ выпустить мочу катетеромъ. Вводить катетеръ не слѣдуетъ подъ одѣяломъ, напротивъ, необходимо обнажить части, тщательно обмыть и дезинфицировать ихъ и только послѣ этого можетъ быть введенъ чистый стерилизованный кипяченіемъ катетеръ. Только соблюдая эту предосторожность, мы предохраняемъ родильницу отъ мучительнаго и долго продолжающагося катарра мочевого пузыря, появляющагося обыкновенно послѣ введенія нечистаго катетера. Въ случаѣ необходимости, вводятъ катетеръ 2—3 раза въ день. Если акушеркѣ почему-либо не удастся выпустить мочу родильницѣ, она обязана тотчасъ же послать за врачомъ.

Испражненія какъ кала, такъ и мочи, родильница должна совершать въ первые 8 дней лежанья, а не сидя.

Послѣ родовыя схватки въ томъ только случаѣ считаются нормальными, если онѣ появляются у многорожавшей, если матка при этомъ нечувствительна и если родильница одновременно не лихорадитъ. Если схватки повторяются очень часто и притомъ очень болѣзненны и если къ тому-же онѣ нарушаютъ сонъ, то можно на животъ положить пузырь со льдомъ или согрѣвающій компрессъ, смотря по тому, что лучше дѣйствуетъ въ данномъ случаѣ. Даютъ также пить ромашку. Если эти мѣры не помогаютъ, то ставятъ клистиръ изъ 10 капель настойки опія на столовую ложку воды. При появленіи одновременно другихъ болѣзненныхъ явленій, необходимо пригласить врача.

Каждая родильница должна кормить грудью своего новорожденнаго, если груди пригодны для кормленія и содержать достаточное количество молока. Лучшая пища для младенца есть материнское молоко; для матери же кормленіе грудью полезно, потому что при этомъ обратное развитіе половыхъ частей совершается лучше и правильнѣе. Если даже соски не хорошо развиты, то во время беременности возможно ихъ подготовить, какъ сказано выше; послѣ-же родовъ трудомъ и стараніемъ можно все-таки часто довести дѣло до того, что сосокъ сдѣлается пригоднымъ для сосанія.

Только въ слѣдующихъ случаяхъ мать не можетъ или не должна кормить грудью: если у нея нѣтъ молока, если не удастся нисколько вытянуть соски, если она страдаетъ чахоткой, золотухою, эпилепсіею, душевнымъ разстройствомъ и т. п. болѣзнями; во всякомъ случаѣ необходимо спросить совѣта врача. Въ большинствѣ случаевъ матери не кормятъ грудью или только потому, что кормленіе мѣшаетъ имъ вести такую жизнь, какъ прежде, или потому, что, какъ онѣ полагаютъ, при этомъ страдаетъ ихъ красота. Акушерка въ подобныхъ случаяхъ должна попробовать разъяснить имъ всю пользу кормленія грудью какъ для нихъ самихъ, такъ и для младенца, и убѣдить ихъ кормить грудью. Къ сожалѣнію, это, однако, удается весьма рѣдко.

Если женщина желаетъ кормить грудью, то въ первый разъ прикладываютъ младенца черезъ 10—12 часовъ послѣ родовъ, когда мать успѣла немного заснуть и отдохнуть. Затѣмъ кормленіе должно производиться каждые 2—3 часа, причемъ необходимо уже теперь въ крайнемъ случаѣ съ третьей недѣли, позаботиться приучить мать и ребенка къ извѣстному порядку кормленія. Если въ грудяхъ достаточно молока, то ихъ даютъ сосать попеременно. До cadaго кормленія и послѣ него соски должны быть обмыты теплотою водою, а еще лучше дезинфицирующею жидкостью, дабы предохранить отъ воспаленія почти всегда имѣющіяся маленькія трещины и ссадины на соскахъ. Но карболовая кислота и сулема слишкомъ ядовиты для этой цѣли, и потому ихъ здѣсь замѣняютъ 2% растворомъ борной кислоты. Грудь должно содержать въ умѣренной теплотѣ. Совершенно излишне согрѣвать ихъ.

Некормящая женщина должна соблюдать строгую діету и мало пить до тѣхъ поръ, пока груди не примутъ прежней величины и консистенціи. Чувство тяжести въ грудяхъ и болѣзненность ихъ лучше всего уступаютъ подвизыванію и смазыванію напряженной кожи масломъ. Если кромѣ того слабительными средствами мы вызовемъ два—три жидкихъ испражненія, то нагрубаніе грудей и напоръ молока въ большинствѣ случаевъ прекращаются черезъ 2—3 дня, хотя бы выдѣленіе молока продолжалось еще нѣкоторое время; со временемъ и въ такихъ случаяхъ молоко пропадаетъ само собою. Если при нагрубаніи кожа грудей слишкомъ напряжена и чувствительна, то полезно прикладывать согрѣвающій компрессъ или наложить давящую повязку, подъ которою наконившееся въ грудяхъ молоко всасывается и исчезаетъ.

Измѣненія въ тѣлѣ новорожденнаго.

Съ началомъ дыханія тотчасъ же измѣняется кровообращеніе новорожденнаго. Легкія растягиваются, а съ ними вмѣ-

стѣ растягиваются и легочныя артеріи: кровь теперь попадаетъ прямо въ эти артеріи, а не въ Боталловъ протокъ, какъ прежде: послѣдній запусъвается и сморщивается. То же самое происходитъ и съ овальнымъ отверстіемъ въ перегородкѣ между предсердіями, съ пупочною артеріею и пупочными венами.

Остатокъ пуповины на тѣлѣ младенца постепенно высыхаетъ до совершенно плотнаго пучка. На границѣ между пуповиною и кожей живота образуется нагнаивающаяся бороздка, которая постепенно все глубже и глубже проникаетъ въ пуповину, пока послѣдняя, наконецъ, не отпадаетъ, что обыкновенно совершается между 5-мъ и 6-мъ днемъ. По отпаденіи пуповины остается маленькая слегка нагнаивающаяся поверхность, которая вскорѣ зарубцывается и образуетъ такъ называемый пупокъ. Къ 10 или 14 дню пупокъ долженъ совершенно зарости.

Кожа младенца въ первые дни послѣ рожденія представляется красною, вслѣдствіе раздраженія, производимаго какъ болѣе холоднымъ воздухомъ такъ и одеждою; затѣмъ она блѣднѣетъ или, у большинства всѣхъ младенцевъ, принимаетъ желтую окраску. Такая же окраска замѣчается на слизистыхъ оболочкахъ и на бѣлкѣхъ глазного яблока. Такая желтуха не представляетъ ничего особеннаго и проходитъ въ нѣсколько дней. Часто припухаютъ въ первые дни грудныя железы у младенцевъ обоюго пола. Это набуханіе проходитъ безъ леченія.

Если младенцы содержатся слишкомъ тепло, или если во время купанія производятъ сильное треніе кожи, то на поверхности тѣла появляется сыпь въ видѣ маленькихъ пузырьковъ, которые иногда наполняются гноемъ. Въ общепитіи говорятъ «ребенокъ цвѣтеть» и считаютъ это неизбѣжнымъ явленіемъ; тѣмъ не менѣе оно совершенно излишне.

Въ первыя недѣли кожа младенца шелушится или въ видѣ маленькихъ чешуекъ, или въ видѣ пластинокъ большей или меньшей величины. Если эти чешуйки грязны и если ихъ не смывать, то онѣ выдаются въ видѣ мелкихъ иголъ на поверхности тѣла; это такъ называемая «щетинка», избѣгнуть которой весьма легко.

Пищевареніе. Испражненіе первороднаго кала, появляющееся вскорѣ послѣ родовъ, совершается 3—4 раза въ день. Въ первые дни меконіумъ представляетъ темно-бурую, густую массу; съ третьяго дня испражненія свѣтлѣютъ, а по прошествіи еще 2-хъ, 3-хъ дней они становятся совершенно желтыми, какъ яичный желтокъ, и происходятъ 3—4 раза въ сутки. Испражненія слабо кислой реакціи (синяя лакмусовая бумага принимаетъ при соприкосновеніи съ ними розоватый цвѣтъ) и слегка кисловатаго запаха. Первая пища младенца, молозиво, слегка ослабляетъ и способствуетъ испражненію первороднаго кала; поэтому-то обыкновенно

новенно не приходится прибѣгать къ другимъ средствамъ. Для первыхъ мѣсяцевъ пищею младенца должно служить исключительно материнское молоко, такъ какъ только черезъ 3 мѣсяца начинаетъ у младенца выдѣляться въ слюнѣ и въ желудочномъ сокѣ ферментъ превращающій крахмалъ въ сахаръ, почему только тогда является возможность переваривать пищу, особенно мучную, содержащую крахмалъ. Въ первые мѣсяцы пищеварительный аппаратъ младенца выдѣляетъ только всѣ ферменты, необходимые для перевариванія молока.

Вѣсъ младенца обыкновенно въ первые 3 — 4 дня уменьшается на 150,0 — 200,0 насчетъ испражненія большого количества мочи и первороднаго кала и малаго приѣма пищи. Только на 2-й недѣлѣ младенецъ достигаетъ первоначальнаго вѣса. Затѣмъ, если онъ хорошо питается, то вѣсъ его съ каждымъ днемъ увеличивается. Увеличеніе вѣса ребенка легко запоминаются по слѣдующей схемѣ:

Вѣсъ увеличивается на граммы:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
въ мѣсяцъ	750	700	650	600	550	500	450	400	350	300	250	200
въ сутки	25	23	22	20	18	17	15	14	12	10	8	7

Въ концѣ V мѣсяца младенецъ удваивается въ вѣсѣ, а въ концѣ года утраивается (9000—9450) грам.). Для того, чтобы опредѣлить, дѣйствительно ли младенецъ хорошо развивается, лучше всего взвѣшивать его отъ времени до времени, примѣрно каждую недѣлю. Въ состоятельной семьѣ акушерка должна посовѣтовать купить вѣсы для взвѣшиванія дѣтей.

Отправленіе почекъ. Выдѣленіе мочи начинается еще во время утробной жизни. Первый разъ новорожденный мочится на первый день жизни, рѣдко на второй или третій. Количество мочи въ первые дни очень незначительно. Она содержитъ немного бѣлка и мутна отъ примѣси слизи и мочекислыхъ солей. Послѣднія нерѣдко приходится находить въ первые 2 недѣли въ пеленкахъ въ видѣ красноватыхъ песчинокъ. Выдѣленіе этихъ солей изъ почекъ, гдѣ онѣ образуютъ отложенія въ мочевыхъ канальцахъ, такъ называемый мочекислый инфарктъ, сопровождается иногда болью. Новорожденный беспокоится и кричитъ тогда при мочеспусканіи. Количество мочи увеличивается сообразно количеству выпиваемаго молока и моча выдѣляется обыкновенно очень часто. Моча водяниста, удѣльный вѣсъ ея 1002—1005, она прозрачна и совершенно безцвѣтна.

Внѣшнія чувства. Зрѣніе, слухъ и чувство осязанія у новорожденныхъ чрезвычайно слабо развиты, а вкусъ, и обоняніе у нихъ несомнѣнно существуютъ. Со второй недѣли жизни слухъ начинаетъ улучшаться и въ четвертомъ мѣсяцѣ младенецъ поворачиваетъ уже голову на звуки. Движенія глазъ ребенка сна-

чала медленны и неправильны. Начиная со второго мѣсяца они становятся правильными, а съ третьяго мѣсяца ребенокъ начинаетъ узнавать лица и предметы.

Родовая опухоль исчезаетъ совершенно въ первые дни; если же образовались подтеки въ кожѣ, то на мѣстѣ ихъ остаются синія пятна, которыя, однако, тоже вскорѣ исчезаютъ. Если головка подъ вліяніемъ родовъ приняла неправильную форму, то послѣдняя въ теченіе нѣсколькихъ дней, безъ всякаго съ нашей стороны содѣйствія, постепенно сглаживается.

Уходъ за новорожденнымъ.

Чистота составляетъ первую необходимость для правильнаго развитія новорожденнаго. Съ этою цѣлью требуется слѣдующее: Каждому новорожденному должно ежедневно, по крайней мѣрѣ одинъ разъ въ день (утромъ), дѣлать теплую ванну, въ началѣ въ 28° Реомюра, позднѣе въ 27°, даже въ 26°. Температура воды должна быть измѣряема термометромъ, а не рукою или локтемъ, такъ какъ при послѣднемъ способѣ легко можно взять воду слишкомъ горячую и потому вредную для младенца. Вечеромъ обмываютъ ребенка губкою. Слабыхъ и преждевременныхъ родившихся дѣтей должно купать 2 раза въ день. При каждомъ купаніи необходимо вытирать тщательно ротикъ мягкою тряпочкой, смоченной въ водѣ. Само разумѣется, что во время купанія слѣдуетъ остерегаться простудить ребенка; послѣ же купанія необходимо тщательно обсушить его, дабы не образовались опрѣлости. Не слѣдуетъ купать младенца тотчасъ послѣ кормленія, такъ какъ въ такомъ случаѣ у него легко появляется рвота. Кромѣ купанія въ ваннѣ, младенца должно обмывать еще послѣ каждаго испражненія мочи и кала теплою водою и затѣмъ, обсушивъ, тщательно присыпать каждую складку пудрою (всего лучше употреблять, какъ дѣтскую присыпку, порошокъ талька). Этимъ мы предупредимъ образованіе опрѣлостей въ складкахъ кожи.

Все бѣлье младенца должно быть совершенно сухое, согрѣвать его нѣтъ нужды. Пеленки слѣдуетъ мѣнять каждый разъ, какъ онѣ будутъ смочены или замараны.

Пупочную тряпочку слѣдуетъ мѣнять каждый день, по отпаденіи пуповины кладутъ на пупокъ до заживленія маленькій кусокъ стерильной ваты.

Пупочную повязку можно позволить носить еще недѣли двѣ по отпаденіи пуповины.

Если ребенокъ слабый, съ плохимъ питаніемъ, то его необходимо держать теплѣе, для чего въ постельку его кладутъ 2—3 бутылки, наполненныя теплою водою, или грѣлки.

Спать долженъ младенецъ въ своей собственной кровати или въ колясочкѣ, люльки не должны быть употребляемы. Точно также не слѣдуетъ допускать, чтобы младенецъ спалъ съ матерью или съ кормилицею, такъ какъ онъ легко можетъ быть задушенъ ими во время сна или свалиться съ постели. Кроватка ребенка не должна помѣщаться около горячей печки или на сквозномъ вѣтрѣ. Необходимо также защищать ее отъ яркаго свѣта, но нѣтъ нужды вполне занавѣшивать кровать и окна въ комнатѣ. Младенецъ долженъ лежать на не слишкомъ жесткомъ матрацѣ, который слѣдуетъ покрывать какою-либо непромокаемою тканью. Подъ головку подкладываютъ маленькую подушечку. Сверху покрываютъ теплымъ одеяльцемъ. Слишкомъ теплое укутываніе вызываетъ обильный потъ и дѣлаетъ дѣтей воспріимчивыми къ простудѣ.

Комнатный воздухъ долженъ быть чистый и теплый (15°R.). Съ третьей недѣли можно лѣтомъ выносить ребенка на воздухъ; зимою же (въ Петербургѣ) лучше его не выносить.

Кормленіе грудью. Во всякомъ случаѣ лучший способъ питанія заключается въ кормленіи грудью матери, о которомъ было уже сказано выше. Въ первыя недѣли новорожденному можно давать грудь всякій разъ, когда онъ проснется. Но послѣ этого времени лучше пріучить его къ правильнымъ промежуткамъ между пріемами пищи. Прикладывать ребенка къ груди слѣдуетъ не чаще, какъ каждые два часа,— время необходимое для перевариванія желудкомъ принятаго молока. Если ребенокъ спитъ и ничѣмъ не выражаетъ голода, то кормить его можно рѣже. Если же въ промежутокъ между кормленіемъ ребенокъ кричитъ, то слѣдуетъ посмотрѣть, не мокрый ли онъ, не причиняетъ ли ему боль складка пеленки, нѣтъ ли у него кишечныхъ коликъ и т. п. Какъ бы то ни было, но не слѣдуетъ успокаивать его грудью или соскою. Послѣднія вовсе не слѣдуетъ употреблять, такъ какъ онѣ пріучаютъ ребенка къ постоянному сосанію и, кромѣ того, вредятъ пищеваренію. Здороваго ребенка слѣдуетъ пріучить къ болѣе рѣдкому кормленію ночью; довольно легко и скоро удастся достигнуть того, что ребенокъ будетъ спать 6—7 часовъ подъ рядъ, что весьма полезно, какъ для него самого, такъ и для матери. Послѣ третьяго мѣсяца слѣдуетъ прикладывать ребенка черезъ 3 часа днемъ и 2 раза ночью. Ребенокъ остается при груди отъ 5—15 минутъ въ зависимости отъ количества молока, мягкости грудей и голода ребенка. Кормленіе прекращается, когда ребенокъ перестаетъ усердно сосать. Обѣ груди даютъ ребенку только въ томъ случаѣ, если молока мало, или черезъ $\frac{1}{2}$ года, когда ребенокъ требуетъ много молока. Какъ правило при кормленіи слѣдуетъ соблюдать очередь между грудями. Здоровыя дѣти пьютъ въ первые дни около 30—60 грам., на второй недѣлѣ 100 грам., потомъ 150 и 200 за одинъ разъ. Въ

концѣ первой недѣли ребенокъ высасываетъ въ сутки не менѣе 300 грм. молока, въ концѣ 10-й недѣли—800,0 и въ концѣ 30-й недѣли 1300 грм.

Срыгиваніе молокомъ тотчасъ послѣ кормленія указываетъ на переполненіе желудка, поэтому не слѣдуетъ кормить ребенка такъ долго, покуда груди не опустѣютъ, а нужно прерывать кормленіе раньше.

Для того, чтобы молоко оставалось хорошимъ, мать должна вести соответствующій образъ жизни, она должна больше пить, лучше кушать, но при этомъ избѣгать всякой пищи, обуславливающей пученіе живота или расстройство желудка, напр., зелени, капусты, гороху, бобовъ и т. п., такъ какъ при этомъ страдаетъ не только она, но и ребенокъ. Мать должна ежедневно совершать прогулку на свѣжемъ воздухѣ, но избѣгать притомъ значительнаго напряженія. Она должна остерегаться душевныхъ волненій.

Ребенка оставляютъ у груди по крайней мѣрѣ 7—8 мѣс., пока не прорѣжутся первые зубы, и только по какимъ-либо особымъ обстоятельствамъ можно отнять его отъ груди раньше этого срока. Такими обстоятельствами можно считать: 1) если выдѣленіе молока уменьшается настолько, что количество его оказывается недостаточнымъ; 2) если мать заболѣетъ или забеременѣетъ; 3) если силы кормящей значительно уменьшаются, причемъ у нея появляется боль въ спинѣ и она замѣтно худѣетъ. Появленіе регулъ только въ томъ случаѣ можетъ служить причиною для отнятія ребенка отъ груди, если у него въ это время появляется расстройство со стороны желудочно-кишечнаго канала (колики, рвота, поносъ) и если у матери, подъ вліяніемъ обильной потери крови, уменьшается количество молока и въ грудяхъ и появляется общая слабость.

Прикармливаніе начинаютъ обыкновенно за 2 мѣсяца до предполагаемаго отнятія отъ груди. Если у матери мало молока, если она вслѣдствіе болѣзни больше кормить не можетъ или если замѣчается остановка въ развитіи ребенка, то можно прикармливать и ранѣе 4-го мѣсяца по правиламъ ниже изложеннымъ при искусственномъ кормленіи.

Отнятіе отъ груди можетъ быть произведено или сразу, или исподволь. Быстрое отнятіе опасно для ребенка; къ нему прибѣгаемъ только въ крайней нуждѣ. Обыкновенно же ребенка постепенно приучаютъ къ другой пищѣ, которую сперва даютъ одинъ разъ въ сутки, затѣмъ чаще и чаще, руководствуясь тѣмъ, какъ ребенокъ переноситъ эту пищу, и не переставая въ то же время кормить грудью, хотя все рѣже и рѣже, сообразуясь съ количествомъ принятой другой пищи. Такимъ путемъ мы скорѣе всего избѣгаемъ появленія у ребенка различныхъ расстройствъ

желудка и кишекъ, отъ которыхъ такъ много дѣтей умираетъ именно въ періодѣ отнятія отъ груди.

Питаніе ребенка при посредствѣ кормилицы. Если мать сама не кормитъ, естественнѣе всего замѣнить ее кормилицею, не смотря на всѣ неудобства, сопряженныя съ выборомъ и содержаніемъ послѣдней.

Выборъ кормилицы настолько трудное и отвѣтственное дѣло, что требуетъ обширныхъ медицинскихъ познаній, почему собственно можетъ быть сдѣланъ только врачомъ. Но для того, чтобы акушерка могла сообщить врачу необходимыя предварительныя свѣдѣнія и все то, что ей кажется подозрительнымъ относительно кормилицы, она должна знать, на что ей слѣдуетъ обратить вниманіе при выборѣ кормилицы до осмотра врачомъ.

1) Кормилица должна быть совершенно здорова; въ особенностях она не должна страдать сифилисомъ, золотухою, чахоткою, болѣзнями сердца или легкихъ, малокровіемъ, душевными болѣзнями, падучею болѣзнию или какими-либо послѣдствіями этихъ болѣзней. Поэтому необходимо кормилицу осмотрѣть съ головы до ногъ и при этомъ обратить вниманіе: нѣтъ ли гдѣ-нибудь на поверхности тѣла ея или у отверстій сыпи, корочекъ, язвъ, рубцовъ или истеченія жидкостей. Необходимо также осмотрѣть полость рта, зѣва, влагалище и влагалищную часть матки; поискать на боковыхъ поверхностяхъ шеи и въ сгибахъ суставовъ (локтевомъ и паховомъ) припухшихъ железъ; нѣтъ ли на конечностяхъ, грудной клѣткѣ, на позвоночномъ столбѣ слѣдовъ бывшей англійской болѣзни въ видѣ искривленія ихъ. Что касается органовъ грудной полости, то акушерка можетъ установить: не осипъ ли голосъ, нѣтъ ли кашля, мокроты, сердцебиенія и одышки. Все это изслѣдованіе должно быть произведено съ возможною тщательностью, дабы не просмотрѣть какой-либо скрытой болѣзни, которая могла бы впоследствии причинить вредъ ребенку. Если акушерка откроетъ какой-нибудь изъ этихъ признаковъ у женщины, желающей поступить въ кормилицы, то не стоитъ и показывать ее врачу: акушерка сама можетъ ее забрывать.

2) Груды должны быть средней величины, грудныя железы хорошо развитыми безъ узловъ. Соски должны быть здоровы и настолько длинны, чтобы ребенокъ могъ хорошо захватывать ихъ. При сжиманіи груди изъ сосковъ должно вытекать молоко нѣсколькими струйками.

3) Что касается молока, то по виду его можно только сказать, что оно слишкомъ жидко или густо. Изслѣдованіе молока, какъ бы оно ни было тщательно произведено, само по себѣ далеко недостаточно для опредѣленія его качества, тѣмъ не менѣе акушеркѣ должны быть извѣстны главные способы изслѣдованія.

Такія пробы, какъ пусканіе капли молока на ноготь или въ стаканъ съ водой, просто игрушка. Реакція молока опредѣляется при помощи лакмусовой бумаги. При щелочной реакціи красная лакмусовая бумага принимаетъ синій цвѣтъ, а при кислой реакціи синяя бумага—красный цвѣтъ. Если лакмусовая бумага показываетъ кислую реакцію молока, то оно негодно для питанія ребенка. Для опредѣленія удѣльнаго вѣса молока употребляются лактоденсиметръ Конрада или ареометръ Кевенна (Quevenne), а для опредѣленія содержанія жира пользуются лактобутирометромъ Маршана (Marchand'a) или Конрада. Это стеклянная трубка съ дѣленіемъ на стѣнкѣ ея. До перваго дѣленія наливаютъ молока, прибавивъ предварительно къ нему одну каплю 10% раствора ѣдкаго кали. Затѣмъ прибавляютъ эфира до слѣдующей замѣтки. Взболтавъ хорошенько, наливаютъ 80—90% спирта до соотвѣтствующей замѣтки. Взбалтываютъ опять и ставятъ приборъ въ теплую воду 35—40° въ вертикальномъ положеніи. Жиръ подымается кверху и когда онъ пересталъ увеличиваться на поверхности, слой жира опредѣляютъ по скалѣ (дѣленію). При помощи особой таблицы вычисляютъ % содержанія жира.—При микроскопическомъ изслѣдованіи обращаютъ вниманіе на то, чтобы молоко состояло главнымъ образомъ изъ средней величины капелекъ жира (молочныхъ тѣлецъ); если оно содержитъ много крупныхъ или мелкихъ тѣлецъ или даже молозивныхъ тѣлецъ, то молоко признается менѣе годнымъ. Значительное преобладаніе молочныхъ тѣлецъ средней величины, отсутствіе молозивныхъ тѣлецъ (начиная съ IV недѣли), щелочная реакція, процентъ жира отъ 3—4, удѣльный вѣсъ около 10 30 характеризуютъ хорошее молоко. Но всего лучше можно судить о качествѣ молока осмотромъ ребенка кормилицы, на которомъ подчасъ находятся слѣды унаслѣдованныхъ имъ болѣзней, перенесенныхъ матерью, заподозрить которыя мы не могли при тщательномъ осмотрѣ ея.

4) Кормилица должна быть не моложе 20 и не старше 30 лѣтъ, такъ какъ надѣяться, что молоко продолжительное время будетъ хорошо, можно только въ эти годы. Весьма желательно, чтобы время, когда родила кормилица, по возможности, было ближе ко времени родовъ матери ребенка, и именно потому, что молоко такой кормилицы всего лучше подходитъ для ребенка. Но съ другой стороны не слѣдуетъ брать кормилицу, которая родила менѣе, чѣмъ за 2—3 недѣли до родильницы, такъ какъ только въ теченіе этого періода вполне устанавливается выдѣленіе молока, и мы въ состояніи судить о его количествѣ и качествѣ. Въ крайнемъ случаѣ ребенокъ кормилицы не долженъ быть старше ребенка матери на 2—3 мѣсяца, что необходимо провѣрить по метрическому свидѣтельству ребенка. Точно также предпочитаемъ кормилицу, которая хоть разъ успѣшно выкор-

мила младенца, такой, которая родила въ первый разъ и которая еще ни разу не кормила. Наконецъ, весьма желательно, чтобы кормилица была спокойнаго, ласковаго и уживчиваго характера, такъ какъ легко волнующіяся и сердитыя женщины вообще негодны для кормленія грудью.

Послѣднія условія не абсолютно нужны и потому исключенія допускаются, если женщина удовлетворяетъ большей части приведенныхъ требованій.

Образъ жизни кормилицы долженъ быть такой же, который мы рекомендовали выше для кормилицъ-матерей. Ей должно давать хорошую питательную пищу, но такую, которая подходила бы нѣсколько къ ея обычной пищѣ. Въ противномъ случаѣ легко можетъ случиться, что кормилица съ плохимъ питаніемъ начнетъ поправляться и полнѣть, но вмѣстѣ съ тѣмъ и потеряетъ молоко. Кормилица должна исполнять легкія домашнія работы, ежедневно ходить гулять и строго смотрѣть за чистотою какъ самой себя, такъ и ребенка. Такъ какъ въ кормилицы большею частью идутъ женщины изъ бѣднаго и неразвитаго класса населенія, то необходимо слѣдить за ними шагъ за шагомъ, чтобы онѣ не сдѣлали того, что запрещено, и исполняли ижею такъ, а не иначе, все то, что отъ нихъ требуется по отношенію къ себѣ и къ ребенку. Поэтому не слѣдуетъ уступать ихъ прихотямъ и капризамъ, а съ самаго начала требовать послушанія, какъ отъ всякой другой прислуги; въ противномъ случаѣ кормилица въ короткое время измучаетъ всю семью и начинаетъ командовать всѣмъ домомъ.

Искусственное кормленіе. Если мать не можетъ сама кормить ребенка и если она, за недостаткомъ средствъ или по какимъ-либо другимъ причинамъ, не можетъ взять кормилицу, то младенца приходится вскармливать искусственно. Вообще подобныя дѣти развиваются хуже, часто хвораютъ болѣзнями желудка и кишекъ, легко заболѣваютъ англійской болѣзью, золотухою, различными сыпями и т. д. Изъ числа искусственно вскармливаемыхъ дѣтей умираетъ въ 5 разъ больше, нежели вскармливаемыхъ грудью. Поэтому ни одна мать, если она можетъ кормить грудью, не должна уклоняться отъ этой естественной обязанности и хорошенько подумать, прежде чѣмъ рѣшиться вскармливать ребенка искусственно. Вслѣдствіе малокультурности и невѣжества народа у насъ матери, кормящія грудью своихъ дѣтей, часто ихъ прикармливаютъ неудобоваримыми веществами (чернымъ хлѣбомъ, щами, картофелемъ и т. п.). На ряду съ искусственнымъ кормленіемъ это служитъ главной причиной той громадной смертности дѣтей, погибающихъ отъ острыхъ желудочно-кишечныхъ заболѣваній, которая въ Россіи доходитъ до 60% въ теченіе перваго года жизни.

По химическому составу и по другимъ свойствамъ къ жен-

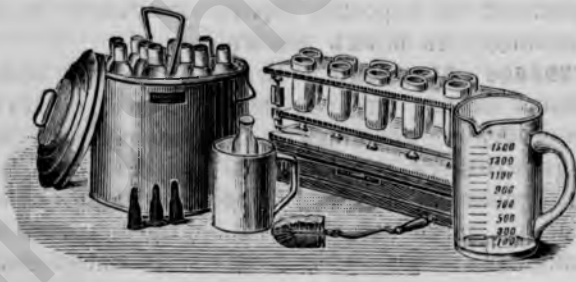
скому молоку всего болѣе подходит молоко ослицъ и кобылицъ, но въ нашихъ краяхъ, за неимѣніемъ лучшаго, материнское молоко замѣняютъ коровьимъ, потому что его легче достать безукоризненнаго качества. Такъ какъ коровье молоко содержитъ больше казеина, жира и солей, чѣмъ женское молоко, то новорожденный не въ состояніи переваривать его; поэтому необходимо коровье молоко разбавлять водой, или лучше всего слизистымъ отваромъ овсяной муки или риса, и затѣмъ прибавлять немного молочнаго сахара (10—15 грм на 500); хорошо также прибавлять немного соли.

Смѣсь молока съ водой должна приготовляться въ слѣдующей пропорціи:

На 1-мъ мѣсяцѣ 1 часть молока на 3 ч. воды или слизистаго отвара.
 » 2-мъ » 1 » » 2 » » » » »
 » 3-мъ » 1 » » 1 » » » » »

Начиная съ IV мѣсяца, даютъ уже неразбавленное молоко. Другіе врачи даютъ уже на второмъ мѣсяцѣ равныя части молока и слизи и скоро неразбавленное молоко, какъ только видно, что ребенокъ его легко перевариваетъ. Если у ребенка появляется вздутіе живота и колики, то къ молоку прибавляютъ укропнаго чая, а при склонности къ поносу побольше слизистаго отвара.

Рис. 80.



Аппаратъ Сокслета.

Самое важное условіе для успѣшнаго искусственнаго вскармливанія ребенка заключается въ стерильности молока. Изъ материнской груди ребенокъ получаетъ молоко безъ примѣси бактерій. Въ настоящее время кипяченіе коровьяго молока производятъ по способу Сокслета (Soxhlet) въ его приборѣ (см. рис. 80). Уже разбавленное молоко вливаютъ въ бутылочки, наполняя ихъ не совсѣмъ до горлышка. Слянки ставятъ въ вставку, которую помѣщаютъ въ котель. Въ котель наливаютъ столько воды, чтобы она покрывала слянки до половины. Молоко кипятятъ на плитѣ въ теченіе 5 минутъ. Затѣмъ закрываютъ слянки резиновыми

пластинками и металлическими колпачками (или резиновыми пробками со стеклянными палочками) и кипятят их вторично въ теченіе 35—40 минутъ. Послѣ этого вставка со склянками вынимается изъ котла и сохраняется въ прохладномъ мѣстѣ. Каждая склянка содержитъ теперь совершенно обезпложенное молоко, готовое къ употребленію. Для кормленія ребенка необходимо подогрѣть склянку до 30° Р. Послѣ удаленія колпачка и резиновой пластинки надѣваютъ на бутылку обезпложенный резиновый сосокъ и даютъ ребенку. Проще и совершенно цѣлесообразно закрыть бутылки ватными пробками и кипятить ихъ въ одинъ приѣмъ въ теченіе 35—40 минутъ.

Менѣе надежнымъ способомъ обезпложенія молока слѣдуетъ считать пастеризацію его, т. е. нагрѣваніе въ теченіе получаса до 70° Цельсія въ аппаратѣ Гиппиуса съ послѣдующимъ сохраненіемъ молока при температурѣ въ 8—10° Р. Преимущество этого способа состоитъ въ томъ, что нисколько не измѣняются ни составъ молока, ни вкусъ его.

Многое зависитъ тоже отъ качества молока. Надо пользоваться молокомъ отъ здоровыхъ коровъ, опрятно содержимыхъ и получающихъ сухой кормъ.

Количество пищи зависитъ отчасти отъ самого ребенка, одинъ пьетъ больше, другой меньше. Въ началѣ даютъ ребенку каждый разъ по столовой ложкѣ, впоследствии, соотвѣтственно потребностямъ его, даютъ больше, но тотчасъ же уменьшаютъ количество, коль скоро появляется расстройство желудка. Смѣсь слѣдуетъ готовить каждый разъ новую, она не должна быть ни холодна, ни горяча, а соотвѣтствовать температурѣ тѣла; чтобы нагрѣть молоко, наполненную бутылку ставятъ въ теплую воду и опредѣляютъ температуру молока прежде, чѣмъ дать его ребенку.

Точно такъ же, какъ и при кормленіи грудью, необходимо и при искусственномъ питаніи соблюдать правило не кормить чаще 2-хъ—3-хъ часовъ, здѣсь это правило необходимо проводить еще съ большею настойчивостью, нежели при кормленіи грудью.

Если нѣтъ аппарата Соклета ребенка слѣдуетъ кормить не съ ложечки, а изъ рожка. Въ такомъ случаѣ нужно брать молоко 2 раза въ день, тотчасъ подоенное, вскипятить и сохранять въ бутылкѣ, закупоренной ватной пробкой; этимъ путемъ молоко лучше всего предохраняется отъ скисанія. Сосокъ изъ каучука или слоновой кости надѣвается или прямо на узкій конецъ рожка или же, по англійскому способу, соединяется съ нимъ помощью длинной каучуковой трубочки; послѣднюю труднѣе содержать въ чистотѣ. Послѣ каждого кормленія рожокъ тщательно вымываютъ и вывариваютъ. То же самое требуется и относительно соска, который въ паузахъ между кормленіями постоянно долженъ лежать въ борномъ растворѣ.

Слѣдуетъ постоянно имѣть въ виду, что искусственное кормленіе удастся только тогда, если при этомъ соблюдается строжайшая чистота и самый аккуратный порядокъ, и что оно требуетъ по меньшей мѣрѣ столько же времени и заботъ, сколько и кормленіе грудью.

Всѣ суррогаты молока собственно не годятся для кормленія новорожденнаго. Ихъ слѣдуетъ употреблять только въ крайней нуждѣ и то только послѣ совѣщанія съ врачомъ. Для дѣтей первыхъ четырехъ мѣсяцевъ жизни годятся суррогаты, состоящіе изъ чистаго молока безъ примѣси сахара и крахмала какъ напр. сливочная смѣсь Бидерта, сгущенное молоко, молоко Гертнера и др. Къ препаратамъ, содержащимъ кромѣ молока сахаръ и муку принадлежатъ швейцарское сгущенное молоко, молочная мука Нестле и др. Молоко совсѣмъ не входитъ въ составъ нѣкоторыхъ суррогатовъ. Сюда относятся бѣлочная вода (сырой бѣлокъ одного яйца на стаканъ негорячей отварной воды), бутылочный бульонъ, шотландская овсяная мука, мука Меллина и мука Куффеке. Последняя пригодна даже для грудныхъ дѣтей первыхъ мѣсяцевъ, такъ какъ не содержитъ крахмала, а углеводы, переведенные при помощи фермента въ растворимую форму. Дальнѣйшее преимущество ея то, что коровье молоко, разбавленное съ жидкимъ отваромъ муки Куффеке—кипятить 2 дес. ложк. муки въ 1 литрѣ воды $\frac{1}{2}$ часа—обусловливаетъ въ желудкѣ ребенка мелко-хлопчатое створаживаніе молока, похожее на свертываніе материнскаго молока.

Во всякомъ случаѣ, нужно имѣть въ виду, что коль скоро ребенокъ подъ вліяніемъ искусственнаго кормленія плохо развивается, необходимо перемѣнить пищу. Очень часто въ такихъ случаяхъ единственное спасеніе только хорошая кормилица.

Часть III.

Неправильности въ теченіи беременности, родовъ и послѣродоваго періода.

Введеніе.

Въ первой и второй части учебника мы познакомились съ правильнымъ развитіемъ плода и его придатковъ, съ правильнымъ строеніемъ и дѣятельностью мягкихъ и твердыхъ родовыхъ путей и съ нормальнымъ состояніемъ общаго здоровья матери, какъ съ непремѣнными условіями правильнаго теченія беременности, родовъ и послѣродоваго состоянія.

Уклоненія отъ этихъ условій встрѣчаются весьма часто, но въ сущности они не должны были бы входить въ кругъ дѣятельности акушерки, такъ какъ послѣдняя, не обладая достаточными медицинскими познаніями, не въ состояніи ни опредѣлить болѣзнь, ни обсудить значенія ея въ каждомъ данномъ случаѣ. Тѣмъ не менѣе, общественная жизнь сложилась такимъ образомъ, что во 1) акушерка почти всегда приглашается первою къ роженицѣ для подачи пособія, и во 2) она довольно часто, за невозможностью пригласить во время врача, представляетъ единственное лицо, которому ввѣрены здоровье и жизнь какъ матери, такъ и ребенка.

Въ виду этихъ то обстоятельствъ необходимо, чтобы акушерка была въ состояніи распознать встрѣтившуюся неправильность, рѣшить, нужно ли пригласить врача, и если да, то когда, и подать пособіе въ отсутствіи врача. Чѣмъ больше городъ и чѣмъ населеннѣе мѣстность, въ которой живетъ акушерка, тѣмъ рѣже ей придется дѣйствовать самостоятельно, въ деревняхъ же—наоборотъ. Для всѣхъ такихъ случаевъ учебникъ даетъ ей необходимыя наставленія.

Однако, акушерка должна всегда имѣть въ виду, что законъ позволяетъ ей дѣйствовать самостоятельно только въ случаяхъ нужды и что она, на основаніи того же закона, подвергается отвѣтственности за всякое упущеніе или неправильное дѣйствіе.

Если необходимо пригласить врача, то акушерка должна немедленно сообщить объ этомъ родственникамъ больной. Въ случаѣ приглашенія врача, акушерка должна письменно сообщить ему, что послужило причиною приглашенія его и въ какомъ состоянїи находится больная.

Неправильности или уклоненія, о которыхъ будетъ сказано ниже и которыя наступаютъ во время беременности, родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ, представляютъ опасность или только для матери, или только для младенца, или же для обоихъ вмѣстѣ.

Въ виду этого, всѣ уклоненія отъ нормы можно было бы раздѣлить по времени ихъ появленія; но такъ какъ важнѣйшія неправильности и особенно тѣ изъ нихъ, которыя требуютъ безотлагательнаго пособія, появляются большею частью во время родовъ, или же, появляясь раньше, все-таки ведутъ къ родамъ и только тогда становятся опасными, то мы не будемъ разсматривать неправильности беременности и родовъ порознь, а раздѣлимъ ихъ по выше перечисленнымъ условіямъ правильныхъ родовъ на слѣдующія группы:

1. Неправильности со стороны плода,
2. » придаточныхъ частей плоднаго яйца,
3. » всего плоднаго яйца,
4. » родовыхъ силъ,
5. » мягкихъ родовыхъ путей,
6. » таза,
7. Чрезмѣрное усиленіе нѣкоторыхъ явленій, присущихъ беременности.
8. Вліяніе нѣкоторыхъ случайныхъ болѣзней на беременность и роды.
9. Болѣзни родильницъ.
10. Болѣзни новорожденныхъ дѣтей.

ГЛАВА I.

Неправильности со стороны плода.

А. Неправильныя положенія и позиціи плода.

Эти неправильности пріобрѣтають значеніе только во время родовъ и выражаются въ уклоненіяхъ отъ механизма родовъ, по отдѣльнымъ моментамъ котораго мы раздѣляемъ ихъ на:

Неправильности внутренняго поворота головки.

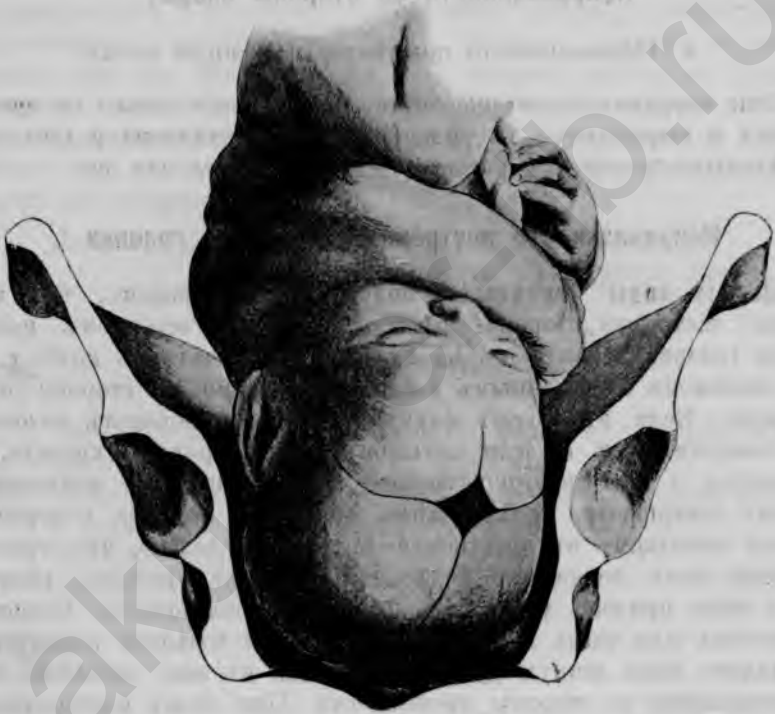
Задніе виды черепныхъ положеній. Мы знаемъ, что довольно часто при второмъ, рѣже при первомъ черепномъ положеніи головка вставляется во входъ таза въ заднемъ видѣ, т. е. съ затылкомъ обращеннымъ кзади, а не прямо въ сторону или кпереди. Если въ такомъ случаѣ внутренній поворотъ головки не совершится, т. е. если затылокъ не повернется кпереди, а останется у крестцово-подвздошнаго сочлененія, то механизмъ родовъ совершается слѣдующимъ образомъ: головка поворачивается затылкомъ въ крестцовую впадину настолько, что стрѣловидный шовъ совпадаетъ болѣе или менѣе съ прямымъ размѣромъ таза, причемъ у лоннаго сочлененія помѣщается большой родничекъ или часть лба. Затѣмъ лобъ или большой родничекъ подходитъ подъ лонную дугу и упирается въ нее, затылокъ же выкатывается со стороны промежности. При этомъ подбородокъ, конечно, не отходитъ отъ грудной клѣтки, какъ то бываетъ при правильномъ механизмѣ родовъ, а напротивъ, весьма сильно прижимается къ груди, т. е. головка вмѣсто разгибанія совершаетъ усиленное сгибаніе. По рожденіи затылка головка разгибается, затылокъ отклоняется кзади и тогда только лицо выкатывается послѣднимъ изъ подъ лонной дуги.

Плечики рождаются какъ при правильномъ механизмѣ, причемъ одно изъ нихъ упирается въ лонную дугу, другое же выходитъ со стороны промежности.

Такое уклоненіе отъ правильности механизма встрѣчается преимущественно при маленькихъ головкахъ и широкихъ тазахъ, слѣдовательно, при преждевременныхъ родахъ и при двойняхъ,

почему роды совершаются довольно легко. Акушерка должна обратить вниманіе лишь на то, чтобы, поддерживая промежность, не отдавливаетъ понапрасну кзади прорѣзывающійся со стороны промежности затылокъ, такъ какъ онъ долженъ родиться прежде, нежели передняя часть головки. Но если мы имѣемъ дѣло съ большимъ и доношеннымъ плодомъ, въ особенности если лобъ подойдетъ подъ лонную дугу настолько, что упрется въ нее переносимъ, причѣмъ головка будетъ прорѣзываться не малымъ

Рис. 81.



Задній видъ 2 затылочнаго положенія.

косымъ, а болѣе длиннымъ прямымъ діаметромъ, то рожденіе головки значительно замедляется; промежность, подвергаясь болѣе сильному растяженію, весьма часто разрывается.

Если задній видъ распознается своевременно, то слѣдуетъ позаботиться о томъ, чтобы головка все-таки еще совершила внутренній поворотъ—затылкомъ кпереди. Проще всего мы способствуемъ этому, придавая роженицѣ положеніе на томъ боку, въ которомъ находится затылокъ и спинка плода. При этомъ весьма часто приходится наблюдать переходъ задняго вида въ передній

даже тогда, когда головка не только опустилась глубоко въ полость таза, но и начинаетъ уже надавливать на промежность. Въ виду этого, не слѣдуетъ слишкомъ скоро терять надежду на совершение этого поворота, необходимо только внушать роженицѣ терпѣніе и запрещать ей бесполезное выработываніе потугъ, въ особенности при неполномъ открытіи матки.

Если, вслѣдствіе продолжительности родовъ, боли начнутъ ослабѣвать, то слѣдуетъ усилить ихъ однимъ изъ способовъ, о которыхъ будетъ сказано въ главѣ о слабости родовыхъ болей, и наконецъ попробовать выжать плодъ по способу Кристеллера.

Рис. 82.



Прорѣзываніе головки въ заднемъ видѣ. Головка прорѣзывается въ усиленномъ сгибаніи, упираясь лбомъ въ лонную дугу. По рожденіи затылка головка разгибается, при чемъ лицо выходитъ изъ-подъ лонной дуги.

Хотя роды и оканчиваются почти во всѣхъ подобныхъ случаяхъ силами природы, тѣмъ не менѣе плодъ легко можетъ умереть во время родовъ; поэтому, если по близости имѣется врачъ, то необходимо увѣдомить его заранѣе, дабы онъ своевременнымъ наложеніемъ щипцовъ могъ спасти жизнь плода. Само собою разумѣется, что при такихъ положеніяхъ поддерживаніе промежности требуетъ особенно тщательнаго вниманія.

Низкое поперечное стояніе головки. При этомъ уклоненіи головка, не смотря на то, что она уже глубоко опустилась въ выходъ таза, помѣщается все еще, какъ и во входѣ, прямымъ своимъ діаметромъ въ поперечномъ размѣрѣ таза, а такъ какъ

послѣдній размѣръ меньше перваго, то головка не въ состояніи пройти черезъ эту часть таза, почему она здѣсь застреваетъ. Это уклоненіе наблюдается, если головка мала, тазъ широкъ и мягкія части тазоваго дна расслаблены. Тогда головка встрѣчаетъ мало противодѣйствія при своемъ поступательномъ движеніи. Въ концѣ концовъ затылокъ всетаки поворачивается впередъ; лишь въ исключительныхъ случаяхъ головка прорѣзывается въ поперечномъ размѣрѣ. Въ такихъ случаяхъ акушерка должна поступать такъ же, какъ и при заднихъ видахъ.

Неправильности сгибанія головки.

Низкое стояніе малаго родничка, причеъ онъ съ самаго начала помѣщается въ оси таза, встрѣчается только при выкидышахъ и при обще-сбуженныхъ тазахъ. Въ первомъ случаѣ такое положеніе головки значенія не имѣетъ; во второмъ же случаѣ акушерка должна поступать такъ, какъ это указано ниже, въ главѣ объ узкихъ тазахъ.

Низкое стояніе большаго родничка (теменное положеніе) мы находимъ въ тѣхъ случаяхъ, когда при вступленіи головки въ полость таза опускается не малый, а большой родничекъ и темя, когда, слѣдовательно, головка не сгибается, а разгибается. Это встрѣчается весьма часто при плоскихъ тазахъ во входѣ; но коль скоро препятствіе преодолено, малый родничекъ опускается и дальнѣйшее теченіе родовъ совершается правильно. Если же и въ полости таза головка остается съ низкостоящимъ большимъ родничкомъ (теменное положеніе), что возможно при маленькой головкѣ и широкомъ тазѣ, то въ большинствѣ случаевъ головка поворачивается большимъ родничкомъ кпереди,—получается задній видъ. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ поступать такъ, какъ указано выше.

Боковое наклоненіе головки. Если головка при вступленіи въ тазъ сильно наклоняется къ тому или другому плечу, то при внутреннемъ изслѣдованіи находимъ во входѣ въ тазъ не теменную, а ту или другую боковую поверхность головки, стрѣловидный же шовъ помѣщается или далеко сзади у мыса или даже надъ нимъ, или совершенно спереди у лоннаго сочлененія. Теменный бугоръ находится почти въ оси таза; въ передней или задней половинѣ входа прощупывается ухо, почему такое положеніе головки называется ушнымъ. Смотря по тому, какая теменная кость, передняя или задняя, помѣщается во входѣ, мы различаемъ переднетеменное или передне-ушное и заднетеменное или заднеушное положенія (см. рис. 83).

Причиною для такого вставленія головки въ тазъ служатъ обыкновенно плоскій тазъ и отвислый животъ.

Вслѣдствіе такого уклоненія роды замедляются и именно потому, что головка, задержанная теменемъ своимъ у передней или задней стѣнки таза, не можетъ опуститься въ тазъ.

Обыкновенно родовымъ болямъ удается преодолѣть это препятствіе; подъ вліяніемъ ихъ, рано или поздно, передняя, задержанная лоннымъ сочлененіемъ, или задняя, задержанная мысомъ, теменная кость низдавливается въ тазъ, послѣ чего роды совершаются правильно.

Способствовать такому прохожденію головки мы можемъ подложивъ подъ ягодицы роженицы высокую подушку, вслѣдствіе чего головка, въ силу своей тяжести, удалится отъ входа, сдѣ-

Рис. 83.



Заднетеменное вставленіе головки (заднее ушное положеніе) при плоскомъ тазѣ, лается болѣе подвижною и приметъ нормальное положеніе; при этомъ необходимо избѣгать всякаго безполезнаго натуживанія. При задне-ушномъ положеніи, которое встрѣчается вообще чаще, можно попробовать давленіемъ руки надъ лоннымъ сочлененіемъ на головку продвинуть ее въ тазъ. Но нерѣдко ушные положенія составляютъ абсолютное препятствіе для окончанія родовъ одними силами природы и требуютъ тяжелыхъ, даже уменьшающихъ объемъ головки, операцій. Потому, если имѣется врачъ, то нужно пригласить его.

Неправильный внутренній поворотъ плечиковъ.

Чрезмѣрный поворотъ плечиковъ составляетъ такое уклоненіе, при которомъ плечики поворачиваются не въ тотъ косой

размѣръ, въ которомъ они должны вступать въ тазъ при данномъ положеніи головки, а въ тотъ же косой размѣръ, въ которомъ находился стрѣловидный шовъ; т. е. плечики, вмѣсто того, чтобы при первомъ положеніи повернуться во второй косой, поворачиваются въ первый же косой размѣръ, а при второмъ положеніи—во второй косой вмѣсто того, чтобы повернуться въ первый. Спинка плода переходитъ при этомъ въ противоположную сторону: въ правую при первомъ, въ лѣвую при второмъ положеніи.

Самъ по себѣ чрезмѣрный поворотъ плечиковъ не имѣетъ никакого значенія, такъ какъ плечики при этомъ рождаются не труднѣе обыкновеннаго, почему и не требуется какого-либо пособія. Весьма часто, однако, чрезмѣрный поворотъ является послѣдствіемъ сильнаго напряженія пуповины, что въ особенности случается при многократномъ обвитіи ея вокругъ шейки плода. Поэтому, если головка совершаетъ наружный поворотъ не въ надлежащую сторону, то нужно всякій разъ изслѣдовать пальцемъ, нѣтъ ли на шейкѣ плода пуповины, и если таковая будетъ найдена, то слѣдуетъ поступить такъ, какъ это указано на 188 страницѣ.

Поперечное стояніе плечиковъ. Когда головка прорѣзывается своимъ прямымъ діаметромъ въ прямомъ же размѣрѣ выхода, то въ то же время плечики помѣщаются почти въ поперечномъ размѣрѣ входа таза и только позднѣе поворачиваются сперва въ косой и затѣмъ тоже въ прямой размѣръ выхода. Если этотъ поворотъ не совершается, то плечики, задерживаемыя поперечнымъ размѣромъ узкой части и выхода таза, остаются и здѣсь въ поперечномъ размѣрѣ его. Узнается поперечное стояніе плечиковъ или изслѣдованіемъ, или же потому, что головка не совершаетъ наружнаго поворота.

Исправить такое положеніе плечиковъ легко, слѣдуетъ только повернуть кзади то именно плечико, которое соотвѣтственно положенію плода должно было бы туда повернуться. Это достигается тѣмъ, что прикладываемъ къ этому плечику со стороны спинки два пальца соотвѣтствующей руки и отдавливаемъ ими плечико кзади въ крестцовую впадину. Коль скоро это совершилось, то роженица должна натуживаться, вслѣдствіе чего плечики выходятъ наружу; или если нужно, то тою же рукою извлекаемъ плечики по способу, указанному на 188 страницѣ.

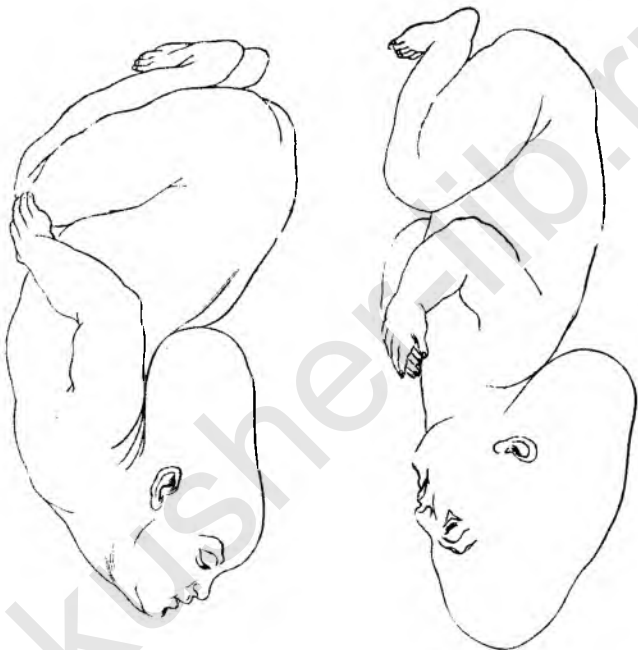
Лицевыя и лобныя положенія.

Такъ называются тѣ положенія, при которыхъ во входѣ предлежитъ лобъ или лицо. Они отличаются отъ черепныхъ положеній тѣмъ, что подбородокъ не пригибается, а удаляется отъ груди, т. е. головка не сгибается, а разгибается и притомъ настолько, что затылокъ прилегаетъ къ тыльной поверхности шейки

плода, грудь же выпячивается и прилегает къ маточной стѣнкѣ. Мы различаемъ 1-е лобное или лицевое положеніе, при которомъ спинка плода обращена влѣво, и 2-е лобное или лицевое положеніе, когда спинка обращена вправо.

При лобномъ положеніи находимъ при внутреннемъ изслѣдованіи въ одной сторонѣ таза лобъ до большаго родничка, въ другой лицо до отверстія носа, слѣдовательно, головка вступаетъ въ тазъ большимъ косымъ діаметромъ. При лицевомъ же положеніи мы прощупываемъ все лицо отъ подбородка до вы-

Рис. 84.



Членорасположеніе плода и измѣненіе головки при лицевомъ и лобномъ положеніяхъ.

дающей части лба, причѣмъ лицо вступаетъ въ тазъ своимъ продольнымъ размѣромъ, такъ называемою лицевою линіей, соответствующею вертикальному діаметру головки. Лобныя и лицевыя положенія различаются поэтому другъ отъ друга только степенью разгибанія головки.

Лицевыя положенія встрѣчаются рѣдко, на 200 родовъ одинъ разъ; до наступленія родовъ почти не приходится наблюдать ихъ, они происходятъ обыкновенно лишь во время родовъ изъ черепныхъ положеній, когда затылокъ зацѣнится за безъимянную дивію, вслѣдствіе чего въ тазъ опускается лобъ и лицо, такъ

что въ началѣ родовъ мы почти всегда наблюдаемъ лобное положеніе, изъ котораго только въ послѣдствіи, по мѣрѣ пониженія лица, получается настоящее лицевое положеніе.

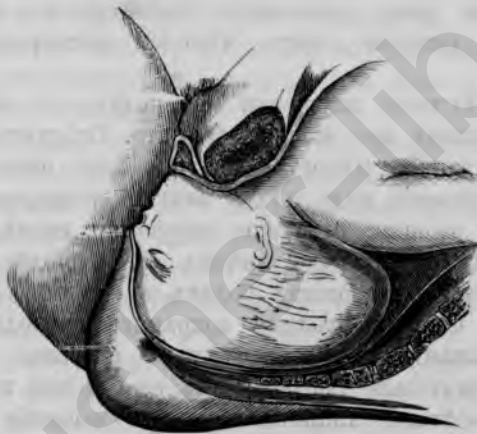
Распознаваніе лицевыхъ положеній довольно трудно пока головка стоитъ высоко и потому трудно достигается. Все таки уже въ это время наружное изслѣдованіе можетъ дать намъ важныя указанія. Такъ какъ при лицевыхъ положеніяхъ грудь плода прилегае къ маточной стѣнкѣ, а спинка, напротивъ, отодвинута отъ нея затылкомъ, то сердцебіеніе всего яснѣе выслушивается въ той сторонѣ матки, куда обращена передняя поверхность плода и въ которой прощупываются мелкія части, слѣдовательно, при 1-мъ лицевомъ положеніи — справа и при 2-мъ лицевомъ положеніи — слѣва. Въ виду этого можно смѣшать 1-е лицевое положеніе со 2-мъ затылочнымъ и 2-е лицевое съ 1-мъ затылочнымъ. Въ той сторонѣ матки, въ которой находится спинка, мы прощупываемъ не широкую равномерно выпуклую поверхность, выполняющую всю эту сторону матки, какъ при черепныхъ положеніяхъ, а только ягодицы, находящіяся у дна матки, а затѣмъ большой плотный шаровидный выступъ въ нижней части живота — затылокъ, который отчетливой вырѣзкой отдѣляется отъ спинки плода.

Въ большинствѣ случаевъ лицевыя положенія узнаются только послѣ истеченія околоплодныхъ водъ при внутреннемъ изслѣдованіи, когда головка становится легко доступною для пальца. Тогда мы прощупываемъ почти въ оси таза носъ; къзади и къпереди отъ него выпуклыя глазныя яблоки; въ сторону отъ него (влѣво при 1-мъ положеніи) широкую поверхность лба и въ противоположной сторонѣ — отверстіе носа, ротъ и подбородокъ. Продольный размѣръ лица (лицевая линія) соотвѣтствуетъ поперечному диаметру таза. Въ началѣ родовъ прощупывается большая часть лба и лишь небольшая часть лица, т. е. мы можемъ достигнуть до верхней челюсти, но ни до рта, ни до подбородка не достигаемъ. Если роды продолжаются довольно долгое время, и на лицѣ уже образовалась родовая опухоль, то слѣдуетъ остерегаться принять лицевое положеніе за ягодичное. Имѣя въ виду эту возможность и отыскавъ всѣ части лица, можно избѣгнуть ошибки и не смѣшать въ особенности широкое отверстіе рта и твердые края верхней и нижней челюсти съ узкимъ, гладкимъ заднепроходнымъ отверстіемъ, окруженнымъ мягкими частями. Живой плодъ иногда самъ лучше всего доказываетъ, что онъ предлежитъ лицомъ тѣмъ, что сосеть введенный въ полость рта палецъ изслѣдующей руки.

Механизмъ родовъ при лицевыхъ положеніяхъ слѣдующій: подбородокъ все болѣе понижается, головка, слѣдовательно, совершаетъ разгибаніе, а не сгибаніе, какъ при переднихъ видахъ черепныхъ положеній. При внутреннемъ поворотѣ головки

подбородокъ постепенно поворачивается впереди, при 1-мъ лицевомъ — впередъ и вправо, при 2-мъ лицевомъ — влево и впередъ. Наконецъ головка поворачивается въ прямой размѣръ выхода, причемъ подбородокъ помѣщается у лоннаго сочлененія, а лобъ въ крестцовой впадинѣ. При врѣзываніи показывается прежде всего одинъ уголь рта, при 1-мъ лицевомъ положеніи правый, при 2-мъ лицевомъ лѣвый, затѣмъ подбородокъ подходит подь лонную дугу, пока не упрется въ нее нижняя челюсть своимъ нижнимъ краемъ въ области угловъ, послѣ чего со стороны промежности выкатываются носъ, глаза, лобъ, теменные бугры, и, наконецъ, затылокъ, который при этомъ все болѣе отходитъ отъ тыла шеи. Головка, слѣдовательно во время прорѣзыванія сгибается, а не разгибается, какъ при пе-

Рис. 85.



Прорѣзываніе головки при лицевомъ положеніи.

реднихъ видахъ черепныхъ положеній. Тотчасъ по рожденіи головки личико бываетъ обращено вверхъ; затѣмъ при внутреннемъ поворотѣ плечиковъ, при 1-мъ лицевомъ положеніи изъ праваго косога въ прямой размѣръ, личико поворачивается вправо къ правому бедру матери, при 2-мъ лицевомъ положеніи, при поворотѣ плечиковъ изъ лѣваго косога въ прямой размѣръ, личико поворачивается къ лѣвому бедру матери.

Теченіе родовъ при лицевыхъ положеніяхъ при широкомъ тазѣ, при хорошо подготовленныхъ мягкихъ частяхъ и правильныхъ родовыхъ боляхъ не многимъ труднѣе родовъ при черепныхъ положеніяхъ, но зато всякое уклоненіе, замедляющее роды, становится болѣе опаснымъ для исхода ихъ, потому что въ періодѣ изгнанія шейка плода при лицевыхъ положеніяхъ весьма сильно вытягивается и прижимается къ лонному соединенію.

Обусловленное этимъ нарушение кровообращенія въ большихъ шейныхъ сосудахъ можетъ повести къ мнимой или даже къ дѣйствительной смерти плода. Поэтому-то при лицевыхъ положеніяхъ умираетъ въ 5 разъ больше младенцевъ во время родовъ, чѣмъ при затылочныхъ положеніяхъ (около 15% противъ 3% при затылочныхъ положеніяхъ). Что касается матери, то промежность сильно растягивается затылкомъ, а потому чаще разрывается.

Головка младенца при лицевыхъ положеніяхъ измѣняется болѣе рѣзко, нежели при черепныхъ; она сдавливается по направлению вертикальнаго своего размѣра, почему и представляется сильно удлинненною по прямому размѣру, съ сильно вытянутымъ затылкомъ и сплюснутымъ сводомъ. Весьма поразительны измѣненія личика вслѣдствіе образованія на немъ родовой опухоли. Если роды продолжаются долго, то, кромѣ того, лобъ сильно вытягивается, губы рта опухаютъ и удлиняются въ видѣ хобота, лицо становится темно-синимъ, весьма обезображеннымъ и довольно часто мѣстами расцарапаннымъ при изслѣдованіи.

Образъ дѣйствія акушерки при родахъ съ лицевымъ положеніемъ вытекаетъ изъ вышесказаннаго. Слѣдуетъ по возможности долѣе сохранять цѣлость околоплоднаго пузыря въ виду того, что до истеченія воды плодъ меньше подвергается опасности. Если воды отошли, то нужно осторожно изслѣдовать, дабы не повредить нѣжныхъ частей личика. Въ періодѣ изгнанія слѣдуетъ позаботиться о хорошихъ боляхъ и сильномъ натуживаніи роженицы, для чего необходимо сохранять и поддерживать ея силы. Во избѣжаніе легко возможнаго разрыва промежности, нужно весьма тщательно поддерживать ее, но при этомъ необходимо, однако, избѣгать слишкомъ сильнаго давленія рукою, дабы не прижать шейку плода слишкомъ плотно къ лонному сочлененію и не увеличить этимъ опасность для плода. Въ виду опасности, угрожающей плоду, весьма желательно присутствіе врача, особенно у первородящихъ.

Такъ какъ личико младенца обыкновенно бываетъ сильно обезображено, то не слѣдуетъ его показывать боязливымъ матерямъ по рожденіи, но когда уменьшится опухоль лица, что наступаетъ черезъ нѣсколько часовъ, и тогда еще нужно заявить матери, что измѣненія лица непремѣнно пройдутъ черезъ 1—2 дня. Если личико сильно опухло и посинѣло, то можно прикладывать къ нему компрессы изъ комнатной воды, причемъ слѣдуетъ позаботиться, чтобы носъ и ротъ не были закрыты компрессомъ.

Новорожденный съ сильно обезображеннымъ лицомъ и съ опухшими и хоботовидно удлинненными губами сосетъ плохо въ продолженіе первыхъ сутокъ, почему его приходится кормить съ ложечки.

Лобныя положенія. Они наблюдаются временно при всякомъ лицевомъ положеніи, въ которое они большей частью переходятъ. Только иногда задерживается полное разгибавіе головки и образованіе лицевого положенія. Подбородокъ не опускается достаточно низко, такъ что въ полость таза вѣдряется лобъ отъ носа до большаго родничка. Такія положенія называются лобными и при нихъ головка вступаетъ въ тазъ своимъ наибольшимъ размѣромъ—большимъ косымъ. При поступательномъ движеніи головки лобъ поворачивается впередъ и начинаетъ показываться въ половой щели. Головка упирается верхней челюстью въ лонное соединеніе, а затылокъ выкатывается надъ промежностью. Только послѣ рожденія затылка лицо выступаетъ изъ-подъ лонной дуги (сначала ротъ, потомъ подбородокъ). Въ такихъ случаяхъ роды могутъ окончиться безъ содѣйствія искусства только при обширномъ тазѣ, небольшомъ плодѣ и при весьма сильныхъ родовыхъ боляхъ. Въ противномъ же случаѣ приходится или извлекать головку щипцами, или же она должна быть искусственно уменьшена въ объемѣ; для того и другого требуется пригласить врача.

Акушерка должна, однако, попытаться превратить лобное положеніе въ черепное или лицевое. Этому, во 1-хъ, содѣйствуетъ положеніе роженицы на боку. Если желаемъ превратить лобное положеніе въ лицевое, то слѣдуетъ положить роженицу на тотъ бокъ, въ которомъ помѣщается подбородокъ. Если-же лобное положеніе желаемъ превратить въ черепное, то роженица должна лечь на тотъ бокъ, въ которомъ лежитъ лобъ, т. е. куда обращена спинка плода. Если подлежащая часть еще подвижна, то такая перемѣна положенія роженицы можетъ помочь дѣлу. Во 2-хъ, если это не удастся, то, введя два пальца въ рукавъ, слѣдуетъ попробовать задерживать ими лобъ или лицо для того, чтобы въ тазъ вставился или затылокъ, или темя. Хотя превратить такимъ способомъ лобное положеніе въ лицевое или черепное весьма трудно, тѣмъ не менѣе все-таки возможно, почему акушерка должна попытаться исправить положеніе, если подъ рукой нѣтъ другой (врачебной) помощи.

Задніе виды лицевыхъ и лобныхъ положеній. При лицевыхъ и лобныхъ положеніяхъ подбородокъ долженъ въ теченіе родовъ повернуться кпереди, такъ какъ только при такомъ условіи головка можетъ пройти черезъ тазъ. Если-же подбородокъ опустится вдоль задней стѣнки таза до промежности, то шейка плода, если грудь останется надъ входомъ, должна вытянуться на длину разстоянія между промежностью и мысомъ, или-же во входъ должны вступить головка и одновременно позади нея грудь. То и другое невысказимо при доношенномъ и живомъ плодѣ. Оно возможно только въ случаѣ, если мы имѣемъ дѣло съ небольшимъ, недоношеннымъ, или совершенно мацерир-

рованнымъ, легко сжимаемымъ плодомъ. Слѣдовательно, если головка вступаетъ во входъ въ заднемъ видѣ лицевое положенія, то мы должны или заботиться о томъ, чтобы подбородокъ по-

Рис. 86.



Неправильный поворотъ подбородка къзади при лицевомъ положеніи (задній видъ лицевое положенія).

вернулся къпереди, что иногда достигается, если положить роженицу на тотъ бокъ, въ которомъ находится подбородокъ, или-же мы пробуемъ превратить лицевое положеніе въ черепное по вышеописанному способу.

Положенія нижнимъ концомъ.

Положенія нижнимъ концомъ принадлежать къ продольнымъ. По расположенію ножекъ они раздѣляются на:

1) Полныя ягодичныя, при которыхъ членорасположеніе плода нормально, т. е. пятки прилегаютъ къ ягодницамъ.

2) Чистыя ягодичныя, при которыхъ предлежатъ только ягодницы, ножки же вытянуты и лежатъ вдоль по передней поверхности плода.

3) Неполныя ягодичныя или неполныя ножныя, при которыхъ одна ножка прилегаетъ къ ягодницѣ, другая-же вытянута книзу и помѣщается ниже ягодницъ.

4) Полныя ножныя, при которыхъ обѣ ножки вытянуты книзу и слѣдовательно предлежатъ.

Разновидность ножныхъ положеній составляютъ рѣдко встрѣчающіяся колѣнныя положенія, при которыхъ одна или обѣ ножки не вполне вытянуты книзу, но согнуты въ колѣнкахъ, такъ что послѣднія представляются нижележащими.

Всѣ эти положенія (около 3% всѣхъ родовъ), смотря по тому, куда обращена спинка, раздѣляются на первыя и вторыя по-

ложенія: при 1-мъ положеніи спинка обращена влѣво, при 2-мъ— вправо; каждое изъ нихъ въ свою очередь раздѣляется на 3 вида— передній, средній и задній.

Ягодичныя положенія при зрѣлыхъ плодахъ встрѣчаются довольно рѣдко, на 100 срочныхъ родовъ приходится приблизительно 2 ягодичныхъ положенія; они чаще встрѣчаются при преждевременныхъ родахъ, при мацерированныхъ плодахъ и при двойняхъ. Въ большинствѣ случаевъ ягодичное положеніе устанавливается въ послѣднее время беременности и уже тогда можетъ быть опредѣлено. Гораздо рѣже оно образуется во время родовъ изъ тѣхъ косыхъ положеній, при которыхъ ягодицы помѣщаются ближе къ зѣву, нежели головка. Всѣ ножныя и колѣбныя положенія образуются лишь во время родовъ, такъ какъ при закрытой маткѣ плодъ не въ состояніи вытянуть кънизу ножки.

Распознаваніе ягодичныхъ положеній. При ягодичныхъ положеніяхъ матка сохраняетъ продольно-овальную форму. У дна, обыкновенно нѣсколько въ сторону, прощупывается твердая баллозирующая головка, болѣе подвижная, нежели ягодицы при черепныхъ положеніяхъ. Мелкія части не прилегаютъ къ этой крупной части, но прощупываются ниже. Надъ лоннымъ сочлененіемъ помѣщается тоже крупная часть, но она не такъ велика, менѣе плотна и не такъ равномерно кругла, какъ головка. Сердцебіеніе выслушивается съ одной или съ другой стороны, но яснѣе всего на уровнѣ пупка или нѣсколько выше.

При внутреннемъ изслѣдованіи, во время беременности или въ самомъ началѣ родовъ, ягодицы стоятъ высоко, потому и трудно достижимы. Если онѣ достигаются пальцемъ, то представляются въ видѣ двухъ полусферическихъ тѣлъ, раздѣленныхъ бороздкою. Въ этой бороздѣ мы находимъ маленькую немного подвижную верхушку копчика, къ которой съ одной стороны примыкаетъ болѣе широкая твердая поверхность крестца, а съ другой стороны заднепроходное отверстіе, плотно закрытое у живыхъ и наоборотъ открытое и свободно пропускающее палецъ у мертвыхъ младенцевъ, и наконецъ— половые органы. При долго продолжающемся періодѣ изгнанія, мошонка сильно отекаетъ и представляется въ видѣ большой опухоли. Обращая вниманіе при изслѣдованіи на взаимное отношеніе всѣхъ прощупываемыхъ частей, можно легко избѣгнуть ошибки. Кромѣ того, при всѣхъ ягодичныхъ положеніяхъ изслѣдующій палецъ обыкновенно бываетъ замазанъ густымъ темнозеленымъ первороднымъ каломъ.

Первое и второе ягодичное положеніе и ихъ виды распознаются при наружномъ изслѣдованіи по положенію спинки и по сердцебіенію, при внутреннемъ изслѣдованіи по положенію крестца и копчика.

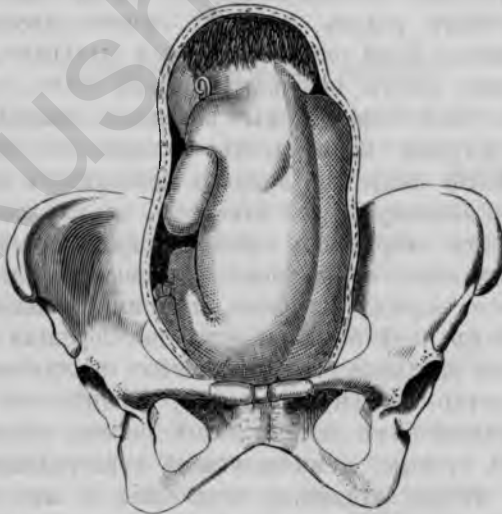
При колѣбныхъ и ножныхъ положеніяхъ можно принять ножки за ручки. Онѣ различаются по слѣдующимъ признакамъ:

бедро гораздо толще плеча; колѣно шире и круглѣе локти, на немъ нѣтъ такого выдающагося отростка, какъ локтевой; стопа соединяется съ голенью подъ угломъ, сейчасъ выше стопы прощупываются 2 выступающіе мыщелка; она длиннѣе и не такъ широка, какъ кисть руки, она снабжена короткими, тѣсно прилегающими другъ къ другу пальцами, изъ которыхъ въ особенности большой палецъ не можетъ быть отдѣленъ отъ другихъ. Если плодъ живъ, то его рука нерѣдко захватываетъ изслѣдующій палецъ; ножка, конечно, не можетъ этого сдѣлать. Движенія ножекъ толкательныя внизъ, движенія же ручекъ скользящія, направленныя въ ту или другую сторону. Если акушерка не въ состояніи отличить, предлежитъ ли ручка или ножка, то по истеченіи водъ, она можетъ осторожно выпрямить и вывести мелкую часть во влагалище. Если окажется, что это ножка, то она должна поступать такъ, какъ при ножномъ положеніи; если же выведенная часть окажется ручкою, то акушерка должна тщательнымъ изслѣдованіемъ опредѣлить, съ какимъ положеніемъ она имѣетъ дѣло, съ поперечнымъ или головнымъ при выпаденіи ручки, и затѣмъ поступать соотвѣтственно найденному.

Если прощупываются только ножки, то положеніе ямки соотвѣтствуетъ спинкѣ, пальцы же брюшной поверхности плода.

Механизмъ родовъ при ягодичныхъ положеніяхъ. При 1-мъ ягодичномъ положеніи спинка плода обращена влѣво — впе-

Рис. 87.



Первое ягодичное положеніе.

редь, въ сторону или взадъ; ягодица, обращенная кпереди (лѣвая), стоитъ ниже другой. Куда бы ни была обращена спинка, ягодицы, по вступленіи въ тазъ, поворачиваются въ прямой размѣръ

его такъ, что лѣвая ягодица помѣщается у лоннаго сочлененія, а правая въ крестцовой впадинѣ. Лѣвая ягодица показывается первою въ половой щели и упирается областью лѣваго большого вертлуга въ лонную дугу; затѣмъ правая ягодица выкатывается, описывая дугу, со стороны промежности, причемъ плодъ сгибается, по своему лѣвому краю,—движеніе, соответствующее разгибанію головки при черепныхъ положеніяхъ; наконецъ изъ-подъ лоннаго сочлененія выходитъ и лѣвая ягодица.

Послѣ прорѣзыванія ягодицы опускаются книзу; животъ плода бываетъ обращенъ къ правому бедру матери. Такъ какъ плечики должны вступить въ поперечный или лѣвый косоу размѣръ входа, то теперь спинка поворачивается нѣсколько впередъ. Въ полости же таза плечики поворачиваются въ прямой размѣръ,

Рис. 88.



Прорѣзываніе ягодиць и боковое сгибаніе туловища.

въ которомъ они и проходятъ черезъ выходъ таза,—лѣвое плечико спереди, а правое сзади. вмѣстѣ съ плечиками прорѣзываются и ручки локтемъ впередъ, такъ какъ при правильномъ механизмѣ ручки должны находиться перекрещенными на груди.

Во время прорѣзыванія плечиковъ въ прямомъ размѣрѣ выхода, головка вступаетъ въ поперечный діаметръ входа. причемъ подбородокъ тоже долженъ прилегать къ груди. Въ полости таза головка поворачивается сперва изъ поперечнаго въ 1-й косоу и затѣмъ въ прямой размѣръ, такъ что личико помѣщается въ крестцовой впадинѣ; затылокъ останавливается позади лоннаго сочлененія, подзатылочная ямка упирается въ лонную дугу и со стороны промежности выкатывается подбородокъ, лицо и лобъ, чѣмъ заканчивается изгнаніе плода (см. рис. 89).

При 2-мъ ягодичномъ положеніи спинка обращена вправо; правая ягодица стоитъ ниже лѣвой и упирается въ лонную дугу, а лѣвая ягодица выкатывается со стороны промежности, родившійся животикъ обращенъ къ лѣвому бедру матери, правое плечико помѣщается у лоннаго сочлененія, а лѣвое прорѣзывается со стороны промежности; головка поворачивается изъ 2-го косяго въ прямой размѣръ выхода.

При томъ и другомъ ягодичномъ положеніи ножки или прилегаютъ къ ягодицамъ и рождаются вмѣстѣ съ ними, или же онѣ вытянуты вдоль по передней поверхности тѣла плода и въ такомъ случаѣ рождаются одновременно съ грудью.

Рис. 89.



Нормальный механизмъ выхожденія послѣдующей головки.

Задніе виды ягодичныхъ положеній. Довольно рѣдко спинка, по прорѣзываніи ягодицъ, бываетъ обращена взадъ. Въ такихъ случаяхъ поворотъ ея кпереди большею частью совершается все-таки еще во время прорѣзыванія плечиковъ, такъ что, наконецъ, личико помѣщается, какъ обыкновенно, къ крестцовой впадинѣ. Если этотъ поворотъ не совершается, если головка вступаетъ въ тазъ такимъ образомъ, что личико обращено къ лонному сочлененію, а затылокъ къ крестцовой впадинѣ, то головка можетъ родиться двоякимъ образомъ: 1) головка остается пригнутою къ груди; личико прорѣзывается первымъ изъ-подъ лоннаго сочлененія; переносъе упирается въ лонную дугу, послѣ чего со стороны промежности прорѣзывается затылокъ; или 2) головка вполнѣ разгибается, подбородокъ зацѣпляется за лонное сочлененіе; шейка плода упирается въ лонную дугу, затѣмъ со стороны промежности выкатывается сперва затылокъ, затѣмъ темя и наконецъ послѣднимъ рождается лобъ и лицо.

Задніе виды ягодичныхъ положеній при доношенномъ и живомъ плодѣ едва-ли оканчиваются одними силами природы, безъ помощи искусства; для плода они весьма опасны.

Ножныя положенія не представляютъ опредѣленнаго механизма до тѣхъ поръ, пока ножки не пройдутъ черезъ полость таза; со вступленіемъ же ягодицъ во входъ, начинается опредѣленный механизмъ, который совершенно тотъ-же, какъ и при ягодичныхъ положеніяхъ. Разница заключается лишь въ томъ, что при ножныхъ положеніяхъ нижняя половина туловища менѣе объемиста и потому, не нуждаясь въ сильномъ растяженіи мягкихъ родовыхъ путей, выходитъ легче и скорѣе; но зато верхняя половина туловища и головка проходятъ медленнѣе и труднѣе черезъ менѣе подготовленный родовой каналъ.

Предсказаніе при положеніяхъ тазовымъ концомъ. Если родовыя боли сильны, плодъ не слишкомъ великъ, тазъ широкій, мягкіе родовые пути податливы, то роды въ ягодичномъ положеніи могутъ окончиться силами природы, безъ вреда для матери и плода; поэтому эти положенія можно было бы причислить также къ правильнымъ.

Но при каждомъ ягодичномъ положеніи жизнь плода подвергается опасности, коль скоро ягодицы прорѣзались, т. е. коль скоро пупочная область плода поступила въ тазъ, а именно потому, что пуповина, направляющаяся вверхъ въ матку къ дѣтскому мѣсту, неизбежно сдавливается между стѣнкою таза и тѣломъ плода. Такое давленіе нарушаетъ кровообращеніе въ пуповинѣ, необходимое для окисленія крови плода, настолько, что плодъ его не выдерживаетъ болѣе 5 минутъ. Если оно продолжается дольше, то плодъ рождается мертвымъ или по крайней мѣрѣ мнимоумершимъ. Выхожденіе же верхней половины туловища рѣдко совершается одними силами природы съ нужною быстротою, а потому безъ вмѣшательства искусства большое количество младенцевъ умирало бы во время родовъ.

Къ тому же нижній отрѣзокъ матки не въ состояніи обхватить равномерно неправильную поверхность подлежащей части, вслѣдствіе чего околоплодные воды часто истекаютъ слишкомъ рано и притомъ всѣ, такъ что послѣ этого давленіе матки передается непосредственно плоду. Съ другой же стороны, стѣнки матки подвергаются болѣе сильному раздраженію, вслѣдствіе чего родовыя боли часто дѣлаются неправильными и роды замедляются. То и другое обстоятельство опять таки опасно для плода.

При ножныхъ положеніяхъ опасность для плода еще больше потому, что при нихъ верхняя половина туловища проходитъ, какъ мы видѣли выше, труднѣе и медленнѣе.

Слѣдовательно, мы можемъ сказать, что при родахъ съ тазовымъ положеніемъ матери не угрожаетъ особенная опасность, но что плодъ весьма легко можетъ погибнуть. Поэтому акушерка

поступить благоразумно, если въ каждомъ случаѣ ягодичнаго положенія, въ особенности у перворождающихъ, пригласить врача въ виду того, что она не можетъ заранѣе опредѣлить, удастся ли ей съ необходимою скоростью извлечь верхнюю часть туловища и головку. Только при завѣдомо мертвомъ плодѣ присутствіе врача излишне.

Уходъ. Кромѣ обычныхъ приготовленій прежде всего весьма важно устроить поперечную кровать, или же слѣдуетъ помѣстить крестецъ роженицы настолько высоко, чтобы извлеченіе верхней половины туловища могло совершиться легко и скоро. Для этого необходимо положить подъ крестецъ подушку, толщиной приблизительно въ полъ-аршина. Поперечная кровать во всякомъ случаѣ удобнѣе. Далѣе необходимо приготовить все то, что можетъ понадобится для оживленія плода и въ особенности горячую и холодную воду въ достаточномъ количествѣ.

Главнымъ основаніемъ всей помощи служить слѣдующее правило: возможно медленное теченіе родовъ до прорѣзыванія нижней половины туловища и возможно скорое рожденіе верхней половины и головки.

Въ виду этого, во-первыхъ, необходимо по возможности дольше сохранять цѣлость плоднаго пузыря, для чего слѣдуетъ избѣгать всякаго изслѣдованія, дабы нечаянно не разорвать пузыря, строго запретить натуживаніе, удалить всякую опору для рукъ и ногъ. Роженица должна лежать, а не сидѣть и отнюдь не ходить; она должна сохранять то положеніе, которое менѣе всего вызываетъ боли, поэтому не слѣдуетъ дозволять ей мѣнять положенія.

Послѣ разрыва пузыря нужно изслѣдовать и опредѣлить: предлежатъ ли ягодичы или ножки, какъ ояѣ расположены, не прощупывается ли около нихъ пуповина, насколько раскрыты зѣвъ. И теперь не слѣдуетъ позволять роженицѣ натуживаться, и акушерка сама ни подъ какимъ условіемъ не должна потягивать за предлежащую ножку.

Послѣдствія такого неумѣстнаго потягиванія за ножку весьма печальны: быстро опорожняющаяся матка не остается достаточно сокращенной около тѣла плода. Поэтому при выходѣ туловища ручки зацѣпляются за входъ таза, уходятъ кверху и располагаются возлѣ головки. Головка, не прижимаемая маткою къ груди, разгибается, подбородокъ удаляется кверху, такъ что головка должна была бы поступить въ тазъ самымъ неблагоприятнымъ размѣромъ, большимъ косымъ. Понятно, что такія неправильныя положенія ручекъ и головки весьма значительно затрудняютъ выведеніе верхней части туловища; дѣти при этомъ почти всегда умираютъ.

Коль скоро ягодичы начнутъ врѣзываться, то слѣдуетъ или подложить подъ крестецъ роженицы высокую подушку, или же помѣстить ее на приготовленную поперечную кровать. Во избѣ-

жаніе простуды роженицы, надѣваемъ ей чулки и закрываемъ каждую ногу отдѣльно простынею. Ноги удерживаются двумя помощницами, у изголовья помѣщается третья помощница. Совѣтуемъ роженицѣ сберечь свои силы и выжидаемъ спокойно прорѣзыванія ягодицъ, причеиъ не слѣдуетъ сильно поддерживать промежность, такъ какъ она рѣдко разрывается мягкими ягодицами.

По рожденіи ягодицъ и туловища до пупочной области, поддерживаемъ ихъ одною рукою, другою же ослабляемъ пуповину, т. е. оттягиваемъ ее настолько внизъ, чтобы она не была напряжена. Если пуповина проходитъ между ногами младенца, если, какъ говорятъ, младенецъ сидитъ верхомъ на пуповинѣ, то оттягиваемъ конецъ ея, идущій по спинкѣ, и стараемся перебросить его черезъ ножку. Все это должно быть сдѣлано весьма быстро. Затѣмъ свободною рукою производимъ сильное треніе дна матки и приглашаемъ роженицу натуживаться по возможности сильнѣе. При прорѣзываніи плечиковъ способствуемъ этому поднятіемъ туловища вверхъ; по рожденіи ихъ, размѣщаемъ виллообразно пальцы одной руки на плечикахъ плода и, осторожно потягивая кверху, освобождаемъ головку.

Коль скоро треніе и давленіе на матку не вызываютъ тотчасъ же сокращенія ея, то необходимо искусственно извлечь верхнюю половину туловища.

Извлеченіе плода.

Извлеченіе верхней половины тѣла плода производится слѣдующимъ образомъ на поперечной кровати.

Родившаяся часть плода завертывается въ полотенце или пеленку, затѣмъ обѣ руки размѣщаются на туловищѣ такимъ образомъ, чтобы оба большихъ пальца лежали другъ возлѣ друга на задней поверхности крестца младенца, а остальные четыре пальца каждой руки обхватывали тазъ и бедро. Никогда не слѣдуетъ захватывать за мягкій животъ; надавливая на него пальцами, можно легко произвести весьма опасныя пораненія внутренностей и въ особенности печени. Захвативъ, какъ сказано, родившуюся часть, По-Способъ захватыванія ребенка при извлеченіи.

Рис. 90.



тягиваемъ за нее во время потуги обѣими руками одновременно, прямо внизъ, и слѣдимъ за поворотомъ туловища, причеиъ заботимся о томъ, чтобы спинка осталась обращенною впередъ или въ сторону, но не повернулась кзади. Какъ только показывается пупочное кольцо, надо вытянуть и ослабить напряженную пуповину. Потягиваніе внизъ продолжается до тѣхъ поръ, пока не покажется нижній уголь лопатки, послѣ чего приступаемъ къ освобожденію ручекъ. Если ручки помѣщаются на груди, то ихъ просто выводятъ потягиваніемъ за предлежащіе локти. Если же ручки запрокинуты вверхъ и прилегаютъ къ головкѣ, то ихъ слѣдуетъ освободить.

Рис. 91.



Освобожденіе задней ручки.

Освобожденіе каждой ручки производится одноимянною рукою, т. е. правую ручку освобождаютъ правою, лѣвую—лѣвою рукою. Первою освобождаютъ заднюю ручку, т. е. помѣщающуюся ближе къ крестцовой впадинѣ, потому что въ послѣдней больше мѣста, нежели позади лоннаго сочлененія. Слѣдовательно, если мы имѣемъ дѣло съ первымъ ягодичнымъ положеніемъ, то лѣвая рука акушерки поддерживаетъ туловище плода, а четыре пальца правой руки проводятся по спинкѣ плода, мимо обращеннаго кзади праваго плечика, къ плечевой области ручки и выше къ локтю и предплечію. Въ это время большой палецъ той же руки остается постоянно на спинкѣ плода и имъ мы не пользуемся при захватываніи ручки, такъ какъ въ противномъ случаѣ ее легко переломить.

Достигнувъ до локтя, надавливаемъ верхушками пальцевъ на его наружную поверхность, сдвигаемъ локоть по лицу мла-

денца къ груди и затѣмъ, введя пальцы въ локтевой сгибъ, выводимъ ручку по личику и боковой поверхности грудной клѣтки наружу, причѣмъ, для болѣе легкаго освобожденія ея, приподнимаемъ туловище кверху и въ противоположную сторону. По освобожденіи одной ручки, акушерка тою рукою, которою она освободила заднюю ручку, захватываетъ тазовую область или ножки младенца, а 4 пальца лѣвой руки проводитъ по спинкѣ черезъ лѣвое, расположенное спереди, плечико къ предплечію лѣвой ручки. Если при этомъ плечико само по себѣ не повернется кзади, то нужно его туда сдвинуть пальцами; помочь этому можно,

Рис. 92.



Способъ поворачиванія передняго плечика въ крестцовую впадину.

захвативъ правую извлеченную ручку и потягивая за нее вверхъ къ лонному сочлененію. При этомъ туловище младенца должно повернуться вокругъ продольной оси такъ, чтобы спинка, которая въ началѣ была обращена влѣво, повернулась вправо. Или обѣими руками захватываютъ грудную клѣтку вмѣстѣ съ освобожденной ручкой и поворачиваютъ туловище и плечевой поясъ такъ, чтобы неосвобожденная ручка перемѣстилась кзади (рис. 92). Если послѣ этого лѣвое плечико помѣстится въ крестцовой впадинѣ, то лѣвая ручка оттуда выводится такъ же, какъ и правая.

Теперь приступаемъ къ извлеченію головки. Руку, освободившую вторую ручку, вилообразно помѣщаемъ на плечикахъ

младенца, а другую, на которой лежитъ верхомъ младенецъ, проводимъ къ его лицу. Послѣднею рукою стараемся прижать подбородокъ къ груди, т. е. произвести сгибаніе головки, причѣмъ или только производимъ давленіе на подбородокъ или верхне-челюстную область, или же потягиваемъ его внизъ введенными въ ротъ младенца пальцами. Послѣ того, потягивая одновременно за подбородокъ и за плечики книзу, приводимъ головку въ тазъ въ поперечномъ или косомъ размѣрѣ и поворачиваемъ затѣмъ личико въ крестцовую впадину. Коль скоро при слѣдующихъ потягиваніяхъ внизъ затылокъ покажется у лоннаго сочлененія, то головка должна совершить необходимое для прорѣзыванія движеніе вокругъ своей поперечной оси. Съ цѣлью способствовать этому движенію, мы рукою, лежащею на плечикахъ, оттягиваемъ

Рис. 93.



Извлеченіе послѣдующей головки.

и приподымаемъ плечики прямо вверхъ, постепенно приподнимая кверху и туловище, въ то-же время другою рукою выводимъ со стороны промежности подбородокъ и лицо. Этотъ способъ извлеченія головки называется способомъ Лашапелъ, или по первому изобрѣтателю, Морисо; онъ—самый лучший и пригоденъ во всѣхъ случаяхъ. (рис. 93).

Вся операція извлеченія головки существенно облегчается, если одновременно съ потягиваніемъ снизу помощница снаружи черезъ брюшныя стѣнки надавливаетъ на головку, чтобы вдвинуть ее въ тазъ. Для сохраненія цѣлости промежности весьма полезно, чтобы помощница поддерживала ее во время выведенія головки. Если оперируетъ врачъ, то акушерка должна поддерживать промежность, а также производить давленіе снаружи на головку.

Затрудненія при излеченіи. Если головка стоитъ въ поперечномъ размѣрѣ таза и если она не повертывается затылкомъ кпереди при только что описанныхъ приемахъ, то пальцы одной руки прикладываемъ къ обращенной кпереди щекѣ и стараемся отодвинуть ее кзади. Если и это не удастся, то вводимъ другую руку сзади поперекъ лица, обхватываемъ его всѣми пальцами и повертываемъ въ крестцовую впадину.

Если не удастся скоро освободить первую ручку, напр., когда она помѣщается на затылкѣ, то быстро мѣняемъ руки, поворачиваемъ младенца вокругъ его продольной оси и стараемся извлечь сперва вторую ручку, послѣ чего еще разъ повертываемъ младенца, чтобы освободить первую.

Рис. 94.



Извлеченіе послѣдующей головки въ состояніи разгибанія.

При заднихъ видахъ пытаемся уже во время влеченія за туловище повернуть спинку кпереди. Если, не смотря на то, личико все-таки остается у лоннаго сочлененія, то стараемся пальцемъ, введеннымъ въ ротъ, низвести подбородокъ и въ то-же время, приподнимая другою рукою, положенною сзади вилообразно на плечики, туловище ребенка къ животу матери, выкатываемъ затылокъ со стороны промежности. Если подбородка нельзя достигнуть, потому что онъ зацѣпился за лонное сочлененіе, то дѣйствовать можно только на плечики и туловище. Одною рукою захватываемъ сзади за плечики, другою захватываемъ ножки, сильно оттягиваемъ плечики кверху и въ то-же время быстро приподымаемъ туловище за ножки и пригибаемъ его къ животу матери (см. рисун. 94). Такое дугообразное движеніе должно передаться головкѣ, такъ что она затылкомъ впередъ выкатывается со стороны промежности.

Если акушеркѣ вообще не удастся, вслѣдствіе застреванія туловища или головки, въ теченіе пяти минутъ извлечь младенца,

то она не должна больше примѣнять силу, такъ какъ въ такомъ случаѣ младенецъ все равно погибаетъ. Родившуюся часть она завертываетъ въ пеленку и ожидаетъ прибытія врача. Иногда по истеченіи нѣкотораго времени, когда, напр., пройдетъ спазмъ матки, задерживающій головку, извлеченіе все-таки удается безъ затрудненія.

Извлеченіе нижней половины туловища. Еще до рожденія нижней половины туловища, матери и плоду можетъ угрожать опасность. Явленія, угрожающія матери, слѣдующія: кровоте-ченіе, судороги, значительное утомленіе, повышеніе температуры, лихорадки, признаки начинающагося воспаленія матки и т. п.

Что жизнь плода въ опасности, узнаемъ по замедленному, неправильному, постепенно ослабѣвающему сердцебіенію его и такому же свойству пульсаціи пуповины, въ случаѣ, если она прощупывается; далѣе по тому, что щекотаніе стопы лежащей ножки не вызываетъ движенія ни ея самой, ни пальцевъ стопы. При такихъ обстоятельствахъ, но только въ виду угрожающей матери или плоду опасности, необходимо немедленно приступить къ извлеченію плода.

Извлеченіе за предлежащія ягодицы возможно, коль скоро удастся достигнуть пахового сгиба, обращеннаго вперед. Заложивъ указательный палецъ одноименной руки крючкообразно въ паховой сгибъ, потягиваемъ по направленію внизъ во время схватки. При благоприятныхъ обстоятельствахъ такое выведеніе ягодицъ легко удается, если-же препятствія болѣе значительны, то палецъ весьма скоро устааетъ.

Въ такомъ случаѣ обыкновенно пробуютъ извлечь сперва другимъ пальцемъ, затѣмъ другою рукою, пока, наконецъ, не устанутъ всѣ пальцы, такъ что волей-неволей приходится все-таки ждать. Въ виду этого никогда не слѣдуетъ безъ настоятельной нужды пробовать потягиваніе за ягодицы.

Если ягодицы поддаются влеченію, то потягиваемъ внизъ до тѣхъ поръ, пока изъ-подъ лоннаго сочлененія не покажется паховая складка. Затѣмъ влеченіе производимъ кверху, дабы задняя ягодица прорѣзалась со стороны промежности. Коль скоро и задній паховой сгибъ достигимъ, то захватываемъ его точно такъ-же, какъ и передній, вторымъ пальцемъ другой руки, при чемъ большіе пальцы обѣихъ рукъ помѣщаются рядомъ на крестцѣ; тогда уже можно производить извлеченіе ягодицъ одновременно обѣими руками. По извлеченіи ягодицъ, потягиваемъ вновь по направленію внизъ и продолжаемъ дѣйствовать такъ, какъ это было указано выше (см. рис. 90).

При ножныхъ положеніяхъ, имѣя въ виду тѣ-же угрожающія явленія, можно приступить къ извлеченію уже въ то время, когда ножки находятся еще въ рукавѣ. Въ такомъ слу-

чаѣ потягиваемъ сперва за одну ножку и именно за ту, которая ближе лежитъ къ лонному сочлененію, причѣмъ всегда слѣдуетъ захватывать ее одноимянною рукою.

Если только возможно, то слѣдуетъ провести руку настолько высоко въ рукавъ, чтобы можно было ею захватить всю голень, причѣмъ большой палецъ долженъ быть помѣщенъ на икрѣ, на задней поверхности голени, которая при влеченіи должна повернуться впередъ, или, по крайней мѣрѣ, не отходить къзади. Остальные 4 пальца захватываютъ голень спереди. Если достигаемъ только стопу, то захватываемъ ее надъ мышелками указательнымъ и среднимъ пальцами, большой-же палецъ помѣщаемъ или на подошвѣ, или на пяткѣ. Однако при влеченіи пальцы, расположенные только на стопѣ, большею частью соскальзываютъ, вслѣдствіе чего все-таки является необходимость или войти рукою выше, или наложить петлю.

Петлю уже готовую проводимъ или пальцами свободной руки, или помощью палочки (катетера) до ножки; рукою, придерживающей ножку, пытаемся провести стопу черезъ петлю и продвинуть послѣднюю за мышелки. Затѣмъ затыгиваемъ петлю потягиваніемъ за торчащій изъ половой щели наружный конецъ ея. Очень часто наложить петлю удастся только съ большимъ трудомъ, но зато весьма удобно за нее производить влеченіе до тѣхъ поръ, пока стопа не будетъ выведена наружу, послѣ чего можно захватить ее непосредственно и весьма прочно рукою, покрытою предварительно пеленкою для предотвращенія соскальзыванія. При дальнѣйшемъ извлеченіи слѣдуетъ придерживать правила: по мѣрѣ выходженія ножки перемѣщать руку выше, т. е. влекущая рука должна всегда находиться возможно ближе къ половымъ частямъ роженицы. Коль скоро изъ-подъ лоннаго сочлененія покажется ягодица, то направляемъ влеченіе вверхъ до тѣхъ поръ, пока указательный палецъ свободной руки не можетъ быть введенъ въ обращенный къзади пахъ. Дальнѣйшее извлеченіе производимъ вышеописаннымъ образомъ. Если вторая ножка какимъ-либо образомъ мѣшаетъ во время операціи, то слѣдуетъ и ее вывести, а затѣмъ продолжать извлеченіе, захвативъ каждую ножку одноимянною рукою.

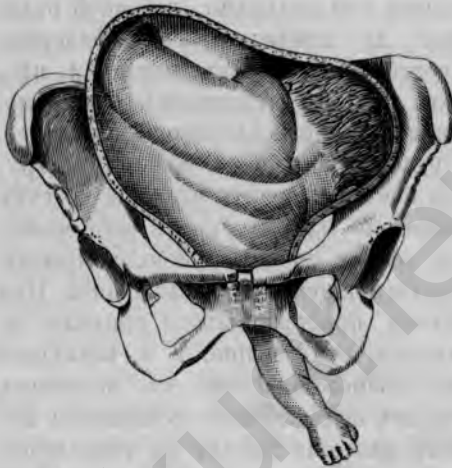
По рожденіи младенца, роженица помѣщается опять на обыкновенную кровать. Въ періодѣ изгнанія послѣда поступаемъ также, какъ и при правильныхъ родахъ. Нужно только, въ виду того, что во влагалищѣ работали пальцами, проспринцевать его тщательно, по выходженіи послѣда, дезинфицирующимъ растворомъ. Точно также всякій разъ слѣдуетъ внимательно осмотрѣть промежность, такъ какъ при ягодичныхъ положеніяхъ, въ особенности у перворождающихъ, при извлеченіи головки чаще случаются разрывы промежности, нежели при прорѣзываніи головки въ затылочномъ положеніи.

Поперечныя и косыя положенія.

При этихъ положеніяхъ продольные размѣры плода и матки пересѣкаются подѣ угломъ, причемъ головка помѣщается въ одной, а ягодицы въ другой сторонѣ матки. Если головка и ягодицы находятся на одномъ уровнѣ, то имѣемъ поперечное положеніе; если же одна изъ крупныхъ частей плода находится ближе къ маточному зѣву, нежели другая, то имѣемъ косое положеніе.

Въ ранніе сроки беременности поперечныя положенія встрѣчаются часто, къ концу беременности число ихъ уменьшается, въ особенности у перворождающихъ, такъ что на 200 родовъ приходится приблизительно одно поперечное положеніе. Во время родовъ всегда понижается

Рис. 95.



Первое косое положеніе съ выпаденіемъ ручки.

(то или другое) плечико, почему у роженицы названіе поперечное или плечевое положеніе обозначаютъ почти одно и то же. Предлежаніе животика или спинки встрѣчается исключительно въ случаяхъ, въ которыхъ неправильныя попытки къ повороту придали плоду такое неестественное положеніе.

Причины поперечныхъ положеній главнымъ образомъ слѣдующія:

- 1) широкая и вялая матка (у многорождающихъ и при двойняхъ — 2-й плодъ), а также обильное количество воды позволяютъ плоду помѣститься удобно въ маткѣ не только въ продольномъ, но и во всякомъ другомъ положеніи;
- 2) неправильная, поперечно-овальная или косая форма матки;
- 3) невозможность для головки установиться плотно въ нижнемъ отдѣлѣ матки, напр., при предлежаніи дѣтскаго мѣста или при узкомъ тазѣ, почему она и отходитъ въ ту или другую подвздошную впадину.

Различаютъ два поперечныхъ положенія: 1-е, когда головка помѣщается въ лѣвой, и 2-е, когда она находится въ правой сторонѣ матки, причемъ спинка можетъ быть обращена или кпереди или къзади, почему и различаются передній и задній виды этихъ положеній.

Распознаваніе поперечныхъ и косыхъ положеній. Матка представляется поперечно или косо-овальной формы, она притомъ широка и низка. Крупныя части прощупываются не у дна матки или надъ лоннымъ сочлененіемъ, а въ правой или лѣвой сторонѣ матки, въ особенности ясно прощупывается головка въ видѣ большаго, твердаго, равномерно круглаго шара. Сердцебиеніе выслушивается тамъ, гдѣ находится спинка, слѣдовательно, въ пупочной линіи, выше или ниже пупка; оно вовсе не выслушивается, если спинка обращена къзади. Вялая матка, небольшое количество водъ, а также и истеченіе ихъ значительно облегчаютъ наружное изслѣдованіе.

При внутреннемъ изслѣдованіи во время беременности и въ началѣ родовъ обыкновенно никакой подлежащей части не прощупывается, своды рукава оказываются пустыми. При дальнѣйшемъ теченіи родовъ туловище плода сгибается, причемъ понижается плечико съ принадлежащею ему ручкою, которую, въ особенности по истеченіи водъ, и прощупываемъ раньше плечика, причемъ слѣдуетъ остерегаться смѣшать ее съ ножкою. Продвигая пальцы по ручкѣ выше, мы дойдемъ до подмышечной впадины, легко прощупываемъ ребра и опредѣляемъ, куда впадина обращена своею открытою или закрытою стороною. Само плечико прощупывается въ видѣ круглаго, мягкаго, книзу слегка заостряющагося тѣла, на передней поверхности котораго находимъ лопаточную остъ и на задней ключицу (при переднемъ видѣ косога положенія). Нерѣдко удается также прощупать нижній уголъ лопатки и позвоночный столбъ, т. е. рядъ расположенныхъ въ видѣ четокъ остистыхъ отростковъ позвонковъ.

Распознаваніе положенія еще легче, если ручка выпала наружу. Опредѣлить, какая ручка выпала, очень легко; слѣдуетъ только подать плоду свою руку такъ, какъ это мы дѣлаемъ при вѣтствую другъ друга, тогда при одноимянной ручкѣ большой палецъ руки плода долженъ совпадать съ большимъ пальцемъ нашей руки.

Въ какомъ изъ поперечныхъ положеній находится плодъ, распознаемъ при наружномъ изслѣдованіи по положенію головки и спинки. При внутреннемъ изслѣдованіи руководимся слѣдующими признаками: если подмышечная впадина открыта вправо или закрыта слѣва, то головка помѣщается въ лѣвой сторонѣ матки и наоборотъ. Если ручка отъ плечика направляется вправо, то ягодицы лежатъ въ правой сторонѣ матки; если ручка помѣщается на обращенной къзади поверхности плода, то и животикъ обращенъ туда-же, а спинка впереди. Если выпавшая ручка находится въ своемъ естественномъ положеніи, т. е. если она не вывернута, то большой палецъ смотритъ въ сторону головки, а тыльная поверхность кисти соответствуетъ положенію спинки.

При тщательномъ изслѣдованіи всегда удается точно опредѣ-

лечь видъ поперечнаго положенія, такъ какъ даже образовавшаяся по истеченіи водъ родовая опухоль не измѣняетъ этихъ частей до неузнаваемости.

Теченіе родовъ при поперечныхъ и косыхъ положеніяхъ. Если доношенный живой плодъ остается во время родовъ въ поперечномъ положеніи, то послѣ излитія водъ, какъ было сказано выше, образуется плечевое положеніе. Плечико хотя и вдавливаются родовыми болями въ тазъ, тѣмъ не менѣе прорваться не можетъ. Головка задерживается въ одной, а ягодицы въ другой подвздошной впадинѣ, такъ какъ онѣ по величинѣ своей не могутъ вступить вмѣстѣ во входъ. Вслѣдствіе чрезмѣрнаго сопротивленія, родовыя боли постепенно усиливаются и становятся все болѣе продолжительными, соотвѣтственно чему паузы все укорачиваются, пока наконецъ не наступитъ весьма сильное, непрерывное и продолжительное сокращеніе матки, т. е. пока не появится такъ называемый столбнякъ матки. Если столбнякъ продолжается долго, то матка разрывается, и быстро наступаетъ весьма опасное для роженицы внутреннее кровотеченіе. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, матка, вслѣдствіе чрезмѣрныхъ усилий, расслабляется, появляется какъ бы параличъ ея и боли прекращаются. Если въ такомъ случаѣ плодъ, умирающій обыкновенно уже во время сильныхъ болей по излитіи водъ, остается еще долгое время въ маткѣ, то онъ начинаетъ гнить, разлагаться, появляется зловонное истеченіе изъ матки, которое, раздражая стѣнки ея, вызываетъ воспаленіе ихъ. Наконецъ гнилостная жидкости всасываются въ кровь, появляется лихорадка, гнилостное зараженіе крови и смерть.

Только въ рѣдкихъ случаяхъ, и то при благопріятныхъ условіяхъ, возможно окончаніе родовъ при поперечныхъ и косыхъ положеніяхъ однѣми силами природы, причемъ происходитъ или самоповоротъ или самоизворотъ плода.

Самоповоротъ или произвольный поворотъ. Такъ называемыя измѣненія положенія плода изъ косога въ продольное, черепное или ягодичное, совершающееся безъ нашей помощи. Во время беременности, какъ извѣстно, весьма часто происходитъ перемѣна положенія, которая обусловливается тяжестью и движеніями плода. Но если поперечное положеніе осталось до наступленія родовъ, то перемѣнныя положенія помогаютъ, кромѣ того, и родовыя боли. Во время схватки уменьшается, между прочимъ, и поперечникъ матки, причемъ стѣнки ея производятъ давленіе съ одной стороны на головку, съ другой—на ягодицы, подъ вліяніемъ чего одна крупная часть, лежащая ближе къ тазу, смѣщается внизъ, другая же, напротивъ, отходитъ кверху. Въ результатъ получается одно изъ продольныхъ положеній. Этому много помогаетъ положеніе роженицы на томъ боку, въ которомъ помѣщается болѣе низко расположенная крупная часть;

при этомъ дно матки отклоняется въ эту-же сторону, а нижній отрѣзокъ ея смѣщается въ противоположную сторону и вверхъ, т. е. ко входу въ тазъ.

Такая перемѣна положенія плода возможна только при подвижности плода въ маткѣ, слѣдовательно до истеченія водъ.

Послѣ произвольнаго поворота роды протекаютъ какъ при черепномъ или ягодичномъ положеніи.

Самоизворотъ состоитъ въ измѣненіи положенія плода, находящагося уже въ полости таза, и происходитъ слѣдующимъ образомъ. Послѣ излитія водъ и выпаденія ручки, плечико при сильныхъ потугахъ все глубже и глубже вгоняется въ тазъ, пока, наконецъ, оно своею верхнею поверхностью не подойдетъ подъ лонную дугу; зацѣпившаяся же надъ лонною костью головка остается надъ входомъ. За плечикомъ внѣдряется въ тазъ боковая поверхность плода; въ половой щели, позади выпавшей ручки, показывается боковая поверхность грудной клѣтки, боковая поверхность живота и наконецъ ягодицы и ножки. Такимъ образомъ выходитъ, изворачиваясь, все туловище, головка же рождается послѣднею.

Само собою разумѣется, что такой самоизворотъ возможенъ только при широкомъ тазѣ и маленькомъ плодѣ, въ особенности если онъ мертвъ и мацерированъ, такъ какъ въ такомъ случаѣ онъ значительно болѣе способенъ сжиматься. Поэтому самоизворотъ чаще всего наблюдается при мацерированномъ недоношенномъ плодѣ, весьма рѣдко при зрѣломъ и почти никогда при живомъ плодѣ. Сильное давленіе, претерпѣваемое въ такихъ случаяхъ мягкими родовыми путями матери, можетъ повести къ разрывамъ, разможеніямъ и воспаленіямъ этихъ частей; слѣдовательно, самоизворотъ весьма опасенъ и для матери.

При незрѣлыхъ, самое большое при 6-ти-мѣсячныхъ плодахъ можетъ случиться, что такой маленькій легко сгибаемый и находящійся въ поперечномъ положеніи плодъ просто сгибается такъ, что головка и ягодицы прилегаютъ другъ къ другу; объемъ обѣихъ частей, вмѣстѣ взятыхъ, не превышаетъ емкости малаго таза, почему плодъ и можетъ родиться въ такомъ положеніи, какъ бы согнутымъ или сложеннымъ вдвое.

Рис. 96.



Самоизворотъ плода.

Предсказаніе при поперечныхъ положеніяхъ совершенно ясно изъ всего сказаннаго. Только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, а именно при незрѣломъ и мертвомъ плодѣ, поперечное положеніе можетъ быть предоставлено самому себѣ. Доношенный же плодъ можетъ родиться безъ вреда для себя и для матери только при самопроизвольномъ поворотѣ, на который, однако, нельзя рассчитывать. Во всякомъ другомъ случаѣ, жизнь матери и плода находится въ крайней опасности. Слѣдовательно, при поперечномъ положеніи жизнеспособнаго плода и даже при мертвомъ и мацерированномъ плодѣ въ послѣдніе 3—4 мѣсяца беременности, не слѣдуетъ предоставлять роды силамъ природы; напротивъ, мы должны попытаться искусственно превратить поперечное положеніе въ продольное. Эта необходимость операціи, при которой въ большинствѣ случаевъ приходится вводить руку въ матку, ухудшаетъ предсказаніе для матери и плода, хотя большею частью намъ удается сохранить обѣихъ живыми и здоровыми. Обо всемъ этомъ мы должны, въ случаѣ надобности, заявить окружающимъ роженицу, ее же самую слѣдуетъ успокоить, а не пугать.

Дѣятельность акушерки при поперечныхъ и косыхъ положеніяхъ. Цѣль нашего образа дѣйствія при поперечныхъ положеніяхъ, за исключеніемъ весьма немногихъ вышеупомянутыхъ случаевъ, заключается въ превращеніи неправильнаго положенія плода въ продольное. Превращеніе это совершается легко только при цѣлости околоплоднаго пузыря. Поэтому акушерка при родахъ должна всегда остерегаться, чтобы не просмотрѣть такое неправильное положеніе, а по возможности раньше и точнѣе опредѣлить его. Послѣ этого она должна немедленно послать за врачомъ и только въ тѣхъ случаяхъ она можетъ дѣйствовать самостоятельно, когда врача нельзя достать, или когда нельзя терять времени въ ожиданіи прибытія врача, напримѣръ, при появленіи опаснаго для матери кровотеченія или общихъ судорогахъ (эклампсія), или же въ случаѣ внезапной смерти матери, или просто, если пузырь лопнетъ при полномъ открытіи зѣва.

До прибытія врача акушерка должна уложить роженицу въ постель, позаботиться о сохраненіи околоплоднаго пузыря и запрещать всякое натуживаніе. Кромѣ того, необходимо тотчасъ же приготовить поперечную кровать и все то, что можетъ понадобиться при операціи.

Если удалось придать плоду правильное положеніе и если затѣмъ плодъ родился силами природы или съ помощью искусства, то въ послѣродовомъ періодѣ нужно особенно тщательно слѣдить за тѣмъ, чтобы не появилось кровотеченіе. По выхожденіи плода необходимо еще разъ проспринцевать рукавъ дезинфицирующимъ растворомъ. Такъ какъ послѣ поворота плодъ нерѣдко оказывается мнимоумершимъ, то довольно часто приходится прибѣгать къ искусственному оживленію его.

Поворотъ.

Поворотомъ называется операція, при помощи которой одна предлежащая часть плода замѣняется другою; а такъ какъ поворотомъ должна быть достигнута возможность окончанія родовъ, то мы можемъ повернуть плодъ только на головку или на тазовой конецъ.

Цѣлью операціи служить или превращеніе неправильнаго (поперечнаго) положенія въ такое, при которомъ роды могутъ окончиться силами природы (продольное положеніе); или мы производимъ поворотъ на ножки или ягодицы при черепномъ положеніи на томъ основаніи, что обстоятельства требуютъ немедленнаго окончанія родовъ, такъ какъ при предлежаніи ягодицъ или ножекъ извлеченіе плода возможно даже при высококомъ стояніи ихъ, между тѣмъ какъ извлеченіе за высоко стоящую головку невозможно или во всякомъ случаѣ опасно.

Поворотъ можетъ быть совершенъ: а) наружными приѣмами, причемъ мы дѣйствуемъ черезъ брюшные покровы, б) внутренними приѣмами, причемъ одна рука должна быть введена въ родовую каналъ (комбинированный поворотъ), и в) по смѣшанному способу Бракстонъ-Гикса.

Такъ какъ послѣ поворота на головку мы должны рассчитывать на то, чтобы сами родовые боли продвинули головку дальше, то при немъ мы примѣняемъ только такіе приѣмы, которые никоимъ образомъ не нарушаютъ дѣятельности родовыхъ болей.

Поэтому поворотъ на головку можетъ быть совершенъ только тогда, когда нѣтъ нужды спѣшить съ окончаніемъ родовъ и когда поворотъ возможенъ наружными приѣмами. Если же для совершенія поворота необходимо ввести руку въ матку, то въ такомъ случаѣ мы всегда предпочитаемъ низвести ягодицы или ножки.

1. Поворотъ наружными приѣмами. Если въ началѣ родовъ при стоячихъ водахъ находимъ поперечное положеніе, то мы должны попытаться превратить его наружными приѣмами въ продольное.

Условія, необходимыя для наружнаго поворота, слѣдующія: мягкія, податливыя, тонкія и малочувствительныя стѣнки живота и матки, цѣлый плодный пузырь и умѣренное количество околоплодныхъ водъ. Если водъ слишкомъ мало, то матка тѣсно обхватываетъ плодъ и сдвинуть его въ маткѣ не удастся; если же водъ слишкомъ много, то исправленіе положенія не имѣетъ прочнаго успѣха, потому что при чрезмѣрной подвижности плодъ легко принимаетъ опять неправильное положеніе.

Поворотъ производится обыкновенно въ началѣ родовъ на ту крупную часть плода, которая ближе другой помѣщается къ тазу, безразлично, будетъ-ли то головка или ягодицы; но такъ

какъ черепное положеніе болѣе благопріятно для плода, нежели ягодичное, то слѣдуетъ вообще предпочитать поворотъ на головку. Если же существуютъ обстоятельства, допускающія иредположенія, что быть можетъ впослѣдствіи потребуется оперативное вмѣшательство для окончанія родовъ, напр., при узкомъ тазѣ, то предпочитаемъ поворотъ на ягодицы.

Производство наружнаго поворота. Роженицу помѣщаемъ на кровать въ положеніи на спинѣ съ согнутыми въ колѣняхъ ногами, какъ при изслѣдованіи. Акушерка становится сбоку кровати и кладетъ обѣ руки на животъ роженицы такъ, чтобы каждою рукою обхватить одну изъ крупныхъ частей. Теперь она обѣими руками производитъ давленіе въ противоположномъ направленіи, одною внизъ къ тазовому входу, другою вверхъ ко дну матки. Давленіе это производится только во время паузы между болями при несокращенной маткѣ. Во время схватки давленіе прекращается и возобновляется съ появленіемъ паузы.

Коль скоро плодъ принялъ продольное положеніе, то роженицу кладутъ на ту сторону, въ которой помѣщалась та крупная часть, которая была сдвинута ко входу въ тазъ. Для того же, чтобы она опять не отошла въ ту сторону, подкладываемъ подъ нее подушку или сложенную въ нѣсколько разъ простыню. Роженица должна лежать на боку до тѣхъ поръ, пока родовыя боли не установятъ подлежащую часть во входѣ. Если зѣвъ матки достаточно раскрытъ, приблизительно на $2\frac{1}{2}$ пальца, то позволительно прорвать пузырь, послѣ чего подлежащая часть еще болѣе фиксируется, устанавливается плотно во входѣ.

Если удастся такимъ образомъ сдѣлать поворотъ, то обыкновенно онъ совершается быстро, уже при первыхъ попыткахъ. Долго и энергично вообще не слѣдуетъ продолжать такія попытки, такъ какъ ими раздражается матка, вслѣдствіе чего можетъ быть нарушена правильность родовыхъ болей; гораздо лучше послѣ немногихъ неудачныхъ приѣмовъ приготовиться къ внутреннему повороту, дающему при такихъ условіяхъ весьма хорошіе результаты.

2. Поворотъ внутренними приѣмами. Какъ мы уже выше сказали, поворотъ внутренними приѣмами производится только на тазовой конецъ плода, собственно на ножки, такъ какъ только случайно удастся низвести ягодицы легче, нежели ножки, и, кромѣ того, низведеніе ягодицъ не представляетъ какихъ-либо преимуществъ; поэтому мы здѣсь разберемъ только поворотъ на ножки.

Показанія для внутренняго поворота слѣдующія:

1. Всѣ поперечныя и косыя положенія, которыхъ не удастся исправить положеніемъ роженицы и наружными приѣмами.

2. Всякая опасность, угрожающая матери и плоду, отклонить которую можно или измѣненіемъ положенія плода, или быстрымъ

окончаніемъ родовъ, слѣдовательно: а) невравимыя выпаденія конечностей или пуповины; б) кровотеченія (предлежаніе дѣтскаго мѣста), обція судороги, болѣзни сердца и легкихъ, а также другія болѣзни, угрожающія жизни матери подъ вліяніемъ и во время потугъ; в) внезапная смерть матери, причемъ разсчитываемъ на то, что поворотомъ, быть можетъ, удастся спасти жизнь плода.

Условія для внутренняго поворота.

1) Зѣвъ матки долженъ быть открытъ настолько, чтобы рука могла свободно войти въ полость матки.

2) Тазъ долженъ быть настолько широкъ, чтобы плодъ могъ пройти черезъ него.

3) Предлежащая часть должна быть подвижна настолько, чтобы ее легко приподнять кверху.

4) Матка не должна обхватывать плотно тѣла плода, такъ чтобы рука могла быть проведена между ними безъ усилія.

Если не существуетъ одного изъ послѣднихъ трехъ условій, то требуется производство одной изъ операцій, уменьшающихъ объемъ плода, для чего необходимо присутствіе врача.

Самое благопріятное время для внутренняго поворота, въ силу вышесказаннаго, составляетъ конецъ періода раскрытія, когда зѣвъ матки открытъ совершенно или почти совершенно, когда пузырь еще цѣлъ или когда воды только что истекли.

Приготовленіе къ повороту внутренними приемами.

1) Прежде всего необходимо точно опредѣлить положеніе плода для того, чтобы знать, гдѣ помѣщаются ножки, такъ какъ отъ положенія ихъ зависитъ выборъ руки, которою слѣдуетъ производить поворотъ. Именно предпочитаемъ ввести въ матку ту руку, которая соотвѣтствуетъ положенію ножекъ, слѣдовательно: при 1-мъ поперечномъ положеніи (ягодицы вправо)—лѣвую руку и при 2-мъ поперечномъ положеніи (ягодицы влѣво)—правую.

2) Поперечная кровать должна быть готова; только на ней можно удобно оперировать.

3) Прямая кишка и мочевой пузырь должны быть опорожнены, послѣ чего слѣдуетъ еще разъ тщательно дезинфицировать наружныя части и рукавъ роженицы.

4) Кромѣ обычныхъ предметовъ, необходимо еще приготовить петлю для поворота и все необходимое для оживленія младенца.

5) Необходимо имѣть четырехъ помощницъ: двѣ удерживаютъ ноги роженицы, одна помѣщается у изголовья и поддерживаетъ роженицу, четвертая находится при акушеркѣ и подаетъ ей все нужное.

6) Акушерка должна обнажить обѣ руки выше локтя, тщательно дезинфицировать половыя части роженицы и руки и затѣмъ смазать руку, которой она будетъ оперировать, карболо-

вымъ масломъ. Послѣ всего этого она можетъ приступить къ операци.

Примѣчаніе. Акушерка ни при какихъ условіяхъ не должна позволять себѣ давать роженецѣ хлороформъ или другое усыпляющее средство.

Производство поворота.

При поворотѣ различаютъ 3 момента: 1) введеніе руки въ матку, 2) отыскиваніе ножки и 3) самый поворотъ.

1) Рука вводится въ рукавъ во время паузы между болями. Она или складывается въ видѣ конуса и вращательными движеніями проводится черезъ половую щель, или вводится сперва полъ-руки, а затѣмъ уже и большой палецъ. Коль скоро наиболѣе широкая часть руки прошла черезъ входъ, то тотчасъ-же и вся рука проскальзываетъ въ рукавъ; затѣмъ поворачиваемъ руку тыльною поверхностью къ соответствующему крестцово-подвздошному сочлененію.

При выпаденіи ручки на нее накладываетъ петля еще до введенія руки; если ручка находится еще въ рукавѣ, то слѣдуетъ ее вывести наружу. Петлю необходимо наложить для того, чтобы имѣть возможность во всякое время низвести ручку и предупредить запрокидыванія ея за головку.

Введеніе руки въ матку и отыскиваніе ножекъ производится тоже во время паузы между болями. Если зѣвъ матки не вполне открытъ, то вводимъ пальцы одинъ за другимъ, чтобы растянуть зѣвъ не вдругъ, а постепенно. Если пузырь цѣлъ, то его разрываемъ въ зѣвѣ и быстро вводимъ руку въ матку, чтобы выполнить предплечіемъ рукавъ и не допустить полного истеченія воды. При введеніи руки въ матку слѣдуетъ свободно рукою надавливать на дно матки, дабы не приподнять матку вверхъ и не вытянуть или даже не оторвать рукава.

2) Отыскиваніе и захватываніе ножекъ. Если положеніе ножекъ точно извѣстно, то направляемъ руку прямо къ нимъ (короткій путь), причемъ свободно рукою стараемся низдавить ихъ по направленію къ внутренней рукѣ. Или-же мы придерживаемся лежащей боковой поверхности плода, проводимъ по ней руку вверхъ до бедра и затѣмъ вдоль его отыскиваемъ ножки (длинный путь). Всѣ эти движенія необходимо производить во время паузы между болями, причемъ рука должна лежать въ маткѣ плашмя, дабы пальцами не царапать стѣнку матки и не надавливать на нее выступами костей согнутыхъ пальцевъ. Если возможно достать обѣ ножки, то захватываемъ ихъ такимъ образомъ, что средній палецъ помѣщается между ними, а второй и четвертый палецъ прикладываются къ ихъ наружной поверхности. Если намъ попадетъ только одна ножка, то захватываемъ ее указательнымъ и среднимъ пальцами.

Весьма желательно захватить одну ножку, а именно ту, которая соответствует предлежащему боку плода, потому что поворотъ на эту ножку совершается легче; если же попадется несоответствующая ножка, то, не отыскивая долго надлежащую ножку, нужно захватить ту, которая попалась. Точно также, если попадется колѣно, то захватываемъ его крючкообразно согнутымъ пальцемъ, введеннымъ въ подколенную ямку; колѣно легко низводится, а выпрямить его можно послѣ низведенія.

Рис. 97.



Поворотъ на ножку. Введенная лѣвая рука захватила правую (нижнюю) ножку и низводитъ ее. Правая рука помѣщается на маткѣ и низдавливаетъ мелкія части въ направленіи къ введенной рукѣ.

3) Низведеніе ножекъ и поворотъ туловища плода. Если захвачены обѣ ножки или только одна ножка, то низводимъ ихъ безъ всякаго усилія по передней поверхности плода, причемъ большимъ пальцемъ отодвигаемъ могущія встрѣтиться на пути части (головку, плечико). Въ то же время свободною рукою помогаемъ внутренней рукѣ, стараясь ею или низдавить ягодицы, или же отодвинуть головку и плечико вверхъ. Если стопа низведена въ рукавъ, то захватываемъ голень всею рукою такъ, какъ это было сказано выше при извлеченіи плода

(стр. 247), и продолжаемъ потягивать за нее внизъ до тѣхъ поръ, пока колѣно не выдетъ наружу. Только тогда мы можемъ быть увѣрены, что ягодицы помѣщаются во входѣ, т. е., что поворотъ дѣйствительно оконченъ.

Послѣ поворота слѣдуетъ немного выждать, чтобы матка могла приноровиться къ новому положенію плода, чтобы кровообращеніе въ пуповинѣ, всегда болѣе или менѣе сдавливаемой при поворотѣ, сдѣлалось опять правильнымъ и, наконецъ, чтобы дать отдохнуть роженицѣ.

Рис. 98.



Правая ножка низведена лѣвой рукой. Такъ какъ поворотъ замедляется, правая рука производитъ снаружи давленіе въ направленіи кнутри и кверху, одновременно лѣвая рука тянетъ за ножку.

Если все въ порядкѣ, въ чемъ мы должны убѣдиться и выслушиваніемъ сердцебіенія плода, то окончаніе родовъ можно предоставить силамъ природы, какъ и вообще при ножныхъ положеніяхъ. Но если матери угрожаетъ какая-либо опасность, или если полагаемъ, что плодъ уже пострадалъ, то слѣдуетъ искусственно окончить роды извлеченіемъ плода по извѣстнымъ правиламъ. Это оказывается нужнымъ почти во всѣхъ случаяхъ.

Затрудненія при поворотѣ внутренними приѣмами. 1) Въ большинствѣ случаевъ затрудненія при внутреннемъ поворотѣ обуславливаются тѣмъ, что матка послѣ излитія водъ плотно

обхватываетъ плодъ. Какъ намъ уже извѣстно, это можетъ вести къ столбняку матки, причѣмъ введеніе руки невозможно. — Въ такихъ случаяхъ прежде всего необходимо расслабить матку теплыми ваннами, теплыми компрессами, клистирами съ опіемъ, о чемъ будетъ сказано ниже въ главѣ о судорожныхъ боляхъ, и затѣмъ только приступить къ повороту. При этомъ весьма важно отнюдь не шевелить рукою, уже введенною въ матку во время сокращенія; рука должна оставаться покойно плашмя на тѣлѣ плода. Если при такомъ условіи невозможно дойти до ножки, между тѣмъ какъ удастся обхватить ягодицы, то слѣдуетъ попытаться низвести ягодицы, т. е. сдѣлать поворотъ на ягодицы.

2) Если, несмотря на низведеніе одной ножки въ рукавъ, поворотъ туловища плода все-таки не удастся, то слѣдуетъ наложить на эту ножку петлю, какъ было сказано выше, и затѣмъ изслѣдованіемъ опредѣлить встрѣтившееся препятствіе.

Нерѣдко достаточно бываетъ въ такихъ случаяхъ отыскать другую ножку, низвести ее и затѣмъ уже потягивать за обѣ ножки.

Если и послѣ этого поворотъ не совершается, то необходимо прибѣгнуть къ такъ называемому двойному приему. Наложивъ и на вторую ножку петлю, захватываемъ одною рукою обѣ петли и вводимъ въ рукавъ другую руку; теперь наружною рукою потягиваемъ за петли и въ то же время внутреннею рукою стараемся отодвинуть подлежащую часть вверхъ; при этомъ слѣдовательно дѣйствуемъ одновременно на оба конца плода — низводимъ ягодицы и приподымаемъ верхнюю часть плода.

3) Трудно захватить ножки, если онѣ помѣщаются спереди, т. е. когда имѣемъ дѣло съ заднимъ видомъ поперечнаго положенія. Въ такихъ случаяхъ полезно положить роженицу не на спину, а на бокъ, или даже придать ей колѣннолоктевое положеніе. Предпочитаемъ положить роженицу на тотъ бокъ, въ которомъ помѣщаются ягодицы, затѣмъ становимся сзади роженицы и вводимъ руку, соответствующую передней поверхности плода, слѣдовательно, при положеніи роженицы на лѣвомъ боку — правую руку и наоборотъ. Въ этомъ положеніи рука можетъ быть проведена прямо по передней поверхности полости матки, что при положеніи роженицы на спинѣ весьма неудобно и подчасъ даже невозможно.

Если рука уже введена въ матку при положеніи роженицы на спинѣ и вдругъ окажется полезнымъ положить роженицу на бокъ, то нѣтъ нужды выводить руку обратно, слѣдуетъ только приподнять и перекинуть соответствующую ногу роженицы черезъ введенную руку, чѣмъ и получается желаемое положеніе на боку.

4) При выпавшей пуповинѣ необходимо вправить ее обратнo въ матку насколько возможно, чтобы не прижать ее рукою, введенною въ рукавъ и въ зѣвъ. Въ полости матки избѣгаемъ прижатія пуповины тѣмъ, что продвигаемъ руку не между туловищемъ и мелкими частями, а снаружи отъ послѣднихъ и такъ, чтобы тыльная поверхность руки всегда была обращена къ стѣнкѣ матки и прилежала къ ней.

Рис. 99.



Двойной приемъ при поворотѣ.

5) Если положеніе плода неизвѣстно, то выбираемъ для операціи ту руку, которая наиболѣе опытна и ловка (т. е. ту, которою привыкли работать). Вводя эту руку, необходимо ея тщательно ощупать всѣ попадающіяся части, такъ какъ теперь непремѣнно должно быть опредѣлено положеніе плода; если при этомъ убѣдимся, что введенною рукою вовсе невозможно достать ножки, или же она достигается съ большимъ трудомъ, то не слѣдуетъ болѣе напрасно стараться; удаляемъ эту руку и вводимъ вновь другую.

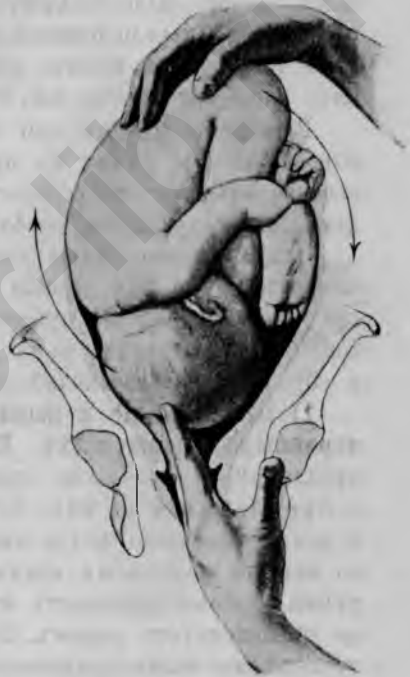
3. Поворотъ по смѣшанному способу Бракстона Гикса (англійскаго акушера).

Бракстонъ Гиксъ доказалъ, что поворотъ плода въ маткѣ возможенъ и тогда, когда мы не въ состояніи провести въ матку всю ручную кисть. Его способъ состоитъ въ слѣдующихъ приемахъ. Одна рука вводится въ рукавъ, затѣмъ 1 или 2 пальца ея, указательный и средній, въ полость матки. Этими пальцами всегда достигается какая нибудь часть тѣла плода, или головка, или часть туловища, особенно если давленіемъ другою рукою снаружи на матку приблизить плодъ къ внутренней рукѣ. Головка или попавшаяся точка туловища отдавливается пальцами въ сторону и вверхъ, между тѣмъ какъ наружная рука низда-

Рис. 100.



Рис. 101.



Поворотъ по способу Бракстона-Гикса при поперечномъ положеніи.

Поворотъ на ножку по Бракстону-Гиксу при черепномъ положеніи.

вликаетъ ягодицы по направленію къ тазовому входу. Такимъ образомъ обыкновенно скоро получается совершенно поперечное положеніе плода, причемъ бедро достигается пальцемъ; по бедру палецъ скользитъ до колѣна, оттуда до стопы, которая затѣмъ захватывается и проводится черезъ зѣвъ. Какъ только ножка во влагалищѣ, она можетъ быть захвачена обыкновеннымъ вышеописаннымъ образомъ и выведена наружу.—Дальнѣйшее извлеченіе должно совершаться весьма медленно, чтобы зѣвъ не разо- рвался при быстромъ расширеніи.

Этотъ способъ поворота имѣеть большое значеніе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ поворотъ показанъ какою-нибудь опасностью для матери или для плода, а зѣвъ еще мало открытъ. Это бываетъ чаще всего при предлежаніи дѣтскаго мѣста, кромѣ того, иногда при эклампсіи, при угрожающей смерти матери, при выпаденіи пуповины и т. п.

Поворотъ по Бракстону Гиксу обыкновенно не труденъ, такъ какъ въ названныхъ случаяхъ пузырь большею частью цѣль и плодъ поэтому легко подвиженъ.

Б. Неправильное членорасположеніе плода.

Всѣ части плода могутъ быть неправильно расположены; сюда, напр., можно было-бы причислить лобныя и лицевыя, а также ножныя и колѣнныя положенія, потому что въ первомъ случаѣ головка, а въ послѣднемъ ножки представляютъ уклоненіе отъ нормальнаго расположенія частей; эти неправильности уже рассмотрѣны.

Выпаденіе ручекъ при поперечныхъ и косыхъ положеніяхъ, или прилеганіе ручки къ лежащимъ ягодицамъ не имѣютъ особаго значенія: во всякомъ случаѣ онѣ не препятствуютъ родамъ и потому здѣсь не будетъ о нихъ упомянуто подробнѣе.

Слѣдовательно, намъ остается здѣсь заняться только предлежаніемъ ручки или ножки вмѣстѣ съ головкою. Къ этому присоединимъ выпаденіе пуповины при черепныхъ положеніяхъ, потому что и въ томъ, и въ другомъ случаѣ какъ причины, такъ и образъ дѣйствія вполне сходны.

1) **Предлежаніе и выпаденіе одной или обѣихъ ручекъ при черепныхъ положеніяхъ.** Если при стоячихъ водахъ рядомъ съ лежащею головкою прощупывается ручка, то мы говоримъ о предлежаніи ручки; если ручка остается на томъ же мѣстѣ и послѣ истеченія водъ, или если она теперь только показалась, то мы это называемъ выпаденіемъ ручки. Если только кисть ручки плашмя прилегаетъ къ боковой поверхности головки, то это не препятствуетъ родамъ. Но если локоть отойдетъ отъ груди настолько, что часть предплечья или даже локоть помѣстится рядомъ съ головкою, то при дальнѣйшемъ теченіи родовъ головка вмѣстѣ съ ручкою должна вступить во входъ и пройти черезъ тазъ. Это возможно только при небольшомъ плодѣ и широкомъ тазѣ; при нормальныхъ же условіяхъ обѣ части вколачиваются во входъ таза и роды совершенно останавливаются.

Причины предлежанія или выпаденія ручки всегда заключаются въ томъ, что рядомъ съ головкою остается еще свободное мѣсто. Это встрѣчается во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ головка не плотно обхватывается нижнимъ отрѣзкомъ матки, слѣдовательно; напр.: 1) когда воды отойдутъ при стоячемъ положеніи роженицы и высокостоящей головкѣ; 2) когда плодъ по причинѣ многоводія очень подвиженъ; 3) когда сужен-

ный тазъ не допускаетъ вставленія головки во входъ; 4) когда, вслѣдствіе предлежанія дѣтскаго мѣста, нижній отрѣзокъ матки представляется болѣе широкимъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ головка стоитъ высоко и, кромѣ того, не прямо надъ входомъ.

Образъ дѣйствія. Мы должны позаботиться, чтобы ручка отошла обратно въ полость матки. При предлежаніи ручки, т. е. при стоячихъ водахъ нерѣдко достаточно придать роженицѣ такое положеніе, при которомъ ручка по своей тяжести могла бы отойти въ полость матки, напр., положеніе съ высокоприподнятымъ крестцомъ или же положеніе на томъ боку, въ которомъ не предлежитъ ручка. При этомъ довольно часто ручка отходитъ обратно и въ то же время косо стоявшая головка можетъ, вслѣдствіе отклоненія дна матки, измѣнить положеніе и установиться правильно во входѣ.

Если это не удается, если ручка остается или только покажется возлѣ головки по истеченіи водъ, если, слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло не съ предлежаніемъ, а уже съ выпаденіемъ ручки, то она должна быть задвинута за головку, вправлена. Для этого вводимъ въ рукавъ поль-руки, при боковомъ положеніи роженицы, упираемся пальцами въ ручку и отодвигаемъ ее мимо головки вверхъ по тому же направленію, по которому она выпала; послѣ этого выжидаемъ появленія схватки (впрочемъ, большая часть роженицъ во время этой операціи сильно натуживается) и только во время сокращенія матки выводимъ нашу руку, причемъ головка опускается во входъ, чѣмъ и предупреждается вторичное выпаденіе ручки. Этому пониженію головки можемъ пособить, надавливая снаружи на тѣло плода по способу Кристеллера.

Если головка и послѣ вправленія ручки остается высоко надъ входомъ и если ручка поэтому все выпадаетъ, то необходимо произвести поворотъ на ножку.

Если головка и ручка плотно вколотились во входъ, то акушерка не въ состояніи ничѣмъ пособить, такъ какъ тогда тре-

Рис. 102.



Выпаденіе ручки при черепномъ положеніи.

буются операціи помощью инструментовъ, для чего необходимъ врачъ.

Вообще при всякомъ выпаденіи ручки акушерка обязана пригласить врача, если только можно достать, и именно потому, что хотя обыкновенно заправление ручки оказывается весьма легкою операціею, тѣмъ не менѣе, иногда ручка легко выпадаетъ снова. Если матка сильно сокращена, то во время вправленія могутъ даже произойти опасныя поврежденія матки. Кромѣ того, выпаденіе ручки, какъ было выше сказано, очень часто наблюдается при суженіяхъ таза, которыя сами собою дѣлаютъ присутствіе врача весьма желательнымъ. Ожидая прибытія его, акушерка должна, при предлежаніи ручки, придать роженицѣ надлежащее положеніе и сберегать плодный пузырь. При выпаденіи ручки роженица должна оставаться въ одномъ и томъ же положеніи, и вся забота акушерки сосредоточивается теперь на томъ, чтобы боли не были чрезмѣрно сильны и чтобы роженица не натуживалась.

2) Выпаденіе ножекъ или ножки при черепныхъ положеніяхъ встрѣчается почти исключительно при недоношенныхъ маленькихъ плодахъ и потому въ большинствѣ случаевъ не имѣютъ большого значенія. Если же подобная неправильность случится при доношенномъ плодѣ, то и здѣсь слѣдуетъ заправить ножку, и если это не удастся, или если ножка вновь выпадаетъ, то нужно произвести поворотъ на выпавшую ножку. Такъ какъ въ такомъ случаѣ воды уже истекли, то поворотъ бываетъ иногда весьма труденъ и удается только помощью двойного ручного приема.

3) Предлежаніе и выпаденіе пуповины при черепныхъ положеніяхъ наблюдается при тѣхъ же условіяхъ, какъ и выпаденіе ручки, т. е. при обширной полости матки, при высокостоящей головкѣ, при узкомъ тазѣ, чему, кромѣ того, благоприятствуетъ чрезмѣрная длина (70—100 сант.) пуповины, низкое прикрѣпленіе ея къ дѣтскому мѣсту и истеченіе водъ при стоячемъ положеніи роженицы.

Здѣсь также различаемъ предлежаніе пуповины — когда околоплодный пузырь цѣлъ, и выпаденіе ея, — послѣ излитія водъ.

Пуповина сама по себѣ настолько тонка и мягка, что можетъ предлежать рядомъ съ головкою, не нарушая теченія родовъ. Для матери, слѣдовательно, предлежаніе пуповины не влечетъ за собою никакой особенной опасности. Наоборотъ, для плода предлежаніе пуповины весьма опасно, потому что, по вступленіи пуповины вмѣстѣ съ головкою въ полость таза, она подвергается прижатію и плодъ умираетъ, если роды не окончатся необыкновенно быстро.

Слѣдовательно, только въ томъ случаѣ не требуется помощи, если у многорожавшей съ широкимъ тазомъ пуповина выпадетъ

во время излитія водъ и послѣ этого головка тотчасъ же вступаетъ въ тазъ. Роды оканчиваются тогда въ нѣсколько потугъ и времени не хватаетъ для какой-либо помощи. Во всѣхъ же другихъ случаяхъ требуется помощь и весьма быстрая. Поэтому слѣдуетъ непременно сейчасъ же послать за врачомъ; однако же,

Рис. 103.



Выпаденіе пуповины.

акушерка весьма часто бываетъ поставлена въ необходимость, не ожидая прибытія врача, немедленно приняться за дѣло.

Распознаваніе предлежанія пуповины весьма легко; она прощупывается въ видѣ небольшого, толщиною въ палецъ, подвижнаго пульсирующаго шнурка, біеніе котораго гораздо чаще пульса матери. Послѣднее обстоятельство не допускаетъ возможности смѣшать біеніе пуповины съ прощупываемыми иногда большими артеріями свода рукава или шейки матки. Пуповина

иногда выпадаетъ даже настолько, что торчитъ въ наружныхъ частяхъ.

Образъ дѣйствія. Если предлежитъ пуповина при стоячихъ водахъ, то придаемъ роженицѣ, какъ и при выпаденіи ручки, положеніе на боку, противоположномъ выпаденію, дабы пуповина могла опуститься обратно въ матку. Всякое изслѣдованіе должно быть оставлено ради того, чтобы отнюдь не разорвать пузыря. Если же пуповина выпадетъ по излитіи водъ, то ее должно вправить. Съ этою цѣлью, придаемъ роженицѣ положеніе на спинѣ, съ приподнятымъ по возможности крестцомъ. Еще лучше колѣбно-локтевое положеніе. Вводимъ въ рукавъ руку, ладонная поверхность которой соотвѣтствуетъ брюшной поверхности плода, осторожно захватываемъ пальцами пуповину и заводимъ ее черезъ личико плода въ матку. Вправление должно быть произведено быстро, чтобы не подвергать пуповину продолжительному давленію; такъ какъ кратковременное, хотя и сильное давленіе менѣе опасно для плода. Заправивъ пуповину, удерживаемъ ее до слѣдующей схватки, затѣмъ выводимъ руку и кладемъ роженицу на бокъ.

Если пуповина вновь выпадетъ или если она настолько длинна, что ее вообще невозможно вправить, то акушерка должна, въ ожиданіи врача, при высокостоящей головкѣ, удерживать послѣднюю при каждой боли, чтобы она не давила на пуповину. Если нельзя своевременно достать врача, то акушерка должна не медля произвести поворотъ на ножки, дабы имѣть возможность тотчасъ же извлечь младенца.

Если головка опустилась глубоко въ тазъ, такъ что произвести поворотъ уже невозможно, то акушерка должна ускорить роды. Для этого она треніемъ дна матки возбуждаетъ родовыя боли и во время ихъ производитъ обѣими руками по Кристеллеру давленіе на матку, а когда головка покажется въ частяхъ, то способствуетъ прорѣзыванію ея давленіемъ со стороны прямой кишки.

Если пуповина въ то время, когда выпаденіе ея будетъ замѣчено, уже не пульсируетъ и сердцебіенія плода не слышно, когда, слѣдовательно, плодъ уже погибъ, то слѣдуетъ поступать такъ, какъ при обыкновенномъ черепномъ положеніи, и ничего болѣе не предпринимать.

В. Чрезмѣрная величина и уродливости плода.

1) **Чрезмѣрная величина всего плода** или гигантскій ростъ его обусловливается или чрезмѣрной величиною отца, по отношенію къ матери, причемъ плодъ развивается въ отца, или чрезмѣрной продолжительностью беременности, т. е. запоздалыми родами. Часто причина остается неизвѣстною. Вѣсь младенца

доходить въ рѣдкихъ случаяхъ до 7, 8 и даже 9 килогрм. Кости головки очень плотны и швы настолько срослись, что черепъ не приспособляется къ пространству таза. Послѣдствіемъ этого является, какъ и при узкомъ тазѣ, замедленіе родовъ; поэтому акушерка должна поступать такъ, какъ это будетъ сказано во главѣ объ узкихъ тазахъ.

2) Чрезмѣрную величину отдѣльныхъ частей плода приходится наблюдать при болѣзняхъ плода. Чаще всего встрѣчается:

Головная водянка, т. е. скопленіе жидкости въ мозговыхъ желудочкахъ, подъ вліяніемъ чего мозгъ сдавливается, а кости черепа раздвигаются. Въ такихъ случаяхъ личико представляется сравнительно съ черепомъ малымъ, черепъ же достигаетъ иногда величины головы взрослого человѣка. Чѣмъ больше головка, тѣмъ труднѣе, конечно, роды. Они могутъ окончиться силами природы, если головка мягка, при чемъ она, постепенно удлиняясь, проходитъ черезъ тазъ, или если покровы черепа лопнуть и головка спадается вслѣдствіе истеченія содержащейся въ ней жидкости. Въ большинствѣ же случаевъ головка застреваетъ, все равно — будемъ ли имѣть дѣло съ черепнымъ или съ ягодичнымъ положеніемъ, причемъ могутъ появиться всѣ послѣдствія, упомянутыя при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ. Помощь должна состоять въ уменьшеніи головки, что должно быть произведено врачомъ. Распознать головную водянку можно по чрезмѣрной величинѣ головки и по весьма широкимъ швамъ и родничкамъ и тонкимъ, какъ бумага, костямъ вслѣдствіе чего головка представляется почти въ видѣ сильно напряженного пузыря.

Грыжи черепного и спинного мозга могутъ также образовывать большія опухоли, помѣщающіяся или на головкѣ (чаще на затылкѣ), или на протяженіи позвоночнаго столба (преимущественно въ поясничной или крестцовой области). Такія опухоли обыкновенно мягки, легко сжимаемы и потому не нарушаютъ теченія родовъ.

Увеличеніе живота встрѣчается или вслѣдствіе скопленія жидкости въ полости его (водянка), или вслѣдствіе разившейся

Рис. 104.



Головная водянка при черепномъ положеніи.

въ ней опухоли, или при врожденной пупочной грыжѣ. Заподозрѣваемъ такую неправильность въ тѣхъ случаяхъ, когда по рожденіи головки или ножекъ застреваетъ животикъ; тогда изслѣдоваіемъ, непрѣнно всюю рукою, опредѣляемъ характеръ препятствія. Распознавъ причину задержки, иногда достаточно бываетъ сильно потянуть за родившуюся часть плода, чтобы окончить роды. Если это не помогаетъ, то причина задержки должна быть удалена операціею, для чего во всякомъ случаѣ необходимъ врачъ.

Рис. 105.



Головная водянка при послѣдующей головкѣ.

3) Уродами называются тѣ плоды, которые представляютъ уклоненіе отъ нормальнаго развитія или всего тѣла, или отдѣльныхъ частей, или органовъ его.

По значенію уродливостей въ отношеніи къ родамъ онѣ раздѣляются на такія, которыя составляютъ препятствія для родовъ, и на такія, которыя не препятствуютъ родамъ.

Уродливости, не препятствующія родамъ, распознаются большею частью только по рожденіи плода и потому не требуютъ особеннаго во время родовъ ухода. Уродливости, препятствующія родамъ, чаще всего представляются съ двойнымъ количествомъ отдѣльныхъ частей, т. е. имѣютъ одно туловище

съ двумя головками, или одну головку и двойное число конечностей, или, наконецъ, имѣются сросшіея близнецы.

Такъ какъ при этихъ уродствахъ форма, въ которой выражается нарушеніе родовъ, а также и способъ распознаванія ихъ весьма различны, то и не существуетъ опредѣленныхъ для того правилъ. Акушерка въ каждомъ случаѣ, гдѣ правильное теченіе родовъ нарушено и нарушеніе это обуславливается плодомъ, должна имѣть въ виду, что существуютъ уродства, и при изслѣдованіи должна обращать на это вниманіе. Вообще же распознаваніе уродствъ уже потому трудно, что они встрѣчаются рѣдко, почему для опредѣленія ихъ недостаетъ необходимой опытности. Впрочемъ, при веденіи такихъ родовъ вниманіе всегда должно быть болѣе направлено на сохраненіе здоровья матери, чѣмъ на сохраненіе жизни плодовъ, жизнеспособность которыхъ почти безъ исключенія весьма сомнительна.

По значенію уродливостей въ отношеніи къ жизни плода онѣ раздѣляются на слѣдующіе виды:

а) Нежизнеспособные уроды, когда необходимые для жизни органы совершенно отсутствуютъ или настолько плохо развиты, что не въ состояніи выполнять своего назначенія. Сюда принадлежатъ безформенные уроды, представляющіе какъ бы кучу костей, волосъ, мышцъ и кожи; безголовые, безтуловищные, безлицые, полуголовые, гемиефалы съ отсутствіемъ свода черепа, плоды съ длиннымъ расщепленіемъ по звоночнаго столба, груди, живота; одноглазые съ хоботовиднымъ носомъ и лбомъ, одноухіе, одноногіе и т. д.

б) Условно жизнеспособные, т. е. такіе, которые могутъ жить, если уродство будетъ устранено операціею или какимъ-либо другимъ путемъ. Сюда принадлежатъ: мозговая грыжа — мѣшеччатая опухоль, выступающая черезъ неправильныя отверстія во лбу, на затылкѣ или на позвоночникѣ. До прибытія врача акушерка должна положить новорожденнаго такъ, чтобы опухоль не была прижата. Грыжа пупочнаго канатика — опухоль въ области пупка, покрытая растянутымъ влагищемъ пуповины и содержащая внутренности брюшной полости, вышедшія черезъ несросшееся мѣсто брюшной стѣнки. Такая грыжа до прибытія врача должна быть покрыта стерилизованной марлей. Заращеніе задняго прохода состоитъ въ томъ, что прямая кишка у задняго прохода или выше оканчивается слѣпымъ мѣшкомъ. На мѣстѣ задняго прохода находится тогда обыкновенно небольшое углубленіе. Въ такомъ случаѣ врачъ долженъ, по возможности, скорѣе образовать искусственное заднепроходное отверстіе, иначе кишки болѣе и болѣе растягиваются, является воспаленіе брюшины и дѣти неизбежно умираютъ. Поэтому весьма важно, чтобы акушерка заблаговременно распознала такую уродливость. Когда задній проходъ заращенъ, то это

сейчасъ же замѣтно при осмотрѣ новорожденнаго. Заращеніе прямой кишки выше задняго прохода проявляется тѣмъ, что младенецъ не испражняется, и если ему поставитъ клистиръ то клистирный наконечникъ далеко не проходитъ, или влитая въ прямую кушку вода сейчасъ же вытекаетъ и притомъ вовсе не окрашеною. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ, по возможности, скорѣе пригласить врача. Очень рѣдко прямая кишка сообщается у мальчиковъ съ мочевыми путями или у дѣвочекъ съ влагалищемъ, образуя клоаку.

в) Уродливости, не вліяющія на жизнеспособность, слѣдующія: расщепленіе верхней губы—заячья губа; расщепленіе твердаго нѣба—волчья пасть; расщепленіе нижней части передней брюшной стѣнки и мочевого пузыря; расщепленіе на половомъ членѣ у мальчиковъ, на верхней стѣнкѣ—эписпадія, на нижней—гипоспадія; уроды, полъ которыхъ не можетъ быть опредѣленъ (гермафродиты); уроды съ изувѣченными конечностями (коколапость) или съ полнымъ отсутствіемъ ихъ; съ чрезмѣрнымъ количествомъ членовъ, напр., 6 пальцевъ на рукѣ или на ногѣ.

По отношенію къ уродствамъ акушерка должна соблюдать слѣдующія правила:

1. Родившагося урода она не должна тотчасъ же показывать матери, но должна держать его въ другой комнатѣ подъ какимъ-либо предлогомъ.

2. Акушерка отнюдь не должна рассказывать кому-либо о встрѣтившейся ей уродливости, такъ какъ это не только порождаетъ сплетни, но и прямо противорѣчитъ обязательной молчаливости акушерки.

3. Родившійся уродъ долженъ пользоваться такимъ же вниманіемъ, какъ и всякій другой новорожденный.

4. Ко всякому родившемуся уроду долженъ быть приглашенъ врачъ, который и рѣшитъ, слѣдуетъ ли вообще и какъ оказать помощь младенцу.

Г. Смерть плода во время беременности и во время родовъ.

Смерть плода во время беременности.

Во время беременности плодъ можетъ умереть по слѣдующимъ причинамъ:

Вслѣдствіе инфекціонныхъ болѣзней матери, которыя или сопровождаются высокою температурою, какъ то: тифъ, острые сыпи (оспа), при которыхъ или инфекція или высокая температура убиваетъ плодъ; или же вслѣдствіе такихъ болѣзней, которыя сильно ослабляютъ беременную, какъ-то: холера, чахотка и др. Другія болѣзни, какъ напр., сифилисъ, обусловливаютъ измѣненія въ оболочкахъ плода и дѣтскомъ мѣстѣ, вслѣдствіе чего питаніе плода нарушается.

Вслѣдствіе болѣзней самаго плоднаго яйца, по причинѣ сифилиса отца, перерожденія ворсинокъ кожистой оболочки, суженія и заращенія сосудовъ пуповины, воспаленій различныхъ органовъ плода и проч.

Вслѣдствіе внѣшнихъ насилій, какъ-то толчковъ, ударовъ, паденія и т. п., при которыхъ оболочки яйца или непосредственно, или послѣдующимъ кровотеченіемъ настолько отдѣляются отъ матки, что питаніе плода нарушается.

Иногда отыскать причину вовсе не удается, тѣмъ не менѣе плодъ все-таки умираетъ у той же женщины во время каждой беременности (сравн. причины выкидыша).

Мертвый плодъ можетъ остаться въ маткѣ до конца беременности, даже иногда дольше, что, впрочемъ, встрѣчается весьма рѣдко. Въ большинствѣ же случаевъ мертвый плодъ вызываетъ сокращенія матки и изгоняется или вскорѣ послѣ смерти, или черезъ нѣсколько недѣль,—наступаетъ выкидышъ или преждевременные роды.

Если плодъ по смерти остается болѣе или менѣе долго въ маткѣ, то онъ измѣняется различнымъ образомъ:

1. Если смерть наступаетъ въ первые два мѣсяца беременности, то нѣжный маленькій плодъ совершенно растворяется въ околоплодной жидкости, такъ что мы находимъ или только небольшіе остатки его, или же вовсе ничего не находимъ.

2. Если плодъ старше, то онъ размягчается—размокаетъ подвергается мацерации. Верхняя кожица становится морщинистою, случивается большими доскутами, остальные слои кожи пропитываются красящимъ веществомъ крови, становятся студенистыми. То же происходитъ съ пуповиною. Такая же кровянистая жидкость скопляется въ грудной и брюшной полостяхъ. Соединенія костей вообще разрыхляются, почему головка представляется въ видѣ мѣшка, наполненнаго костями. Околоплодная жидкость принимаетъ грязновато-красный цвѣтъ, часто бываетъ смѣшана съ первороднымъ каломъ. Плодные оболочки желтозеленаго, грязнаго цвѣта. Дѣтское мѣсто блѣдное, въ началѣ мягкое, впоследствии плотнѣетъ. Плодъ имѣетъ совершенно своеобразный сладковатый, затхлый запахъ. Ни онъ, ни части яйца не издають гнилостнаго запаха, да и процессъ самъ по себѣ совершенно другой, чѣмъ гніеніе, почему обозначеніе «гнилой плодъ» въ такихъ случаяхъ совершенно невѣрное.

3. Плодъ можетъ высохнуть какъ мумія, мумифицироваться; околоплодная жидкость и соки тѣла всасываются, общіе покровы принимаютъ видъ выдѣланной кожи, все тѣло представляется худымъ, сухимъ и болѣе или менѣе сплюсненнымъ. Такіе плоды приходится встрѣчать почти исключительно при двойняхъ, если одинъ плодъ умираетъ, а другой продолжаетъ правильно разви-

ваться. Тогда мертвый плод задерживается въ полости матки до самых родовъ.

4. Плодъ можетъ окаменѣть, что встрѣчается почти исключительно при внѣматочной беременности, въ случаѣ если плодъ много лѣтъ остается въ полости живота. Околоплодная жидкость всасывается, оболочки плотно прилегаютъ къ тѣлу плода; какъ на нихъ, такъ и на тѣлѣ плода отлагаются известковыя соли, вслѣдствіе чего получается плотное, какъ камень тѣло. Такой плодъ называется окаменѣлымъ плодомъ. Такой плодъ можетъ лежать въ брюшной полости много лѣтъ, не причиняя особенныхъ затрудненій, даже не препятствуя новой беременности.

5. Плодъ подвергается гніенію только при доступѣ воздуха и бактерій, слѣдовательно, по истеченіи водъ, т. е. собственно только во время родовъ; мацерированный плодъ очень быстро загниваетъ и это обстоятельство при веденіи родовъ необходимо имѣть въ виду.

Признаки смерти плода во время беременности слѣдующіе:

1. Матка перестаетъ увеличиваться, она можетъ даже уменьшиться и сдѣлаться болѣе мягкой, вслѣдствіе обратнаго всасыванія околоплодной жидкости. Рукавъ и наружныя половыя части теряютъ полноту и синеватый цвѣтъ.

2. Груды становятся вялыми.

3. Во второй половинѣ беременности прекращается движеніе плода; сердцебиеніе не можетъ быть найдено.

4. Беременная ощущаетъ холодъ въ животѣ, и при перемѣнѣ положенія какъ будто какое-то постороннее тѣло переваливается въ животѣ изъ стороны въ сторону.

5. Довольно часто у беременных по смерти плода появляется одинъ, а иногда и нѣсколько приступовъ озноба, аппетитъ пропадаетъ, видъ беременной становится страдальческимъ.

Всѣ эти признаки не абсолютно вѣрны, они получаютъ значеніе только тогда, когда удается прослѣдить ихъ продолжительное время. Поэтому акушерка должна быть крайне осторожна въ своемъ заключеніи и не пугать беременную преждевременно и, быть можетъ, понапрасну.

Смерть плода не имѣетъ существеннаго вліянія на роды. Правда, при родахъ мертвымъ плодомъ гораздо чаще, чѣмъ при живомъ плодѣ, приходится встрѣчать неправильныя положенія (ягодичныя, поперечныя), членорасположеніе и выпаденіе мелкихъ частей; но такъ какъ умершіе во время беременности плоды малы и легло сжимаются, то въ большинствѣ случаевъ роды при этомъ совершаются легко.

Распознаваніе мертваго плода во время родовъ болѣею частью легко. Родовой опухоли на головѣ не бываетъ;

кости черепа или задвигаются далеко другъ за друга, или головка представляется въ видѣ напряженнаго пузыря, въ которомъ болтаются кости черепа. Верхняя кожица черепа вмѣстѣ съ волосами легко пристааетъ къ пальцу во время изслѣдованія. На выпавшей части мы видимъ слущивающуюся верхнюю кожицу и мацерацию ткани. Заднепроходное отверстіе открыто. Выпавшая пуповина не пульсируетъ и т. д.

Образъ дѣйствія. Хотя роды съ мертвымъ плодомъ вообще и протекають легко, тѣмъ не менѣ акушерка не должна забывать, что мацерированные плоды легко загнивають и что они тогда: во 1-хъ, могутъ заразить мать и, во 2-хъ, могутъ служить источникомъ заразы для другихъ роженицъ и родильницъ.

Поэтому такая роженица должна быть содержима въ строжайшей чистотѣ и тщательно дезинфицируема, точно такъ-же и сама акушерка и всѣ предметы, которые приходили въ соприкосновеніе съ роженицей. Если роды замедляются, то они должны быть ускоряемы всѣми дозволенными средствами, причемъ акушерка должна знать, что маленькій мацерированный плодъ можетъ быть извлеченъ за всякую подлежащую часть; если предлежитъ головка, то можно прямо захватить ее; если при попережномъ положеніи плечико опустилось ниже, то крючкообразно согнутымъ пальцемъ можно захватить и низвести туловище и т. д. При этомъ, однакоже, акушерка должна помнить, что мацерированныя части легко отрываются, вслѣдствіе чего извлеченіе остальныхъ частей гораздо труднѣе; поэтому акушерка должна дѣйствовать осторожно, дабы не причинить вреда. Послѣ родовъ необходимо тщательно выполоскать рукавъ.

Послѣродовой періодъ протекаетъ обыкновенно правильно, слѣдуетъ только довольно часто дѣлать дезинфицирующія выполаскиванія рукава, которыми удаляются остающіеся обыкновенно въ родовыхъ частяхъ клочки стертой верхней кожицы плода, которые легко загнивають и могутъ вызвать послѣродовое заблѣваніе.

Принять мѣры, чтобы предупредить повторное умираніе плода (лѣченіе отъ сифиласа) конечно, дѣло врача, къ которому беременная и должна обратиться.

Смерть плода во время родовъ.

Смерть плода во время родовъ обусловливается весьма различными причинами, съ которыми мы ознакомимся во всѣхъ слѣдующихъ главахъ. Почти всѣ эти причины вліяють такимъ образомъ, что нарушаютъ кровообращеніе въ дѣтскомъ мѣстѣ и въ пуповинѣ. Смерть плода большею частью наступаетъ не внезапно; напротивъ, ей предшествуютъ признаки, указывающіе на

угрожающую плоду опасность. Таковыми признаками служить:

Сердцебиение плода, которое слабѣетъ и становится неправильнымъ; въ особенности же характерно замедленіе его, и не только во время схватки, какъ то обыкновенно бываетъ, но и во время паузы между болями. Гораздо рѣже наблюдается чрезмѣрное ускореніе сердцебиенія плода до 160 ударовъ въ минуту и болѣе. Послѣдствіемъ разстройства кровообращенія плода и возрастающей венозности его крови раздражается его дыхательный центръ въ продолговатомъ мозгу. Плодъ дѣлаетъ вдыхательныя движенія, при которыхъ вмѣсто воздуха въ легкія проникаетъ жидкость и слизь.

Околоплодные воды окрашиваются въ зеленоватый цвѣтъ, потому что, коль скоро плодъ слабѣетъ, то задній проходъ раскрывается, вслѣдствіе чего первородный калъ выходитъ и прикрѣпляется къ околоплодной жидкости.

Если смерть плода уже наступила, то сердцебиение болѣе не выслушивается, движенія прекращаются, родовая опухоль становится вялою, выпавшая ручка или ножка перестаетъ двигаться при раздраженіи, пуповина не пульсируетъ. Если роды продолжаютъ долго, то къ этому присоединяются еще признаки гніенія, околоплодные воды издають дурной запахъ, въ маткѣ развиваются гнилостные газы, у роженицы является ознобъ, затѣмъ значительная лихорадка и, наконецъ, развивается весьма опасное зараженіе крови—септикемія.

При появленіи упомянутыхъ признаковъ угрожающей опасности акушерка обязана тотчасъ же послать за врачомъ, въ случаѣ же нужды и если возможно, она должна сама окончить роды. Точно также она должна поступать, если плодъ уже мертвъ, а роды замедляются. И здѣсь необходимо во время родовъ и въ послѣродовомъ состояніи соблюдать самымъ тщательнымъ образомъ чистоту и антисептику.

ГЛАВА II.

Неправильности со стороны придаточныхъ частей плоднаго яйца.

Неправильности плодныхъ оболочекъ.

Плодные оболочки могутъ быть чрезмѣрно слабыми и чрезмѣрно крѣпкими, или же онѣ слишкомъ плотно сращены съ маткою.

Слишкомъ слабыя оболочки, которыя большею частью чрезвычайно тонки, разрываются слишкомъ рано, или уже во время

беременности подъ вліяніемъ ничтожныхъ причинъ, напр., потрясеніемъ, или при первыхъ боляхъ, вообще — до полного раскрытія зѣва.

Если плодный пузырь разорвется во время беременности, послѣ чего истекають воды, то роды навѣрно наступаютъ черезъ 1—2 дня, рѣже черезъ недѣлю или позднѣе.

Роды, при которыхъ воды истекають слишкомъ рано, называли прежде «сухими», считали ихъ весьма трудными и потому опасались ихъ.

Однако же нѣтъ никакого основанія опасаться такихъ родовъ, если воды истекли не всѣ и если всѣ остальные условія родовъ правильны. Если мягкіе родовые пути хорошо подготовлены, тазъ не суженъ, родовыя боли правильны, то «сухіе роды» протекають отнюдь не медленнѣе обычныхъ и притомъ безъ вреда для матери и плода.

Но если роды замедляются вслѣдствіе того или другого изъ упомянутыхъ условій, то страдаетъ и мать, и плодъ. Зѣвъ матки подвергается раздраженію, появляются судорожныя боли, даже воспаленіе матки, плодъ тѣсно обхватывается маткою, причемъ онъ вслѣдствіе разстройства кровообращенія или сдавленія пуповины легко погибаетъ.

Слѣдовательно, хотя въ такихъ случаяхъ предсказаніе вообще недурно, тѣмъ не менѣе, преждевременное изліяніе водъ составляетъ такое явленіе, которое вовсе нежелательно и котораго всегда слѣдуетъ избѣгать, въ особенности при сказанныхъ условіяхъ.

Если при изслѣдованіи находимъ весьма тонкій пузырь, то избѣгнуть разрыва его можно покойнымъ положеніемъ роженицы и величайшею осторожностью при изслѣдованіи, которое должно быть производимо только тогда, когда пузырь не напряженъ. Разрывъ пузыря узнаемъ по повторяющемуся при каждой боли истеченію большого количества водянистой, не слизистой жидкости: при изслѣдованіи находимъ, что подлежащая часть не покрыта оболочками и что на ней образуется родовая опухоль, которая лишь крайне рѣдко развивается до излітія водъ. Иногда случается, что плодный пузырь разорвется не въ зѣвъ матки, а выше; въ такомъ случаѣ подлежащая часть остается покрытою оболочками, но онѣ не напрягаются во время болей.

Если плодный пузырь разорвался преждевременно, то не слѣдуетъ предпринимать ничего, пока дальнѣйшее теченіе родовъ не потребуетъ какихъ-либо особенныхъ мѣръ. Беременная или роженица послѣ излітія водъ должна только оставаться въ постели въ горизонтальномъ положеніи, чтобы при высокомъ стояніи подлежащей части не опустились конечности или пуповина, или чтобы низко стоящая подлежащая часть не ущемила нижняго отрѣзка матки и, раздражая его, не вызвала судорожныхъ со-

кращенной матки. Иногда полезно тампонировать рукавъ кольпейринтеромъ. Онъ задерживаетъ оставшіяся еще въ маткѣ околоплодныя воды и противодѣйствуютъ поступленію подлежащей части въ тазъ, причемъ края не вполне открытаго маточнаго зѣва могли бы ущемиться между головкою и тазомъ.

Слишкомъ плотныя оболочки—тѣ, которыя не разрываются даже послѣ полного открытія зѣва. Для того, чтобы при такомъ условіи роды могли подвинуться впередъ, т. е., чтобы плодное яйцо могло пѣбликомъ пройти черезъ родовой каналъ, необходимо, чтобы оболочки на всемъ протяженіи отдѣлились отъ стѣнки матки. Но родовыя боли не всегда могутъ оказаться достаточными для этого.

Если боли недостаточно сильны, то черезъ нѣкоторое время онѣ или совершенно ослабѣваютъ, причемъ роды останавливаются, или же онѣ становятся судорожными, и роды тоже нисколько не подвигаются впередъ. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ, роженица утомляется, слабѣетъ, начинаетъ лихорадить и т. д.

Если боли достаточно сильны, то оболочки все болѣе отдѣляются отъ внутренней поверхности матки, напряженный пузырь показывается въ половой щели и наконецъ рождается все плодное яйцо, т. е. плодъ въ неповрежденныхъ оболочкахъ. При этомъ съ одной стороны дѣтское мѣсто можетъ отдѣлиться слишкомъ рано и тогда появляется опасное для матери кровотеченіе; съ другой же стороны плоду будетъ угрожать опасность, какъ вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія плаценты, такъ и вслѣдствіе отсутствія воздуха по рожденіи его.

Поэтому во всѣхъ случаяхъ, когда при полномъ открытіи зѣва плодный пузырь не разрывается, мы должны задать себѣ вопросъ, не лучше ли разорвать его? Разорвать плодный пузырь мы можемъ, если нѣтъ суженія таза, если плодъ находится въ продольномъ положеніи и если подлежащая часть помѣщается не высоко надъ входомъ, а тотчасъ же за плоднымъ пузыремъ. При искусственномъ разрывѣ пузыря слѣдуетъ поступать такъ, какъ было сказано на стр. 185. Тотчасъ послѣ разрыва пузыря необходимо изслѣдовать, не выпала ли какая-либо мелкая часть.

Если плодъ родится въ пузырьѣ (въ сорочкѣ), то необходимо тотчасъ же разорвать пузырь, дабы новорожденный могъ дышать, если онъ живъ.

Слишкомъ плотное сращеніе плодныхъ оболочекъ съ маткою. Оно встрѣчается или вблизи зѣва матки, или выше. Если плодныя оболочки плотно сращены съ маточною стѣнкою въ области зѣва, то, несмотря на правильныя боли, зѣвъ плохо раскрывается, причемъ плодный пузырь хотя и напрягается во время болей, но не выпячивается въ зѣвъ, а остается плоскимъ, какъ часовое

стекло, и плотно прилегаеть къ головкѣ. Въ такомъ случаѣ плодный пузырь не только не содѣйствуетъ раскрытію зѣва, но напротивъ задерживаетъ роды и, слѣдовательно, долженъ быть отдѣленъ пальцемъ по окружности маточнаго зѣва или разорванъ. При этомъ, однако, акушерка должна поступать крайне осторожно и держаться правила: отнюдь не разрывать плоднаго пузыря до тѣхъ поръ, пока маточный зѣвъ не раскроется приблизительно на $2\frac{1}{2}$ пальца. Если же она разорветъ пузырь раньше, то могутъ появиться судорожныя боли, ущемленіе маточной губы и другія неблагопріятныя послѣдствія, которыя затрудняютъ роды.

Если оболочки плотно сращены съ маткою только выше зѣва, то это обстоятельство нисколько не препятствуетъ выходу плода и проявляется лишь въ послѣродовомъ періодѣ или замедленнымъ выходомъ послѣда, или задержкою оболочекъ. Слѣдовательно, при выходе дѣтскаго мѣста акушерка должна поступать весьма осторожно, не извлекать его слишкомъ быстро, но медленно поворачивать нѣсколько разъ вокругъ его оси, дабы оболочки вполне отдѣлились и образовали скрученный шнурокъ, осторожнымъ давленіемъ на который можно извлечь оболочки, не отрывая ихъ. Если по удаленіи послѣда окажется, что часть оболочекъ осталась въ маткѣ, то слѣдуетъ только соблюдать тщательную антисептику, какъ послѣ каждыя родовъ. Небольшіе клочки оболочекъ выходятъ обыкновенно сами собою въ первые дни послѣ родовъ и не причиняютъ вреда, или же извлекаются легко изъ влагалища на 2—4-й день, если ихъ можно ощущать.

Неправильности со стороны околоплодныхъ водъ.

Неправильности околоплодныхъ водъ заключаются въ томъ, что количество ихъ бываетъ или слишкомъ мало или слишкомъ велико, или качество ихъ необыкновенное.

1) **Слишкомъ малое количество околоплодныхъ водъ** можетъ въ первые мѣсяцы беременности повести къ тому, что водная оболочка будетъ тѣсно прилегать къ плоду и мѣстами приростеть къ нему. Впослѣдствіи, при накопленіи водъ сращенныя мѣста растягиваются и обуславливаютъ уродства, или же они вытягиваются въ длинныя нити, Симонартовы нити, которыя, обвиваясь около пальцевъ или членовъ плода, вполне или отчасти отдѣляютъ, ампутируютъ ихъ.

Если количество водъ остается малымъ въ болѣе поздніе мѣсяцы беременности, то плоду недостаетъ мѣста для развитія, вслѣдствіе чего, подъ вліяніемъ давленія маточныхъ стѣнокъ, отдѣльныя части плода, особенно конечности, развиваются неправильно, искривляются (косолапость). Наконецъ, во время родовъ при недостаточномъ количествѣ водъ плодный пузырь не можетъ внѣдряться въ зѣвъ матки, вслѣдствіе чего обнаружи-

ваются всё тѣ же явленія, какъ и при чрезмѣрно плотномъ сращеніи оболочекъ вокругъ зѣва матки. Отличить одно состояніе отъ другого часто бываетъ весьма трудно, и необходимая въ томъ и другомъ случаѣ помощь одна и та-же.

2) **Слишкомъ большое количество околоплодныхъ водъ—Hydramnion.** Такъ называется увеличеніе количества околоплодной жидкости вслѣдствіе разстройства кровообращенія въ организмѣ матери или плода, ведущаго къ усиленному выдѣленію воды въ полость яйца. О многоводіи говорятъ, когда количество околоплодной жидкости превышаетъ 2 литра. Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ количество воды доходило до 10—15, а въ рѣдкихъ случаяхъ даже до 30 литровъ. Многоводіе усиливаетъ обыкновенно уже во время беременности одышку и опуханіе ногъ. Иногда чрезмѣрное растяженіе матки вызываетъ сокращеніе ея, вслѣдствіе чего могутъ наступить преждевременные роды. Во время родовъ при чрезмѣрномъ количествѣ водъ нерѣдко являются слабыя боли въ періодѣ раскрытія зѣва и вялость быстро опорожненной матки въ послѣродовомъ періодѣ, съ задержаніемъ послѣда и кровотеченіемъ. Плодъ, который при многоводіи нерѣдко представляется малымъ и недостаточно развитымъ, легко принимаетъ въ растянутой полости матки неправильное положеніе; нерѣдко выпадаютъ ручки, ножки или пуповина.

Признаки слишкомъ большого количества околоплодныхъ водъ, такъ наз. многоводія, слѣдующія: чрезмѣрная величина матки, весьма равномѣрная окружность ея, причѣмъ не удается вовсе прощупать частей плода, или-же онѣ слишкомъ подвижны. Часто сердцебиеніе плода не выслушивается. Рѣзкое зыбленіе по всей поверхности матки. При внутреннемъ изслѣдованіи находимъ высокостоящіе и плоскіе своды рукава и весьма легко баллотирующую подлежащую часть плода.

Леченіе Во время беременности мы едва-ли можемъ противодействовать большому скопленію водъ, советуемъ беременнымъ больше лежать и стараемся горячими ваннами усилить дѣятельность кожи

Во время родовъ слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на то, чтобы воды отошли въ лежачемъ положеніи роженицы. Если необходимо разорвать плодный пузырь, то сперва стараемся придать плоду нормальное положеніе и затѣмъ, чтобы избѣгать быстрого истеченія водъ, разрываемъ пузырь во время паузы между болями только маленькимъ проколомъ. Въ послѣднемъ періодѣ нужно тщательнo слѣдить за маткою, чтобы предупредить кровотеченіе и задержаніе послѣда.

3) **Ненормальное качество околоплодныхъ водъ** узнается только послѣ разрыва пузыря по желто-зеленоватому или бурокрасному цвѣту ихъ; послѣднюю окраску встрѣчаемъ исключительно только при мертвомъ и мацерированномъ плодѣ; желтовато-

зеленый цвѣтъ обусловливается примѣсью первороднаго кала и указывает на угрожающую или угрожающую опасность для плода, почему необходимо всякій разъ рѣшить вопросъ, не слѣдуетъ ли окончить роды скорѣе. Скорое окончаніе родовъ при такомъ качествѣ водъ вообще весьма желательно, потому что такія воды, послѣ разрыва пузыря, весьма быстро загниваютъ вслѣдствіе доступа воздуха и тогда могутъ повести къ дурнымъ послѣдствіямъ для матери.

Неправильности со стороны пуповины.

Слишкомъ короткая пуповина можетъ обусловливать нарушеніе теченія родовъ, что встрѣчается крайне рѣдко. При этомъ роды замедляются, не смотря даже на правильность всѣхъ остальныхъ условій. Если роды тѣмъ не менѣе подвигаются впередъ, то туго натянутая пуповина тянетъ за собою плаценту, которая отдѣляется, вслѣдствіе чего появляется кровотеченіе. Если же дѣтское мѣсто плотно прикрѣплено къ маткѣ, то пуповина увлекаетъ за собою и стѣнку матки, такъ что можетъ образоваться выворотъ ея. Наконецъ, можетъ случиться, что пуповина обрывается. Акушерка едва-ли въ состояніи распознавать такую неправильность пуповины.

Большую частью, однако, короткость пуповины обусловливается обвитіемъ ея вокругъ какой-либо части плода, чаще всего вокругъ шейки. Но и тутъ пуповина наврядъ-ли бываетъ настолько короткою, чтобы препятствовать опущенію и рожденію подлежащей части. По рожденіи подлежащей части мы можемъ прямымъ ощупываніемъ, какъ при черепномъ, такъ и при ягодичномъ положеніи, убѣдиться, не слишкомъ ли натянута пуповина вслѣдствіе обвитія ея, причемъ поступать слѣдуетъ такъ, какъ это было сказано на стр. 188.

Слишкомъ большая длина пуповины сама по себѣ не причиняетъ никакого вреда; она благопріятствуетъ только обвитію ея, образованію истинныхъ узловъ и выпаденію пуповины.

Объ узлахъ пуповины было сказано на стр. 121. Наиболѣе важны истинные узлы, вслѣдствіе затягиванія которыхъ, плодъ можетъ умереть во время беременности; послѣ чего наступаютъ преждевременные роды. Во время родовъ истинные узлы могутъ образоваться только въ періодѣ изгнанія, если плодъ проскальзываетъ черезъ образовавшуюся петлю и она затягивается за нимъ; для плода они не имѣютъ никакого значенія.

Скручиваніе пуповины образуется тогда, когда плодъ многократно повернется вокругъ пуповины, какъ вокругъ оси. Въ такомъ случаѣ отдѣльныя мѣста пуповины и въ особенности оба конца ея—у тѣла плода и у мѣста прикрѣпленія къ плацентѣ—перекручиваются настолько, что становятся тонкими, какъ нитка.

Понятно, что при этомъ суживается просвѣтъ сосудовъ пуповины, вслѣдствіе чего нарушается кровообращеніе и плодъ можетъ умереть. Съ другой стороны намъ извѣстно, что такое скручиваніе пуповины можетъ образоваться и у мертвыхъ плодовъ. Слѣдовательно, мы не во всѣхъ случаяхъ должны принимать за причину смерти найденное у мертвого младенца скручиваніе пуповины. Узнается оно лишь послѣ рожденія плода.

Разрывъ пуповины встрѣчается почти исключительно тогда, когда роды совершаются при стоячемъ положеніи роженицы, и плодъ падаетъ на полъ. Если младенецъ не пострадалъ отъ паденія, то разрывъ пуповины не имѣетъ большого значенія, потому что вслѣдъ за разрывомъ сосуда пуповины весьма быстро и хорошо сокращаются, такъ что кровотеченіе изъ нихъ не бываетъ. Разорванная пуповина должна быть также перевязана, какъ и въ обыкновенныхъ случаяхъ. Непріятенъ разрывъ пуповины у самаго пупочнаго кольца; въ такомъ случаѣ акушерка должна попытаться остановить кровотеченіе ватнымъ шарикомъ, прижимая имъ кровоточащее мѣсто. Въ то же время она должна послать за врачомъ, такъ какъ можетъ потребоваться хирургическая помощь.

Разрывъ пуповины по причинѣ чрезмѣрной короткости ея также возможенъ, но извѣстенъ только въ такихъ случаяхъ, когда при ягодичныхъ положеніяхъ плода, во время извлеченія его, не было обращено вниманія на то, что плодъ сидѣлъ верхомъ на пуповинѣ. Это, конечно, непростительная ошибка.

Неправильное прикрѣпленіе пуповины къ дѣтскому мѣсту. Оно считается неправильнымъ, во 1-хъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пуповина прикрѣпляется къ нижнему краю дѣтскаго мѣста (краевое прикрѣпленіе), т. е. къ тому, который всего ближе лежитъ къ зѣву. При этомъ пуповина весьма легко выпадаетъ, и такъ какъ вправленіе ея при такомъ условіи весьма трудно или даже вовсе не удается, то эти случаи выпаденія пуповины считаются наиболѣе опасными. Во-вторыхъ, сюда принадлежитъ т. н. плевистое прикрѣпленіе пуповины, когда она прикрѣпляется къ оболочкамъ, по которымъ сосуды направляются къ дѣтскому мѣсту. Если эти сосуды проходятъ или въ области нижняго отрѣзка матки, или даже по маточному зѣву, то легко можетъ произойти или прижатіе ихъ во время родовъ подлежащею частью, или разрывъ ихъ въ моментъ разрыва плоднаго пузыря. То и другое составляетъ весьма опасную случайность для плода. Распознать плевистое прикрѣпленіе пуповины возможно только въ случаѣ, если сосуды пуповины проходятъ поверхъ зѣва. При появленіи опасности для плода мы должны тотчасъ окончить роды, при положеніяхъ тазовымъ концомъ посредствомъ извлеченія плода, при головныхъ и поперечныхъ положеніяхъ—помощью поворота.

Неправильности дѣтскаго мѣста.

Неправильное прикрѣпленіе плаценты.

Сюда относятся тѣ случаи, въ которыхъ дѣтское мѣсто прикрѣпляется къ стѣнкамъ матки ниже обыкновеннаго. Мы различаемъ три вида неправильнаго прикрѣпленія плаценты:

1) Низкое прикрѣпленіе плаценты — если край ея не прощупывается во внутреннемъ зѣвѣ, хотя прикрѣпляется поблизости надъ нимъ. Эта неправильность обыкновенно узнается

Рис. 106.



Низкое прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста.

Рис. 107.



Центральное предлежаніе дѣтскаго мѣста.

только послѣ родовъ при осмотрѣ послѣда. 2) Краевое предлежаніе — если край дѣтскаго мѣста достигаетъ зѣва или даже предлежитъ въ зѣвѣ. 3) Центральное предлежаніе — если дѣтское мѣсто совершенно закрываетъ зѣвъ матки.

Неправильное мѣстоположеніе плаценты встрѣчается (1 разъ на 250 родовъ) у перворождающихъ весьма рѣдко, наоборотъ — чаще всего у такихъ многорождавшихъ, которыя часто рожали,

у которыхъ обратное развитіе матки послѣ родовъ совершилось недостаточно и которыя страдали бѣлями. Въ такихъ случаяхъ, благодаря увеличенію полости матки, маленькое яичко не задерживается тотчасъ при вступленіи своемъ въ матку, а опускается въ нижній отрѣзокъ ея. Другіе считаютъ причиною соскальзыванія яичка книзу хроническое катарральное состояніе слизистой оболочки матки (эндометритъ).

Послѣдствіемъ такого неправильнаго прикрѣпленія плаценты являются кровотечения, большею частью во второй половинѣ беременности. Причина кровотеченій заключается въ томъ, что во второй половинѣ беременности сильно растягивается нижній отрѣзокъ матки, вслѣдствіе чего стѣнки матки отдѣляются отъ дѣтскаго мѣста, причемъ происходитъ, конечно, разрывъ сосудовъ и кровотеченіе. Такимъ образомъ и объясняется, почему подобныя кровотечения являются безъ всякой внѣшней причины, часто даже во снѣ ночью или послѣ ничтожныхъ движеній или волненій. По той же причинѣ кровотеченіе въ началѣ бываетъ слабое, позднѣе же, по мѣрѣ приближенія къ родамъ, оно все усиливается, учащается и достигаетъ наибольшей силы при быстромъ растяженіи нижняго отрѣзка матки первыми родовыми болями. Такъ же объясняется характеръ кровотеченій: внезапное истеченіе большого количества крови при разрывѣ сосудовъ и скорая пріостановка кровотеченія, когда сосудъ закупоривается сгусткомъ; затѣмъ слѣдуетъ болѣе или менѣе продолжительный промежутокъ, пока вновь не произойдетъ разрывъ другого сосуда.

Само собою разумѣется, что кровотеченіе появляется тѣмъ раньше и тѣмъ сильнѣе, чѣмъ болѣе плацента покрываетъ зѣвъ матки; поэтому при краевомъ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста кровотеченіе является только во время родовъ, между тѣмъ какъ при центральномъ предлежаніи почти всегда еще во время беременности.

Иногда послѣ повторныхъ кровотеченій наступаютъ преждевременные роды. Кровотеченіе усиливается во время родовъ. Въ періодъ раскрытія сильными сокращеніями матки нижній полюсъ яйца все больше и больше отдѣляется и обнажается. Кровотеченіе происходитъ изъ разорванныхъ материнскихъ сосудовъ или изъ межворсинчатыхъ кровяныхъ пространствъ, почему оно прежде всего опасно для матери, тѣмъ болѣе, что какъ въ началѣ, такъ и въ теченіи родовъ оно все усиливается. Ни при какихъ другихъ условіяхъ не умираетъ столько женщинъ отъ потери крови, какъ при предлежаніи дѣтскаго мѣста. Но и для плода эта неправильность тѣмъ опаснѣе, чѣмъ обширнѣе отдѣлившаяся отъ стѣнки матки поверхность дѣтскаго мѣста, потому что тѣмъ недостаточнѣе обмѣнъ веществъ между матерью и плодомъ и тѣмъ хуже совершается окисленіе крови послѣдняго.

Не смотря, однако, на чрезвычайную опасность, все-таки довольно часто хорошимъ уходомъ удается спасти и мать и ребенка. Исходъ для послѣдняго чаще бываетъ неблагопріятнымъ, почему на спасеніе ребенка не слѣдуетъ много разсчитывать.

Распознаваніе предлежанія дѣтскаго мѣста вообще не трудно. Кровотеченія, являющіяся во второй половинѣ беременности безъ видимыхъ причинъ и повторяющіяся отъ времени до времени, сами по себѣ уже подозрительны. Смѣшать ихъ можно съ кровотечениями изъ язвъ или опухолей маточной шейки, что легко можетъ быть узнано при изслѣдованіи зеркаломъ. При внутреннемъ изслѣдованіи влагалищная часть и нижній сегментъ матки оказываются очень мягкими, предлежащая часть непосредственно не ощущается. Вполнѣ убѣдиться въ предлежаніи дѣтскаго мѣста мы можемъ, конечно, только тогда, когда палецъ уже проходитъ черезъ каналъ шейки и непосредственно можетъ ощупать самое дѣтское мѣсто. По мягкой губчатой ткани, представляющей на ощупь состоящую какъ бы изъ многихъ переплетенныхъ тонкихъ и толстыхъ нитей, нельзя не узнать дѣтское мѣсто. Отъ сгустка же оно отличается тѣмъ, что оторванные частицы сгустка могутъ быть совершенно растерты пальцами.

Образъ дѣйствія зависитъ отъ времени и силы кровотечения.

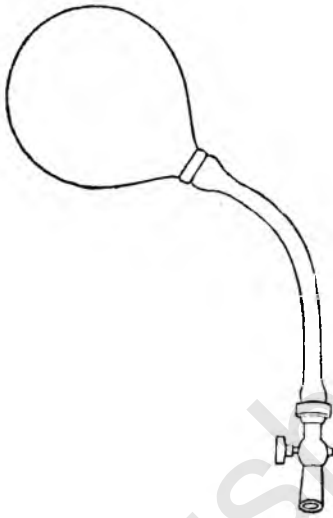
Во время беременности до появленія родовыхъ болей ограничиваемся останавливаніемъ кровотечения, если оно не сильное. При данныхъ условіяхъ, мы можемъ только уложить беременную въ постель и посовѣтовать ей держаться по возможности покойнѣе; кромѣ того, даемъ ей кислое питье и опорожняемъ кишки клистиромъ. Всѣ же обычные средства, какъ-то: холодные компрессы, холодныя спринцеванія, ледъ и т. п. здѣсь не примѣнимы, такъ какъ они вызываютъ сокращенія матки, вслѣдствіе чего кровотеченіе должно усиливаться. Если въ теченіе сутокъ кровотеченіе не возобновилось, то можно позволить женщинѣ встать, при этомъ, однако, она должна быть крайне осторожна и избѣгать всякаго душевнаго и тѣлеснаго напряженія; кромѣ того, она не должна употреблять тяжелой пищи и не пить ничего горячаго и горячительнаго.

Но если кровотеченіе настолько сильно, что появляется опасность, то слѣдуетъ ускорить роды. Между тѣмъ для родовъ требуется раскрытіе зѣва; а каждая родовая боль усиливаетъ кровотеченіе. Поэтому здѣсь требуется такое средство, которое вызывало и усиливало бы родовыя боли и въ то-же время препятствовало кровотеченію. Это средство есть тампонація, т. е. выполненіе рукава.

Тампонація рукава удобнѣе всего производится такъ наз. кольпейринтеромъ, т. е. каучуковымъ шаромъ съ придѣланною къ нему такую-же трубкою, на концѣ которой помѣщается край.

Послѣ тщательной дезинфекціи половыхъ частей и рукава стерилизованный кольпейринтеръ вводится пустымъ и сложеннымъ въ рукавъ, затѣмъ черезъ трубку наполняютъ его посредствомъ спринцовки или изъ кружки Эсмарха дезинфицирующею жидкостью настолько, чтобы стѣнки растянутаго рукава плотно прилегали къ кольпейринтеру. Затѣмъ край запирается, а если его нѣтъ, то трубка завязывается шнуркомъ. Тампонъ прямо давить на кровоточащую часть дѣтскаго мѣста и препятствовать такимъ образомъ кровотеченію, съ другой стороны онъ растягиваетъ своды рукава и тѣмъ вызываетъ сокращенія матки, которыя и раскрываютъ маточный зѣвъ.

Рис. 108.



Кольпейринтеръ.

Если нѣтъ кольпейринтера, то тампонируемъ рукавъ при помощи зеркала или по пальцу стерилизованною ватой или марлею, причемъ мы приготовляемъ изъ нея нѣсколько шариковъ величиною съ грецкій орѣхъ и вводимъ ихъ одинъ за другимъ въ рукавъ, пока своды не будутъ достаточно растянуты; или же беремъ длинную полосу обезпложенной или іодоформенной марли и вводимъ ее постепенно въ рукавъ. Въ крайнемъ случаѣ можно употребить чистый платокъ, который долженъ быть предварительно смоченъ въ 2% растворѣ карболовой кислоты и затѣмъ крѣпко выжать, но лучше пред-

варительно прокипятить его. Введеніе такихъ тампоновъ безъ зеркала гораздо болѣзненнѣе и труднѣе введенія кольпейринтера, а помощью зеркала мы не можемъ достаточно аккуратно выполнить своды. Преимущество кольпейринтера передъ марлей или ватой то, что онъ легче стерилизуется, почему опасность зараженія при введеніи кольпейринтера значительно меньше, чѣмъ при тампонаціи марлей или ватой.

Тампонъ оставляемъ на нѣсколько часовъ, затѣмъ извлекаемъ его, во 1-хъ, для того, чтобы вновь дезинфицировать рукавъ, и, во 2-хъ, чтобы опредѣлить, насколько зѣвъ открылся. Если зѣвъ еще недостаточно раскрытъ и если кровотеченіе продолжается, то необходимо сейчасъ же вновь затампонировать рукавъ.

Но коль скоро зѣвъ пропускаетъ два пальца, то роды должны быть окончены, что совершается различнымъ образомъ. Если въ зѣвѣ прощупывается не только ткань дѣтскаго мѣста, но и край его и плодныя оболочки, то слѣдуетъ разорвать

пузырь настолько широко, чтобы подлежащая часть могла пройти черезъ мѣсто разрыва. Послѣ излитія водъ подлежащая часть, будетъ ли то головка или ягодицы, опускается въ зѣвъ, прижимаетъ отдѣлившуюся часть дѣтскаго мѣста къ маточной стѣнкѣ и такимъ образомъ тампонируетъ лучше всякаго другого тампона, послѣ чего дальнѣйшее теченіе родовъ можетъ быть предоставлено силамъ природы. Если же послѣ разрыва пузыря головка не опустится и кровотеченіе продолжается, то теперь уже нельзя тампонировать, потому что кровь изливалась бы въ матку, а нужно приступить къ повороту на ножки. При ягодичномъ положеніи предпочитаемъ низвести ножку на всякій случай.

Если дѣтское мѣсто предлежитъ центрально и оболочки не достигаются, то слѣдуетъ произвести поворотъ, что въ такомъ случаѣ большею частью совершается безъ труда. Края зѣва при центральномъ предлежаніи дѣтскаго мѣста представляются обыкновенно настолько мягкими, что и при маломъ открытіи зѣва рука можетъ быть легко введена въ матку, и такъ какъ воды еще не истекли, то повернуть плодъ удастся безъ препятствій. Поворотъ можно произвести также и при зѣвѣ, открытомъ на 2 п., по способу Бракстона-Гикса. Ягодицы, вступившія послѣ поворота въ зѣвъ, замѣняютъ тампонъ, такъ что окончить роды извлеченіемъ за ножки вѣтъ надобности тѣмъ болѣе, что шейка матки при этомъ легко разрывается, что можетъ служить причиною смертельнаго кровотеченія. Послѣ разрыва плоднаго пузыря не слѣдуетъ больше тампонировать.

Само собою разумѣется, что при ягодичномъ или вожномъ положеніи вѣтъ нужды дѣлать поворотъ, слѣдуетъ только низвести ножку.

Изъ всего вышесказаннаго вытекаетъ, что акушерка при всякомъ кровотеченіи въ послѣдніе мѣсяцы беременности должна пригласить врача. Въ виду громадной отвѣтственности за мать и плодъ и только въ крайнемъ случаѣ она можетъ рѣшиться дѣйствовать самостоятельно. Въ ожиданіи же прибытія врача она должна ограничиться тампонаціею. Во всякомъ случаѣ, она поступитъ хорошо, если приготовить поперечную постель и все необходимое, между прочимъ, оживляющія и возбуждающія средства, какъ-то: бульонъ, черный кофе, теплое молоко, вино, водку, коньякъ, эфиръ, валеріановыя капли, нюхательный спиртъ.

Послѣродовой періодъ требуетъ особаго вниманія въ виду того, что послѣ такой большой потери крови нежелательно, чтобы и въ этомъ періодѣ появилось кровотеченіе. Поэтому слѣдуетъ производить сильное треніе и нажиманіе на матку, дабы послѣдъ скорѣе вышла, послѣ чего необходимо еще продолжительное время контролировать матку. Если истеченіе крови продолжается, то дѣлаемъ холодныя или еще лучше горячія (40° Р.) спринце-

ванія съ прибавленіемъ дезинфицирующей жидкости. Въ послѣ-родовомъ періодѣ слѣдуетъ съ самаго начала давать укрѣпляющую и питательную пищу: бульонъ, молоко, яйца.

Преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста.

Преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста можетъ явиться послѣ вѣшнихъ вліяній, какъ-то: напряженія, толчка, удара, паденія, верховой ѣзды и т. п. Чаше всего оно наблюдается во

Рис. 109.



время беременности вслѣд-ствие воспаления почек (нефрита), сопровождающагося отеками и выдѣленіемъ бѣлка въ мочѣ. Далѣе во время родовъ: при слишкомъ маломъ количествѣ околоплодныхъ водъ, короткой пуповинѣ, слишкомъ плотныхъ оболочкахъ, если онѣ не разрываются во-время. Послѣд-ствиемъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста всегда является кровотеченіе, причѣмъ кровь или скопляет-ся между дѣтскимъ мѣстомъ и маткою, или же вытекаетъ наружу. Въ первомъ случаѣ наблюдается быстрое увели-ченіе объема матки, напря-женіе и болѣзненность въ области прикрѣпленія дѣт-скаго мѣста. Въ обоихъ слу-чаяхъ мать можетъ постра-дать вслѣдствіе потери крови, а плодъ — вслѣдствіе нару-шеннаго кровообращенія въ дѣтскомъ мѣстѣ. Такое отдѣ-леніе дѣтскаго мѣста наблю-

Преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. дается гораздо чаще въ первые мѣсяцы беременно-сти и ведетъ къ выкидышу (см. о выкидышѣ). Въ послѣдніе мѣсяцы беременности мы предполагаемъ преждевременное отдѣ-леніе дѣтскаго мѣста, если у беременной или роженицы появляется наружное кровотеченіе или признаки внутренняго кровотеченія, не смотря на то, что при внутреннемъ изслѣдованіи мы не до-

стигаемъ дѣтскаго мѣста. Послѣ родовъ плодныя оболочки представляются разорванными въ обыкновенномъ мѣстѣ, а не по краю, и, кромѣ того, на наружной поверхности плаценты мы находимъ ступки большей или меньшей величины, иногда уже старые, обезцвѣченные.

При такихъ кровотеченіяхъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности мы поступаемъ совершенно такъ же, какъ и при предложеніи дѣтскаго мѣста. Разрывъ плоднаго пузыря представляетъ такое средство, которое въ большинствѣ случаевъ быстро и навѣрно ведетъ къ цѣли.

Сращеніе дѣтскаго мѣста съ маточною стѣнкою.

Дѣтское мѣсто соединяется съ маточною стѣнкою обыкновенно материнскими сосудами и рыхлою, легко отдѣляющеюся отпадающею оболочкою. Если въ очень рѣдкихъ случаяхъ во время беременности разовьется болѣе плотная и какъ бы соединительно-тканная связь между маткою и яйцомъ, то или вся поверхность дѣтскаго мѣста, или отдѣльные участки и дольки его оказываются плотно прикрѣпленными къ маткѣ, что называется приращеніемъ.

Послѣдствія приращенія проявляются въ послѣродовомъ періодѣ. Маточныя сокращенія не въ состояніи разрушить плотную связь, нѣкоторыя части дѣтскаго мѣста отдѣляются, другія же нѣтъ, почему плацента не можетъ быть изгнана. Присутствіе ея препятствуетъ правильному сокращенію матки, и непосредственнымъ послѣдствіемъ являются опасныя кровотеченія. Если не смотря на то, послѣдъ все-таки выйдетъ или будетъ искусственно выведенъ, то болѣе плотно сращенныя части дѣтскаго мѣста могутъ оторваться отъ общей массы плаценты и остаться въ маткѣ. Тамъ онѣ обуславливаютъ или болѣзненные послѣродовыя схватки и повторныя кровотеченія, или же разлагаются, загниваютъ и вызываютъ воспаленія и даже родильную горячку.

Распознаваніе приращенія возможно только въ послѣродовомъ періодѣ: послѣдъ не выходитъ, дѣтское мѣсто не опускается въ рукавъ, а остается высоко въ маткѣ, не смотря на обычные приемы. Появляется кровотеченіе, которое и заставляетъ насъ изслѣдованіемъ опредѣлить причину задержанія послѣда, причемъ приращенныя мѣста непосредственно осязаются введенною въ полость матки рукою. Слѣдуетъ, однако, замѣтить, что приращеніе дѣтскаго мѣста встрѣчается въ дѣйствительности гораздо рѣже, нежели полагають, такъ какъ приращенію дѣтскаго мѣста ошибочно приписываютъ почти каждое задержаніе послѣда, потребовавшее введенія руки въ полость матки, хотя оно нерѣдко

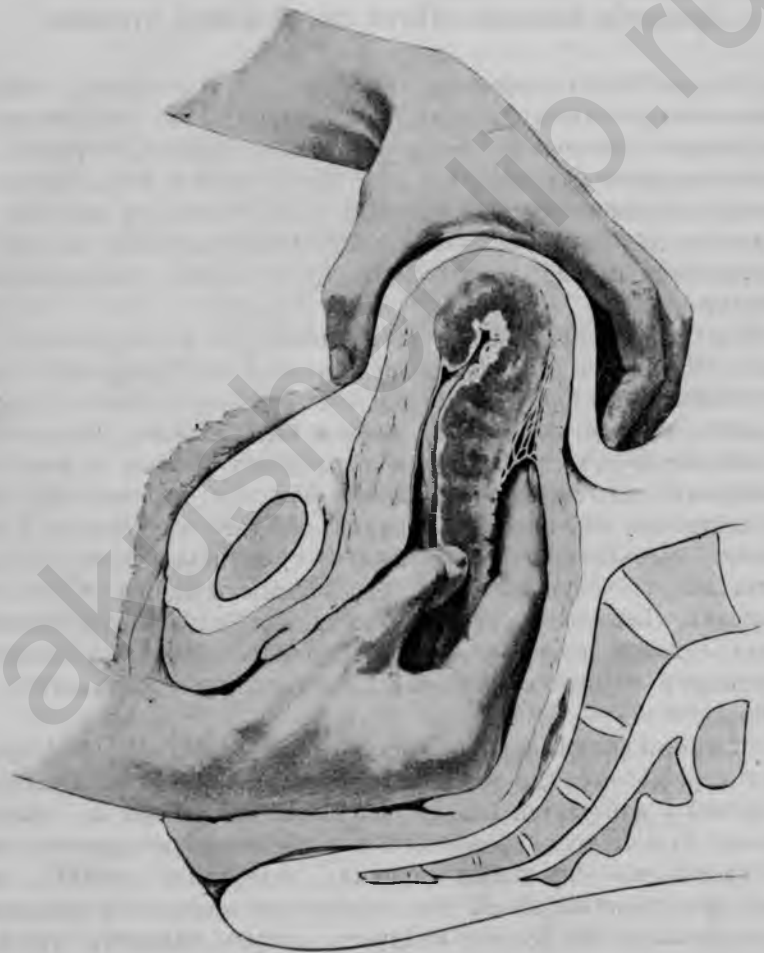
обусловливается слабостью болей или судорожнымъ сокращеніемъ внутренняго маточнаго зѣва или преждевременнымъ выдавливаніемъ послѣда.

Образъ дѣйствія заключается въ отдѣленіи приращеннаго внутренняго мѣста и въ удаленіи плаценты или преждевременнымъ выдѣленіемъ илода.

Ручное отдѣленіе дѣтскаго мѣста.

Искусственное отдѣленіе дѣтскаго мѣста производится слѣдующимъ образомъ. Послѣ предварительнаго опорожненія моче-

Рис. 110.



Искусственное отдѣленіе дѣтскаго мѣста.

ваго пузыря и дезинфекціи половыхъ частей вводимъ тщательно дезинфицированную руку въ рукавъ такимъ же образомъ, какъ

и при поворотѣ (стр. 256), причѣмъ руководствуемся направлениемъ пуповины, которую слегка натягиваемъ другою рукою. Введя руку во влагалище, кладемъ свободную руку на дно матки, удерживаемъ ею матку и приближаемъ ее къ рукѣ, введенной въ рукавъ. Если зѣвъ вялый, то вся рука весьма легко проникаетъ въ матку, если-же онъ успѣлъ уже сократиться, то постепенно расширяемъ его, вводя сперва 2 пальца, затѣмъ 3, потомъ полъруки и, наконецъ, большой палецъ; такъ какъ черезъ зѣвъ недавно только прошло все тѣло плода, то расширение обыкновенно удается безъ затрудненія. Введя руку въ матку, концами пальцевъ этой руки отыскиваемъ край дѣтскаго мѣста, почти всегда уже гдѣ-либо отдѣлившійся. Затѣмъ продвигаемъ руку между маткою и дѣтскимъ мѣстомъ такъ, чтобы тыльная поверхность руки была обращена къ маткѣ. Послѣ этого боковыми пилообразными движеніями пальцевъ въ сторону 5-го пальца отдѣляемъ дѣтское мѣсто отъ маточной стѣнки, слѣдя за направлениемъ отдѣленія, дабы не попасть пальцами въ ткань самаго дѣтскаго мѣста. Если это случится, то мы теряемъ направление и продолжаемъ работать пальцами между пучками ворсинокъ, принимая ихъ за сращения, подчасъ несуществующія, и наконецъ разрываемъ дѣтское мѣсто на нѣсколько частей, вслѣдствіе чего полное удаленіе его становится всегда затруднительнымъ. Отдѣливъ всю поверхность дѣтскаго мѣста, захватываемъ его всею рукою и выводимъ его осторожно, надавливая въ то-же время свободною рукою на матку. Удаливъ дѣтское мѣсто, необходимо тотчасъ-же вновь ввести руку въ матку для того, чтобы убѣдиться, что въ маткѣ ничего не осталось, или чтобы удалить кусочки дѣтскаго мѣста, если они остались. По выведеніи послѣда необходимо выполоскать матку слабымъ растворомъ дезинфицирующей жидкости, причѣмъ лучше употребить горячій растворъ ея. Послѣ выполаскиванія продолжаемъ производить треніе матки до тѣхъ поръ, пока она не сократится хорошо и прочно. Выведенное дѣтское мѣсто должно сохранить до осмотра его врачомъ, за которыми въ такихъ случаяхъ акушерка обязана послать, хотя бы она и была принуждена сама произвести отдѣленіе послѣда.

Болезненные измѣненія ткани дѣтскаго мѣста слѣдующія:

- 1) отложеніе старыхъ обезцвѣченныхъ свертковъ фибрина, остающихся послѣ кровотеченій.
- 2) Бѣловатые или желтоватые узлы на плодной поверхности плаценты подъ водной оболочкой, такъ называемые бѣлые инфаркты. Они встрѣчаются почти во всѣхъ плацентахъ, особенно много ихъ при воспаленіи почекъ матери. Они состоятъ главнымъ образомъ изъ волокнистаго фибрина.
- 3) Отложеніе известковыхъ солей въ верхушкѣ ворсинокъ, образующихъ маленькія угловатая возвышенія, придающія поверхности дѣтскаго мѣста неровный, шероховатый видъ.

Всѣ эти измѣненія большею частью не имѣютъ значенія, по-

тому что только въ рѣдкихъ случаяхъ они бываютъ такъ обширны, что могутъ вліять на питаніе плода. Если акушерка полагаетъ, что имѣть дѣло съ такимъ именно случаемъ, то она должна сообщить объ этомъ врачу, который иногда въ состояніи бываетъ предписать мѣры для предупрежденія повторенія неправильности.

ГЛАВА III.

Неправильности всего плоднаго яйца. Многоплодная беременность.

Хотя многоплодные роды сами по себѣ и не составляютъ неправильности, тѣмъ не менѣе они встрѣчаются довольно рѣдко, приблизительно 1 на 80, и, кромѣ того, въ теченіи ихъ весьма часто являются различныя неправильности. Поэтому акушерка можетъ одна вести многоплодные роды, но должна имѣть въ виду, что въ теченіе ихъ можетъ потребоваться помощь врача.

Многоплодные роды могутъ быть двойнями, тройнями (1 разъ на 6.400 родовъ), четвернями; наибольшее число плодовъ, которое приходилось вообще наблюдать при многоплодной беременности, ограничивалось шестью (величайшая рѣдкость).

Образованіе двойней объясняется слѣдующимъ образомъ: 1) въ каждомъ яичникѣ лопаются Граафовъ пузырьки и изъ cadaго выходитъ по одному яичку; 2) въ одномъ яичникѣ лопаются два граафовыхъ пузырька; 3) лопнувшій пузырекъ содержитъ два яичка; 4) въ одномъ яичкѣ развиваются два зародышевыхъ пятна.

Въ первыхъ трехъ случаяхъ каждое плодное яйцо имѣетъ свою собственную кожистую и водную оболочку и отдѣльное дѣтское мѣсто, оба мѣста, однакоже, могутъ сростись между собою и образуютъ тогда, повидимому, одну плаценту. Въ такомъ случаѣ при подробномъ изслѣдованіи всегда находятъ перегородку между 2 плацентами, сосуды которыхъ не сообщаются между собою. Въ 4-мъ случаѣ находимъ двѣ водныя оболочки, но одну общую кожистую оболочку и одно дѣтское мѣсто съ двумя пуповинами, сосуды которыхъ сообщаются въ дѣтскомъ мѣстѣ. Въ послѣднемъ случаѣ плоды бываютъ одного пола. Двуяйцевыя двойни гораздо чаще, чѣмъ двойни однойяйцевыя, первыхъ 85⁰/₀, а послѣднихъ 15⁰/₀. Оба яйца могутъ быть оплодотворены сѣменемъ однократнаго совокупленія или отъ разныхъ совокупленій или даже разныхъ мужчинъ. Если оба яйца принадлежатъ одному овуляціонному періоду, то говорятъ о сверхплодотвореніи, если они принадлежатъ различнымъ овуляціоннымъ

періодамъ, то это называется сверхзарожденіемъ. Возможность сверхзарожденія оспаривается многими. Дѣйствительно трудно допустить проникновеніе сѣменныхъ нитей въ матку, когда полость ея уже занята развивающимся первымъ яйцомъ. Къ тому же овуляція прекращается послѣ перваго плодотворенія.

Двойни одного пола, 2 дѣвочки или два мальчика, встрѣчаются чаще, нежели двойни разнаго пола. Вѣсь ихъ почти ни-

Рис. 111.



Двойни.

когда не бываетъ одинаковъ; разница въ вѣсѣ бываетъ иногда весьма значительная. Каждый изъ двойней самъ по себѣ меньше младенца при одноплодныхъ родахъ, но взятые вмѣстѣ они вѣсятъ больше. Одинъ плодъ можетъ быть мертвымъ, а другой живымъ; если одинъ плодъ умираетъ рано и остается долго въ маткѣ, то онъ сдавливается и высыхаетъ, т. е. образуется такъ наз. мумифицированный плодъ (см. стр. 271).

Беременность при двойняхъ потому тяжелѣе, что болѣе сильное растяженіе матки и живота обусловливаетъ и болѣе сильныя страданія, въ особенности-же затрудняется дыханіе, ноги сильнѣе опухаютъ, почему всякое движеніе становится болѣе тяжелымъ. Движенія плодовъ ощущаются обыкновенно чаще и въ разныхъ мѣстахъ, и потому бываютъ болѣе тягостны.—Большую частью оба плода находятся въ черепномъ положеніи, но можетъ случиться и такъ, что одинъ плодъ находится въ черепномъ, а другой въ ягодичномъ или поперечномъ, или оба плода въ неправильныхъ положеніяхъ. Во всякомъ случаѣ при двойняхъ приходится гораздо чаще, нежели при одноплодной беременности, наблюдать неправильныя положенія, необычныя позиціи, выпаденія мелкихъ частей плода и т. п. Наконецъ, весьма часто наблюдаемъ, что вслѣдствіе сильнаго растяженія матки родовыя боли являются по временамъ уже во время беременности: поэтому беременность двойнями нерѣдко оканчивается преждевременными родами.

Распознаваніе двойней во время беременности возможно. Чрезмѣрная величина живота; продольная борозда, раздѣляющая матку на двѣ части; движенія, ощущаемыя беременною въ различныхъ мѣстахъ живота; высокое стояніе лежащей части— не могутъ, однако, считаться вѣрными признаками двойней, потому что они, во-первыхъ, встрѣчаются также при большомъ плодѣ и большомъ количествѣ околоплодныхъ водъ, а во вторыхъ, ихъ можетъ и не быть при двойняхъ. Мы можемъ быть вполне убѣждены, что имѣемъ дѣло съ двойнями только тогда, если удастся ясно прощупать двѣ спинки или двѣ головки, или три крупныя части, или когда слышимъ сердцебиеніе въ двухъ мѣстахъ, отдаленныхъ другъ отъ друга, въ промежуткѣ же между ними сердцебиеніе не слышится, или если слышимъ въ двухъ мѣстахъ сердцебиеніе различной частоты. Иногда нѣкоторыя особенныя обстоятельства указываютъ на присутствіе двойней, напр.: предлежитъ несомнѣнно мертвый плодъ, между тѣмъ сердцебиеніе все-таки слышится; или предлежитъ головка, а между тѣмъ слышится одно сердцебиеніе высоко у дна матки. Всѣ эти признаки могутъ быть опредѣлены только при особенно благоприятныхъ условіяхъ. Поэтому болѣею частью случается, что узнаемъ двойни только по рожденіи перваго ребенка; рука, захватывающая матку послѣ рожденія плода, сейчасъ-же находитъ, что матка слишкомъ велика, и при дальнѣйшемъ наружномъ изслѣдованіи находимъ въ ней части плода, а при внутреннемъ изслѣдованіи—плодный пузырь и лежащую часть втораго плода.

Теченіе родовъ представляетъ слѣдующія особенности. Періодъ раскрытія протекаетъ часто весьма медленно, потому что матка, по причинѣ чрезмѣрнаго растяженія слабо сокра-

щается. Въ виду этого, уже теперь можетъ потребоваться присутствіе врача. Послѣ истеченія водъ большею частью не наблюдается никакихъ препятствій и періодъ изгнанія протекаетъ скоро, потому что плодъ малъ и роженица въ большинствѣ случаевъ уже не перворождающая. По рожденіи перваго младенца наступаетъ обыкновенно кратковременная пауза, пока матка не обхватитъ плотнѣе второе плодное яйцо. Черезъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа боли вновь появляются, вскорѣ лопаются пузыри, послѣ чего изгнаніе второго плода совершается крайне быстро и именно потому, что родовые пути уже вполне растянуты. Обыкновенно болѣе крупный плодъ выходитъ первымъ.

Послѣдъ изгоняется обыкновенно только по рожденіи 2-го плода; весьма рѣдко случается, что послѣдъ показывается послѣ перваго плода, и затѣмъ только рождается второй плодъ съ своимъ послѣдомъ. Въ послѣродовомъ періодѣ боли тоже часто оказываются слабыми, матка вялою, такъ что легко является кровотеченіе и задержаніе послѣда.

Не говоря уже о болѣе часто встрѣчающихся неправильныхъ положеніяхъ плода, въ особенности второго, случается далеко не рѣдко, что по рожденіи перваго плода родовыя боли паузируютъ болѣе продолжительное время и даже могутъ совершенно прекратиться, вслѣдствіе чего рожденіе второго плода совершается много часовъ, даже дней, позднѣе рожденія перваго плода, что, конечно, неблагопріятно какъ для матери, такъ и для плода. Мать съ одной стороны находится въ постоянномъ возбужденномъ состояніи, съ другой стороны она легко можетъ заболѣть, въ особенности потому, что дѣтское мѣсто перваго плода продолжаетъ выдѣлять кровь, которая такъ-же, какъ и безжизненная теперь первая пуповина, легко можетъ разлагаться, загнить и заражать маленькія пораненія, причиняемыя неминуемо рожденіемъ перваго плода. Второй плодъ страдаетъ потому, что по рожденіи перваго матка значительно уменьшается въ объемѣ, вслѣдствіе чего суживаются сосуды дѣтскаго мѣста, слѣдовательно, плодъ не получаетъ достаточно окисленной крови и потому легко умираетъ.

Въ послѣродовомъ періодѣ обратное развитіе матки нерѣдко совершается медленнѣе, нежели послѣ одноплодныхъ родовъ, вслѣдствіе чего матка остается большою и тяжелою, но легко принимаетъ неправильныя положенія; или-же послѣдовательное истеченіе крови продолжается очень долго.

Изъ числа дѣтей, которыя большею частью малы и часто недоношены, очень многія умираютъ въ первыя недѣли послѣ родовъ.

Образъ дѣйствія при родахъ двойнями. Если акушерка подозреваетъ беременность двойнями, то нѣтъ нужды сообщать объ этомъ беременной; она можетъ сдѣлать это во время родовъ

тогда, когда она точно опредѣлила присутствіе двухъ плодовъ. Но и тогда слѣдуетъ сообщить объ этомъ не внезапно, а осторожно, такъ какъ роженица можетъ испугаться и только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ радуется этому событію. Такъ какъ никогда впередъ нельзя сказать, въ какомъ положеніи представится въ родахъ второй плодъ, то акушерка должна своевременно позаботиться о присутствіи врача до или тотчасъ-же послѣ рожденія перваго плода.

По рожденіи перваго плода необходимо тщательно перевязать пуповину въ двухъ мѣстахъ, дабы второй плодъ не могъ истечь кровью черезъ пуповину перваго плода, въ случаѣ, если оба плода имѣютъ общее дѣтское мѣсто.

До появленія вновь родовыхъ болей ничего не слѣдуетъ предпринимать ради ускоренія рожденія втораго плода. Акушерка должна спокойно ждать, даже если боли не появляются въ продолженіе нѣсколькихъ часовъ. Коль скоро боли появились, пузырь напрягается и головка прощупывается тотчасъ-же за пузыремъ, то, какъ и при одноплодныхъ родахъ, акушерка можетъ прорвать пузырь. Въ случаѣ, если и послѣ излитія водъ рожденіе втораго плода замедлится, то она можетъ подчасъ съ успѣхомъ примѣнить выжиманіе плода по Кристеллеру.

За послѣродовымъ періодомъ необходимо слѣдить весьма тщательно, дабы матка сократилась возможно лучше. Вывести послѣдъ слѣдуетъ только треніемъ и нажиманіемъ на матку, но отнюдь не потягиваніемъ за пуповину.

Чтобы избѣжать послѣдовательныхъ кровотеченій, пониженій и другихъ неправильныхъ положеній матки, весьма полезно оставить родильницу въ постели дольше обыкновеннаго, пока обратное развитіе матки не совершится въ достаточной степени. Само собою разумѣется, что при всякой наступившей неправильности акушерка должна руководиться общими правилами какъ относительно приглашенія врача, такъ и по отношенію къ своей самостоятельной помощи.

Внѣматочная беременность.

Намъ уже извѣстно, что яичко можетъ быть оплодотворено на всемъ пути отъ яичника до полости матки. По оплодотвореніи оно начинаетъ развиваться. Слѣдовательно, если оплодотворенное яичко не попадаетъ въ полость матки, то оно застрянетъ и начинаетъ развиваться въ какомъ-либо другомъ мѣстѣ: въ самомъ яичникѣ, въ Граафовомъ пузырькѣ, въ брюшной полости или въ маточной трубѣ. Поэтому различаемъ три вида внѣматочной беременности: яичниковую, брюшинную и трубную беременность. Последняя самая обыкновенная форма внѣматочной беременности, между тѣмъ какъ яичниковая и брюшинная бере-

менности встрѣчаются очень рѣдко. Брюшинная беременность происходитъ обыкновенно вторично изъ трубной беременности послѣ разрыва трубы.

Причины внѣматочной беременности до сихъ поръ еще не выяснены. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ усмотрѣли причину въ утратѣ рѣсничекъ трубнаго эпителия вслѣдствіе катарральнаго воспаления при гонорройной (трипперной) инфекціи или въ запуханіи просвѣта трубы. Другіе обвиняютъ недостаточное развитіе яйцеводовъ и чрезмѣрную величину оплодотвореннаго яйца, которое не въ состояніи пройти черезъ узкій каналъ.

При трубной беременности матка вначалѣ увеличивается, какъ и въ обыкновенныхъ случаяхъ беременности слизистая оболочка ея превращается въ отпадающую, мышечный слой ея утолщается. При весьма тщательномъ изслѣдованіи мы находимъ уже рано сбоку и сзади матки небольшую кругловатую эластичную опухоль, которая растетъ, какъ легко констатировать повторными изслѣдованіями.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ женщина жалуется на коликообразныя боли въ животѣ, но очень часто ея самочувствіе хорошее или она страдаетъ только обыкновенными явленіями беременности (тошнотой и т. п.). Въ такихъ случаяхъ она конечно не сознаетъ опасности своего положенія, пока вдругъ не появится приступъ внутренняго кровотечения съ угрожающими явленіями вслѣдствіе разрыва трубы.

Исходы. При трубной беременности обыкновенно на 2-мъ или на 3-мъ мѣсяцѣ внезапно наступаетъ катастрофа—разрывъ беременной трубы. Вслѣдъ за внезапною болью, какъ бы отъ разрыва чего-то въ животѣ, быстро появляются признаки внутренняго кровотечения, женщина блѣднѣетъ, слабѣетъ, являются обмороки, пульсъ исчезаетъ и въ самое короткое время можетъ наступить смерть. При изслѣдованіи живота констатируется или зыбленіе или притупленный тонъ при перкуссіи отлогихъ частей живота. Все это обуславливается тѣмъ, что фаллопиева труба не въ состояніи растягиваться соотвѣтственно увеличивающемуся въ ней плодному яйцу и потому она внезапно разрывается, яйцо выпадаетъ въ брюшную полость и одновременно туда-же изливается жидкая кровь изъ разорванныхъ сосудовъ трубы. Если смерть не послѣдовала сейчасъ же, то кровотеченіе можетъ остановиться, а излившаяся кровь постепенно всасывается, и больная можетъ оправиться отъ тяжелой болѣзни, или же она все-таки умираетъ отъ воспаления брюшины.

Другой исходъ трубной беременности это такъ называемый трубный выкидышъ. Вслѣдствіе кровоизліяній между яйцомъ и плодомъѣстилицемъ яйцо отдѣляется отъ стѣнки трубы и выдвигается давленіемъ кровоизліянія къ брюшному отверстию ея. Этому могутъ тоже способствовать сокращенія мускулатуры

трубы. При полномъ трубномъ выкидышѣ яйцо вмѣстѣ со сгустками изгоняется въ брюшную полость, при затыжномъ трубномъ выкидышѣ оно застреваетъ гдѣ-нибудь въ трубѣ. Какъ разрывъ трубы, такъ и трубный выкидышъ происходятъ при вышеописанныхъ явленіяхъ внутренняго кровотеченія, подвергающихъ жизнь женщины большой опасности. Только при затыжномъ выкидышѣ кровотеченіе въ брюшную полость менѣе опасное, происходитъ обыкновенно приступами и протекаетъ безъ такихъ бурныхъ явленій. Кровь изливается изъ трубы въ брюшную полость въ меньшемъ количествѣ и менѣе быстро. Она накапливается тогда сзади матки въ Дугласовомъ пространствѣ, свертывается тамъ-же и образуетъ тогда такъ наз. заматочную кровяную опухоль (Haematocoele). Боли, сопровождающія образование этихъ опухолей, черезъ нѣкоторое время прекращаются, опухоль въ теченіе нѣсколькихъ недѣль всасывается вполне, — надо полагать вмѣстѣ съ погибшимъ плоднымъ яйцомъ, — и здоровье восстанавливается полное.

Прерываніе трубной беременности трубнымъ выкидышемъ или разрывомъ трубы сопровождается обыкновенно большимъ или меньшимъ маточнымъ кровотеченіемъ, а нерѣдко и выходненіемъ отпадающей оболочки изъ полости матки цѣликомъ или кусками. Эти явленія толкуются иногда ошибочно, при неустановленномъ распознаваніи трубной беременности, какъ признакъ начинающагося выкидыша при маточной беременности. Эту ошибку можно однако легко избѣгать констатированіемъ трубной опухоли при помощи комбинированнаго изслѣдованія.

Еще въ другихъ случаяхъ вовсе не происходитъ разрыва трубы. Плодъ умираетъ въ раннемъ періодѣ беременности отъ какихъ-либо причинъ, размокаетъ въ околоплодной жидкости и всасывается, оболочки-же превращаются въ соединительно-тканый рубецъ, находящійся возлѣ матки и обусловливающій только явленія, подобныя тѣмъ, которыми сопровождается хроническое воспаленіе трубы.

При яичниковой или брюшинной, рѣже при трубной беременности плодное яйцо можетъ достигнуть большей степени развитія, и тогда распознаваніе внѣматочной беременности легче. Матка достигаетъ только величины соответствующей 3—4 мѣсяцу беременности, находящаяся-же рядомъ съ нею опухоль все болѣе и болѣе растетъ. Въ ней съ 6-го мѣсяца можно слышать сердцебіеніе и при наружномъ и внутреннемъ изслѣдованіи прощупать части плода. Если это несомнѣнно, то мы навѣрно имѣемъ дѣло съ внѣматочною беременностью. Такая беременность можетъ продолжаться до нормальнаго срока; затѣмъ появляются родовыя боли, которыя и изгоняють отпадающую оболочку, что сопровождается истеченіемъ крови. Если послѣ этого плодъ не будетъ удаленъ чревосѣченіемъ, то онъ умираетъ.

Если плодъ погибъ до срока родовъ и дѣло не дошло до разрыва плодовмѣстителя, то околоплодная вода всасывается, а тѣло плода подвергается различнымъ измѣненіямъ. Наиболѣе благопріятное измѣненіе — превращеніе его въ окаменѣлый плодъ, описанное на стр. 272; такой плодъ можетъ оставаться въ животѣ много лѣтъ безъ всякаго вреда для матери. Наблюдались даже случаи, что женщины съ окаменѣлымъ плодомъ въ животѣ еще рожали благополучно. Или-же послѣ смерти плода развивается воспаленіе брюшины, которое или быстро ведетъ къ смерти, или ограничивается окружностью яйца. Въ другихъ случаяхъ развивается нагноеніе въ яйцѣ. Гной разрушаетъ мягкія части плода, все плодное яйцо рано или поздно превращается въ большую полость, наполненную гноемъ, въ которомъ плаваютъ отдѣлившіяся другъ отъ друга кости плода. При этомъ больная или умираетъ отъ лихорадки, сопровождающей нагноеніе, или-же гной прокладываетъ себѣ дорогу черезъ брюшную стѣнку, черезъ прямую кишку, мочевой пузырь, или рукавъ, причѣмъ вмѣстѣ съ гноемъ выходятъ косточки. Послѣ опороженія гнойная полость спадается, и больная поправляется, или она все-таки умираетъ отъ истощенія.

Распознаваніе трубной беременности до ея разрыва основывается на данныхъ внутренняго изслѣдованія (увеличенная матка и эластичная опухоль за ней и сбоку надъ сводомъ рукава) при наличности другихъ признаковъ беременности, какъ увеличеніе груди, присутствіе молозива, характерное окрашиваніе слизистой оболочки влагалища и тошнота. Послѣ разрыва распознаваніе еще легче. Предшествовавшая задержка регуль и вдругъ наступившее острое малокровіе указываютъ на разрывъ беременной трубы. Это подтверждается притупленіемъ въ боковыхъ частяхъ живота и выпячиваніемъ задняго свода рукава при влагалищномъ изслѣдованіи. Во второй половинѣ беременности увеличеніе матки не соотвѣтствуетъ сроку беременности, а въ опухоли, лежащей за ней или сбоку отъ нея опредѣляется присутствіе плода.

Уходъ. Акушерка не можетъ и не должна брать на свою отвѣтственность леченіе внѣматочной беременности. При малѣйшемъ подозрѣніи она должна пригласить врача. До его прибытія она можетъ, въ случаѣ внутренняго кровотеченія, положить беременной на животъ пузырь со льдомъ, давать ей глотать кусочки льда, крѣпкое вино, гофманскія капли, эфирныя валеріановыя капли. При появленіи воспаленія акушерка также можетъ положить ледъ или холодныя компрессы на животъ, дать кислое питье и 5 капель настойки опія. Кромѣ этого, акушерка ничего не можетъ предпринимать. Чѣмъ раньше въ теченіе такой беременности будетъ приглашенъ врачъ, тѣмъ лучше можетъ быть исходъ и тѣмъ больше вѣроятности для матери остаться въ живыхъ.

Пузырчатый заносъ.

Пузырчатымъ заносомъ называется рѣдкое заболѣваніе плоднаго яйца, при которомъ ворсинки кожистой оболочки превращаются въ пузырьки, содержимое которыхъ состоитъ изъ свѣтлой жидкости. Пузырьки бываютъ величиною отъ просяного зерна до лѣснаго орѣха и соединены между собою стебельками. Они представляютъ перерожденные ворсинки, эпителиальные покровы которыхъ сильно разрастаются, образуя отростки. Въ эти отростки вростаетъ впоследствии основная соединительная ткань ворсинокъ, которая вскорѣ подвергается разжиженію. Перерожденіе ворсинокъ начинается рано, уже въ 1 или 2 мѣсяцѣ беременности, при этомъ плодъ погибаетъ и всасывается. При быстромъ ростѣ пузырьковъ все яйцо скоро исчезаетъ, превращаясь въ массу пузырьковъ.

Причины образованія пузырнаго заноса неизвѣстны. Чаще онъ наблюдается у многорождающихъ и у женщинъ старшаго возраста.

Рис. 112.



Теченіе. При пузырчатомъ заносѣ матка растетъ значительно быстрее, чѣмъ при правильной беременности; на 3-мъ—4-мъ мѣсяцѣ беременности она ровняется маткѣ на 7-мъ мѣсяцѣ правильной беременности. Больныя жалуются на боли въ животѣ вслѣдствіе рано появляющихся сокращеній матки. При этомъ наблюдаются слизистыя выдѣленія и нерѣдко выходятъ пузырьки. Иногда при внутреннемъ изслѣдованіи маточный зѣвъ оказывается открытымъ и введенный въ полость матки палецъ прощупываетъ мягкую ткань заноса. На 3—5 мѣсяцѣ происходитъ большей частью изверженіе заноса, которому обыкновенно предшествуютъ болѣе или менѣе обильныя кровотеченія, ведущія къ развитію малокровія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрастающіяся ворсинки проникаютъ глубоко въ разѣденную маточную ткань, даже брюшинный покровъ прободается имъ. Такой заносъ называется «разѣдающимъ».

Въ большинствѣ случаевъ послѣ выхожденія или искусственнаго удаленія заноса женщины скоро поправляются. Только въ

небольшомъ числѣ случаевъ (15%) уже послѣ изгнанія пузырного заноса начинается образовываться чрезвычайно злокачественное новообразование (хорионэпителиома), которое быстро растетъ и даетъ метастазы (переносы) въ различные органы. Признаками его служить увеличеніе матки, бѣли, кровотеченія и лихородка.

Распознаваніе. По быстрому росту матки, по кровотеченіямъ и по изгнаннымъ пузырькамъ можно распознать беременность пузырчатымъ заносомъ и безъ прямого ощупыванія пальцемъ, проведеннымъ черезъ каналъ шейки. Смѣшать заносъ съ начинающимся выкидышемъ — ошибка, но всегда простительная.

Образъ дѣйствія при заносѣ совершенно тотъ-же, какъ и при выкидышѣ; слѣдуетъ только придерживаться того, что, распознавъ заносъ, не должно прибѣгать къ средствамъ, которые въ состояніи задержать роды; напротивъ, мы должны употреблять исключительно средства, ускоряющія роды.

Далѣе слѣдуетъ знать, что вся эта масса, имѣющая сходство съ кистью винограда, изгоняется иногда сразу; но нерѣдко она выходитъ частями, почему нѣкоторыя частицы ея могутъ остаться въ маткѣ и тѣмъ способствовать появленію повторнаго кровотеченія и воспаленія. Беременность и роды заносомъ гораздо опаснѣе выкидыша, поэтому акушерка должна настаивать на веденіи леченія врачомъ.

ГЛАВА IV.

Неправильности родовыхъ болей.

Родовыя боли могутъ быть или сами по себѣ неправильными, или время появленія ихъ не обычно. Поэтому мы различаемъ: слишкомъ слабыя, слишкомъ сильныя и судорожныя боли; выкидышъ, преждевременные и запоздалые роды.

Ненормальное качество родовыхъ болей.

1. **Слабыми родовыми болями** называются такія боли, которыя являются слишкомъ рѣдко, продолжаются слишкомъ короткое время, и при которыхъ матка мало плотнѣетъ. Такія боли не проявляютъ дѣйствія, соответствующаго періоду родовъ. Прямыми послѣдствіями такихъ болей должны быть: слишкомъ медленное расширеніе зѣва въ періодѣ раскрытія, слишкомъ медленное прохожденіе плода или даже остановка въ періодѣ изгнанія и, наконецъ, задержаніе послѣда и кровотеченіе въ послѣродовомъ періодѣ.

Слабость болей составляетъ самую частую неправильность во время родовъ и причины ея весьма различны.

1) Боли могутъ быть съ самаго начала родовъ слабыми—первичная слабость родовыхъ болей. Такая слабость можетъ быть врожденной, какъ послѣдствіе общей слабости или недостаточнаго развитія мускулатуры матки, причемъ роженица можетъ быть достаточно крѣпкаго сложенія. Съ другой стороны, первичная слабость болей можетъ быть приобретенною, какъ послѣдствіе общихъ ослабляющихъ болѣзней, нужды, голода, или душевныхъ волненій, какъ-то: испуга, страха и т. п. Далѣе, первичная слабость наблюдается нерѣдко у слишкомъ молодыхъ или слишкомъ старыхъ первородящихъ, и наконецъ она является въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ матка была чрезмерно растянута, а мускулатура ея истончена напр., двойнями или большимъ количествомъ околоплодныхъ водъ.

2) Боли слабѣютъ въ теченіе родовъ—вторичная слабость,—когда неподатливый зѣвъ, узкій тазъ или узкіе мягкіе родовые пути представляютъ слишкомъ большое препятствіе, вслѣдствіе чего матка ослабѣваетъ—состояніе усталости и истощенія маточной мускулатуры. При воспаленіи матки, какъ вслѣдствіе наступившаго уже во время родовъ зараженія, боли также слабѣютъ.

Значеніе слабости болей весьма различно, смотря по періоду родовъ, въ особенности же по тому, цѣль ли при этомъ плодный пузырь или воды уже истекли. Слабыя боли въ періодѣ раскрытія не имѣютъ большаго значенія, плодъ при этомъ не страдаетъ, у матери же появляется лишь усталость, вслѣдствіе невозможности въ теченіе долгаго времени отдохнуть надлежащимъ образомъ. Но если воды уже истекли, то стѣнки матки плотно прилегаютъ къ плоду, кровообращеніе въ дѣтскомъ мѣстѣ нарушается, плоду угрожаетъ опасность, и если такое состояніе продлится долго, то онъ можетъ умереть. Съ другой стороны давленіе, претерпѣваемое маточными стѣнками, можетъ вызвать воспаленіе ихъ. Если подлежащая часть находится въ рукавѣ, то мягкія части таза подвергаются, хотя не сильному, но продолжительному давленію, воспаляются и могутъ даже омертвѣть. Послѣдствіемъ этого можетъ быть смерть отъ скоротечной родильной горячки, или омертвѣлыя куски выпадаютъ послѣ родовъ и оставляютъ послѣ себя фистулы, т. е. отверстія, сообщающія маточную шейку и рукавъ съ сосѣдними органами, съ мочевымъ пузыремъ, мочеиспускательнымъ каналомъ и съ прямою кишкою. Въ послѣдовомъ и послѣродовомъ періодѣ вслѣдствіе слабости болей появляются не только опасныя кровотечения, но и весьма продолжительныя маточныя болѣзни, задержаніе сгустковъ съ поздними кровотечениями и воспаленіемъ, а также хроническія воспаленія, опущенія, выпаденія, наклоненія и перегибы впередъ и назадъ.

Леченіе сообразуется съ причинами и съ періодомъ родовъ.

Въ періодѣ раскрытія, при первичной слабости подкрѣпляемъ роженицу молокомъ, бульономъ, виномъ, кофеемъ, а если нужно, то даемъ ей даже плотную пищу. Весьма полезны горячіе рукавные души въ 36° черезъ 1—2 часа и теплыя ванны въ 28—29° Р. Въ то же время уговариваемъ роженицу быть покойною и въ теченіе длинныхъ промежутковъ между слабыми болями засыпать, хотя бы каждый разъ только на нѣсколько минутъ дабы она не теряла силы отъ одного недостатка сна. Средства, прямо усиливающихъ боли, не слѣдуетъ употреблять; точно также не слѣдуетъ разрывать плодный пузырь.

Въ періодѣ изгнанія, напротивъ, слѣдуетъ примѣнять такія средства, которыя способны вызвать, усилить или замѣнить родовыя боли.

Что касается искусственнаго разрыва плоднаго пузыря, то объ немъ было уже упомянуто нѣсколько разъ, прибѣгнуть къ нему по причинѣ слабости болей можно только тогда, когда зѣвъ вполне или почти совершенно открытъ, когда предлежитъ головка, и притомъ когда она стоитъ не высоко, а въ полости таза, и когда тазъ не суженъ. Во всѣхъ другихъ случаяхъ, а именно при неправильныхъ положеніяхъ и позиціяхъ плода и при суженіи таза, слѣдуетъ непремѣнно ждать, пока пузырь самъ не лопнетъ.

Спринцеванія и ванны послѣ раскрытія зѣва уже неумѣстны; весьма полезно измѣнять положеніе роженицы; если она лежитъ на спинѣ, то положить ее на бокъ, и наоборотъ.

При переполненіи мочевого пузыря нужно поставить катетеръ, а переполненіе прямой кишки устраняется клистиромъ.

Средства, прямо усиливающія боли, раздѣляются на наружныя и внутреннія.

Трение дна матки производится во время паузы между болями до тѣхъ поръ, пока матка не сократится; во время боли рука остается покойно на маткѣ. При трении нужно стараться обхватить возможно большую поверхность дна матки.

Внутреннія средства (кромѣ бульона, вина и кофе) слѣдующія:

Настойка корицы — дается черезъ полчаса по чайной ложкѣ. Буря—черезъ 1—2 часа по 0,5. Хининъ—черезъ часъ по 0,5 отъ 1 до 3-хъ приемовъ. Спорынья (секале)—дается тоже 0,5. Акушерка поступитъ лучше, если не будетъ употреблять ни одного изъ этихъ средствъ, такъ какъ дѣйствіе ихъ очень сомнительно. Во всякомъ случаѣ акушеркѣ запрещается давать спорынью до окончанія родовъ, потому что спорынья во многихъ случаяхъ вызываетъ судорожное сокращеніе маточной мускулатуры, при чемъ притокъ артеріальной крови къ плацентѣ уменьшается, такъ что плодъ можетъ погибнуть.

Поименованныя средства употребляются, конечно, не всѣ сразу, но одно послѣ другого, не слѣша и безъ суетливости. Если

они не оказываютъ желаемого дѣйствія, то слѣдуетъ замѣнить недостаточную изгоняющую силу матки другою силою, а такая сила можетъ состоять или въ влеченіи за подлежащую часть, или въ давленіи снаружи черезъ матку на плодъ.

Влеченіе за подлежащую часть акушерка можетъ произвести только при положеніи тазовымъ концомъ, причемъ она должна держаться всѣхъ правилъ, приведенныхъ на стр. 246 при извлеченіи плода за нижній конецъ туловища.

При черепныхъ положеніяхъ акушерка не можетъ производить влеченія и потому должна замѣнить влеченіе давленіемъ снаружи, выжиманіемъ плода по способу Кристеллера. При этомъ акушерка поступаетъ слѣдующимъ образомъ: она становится или садится рядомъ съ роженицей и старается треніемъ вызвать сокращеніе матки. Коль скоро матка сдѣлается плотною, акушерка кладетъ обѣ руки на дно матки, и именно на то мѣсто ея, гдѣ прощупывались ягодицы, и нажимаетъ на послѣднія, по направленію внизъ къ тазу. Давленіе продолжается приблизительно столько-же времени, сколько и сокращеніе матки, слѣдовательно, около минуты; по расслабленіи матки начинается вновь треніе и т. д. Этими приемами, во-1-хъ, вызываемъ сокращеніе матки, во-2-хъ, усиливаемъ брюшной прессъ и, въ-3-хъ, прямо продвигаемъ плодъ. При благопріятныхъ обстоятельствахъ, можно достигнуть поразительнаго успѣха и продвинуть головку, долгое время стоявшую неподвижно у выхода, въ нѣсколько минутъ настолько, что она прорѣзывается.

Таковыми благопріятными обстоятельствами считаемъ слѣдующія:

1) Отсутствіе всякаго значительнаго препятствія для родовъ, т. е. тазъ не долженъ быть суженъ, мягкіе родовые пути не должны быть плотны и неподатливы; слѣдовательно, сюда болѣе подходятъ многорожающія съ широкимъ тазомъ.

2) Головка должна стоять низко и притомъ настолько, что ей дѣйствительно остается только прорѣзаться.

3) Брюшные покровы не должны быть ни слишкомъ толсты, ни слишкомъ напряжены, ни чрезмѣрно чувствительны, такъ чтобы возможно было во время паузы обхватить хорошо ягодицы и вообще плодъ.

4) Родовыя боли должны быть дѣйствительно слабы, но отнюдь не судорожны, ибо въ противномъ случаѣ, подъ вліяніемъ тренія и давленія, судороги матки могли бы усилиться и даже причинить воспаленіе матки.

Само собою разумѣется, что треніе и давленіе должно производить разумно и въ мѣру. Производя давленіе немилосердно изо всей силы, не обращая вниманія на ощущенія роженицы, конечно, можно принести вредъ. При разумномъ же примѣненіи способъ Кристеллера никогда не вредитъ, а приноситъ только пользу и матери, и плоду. Щольза, приносимая выжиманіемъ, не

ограничивается только періодомъ изгнанія. но и въ послѣдовомъ періодѣ возбужденіе болѣе сильныхъ сокращеній матки дѣйствуетъ благопріятно и предохраняетъ отъ кровотеченія даже послѣ выхожденія послѣда.

Уходъ при слабости родовыхъ болей въ послѣдовомъ періодѣ и при послѣродовыхъ кровотеченияхъ.

Самое главное средство при слабости болей въ этомъ періодѣ родовъ заключается въ треніи и давленіи на матку, какъ это описано на стр. 192. Если въ этомъ періодѣ матка, дѣйствительно, плохо сократится и останется вялою, то почти всегда треніемъ и давленіемъ можно достигнуть цѣли, слѣдуетъ только производить и то, и другое болѣе энергично. Если же по причинѣ слабыхъ болей появляется кровотеченіе, которое мы всегда можемъ видѣть и контролировать по массѣ излившейся на простыню крови, то, не говоря уже о томъ, что немедленно надо пригласить врача, слѣдуетъ проспринцевать рукавъ горячей дезинфицирующей жидкостью и примѣнить способъ Креде. Если же кровотеченіе усилится настолько, что матери угрожаетъ опасность, то слѣдуетъ вывести послѣда такъ, какъ это указано на стр. 288.

Если и по выхожденіи послѣда матка остается вялою, то треніе въ случаѣ нужды производится нѣсколько часовъ подъ рядъ и акушерка ни на минуту не должна оставлять разрѣшившуюся. При продолжающемся кровотеченіи даемъ 1 — 4 порошка спорыни по 0,5 черезъ полчаса по порошку, съ виномъ или съ эфирными валеріановыми каплями, послѣ чего опять проспринцовываемъ рукавъ горячею водою (40° R.). При этомъ маточный наконечникъ долженъ быть проведенъ до шейки и одна рука въ продолженіи всего спринцеванія должна лежать снаружи на маткѣ, чтобы противодействовать растяженію матки втекающей водою. Такое спринцеваніе почти всегда ведетъ къ остановкѣ кровотеченія; въ случаѣ нужды оно можетъ быть повторено.

Если ступокъ крови или остатки оболочекъ не позволяютъ крови излиться наружу, то при продолжающейся вялости матки кровь можетъ скопиться въ полости ея, причемъ получается внутреннее кровотеченіе, которое легко можетъ быть просмотрѣно, такъ какъ кровь не изливается наружу. Узнать внутреннее кровотеченіе, однако, всегда можно, слѣдя за маткою, которая становится мягкою, объемистою и дно ея приподымается кверху; кромѣ того, лицо и руки родильницы блѣднѣютъ и холоднѣютъ, пульсъ становится малымъ и учащеннымъ, позднѣе, какъ вообще при всякой чрезмѣрной потери крови является рвота, звонъ въ ушахъ, темнота передъ глазами, обморокъ, наконецъ, значительное безпокойство, боязливость, тяжелое дыханіе, подергиваніе и смерть.

При первыхъ признакахъ внутренняго кровотеченія слѣдуетъ

тотчасъ же приступить къ подачѣ пособія: акушерка должна обследовать рукавъ и маточный зѣвъ; если она найдетъ сгустки крови, то удаляетъ ихъ, послѣ чего обыкновенно удается выжать вышележащія сгустки, или же она ихъ выводитъ рукою; такимъ образомъ кровотеченіе становится наружнымъ, противъ котораго она поступаетъ, какъ было сказано выше.

При всѣхъ этихъ кровотеченияхъ никогда не слѣдуетъ тапонировать; нужно давать оживляющія средства и исполнять слѣдующія общія правила:

Разрѣшившаяся должна лежать на спинѣ, причемъ всѣ подушки слѣдуетъ удалить. Ноги должны быть сближены, еще лучше помѣстить ихъ, при высоко приподнятомъ тазѣ, такъ, чтобы онѣ находились выше остального тѣла, чѣмъ облегчается теченіе крови къ сердцу и къ мозгу. Тѣло обкладываютъ грѣлками, — бутылками съ наливою въ нихъ горячею водою: родильницѣ даютъ каждыя 5—10 минутъ по 15—20 гофманскихъ или эфирныхъ валеріановыхъ капель, или эфира и, чтобы возстановить потерянную при кровотеченіи жидкость, дѣлаютъ клистиръ изъ раствора поваренной соли въ водѣ (6 : 1000) въ количествѣ одного стакана, что можно повторить по мѣрѣ надобности. Ради притока свѣжаго воздуха открываемъ окно. Потерю крови пробуемъ замѣнить и внутреннимъ пріемомъ жидкостей: горячаго молока, горячаго чая, или воды съ виномъ, коньякомъ, водкою и т. п., если тошнота и рвота не препятствуютъ этому.

Въ послѣродовомъ періодѣ весьма полезно давать ранѣе обыкновеннаго питательную пищу.

Въ заключеніе слѣдуетъ сказать, что при добросовѣстномъ исполненіи всѣхъ предписаній относительно веденія родовъ, кровотеченіе въ 3-мъ періодѣ изъ-за слабости болей вообще встрѣчается рѣдко, еще рѣже оно достигаетъ высокой степени, и такія кровотечения вообще крайне рѣдко появляются позже нервыхъ 2—3 часовъ послѣ родовъ.

Смерть женщины отъ кровотечения въ послѣродовомъ періодѣ родовъ не должна собственно встрѣчаться никогда.

О кровотеченияхъ вслѣдствіе разрывовъ мягкихъ родовыхъ путей сказано въ своемъ мѣстѣ.

Кромѣ вышепоименованныхъ средствъ противъ кровотеченій, въ распоряженіи врача имѣются еще другія, напр., вливаніе физиологическаго (0,6%) раствора поваренной соли въ вену или подъ кожу матери, благодаря чему удается иногда спасти жизнь, которая безъ этихъ средствъ была бы потеряна. Въ виду этого, акушерка должна при первыхъ признакахъ кровотечения тотчасъ же послать за врачомъ, такъ какъ нельзя напередъ сказать, какъ велика будетъ потеря крови.

2) **Чрезмѣрно сильныя родовыя боли.** Если родовыя боли съ самаго начала слишкомъ сильны, то роды протекаютъ очень

быстро, даже въ нѣсколько минутъ, особенно если тазъ широкій, плодъ не слишкомъ большой и мягкія части податливы.

Въ большинствѣ случаевъ такіе быстрые роды не приносятъ никакого вреда, ибо едва-ли было наблюдаемо, чтобы мать была совершенно истощена быстро слѣдующими одна за другою родовыми болями и чтобы подъ вліяніемъ такихъ болей плодъ родился мнимоумершимъ или даже мертвымъ. Вредъ можетъ быть только отъ того, что такіе роды застигаютъ непритомившуюся къ тому женщину, почему она подчасъ рождаетъ безъ всякой помощи. Вслѣдствіе этого и по причинѣ неблагоприятнаго положенія женщины во время родовъ случаются разрывы промежности. Далѣе вслѣдствіе того, что матка въ 3-мъ періодѣ и сейчасъ послѣ него не контролируется, являются кровотечения; вслѣдствіе же того, что плодъ можетъ родиться въ стоячемъ положеніи женщины, онъ падаетъ на полъ, причемъ могутъ произойти поврежденія тѣла его, отрывы пуповины и т. п.

Если акушерка присутствуетъ при такихъ родахъ, то она должна положить роженицу на бокъ, воспретить ей всякое натуживаніе и позаботиться о томъ, чтобы головка прорѣзалась не слишкомъ быстро. Противъ кровотечения въ послѣродовомъ періодѣ она принимаетъ вышеуказанныя мѣры.

Если родовыя боли приобретаютъ чрезмѣрную силу не съ самаго начала, а лишь въ теченіе родовъ, то это обуславливается большею частью чрезмѣрнымъ препятствіемъ: неподатливостью мягкихъ частей, узкимъ тазомъ, неправильнымъ положеніемъ плода. Чтобы въ такихъ случаяхъ ослабить боли, употребляемъ, кромѣ сказанныхъ средствъ, еще клистирь съ 10—15 каплями опійной настойки, теплыя ванны, теплые компрессы; въ остальномъ слѣдуетъ поступать такъ, какъ будетъ сказано при упомянутыхъ неправильностяхъ.

3) Судорожныя боли. Нормальная родовая боль обуславливается равномерными сокращеніями матки, появляющимися периодически и прекращающимися во время паузы. Если сокращеніе матки не прекращается, а продолжается болѣе нормальнаго времени, то такія сокращенія матки называемъ судорожными. Смотря по тому, относится-ли такая неправильность болѣе ко всей маткѣ или только къ отдѣльнымъ частямъ, ея, различаемъ нѣсколько видовъ судорожныхъ болей.

Общая судорога матки — столбнякъ матки — встрѣчается не часто и наблюдается тѣмъ рѣже, чѣмъ лучше будутъ ведены роды. Столбнякъ матки встрѣчается, если роды, при слишкомъ большомъ препятствіи, продолжаются очень долго. При этомъ боли постепенно учащаются, паузы все болѣе укорачиваются, покуда наконецъ матка не остается все время въ сокращенномъ состояніи, не расслабывая ни на одну минуту. Слѣдовательно, столбнякъ матки можетъ наступить при слишкомъ узкихъ мягкихъ

родовыхъ путяхъ, при узкомъ тазѣ, при чрезмѣрно большомъ плодѣ, при поперечныхъ положеніяхъ и т. п., въ особенности-же тогда, когда, кромѣ всего этого, матка будетъ раздражаема слишкомъ частымъ, грубымъ, неловкимъ изслѣдованіемъ, напрасными попытками совершить поворотъ, средствами, усиливающими родовыя боли, какъ-то паровыми ваннами, спорыньею.

Послѣдствія столбняка матки весьма печальны. Вслѣдствіе постояннаго непрерывнаго сокращенія матки, плодъ погибаетъ. Роженица начинаетъ лихорадить, рукавъ становится сухимъ и горячимъ, дотрагиваніе до матки болѣзненно, т. е. начинается воспаленіе матки. Роды при этомъ совершенно останавливаются, губы зѣва припухаютъ, такъ что отверстіе зѣва какъ бы уменьшается. Роженица ощущаетъ постоянную боль, возбужденіе ея все болѣе растетъ, она начинаетъ заговариваться, при этомъ слабость усиливается, а пульсъ становится малымъ.

Такое состояніе роженицы весьма опасно, потому что, хотя бы и не произошло разрыва матки и удалось окончить роды благополучно, тѣмъ не менѣе существующее уже воспаленіе матки не останавливается и женщина можетъ умереть отъ послѣродовой горячки.

Столбнякъ матки образуется, конечно, не вдругъ, а постепенно вслѣдствіе постоянно усиливающихся сокращеній матки. Дно и тѣло матки, при этомъ, какъ извѣстно, сокращаются и утолщаются, нижній-же отрѣзокъ матки одновременно растягивается и утончается. Такимъ образомъ, на границѣ между тѣломъ и нижнимъ отрѣзкомъ матки образуется поперечная бороздка и надъ ней болѣе или менѣе рѣзко обозначенный выступъ, такъ наз. сократительное или Бандлевское кольцо, которое прощупывается черезъ брюшныя стѣнки надъ лоннымъ соединеніемъ. Чѣмъ сильнѣе сокращенія матки, тѣмъ яснѣе выражено это кольцо и тѣмъ выше оно подымается, но зато тѣмъ больше возрастаетъ и опасность разрыва матки.

Главная наша задача заключается, слѣдовательно, въ томъ, чтобы хорошимъ уходомъ и своевременнымъ окончаніемъ родовъ предупредить появленіе столбняка матки. Но если онъ все-таки разовьется на глазахъ акушерки, то она непременно должна требовать приглашенія врача. До его прибытія она должна прикладывать теплые компрессы на животъ, дѣлать теплыя ванны, прополаскивать рукавъ теплымъ дезинфицирующимъ растворомъ, но весьма слабою струею, и поставить небольшой клистиръ съ 15—20 каплями опійной настойки, что можетъ быть повторено одинъ или два раза чрезъ 2 часа. Всякое натуживаніе должно быть строжайше воспрещено. Для успокоенія дается кисловатое питье и при значительной слабости валеріановыя капли, вино или какое-либо другое возбуждающее средство.

Частичная судорога матки проявляется въ различныхъ формахъ.

Судорожное сокращеніе наружнаго зѣва и шейки матки, въ періодѣ раскрытія. Въ большинствѣ случаевъ спазмъ зѣва сочетается съ неравномѣрными сокращеніями тѣла матки. Здѣсь также приходится наблюдать постепенное укороченіе паузъ между болями, пока, наконецъ, роженица не начнетъ постоянно охать и стонать, такъ какъ боль въ крестцѣ и въ нижней части живота не прекращается. При изслѣдованіи, однако, мы не находимъ всю матку плотною и судорожно сокращенною, какъ при столбнякѣ. Напротивъ, въ началѣ въ постоянно напряженномъ состояніи оказывается только нижняя часть шейки, преимущественно наружный зѣвъ, представляющійся острымъ, въ видѣ натянутой струны, что въ особенности рѣзко выражается во время боли, когда зѣвъ матки кажется какъ бы болѣе узкимъ, нежели во время паузы между болями, хотя въ дѣйствительности этого не бываетъ. Позднѣе находимъ, что и тѣло матки не вполне расслабѣваетъ во время паузы и представляется на оцупъ неравномѣрно плотнымъ, мѣстами твердымъ, мѣстами мягкимъ.

Эта форма судорожныхъ болей наблюдается у первороженицъ при неподатливости зѣва, обусловливающейся иногда язвами или хроническимъ воспаленіемъ во время беременности, далѣе при плотныхъ оболочкахъ, въ особенности, если онѣ плотно приращены къ нижнему отдѣлу матки и потому не отдѣляются отъ него. Затѣмъ при маломъ количествѣ подлежащихъ водъ, при преждевременномъ излитіи водъ, при частомъ растяженіи и раздраженіи зѣва во время изслѣдованія. Наконецъ при преждевременномъ выработываніи потугъ и при неосторожномъ и несвоевременномъ растираніи дна матки.

И при этой формѣ спазма роды не подвигаются впередъ, не смотря на непрерывныя боли, потому что съ одной стороны зѣвъ не раскрывается, а съ другой стороны неправильныя, частичныя сокращенія тѣла матки не въ силахъ продвинуть плодъ къ зѣву. Послѣдствія и здѣсь будутъ тѣ-же: плодъ постепенно умираетъ и матка воспаляется, однако, такія послѣдствія не избѣжны и могутъ быть предупреждены правильнымъ уходомъ и леченіемъ.

Леченіе въ такихъ случаяхъ дѣло врача, почему онъ долженъ присутствовать при родахъ. Довольно часто удается вышепоименованными средствами—теплыми ваннами, теплыми спринцеваніями, теплыми компрессами, опіемъ—устранить спазмъ, но еще скорѣе можетъ помочь дѣлу только врачъ. Присутствіе его необходимо потому, что, во избѣжаніе дурныхъ послѣдствій, довольно часто требуется искусственное окончаніе родовъ.

Спазмъ внутренняго зѣва, или стриктура матки, можетъ явиться только въ періодѣ изгнанія, когда часть плода вступила въ рукавъ или уже родилась, или-же въ послѣдовомъ періодѣ. До рожденія младенца спазмъ зѣва наблюдается въ

рѣзкой формѣ только при ягодичныхъ положеніяхъ, когда по рожденіи туловища головка задерживается кольцеобразно сократившимся внутреннимъ зѣвомъ. На шейкѣ плода мы при изслѣдованіи легко находимъ это сжимающее, туго натянутое кольцо. Акушерка прежде всего должна помнить, что при такихъ обстоятельствахъ всякое потягиваніе, натуживаніе и треніе не только не приносятъ никакой пользы, но, напротивъ, вредятъ, такъ какъ спазмъ вслѣдствіе этого только усиливается. Слѣдовательно, она должна спокойно выждать нѣкоторое время, послѣ чего выведеніе головки удается легко. При этомъ, конечно, плодъ большею частью погибаетъ. Въ послѣдовомъ періодѣ, матка, вслѣдствіе спазма зѣва, приобретаетъ форму песочныхъ часовъ, т. е. она представляется по срединѣ перетянутою, верхняя же и нижняя части ея—широкими. При этомъ дѣтское мѣсто помѣщается или цѣликомъ въ полости матки, или часть его находится уже въ зѣвѣ. Вслѣдствіе такого спазма, послѣдъ, конечно, задерживается и причина задержанія легко узнается при наружномъ и внутреннемъ изслѣдованіи. Распознавъ причину, акушерка должна, если нѣтъ кровотеченія, воздерживаться отъ тренія и давленія на матку и выжидать спокойно, пока спазмъ не пройдетъ, послѣ чего ей легко удастся вывести послѣдъ. Если-же наступитъ сильное, угрожающее опасностью, кровотеченіе, то она должна дѣйствовать такъ, какъ сказано на стр. 288.

Несвоевременное появленіе родовыхъ болей.

Родовыя боли могутъ явиться во всякое время беременности до нормальнаго конца ея. Преждевременно наступающіе роды раздѣляются, какъ уже сказано на стр. 162, по жизнеспособности плода на двѣ группы: а) выкидышъ, если роды наступаютъ до истеченія 28-й недѣли беременности, и б) преждевременные роды съ 28-й до 38-й недѣли. Кромѣ того, приходится наблюдать, что в) роды наступаютъ позже срока, на 42-й до 45-й недѣли — запоздалые роды.

При нѣкоторыхъ обстоятельствахъ, въ виду спасенія матери или ребенка, мы принуждены бываемъ вызвать искусственно выкидышъ или преждевременные роды, поэтому различаемъ искусственный выкидышъ и искусственные преждевременные роды. Какъ то, такъ и другое абсолютно запрещено акушеркѣ закономъ, по которому она подвергается строгому наказанію въ случаѣ, если по какимъ-либо причинамъ даетъ средства съ цѣлью вызвать преждевременное изгнаніе плода.

1. Выкидышъ, абортъ.

Всѣ причины, могущія вызвать выкидышъ, сводятся къ тому, что онѣ отдѣляютъ яйцо отъ матки, вслѣдствіе чего явля-

ются боли, или-же онѣ прямо вызываютъ боли, которыя и отдѣляютъ яйцо. Въ виду этого, причины выкидыша раздѣляются на слѣдующія группы:

1) Болѣзни матери.

Сюда, во-первыхъ, принадлежатъ всѣ острия лихорадочныя болѣзни матери. Онѣ дѣйствуютъ или тѣмъ, что высокая температура крови убиваетъ плодъ, или же внутриматочнымъ зараженіемъ плода, или наконецъ кровоизліяніями въ отпадающую оболочку, вызываемыми инфекціонными болѣзнями. Отъ этихъ причинъ плодъ всегда погибаетъ, а его изгнаніе есть только необходимое послѣдствіе его смерти. Такъ, выкидышъ наступаетъ, напримѣръ, при тифѣ, при острыхъ сыпныхъ болѣзняхъ, при различныхъ воспаленіяхъ, при чаоткѣ, холерѣ и т. д.

Во-вторыхъ, многія мѣстныя болѣзни половыхъ и сосѣднихъ съ ними органовъ обуславливаютъ выкидышъ. Напримѣръ, хроническія воспаленія слизистой оболочки (эндометритъ) или мускулатуры матки и покрывающей ее брюшины; опущенія, перегибы и другія неправильныя положенія матки; опухоли матки и яичниковъ. Всѣ эти болѣзни дѣйствуютъ большею частью такимъ образомъ, что не позволяютъ маткѣ увеличиваться настолько, насколько того требуетъ развивающееся яйцо; эта несоразмѣрность побуждаетъ маточныя стѣнки къ сокращеніямъ.

Въ-третьихъ, душевныя волненія, горячительныя, въ особенности спиртные напитки, а также нѣкоторыя лекарственныя вещества, или прямо вызываютъ боли, или-же обуславливаютъ кровотеченіе и отдѣленіе яйца; напримѣръ, спорынья, и сильныя слабительныя.

2) Болѣзни плода и плоднаго яйца.

Всѣ болѣзни плода и яйца, которыя убиваютъ плодъ, должны вести къ выкидышу. Сюда принадлежитъ также сифилисъ родителей, подъ вліяніемъ котораго или плоднаго оболочки измѣняются, перерождаются, или самъ плодъ заболѣваетъ.

3) Внѣшнія вліянія, какъ-то ударъ, толчекъ, паденіе, сотрясеніе вообще, ѣзда верхомъ и въ экипажѣ, танцы, прыганіе, бѣганіе, напряженіе во время поднятія тяжести, натуживаніе при запорѣ, частое и неосторожное совокупленіе, холодныя и горячія общія и ножныя ванны.

Какъ сказано, всѣ эти причины или вызываютъ кровотеченіе съ слѣдующимъ отдѣленіемъ яйца и сокращеніемъ матки, или сперва отдѣленіе яйца и затѣмъ кровотеченіе и боли, или сперва боли, затѣмъ отдѣленіе яйца и кровотеченіе. Во всякомъ случаѣ, кровотеченіе и боли составляютъ первые наружныя признаки начинающагося выкидыша.

Иногда выкидышъ происходитъ въ теченіе нѣсколькихъ временностей подрядъ приблизительно въ одинъ и тотъ же періодъ.

Такой выкидышъ, причина котораго большей частью остается невыясненной, называется привычнымъ выкидышемъ.

Начало и теченіе выкидыша весьма различны. Въ большинствѣ случаевъ ему предшествуютъ за нѣсколько дней, даже недѣль, тянущія и давящія боли въ крестцѣ, какъ при регулахъ, затѣмъ показывается кровь, вначалѣ въ небольшомъ количествѣ, потомъ все больше, иногда весьма много, и, наконецъ, появляются настоящія періодическія боли. Рѣже выкидышъ начинается съ сильнаго кровотеченія, къ которому вскорѣ присоединяются боли.

Въ каждомъ случаѣ, такъ-же какъ и при своевременныхъ родахъ, боли должны сперва раскрыть внутренній зѣвъ, потомъ каналъ шейки, наружный зѣвъ и затѣмъ уже изгнать яйцо.

Извергнутое яйцо представляется на видъ весьма различнымъ. Въ первые мѣсяцы плодная оболочка обыкновенно бываютъ сильно пропитаны кровоизліяніями, почему такіе выкидыши назывались кровянымъ заносомъ. Если плодное яйцо послѣ образованія кровоизліяній въ оболочкахъ остается еще въ маткѣ, то жидкія части крови и красящее вещество ея всасываются постепенно, плодное яйцо принимаетъ болѣе свѣтлую окраску и сдавливается въ одну плотную массу, называемую мясистымъ заносомъ. Въ такихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ такъ называемымъ затяжнымъ выкидышемъ, при которомъ изгнаніе яйца долго тянется и сопровождается длительными кровотеченіями. Вышедшія при выкидышѣ яйца просмотришь очень легко, такъ какъ они большею частью выдѣляются одновременно съ большими кровяными сгустками. Если разрѣзать яйцо, то найдимъ въ полости оболочекъ маленькій плодъ; если-же выкидышъ продолжался долго, то плодъ растворяется въ околоплодной жидкости, и такія яйца называются глухими, пустыми. Въ яйцахъ 4—7 мѣсяца легко и ясно различаются отдѣльныя ихъ части: плодъ оболочки, дѣтское мѣсто, пуповина. Такіе плоды подвергаются послѣ смерти мацерации, рѣже мумификаціи. Иногда мертвый плодъ задерживается очень долго въ полости матки безъ вреда для матери и безъ всякихъ явленій.

Всѣ выкидыши должны быть сохранены и показаны врачу, которому иногда удается по нимъ опредѣлить причину выкидыша, напримѣръ, сифились, и затѣмъ устранить ее.

Теченіе выкидыша, наступающаго въ первые 3—4 мѣсяца беременности, существенно отличается отъ появляющагося въ болѣе поздніе мѣсяцы.

Въ первые мѣсяцы, при правильномъ теченіи и если яйцо не повреждено во время изслѣдованія, оно должно выйти цѣликомъ, не разорваннымъ. Вся его поверхность отдѣляется отъ маточной стѣнки, затѣмъ яйцо проталкивается въ бочкообразно

расширенный каналъ шейки, послѣ чего находимъ его свободно лежащимъ въ рукавѣ.

Иногда яйцо задерживается неподатливымъ наружнымъ зѣвомъ и застреваетъ въ растянутомъ шеечномъ каналѣ (такъ называемый «шеечный выкидышъ»), изъ котораго оно легко выдѣляется пальцемъ. Въ большинствѣ случаевъ, однако, оно остается въ связи со стѣнкою полости матки при посредствѣ ножки въ видѣ пучка, состоящаго изъ частью отдѣлившейся отпадающей оболочки. Если войти осторожно пальцемъ между яйцомъ и стѣнкою матки, то можно достигнуть внутренняго зѣва и убѣдиться въ томъ, что онъ уже расширеннаго канала шейки и что въ немъ помѣщается только пучекъ изъ отпадающей оболочки; полость-же матки оказывается пустою и сократившеюся. Въ подобныхъ случаяхъ яйцо само по себѣ уже не выходитъ и должно быть удалено.

Очень часто случается, что при выкидышѣ плодныя оболочки разрываются. Околоплодная жидкость вытекаетъ и плодъ выходитъ, а оболочки и послѣдъ задерживаются въ маткѣ. Это такъ называемый «неполный выкидышъ», сопровождающійся довольно сильнымъ кровотеченіемъ. Въ такихъ случаяхъ схватка продолжается до тѣхъ поръ, пока оболочки не выйдутъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ вокругъ оставшихся оболочекъ изливающаяся кровь образуетъ сгустокъ, который вслѣдствіе давленія на него со стороны маточной стѣнки плотнѣетъ. Онъ прилаживается къ формѣ полости матки и вдается наконецъ въ шеечный каналъ въ видѣ стельчататаго полипа. Другой исходъ неполнаго выкидыша гниlostное разложеніе остатковъ плоднаго яйца, послѣдствіемъ котораго можетъ быть общее зараженіе крови (септицемія).

Въ болѣе поздніе мѣсяцы, съ 4 по 7, выкидышъ по своему теченію гораздо больше подходитъ къ срочнымъ родамъ. При извѣстной степени открытія зѣва лопаются пузырь, послѣ чего рождается плодъ, который, если онъ малъ, тотчасъ же выходитъ наружу. Если-же онъ немного больше, то для выдѣленія его требуется нѣкоторое усиліе родовой дѣятельности, хотя серьезнаго препятствія при этомъ никогда не бываетъ, даже если положеніе плода неправильное. Наконецъ, изгоняется послѣдъ, который, однако, тѣмъ скорѣе и дольше задерживается, даже цѣлые дни и недѣли, чѣмъ раньше произошелъ выкидышъ.

Сопровождающее выкидышъ кровотеченіе бываетъ наиболѣе значительно въ первые 4 мѣсяца, причемъ оно продолжается до тѣхъ поръ, пока яйцо не будетъ изгнано. Въ болѣе поздніе мѣсяцы кровотеченія можетъ вовсе не быть, но и въ этомъ встрѣчается много уклоненій.

Значеніе выкидыша для плода, конечно, то, что онъ всегда погибаетъ. Для матери-же значеніе выкидыша весьма различно, смотря по теченію его. Если яйцо выходитъ быстро и цѣликомъ, то нѣтъ никакой опасности, даже сопровождающее кровотеченіе

весьма рѣдко бываетъ жизнеопаснымъ. Весьма серьезнымъ становится дѣло, если въ маткѣ задерживается весь послѣдъ, или куски дѣтскаго мѣста, или плодныя оболочки. Они обуславливаютъ повторныя кровотеченія, продолжающіяся по цѣлымъ мѣсяцамъ, пока оставшіеся куски не будутъ удалены, и въ высшей степени могутъ истощить больную. Въ другихъ случаяхъ остатки загниваютъ и вызываютъ воспаленіе, лихорадку, гнилостное зараженіе крови. Если всѣ эти дурныя послѣдствія и не появятся, то все-таки во многихъ случаяхъ обратное развитіе матки происходитъ медленно, нежели послѣ срочныхъ родовъ, потому что мышечная ткань матки не была еще достаточно сильно развита. Матка остается долгое время большою и тяжелою, слизистая оболочка ея разрастается (эндометритъ послѣ выкидыша), и если женщины, какъ это обыкновенно бываетъ, недостаточно берегутъ себя, то являются всевозможныя хроническія болѣзни матки, опущенія, перегибы, наклоненія кзади, хроническія воспаленія и т. п., которыя иногда остаются на всю жизнь.

Леченіе выкидыша весьма различно и во всякомъ случаѣ должно быть въ высшей степени тщательнымъ, почему акушерка должна, если есть какая-либо возможность, всякій разъ пригласить врача.

Прежде всего слѣдуетъ упомянуть здѣсь о средствахъ, предупреждающихъ выкидышъ. Общія правила указаны на стр. 158. Въ случаяхъ, въ которыхъ мы въ особенности боимся выкидыша, — у женщинъ, которыя хотя одинъ разъ уже выкинули, — всѣ правила должны быть строго примѣнены и все должно быть исполнено во избѣжаніе причинъ выкидыша, указанныхъ выше. Всего вѣрнѣе достигаемъ цѣли, если беременная или совершенно останется въ постели въ теченіе тѣхъ мѣсяцевъ, въ которыхъ выкидышъ случается наичаще, т. е. отъ 2-го до 4-го мѣсяца беременности, или если она по крайней мѣрѣ будетъ лежать въ постели каждый мѣсяць 8—10 дней, въ теченіе которыхъ до беременности появлялись регулы. Только съ появленіемъ движенія плода можно дозволить нѣкоторое движеніе. Само собою разумѣется, что во время пребыванія въ постели слѣдуетъ давать беременной только легкую пищу и вызывать ежедневное испражненіе клистирами, но не слабительными.

Если кровотеченіе или боли все-таки появятся, или если акушерка приглашена къ беременной, которая жалуется на одинъ изъ этихъ припадковъ, то она, не теряя надежды на успѣхъ, обязана попробовать остановить выкидышъ. Для достиженія этого она должна прежде всего уложить беременную въ постель, въ которой женщина должна оставаться совершенно спокойно, т. е. должна лежать горизонтально, причѣмъ ей не дозволяется сидѣть въ постели даже при испражненіи. Мало-мальски шумное общество не должно быть допускаемо, пища должна быть холод-

ная, горячительные напитки вовсе исключаются. Если женщина жалуется на боли, напоминающія маточныя сокращенія, то слѣдуетъ тотчасъ-же поставить клистиръ, съ 15-ю каплями опійной настойки. слѣдуетъ избѣгать всѣхъ кровоостанавливающихъ средствъ какъ внутреннихъ, такъ и наружныхъ, и между прочимъ холодныхъ компрессовъ, холодныхъ спринцеваній и употребленіе льда, такъ какъ они, возбуждая сокращенія матки, только ухудшаютъ дѣло. При появленіи кровотеченія акушерка должна весьма тщательно осмотрѣть рубашку, юбку и всѣ подстилки, чтобы, во-1-хъ, опредѣлить количество излившейся крови и, во-2-хъ, чтобы убѣдиться, не вышло ли неожиданно яйцо, закрытое гдѣ-либо сгусткомъ. Все подозрительное должно быть сохранено и показано врачу.

При такомъ уходѣ нерѣдко приходится наблюдать сперва уменьшеніе, а затѣмъ пріостановку кровотеченія, точно также и прекращеніе схватокъ. Послѣ этого женщина должна оставаться въ постели еще нѣсколько дней, приблизительно недѣлю, и затѣмъ только можетъ встать, но постоянно должна соблюдать крайнюю осторожность, дабы кровотеченіе не появилось вновь.

Если кровотеченіе все таки продолжается или вновь показывается, то акушерка продолжаетъ поступать такъ, какъ это было сейчасъ сказано, пока кровотеченіе остается умѣреннымъ и пока она не потеряла надежду остановить выкидышъ. Иногда это продолжается цѣлыя недѣли и даже мѣсяцы.

Выкидышъ не можетъ быть пріостановленъ, коль скоро боли уже раскрыли внутренній зѣвъ и плодное яйцо уже поступаетъ въ каналъ шейки, принимающей бочкообразную форму. Точно также не удастся задержать выкидышъ, если нѣсколько разъ были кровотеченія, такъ какъ таковыя отдѣляютъ яйцо на большомъ пространствѣ. Наконецъ, выкидышъ навѣрно произойдетъ, если истекуть воды, что, однако, часто не удается опредѣлить и просматривается по причинѣ небольшого количества ихъ въ первые мѣсяцы беременности. Далѣе, выкидышъ не долженъ быть задерживаемъ, когда кровотеченіе достигаетъ такой силы, что угрожаетъ матери опасностью, или если яйцо или излившаяся кровь начинаетъ разлагаться въ полости матки, вслѣдствіе чего женщина, по причинѣ всасыванія распадающихся массъ, начинаетъ лихорадить.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ леченіе должно быть измѣнено. слѣдуетъ ускорить выкидышъ. Для этого служатъ средства возбуждающія или усиливающія сокращенія матки, какъ - то: ледъ на животъ, горячія спринцеванія рукава. Если эти средства недостаточны и если кровотеченіе слишкомъ сильно, то слѣдуетъ тампонировать рукавъ кольпейринтеромъ или ватными шариками, о чемъ было сказано на стр. 284. Если тампонъ хорошо вложенъ, то при выкидышѣ въ первые мѣсяцы

мы можемъ всегда ждать до тѣхъ поръ, пока все яйцо не поступитъ въ каналъ шейки или даже въ рукавъ, а при выкидышахъ въ болѣе поздніе мѣсяцы, пока наружный зѣвъ не раскроется достаточно для окончанія родовъ. Примѣненіе тампона потому возможно, что въ эти мѣсяцы беременности матки слишкомъ мала и плотна, такъ что не допускаетъ опаснаго внутренняго кровоточенія. Онъ останавливаетъ кровоточенія и вызываетъ сокращенія матки, чѣмъ способствуетъ изгнанію плода. Тампонъ, пролежавшій 12—24 часовъ, долженъ быть удаленъ для того, чтобы выполоскать рукавъ и опредѣлить, насколько подвинулись роды. При этомъ нерѣдко находятъ во влагалищѣ яйцо, цѣликомъ вышедшее изъ матки. Если оказывается нужнымъ, тампонъ снова вкладываютъ. Если кровоточеніе было сильное и если у роженицы является слабость, то, конечно, слѣдуетъ употреблять возбуждающія средства: вино, бульонъ, горячее молоко, черный кофе, валерьянъ, эфиръ.

Настоятельно совѣтуемъ акушеркамъ не раньше приступать къ удаленію яйца, чѣмъ когда яйцо вполне уже отдѣлилось и помѣщается или цѣликомъ въ растянутомъ каналѣ шейки при достаточно открытомъ зѣвѣ, или даже частью въ рукавѣ, — что еще лучше и осторожнѣе. Если удаленіе будетъ предпринято раньше; то яйцо всякій разъ разрывается, послѣ чего оно можетъ быть удалено только по частямъ; въ такомъ случаѣ частицы яйца легко остаются въ маткѣ, что можетъ вызвать вышеупомянутыя дурныя и опасныя послѣдствія.

Во всякомъ случаѣ, по окончаніи выкидыша рукавъ и каналъ шейки должны быть промыты дезинфицирующимъ растворомъ. Истеченіе крови послѣ выкидыша обыкновенно слабое; оно бываетъ сильно только тогда, когда въ маткѣ остались частицы яйца. Далѣе женщина должна вести себя такъ, какъ и родильница, въ особенности она должна столь же продолжительное время (на этомъ слѣдуетъ особенно настаивать) оставаться въ постели, потому что женщины весьма склонны смотрѣть на выкидышъ, какъ на пустяки, не берегутъ себя и наживаютъ себѣ всѣ дурныя послѣдствія, которыя были упомянуты на стр. 312.

Въ одномъ только отношеніи родильницамъ послѣ выкидыша предоставляется больше свободы, нежели послѣ срочныхъ родовъ, именно въ пищѣ, потому что брюшныя стѣнки не такъ расслаблены и кишки не такъ вяло работаютъ. Только если послѣ выкидыша сильно нагрубаютъ груди, слѣдуетъ соблюдать строгую діету, пока нагрубаніе не пройдетъ и груди не сдѣлаются мягкими.

Плодь, рожденный послѣ первой половины беременности, на 5—7-мъ мѣсяцѣ, можетъ жить и дышать нѣсколько часовъ. Хотя такой плодь и не останется живымъ, тѣмъ не менѣе его такъ-же слѣдуетъ выкупать, одѣть и держать въ теплѣ, какъ и жизнеспособнаго.

собнаго, и если родители того пожелаютъ, акушерка можетъ окрестить его.

2. Преждевременные роды.

Преждевременными родами называются роды, которые наступаютъ между 28—38 недѣлями беременности.

Точное опредѣленіе времени преждевременныхъ родовъ возможно только, если беременная можетъ дать намъ достовѣрныя свѣдѣнія о послѣднихъ регулахъ, о первомъ движеніи и т. п. и если результатъ изслѣдованія согласуется съ заявленіями беременной. Если необходимыя данныя не будутъ точно опредѣлены, то легко можно ошибиться на нѣсколько недѣль; въ такихъ случаяхъ судить о томъ, въ какомъ мѣсяцѣ наступили преждевременные роды, можно только по величинѣ и развитію плода.

Причины преждевременныхъ родовъ тѣ же, что и выкидыша. Кромѣ нихъ, можно еще упомянуть о чрезмѣрномъ растяженіи матки большимъ количествомъ околоплодныхъ водъ или двойнями, о предлежаніи дѣтскаго мѣста и о преждевременномъ истеченіи водъ.

Теченіе преждевременныхъ родовъ мало отличается отъ теченія срочныхъ родовъ. Періодъ раскрытія нерѣдко замедляется, потому что мягкіе родовые пути менѣе подготовлены и вслѣдствіе слабости сокращеній матки. Періодъ изгнанія плода протекаетъ быстро, по причинѣ небольшой величины плода. Въ послѣдовомъ періодѣ часто наблюдаются недостаточное сокращеніе матки, замедленное отдѣленіе послѣда, кровотеченіе. Кромѣ того, при преждевременныхъ родахъ чаще случаются неправильныя положенія плода, выпаденіе мелкихъ частей, пуповины и т. д.

Преждевременно родившіяся дѣти могутъ, какъ извѣстно, остаться живыми съ 8-го луннаго мѣсяца. Однако, сохранить ребенка родившагося до 32-й недѣли живымъ составляетъ большую рѣдкость. Поэтому искусственные преждевременные роды, возбуждаемые врачомъ, напр., по причинѣ суженія таза для спасенія плода, не производятся ранѣе 32-й недѣли.

Уходъ. Преждевременно родившіеся младенцы, какъ извѣстно, спятъ много, сосутъ плохо, мало двигаются, кричатъ слабо. Для нихъ требуется: во 1-хъ, материнское молоко, потому что только эта пища хорошо переносится слабымъ желудкомъ ихъ. Кормилица выбранная для такого младенца, должна имѣть длинные, удобозахватываемые соски, причемъ молоко должно вытекать при легкомъ давленіи на нихъ. Если младенецъ не можетъ самъ сосать, то нужно давать ему молоко съ ложечки все время, покуда онъ не научится сосать. Во 2-хъ, преждевременно родившіеся требуютъ болѣе высокой наружной температуры, потому что сами не развиваютъ достаточнаго количества тепла. Тем-

пература комнаты должна быть постоянно 16—18° R.; кроме того, такого младенца слѣдуетъ согрѣвать грѣлками, которыми обкладываютъ его со всѣхъ сторонъ или держать его въ спеціально устроенныхъ ваннахъ-грѣлкахъ съ двойными стѣнками, между которыми наливаютъ горячая вода (35° R.). Въ родильныхъ домахъ недоношенныхъ дѣтей держатъ въ особыхъ аппаратахъ—кувѣзахъ, — въ которыхъ температура поддерживается автоматически на одномъ уровнѣ. Далѣе необходимо по крайней мѣрѣ 2 раза въ день держать младенца продолжительное время въ теплой водѣ 30° R., причемъ нужно обращать вниманіе на то, чтобы ванна не охладилась. Для этого подливаютъ теплой воды, чтобы поддерживать температуру ванны постоянно на одной высотѣ.

3) Запоздалые роды.

Большая часть заявленій о запоздалыхъ родахъ составляетъ ошибку въ вычисленіи срока беременности; въ основѣ ошибки лежитъ невѣрное указаніе времени послѣднихъ регулъ и перваго шевеленія плода.

Случается, однако, хотя и рѣдко, что плодъ дѣйствительно остается въ маткѣ долѣе 40 недѣль, эти то случаи и называются запоздалыми родами. Наибольшая продолжительность беременности, которую приходилось наблюдать при живомъ плодѣ, простиралась до 45 недѣль. Мертвые плоды иногда задерживаются въ маткѣ еще болѣе продолжительное время, въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ даже цѣлые годы. Англичане придали такимъ случаямъ названіе несостоявшихся родовъ (missed labour).

Единственное послѣдствіе, имѣющее для насъ значеніе, заключается въ чрезмѣрной величинѣ плода, почему въ такихъ случаяхъ являются тѣ неправильности, которыя связаны съ чрезмѣрной величиною плода; онѣ описаны на стр. 267.

ГЛАВА V.

Неправильности мягкихъ родовыхъ путей. Пороки строенія матки и рукава.

Величина, форма, ширина и плотность матки могутъ быть неправильными или отъ рожденія, какъ врожденный порокъ, или вслѣдствіе болѣзней. Большая часть этихъ пороковъ не важны

для акушерки, потому что женщины съ такими пороками не могут забеременѣть. О нѣкоторыхъ изъ нихъ мы должны все-таки сказать нѣсколько словъ.

Недоразвитіе и отсутствіе матки проявляется тѣмъ, что мѣсячныя очищенія не показываются вовсе. При изслѣдованіи находимъ, что рукавъ оканчивается вверху слѣпымъ мѣшкомъ и большею частью бываетъ настолько коротокъ, что представляетъ небольшой карманъ или даже совершенно отсутствуетъ.

Акушерка должна знать, что существуютъ подобные пороки и что такія женщины не должны выходить замужъ, такъ какъ такой врожденный порокъ даетъ право къ разводу.

Все пороки развитія становятся легко понятными, если помнить, что матка и влагалище происходятъ изъ первоначально парнаго органа такъ называемыхъ Мюллеровскихъ нитей, которыя уже рано сливаются, начиная съ ихъ наружнаго конца: сначала образуется влагалище, потомъ матка. Если это сліяніе не состоится, то получается раздвоеніе матки. При меньшей степени уродства только верхнія части матки расходятся на 2 рога—двурогая матка. При неравномѣрномъ развитіи одна изъ Мюллеровскихъ нитей развивается очень слабо, тогда получается однорогая матка.

Раздвоеніе матки узнается акушеркою только тогда, когда существуютъ двѣ влагалищныхъ части. Въ такихъ случаяхъ большею частью и рукавъ представляется раздвоеннымъ спереди назадъ во всю длину или только частью, сплошною перегородкою или перемычкою. Этотъ порокъ не препятствуетъ ни беременности, ни родамъ. Перегородка рукава большею частью разрывается во время родовъ; причемъ остатокъ ея, въ видѣ плотнаго пучка, можетъ помѣститься на головкѣ и такимъ образомъ задержать ее. Почти всегда удается сдвинуть этотъ пучекъ въ сторону, послѣ чего головка рождается безъ препятствія, или пучекъ перерѣзывается ножницами.

Если при удвоеніи матки въ одной половинѣ ея стѣнка весьма тонка и если послѣдуетъ беременность въ этой именно половинѣ матки, то она также можетъ разорваться, какъ и труба при трубной беременности. Послѣдствія разрыва тѣ-же; распознаваніе также трудно (сравни стр. 295).

Заращеніе маточнаго зѣва. Если заращеніе врожденное, то менструальная кровь задерживается въ маткѣ и растягиваетъ ее (см. стр. 139). Если въ такомъ случаѣ къ акушеркѣ обращаются за совѣтомъ, то она должна посоветовать пригласить возможно скорѣе врача. Если своевременно сдѣлана будетъ операція искусственнаго расширенія зѣва, то женщина можетъ остаться здоровою, если-же такое состояніе продолжается долгое время, то больная почти всегда умираетъ.

Если заращеніе зѣва образовалось во время беременности, вслѣдствіе воспаленія, бѣлей, изъязвленій и склейки маточныхъ губъ, то во время родовъ зѣвъ не раскрывается даже послѣ полного сглаживанія шейки и шейка растягивается настолько, что представляется тонкой, какъ бумага. Найдя при изслѣдованіи, что зѣва матки нѣтъ, а вмѣсто него имѣется небольшая закрытая ямка, и распознавъ такимъ образомъ заращеніе зѣва, нужно остерегаться, чтобы не принять растянутую тонкую маточную стѣнку за напряженный плодный пузырь. Почти всегда удается пальцемъ постепенно продырявить ямочку и такимъ путемъ возстановить зѣвъ. Весьма полезно передъ тѣмъ сдѣлать теплыя смягчительныя спринцеванія рукава. Если не удастся сдѣлать отверстіе, то только врачъ можетъ помочь операціею.

Заращеніе входа въ рукавъ бываетъ также врожденное, или пріобрѣтенное, какъ послѣдствіе болѣзни. Въ этихъ случаяхъ происходитъ тоже задержка мѣсячныхъ кровей и образованіе болѣзненной кровяной опухоли рукава. Распознаваніе легко; безъ операціи и здѣсь нельзя обойтись. Въ случаѣ образованія заращенія во время беременности, оно непременно обнаруживается во время родовъ, гдѣ также необходимо возстановить отверстіе разрѣзами.

Суженіе мягкихъ родовыхъ путей. Такія суженія встрѣчаются въ маточной шейкѣ, въ наружномъ зѣвѣ. Въ рукавѣ или въ половой щели. Случается также, что сохранившаяся дѣвственная плева представляется весьма твердою. Всѣ названныя части могутъ быть слишкомъ узкими и неподатливыми или, отъ рожденія, или-же суженіе образуется послѣ пораненій, воспаленій, язвъ и сморщивающихся рубцовъ, которые не только суживаютъ родовую каналъ, но и ведутъ къ утолщенію, уплотненію и неподатливости стѣнокъ его.

Во всякомъ случаѣ роды вслѣдствіе этого замедляются. Однако, приходится наблюдать, что вслѣдствіе разрыхленія во время родовъ даже рубцовая ткань настолько размягчается, что роды оканчиваются силами природы. Если этого не случится, то являются извѣстныя уже намъ послѣдствія, зависящія отъ значительнаго препятствія во время родовъ. Родовыя боли становятся чрезмѣрно сильными, и если имъ даже удастся преодолѣть препятствія, то могутъ образоваться глубокіе и опасныя разрывы суженныхъ частей; или-же родовыя боли становятся судорожными, матка воспаляется, является лихорадка и истощеніе роженицы; или, наконецъ, образуется столбнякъ матки и разрывъ ея.

Такъ какъ послѣдствія суженія весьма опасны и не могутъ быть предусмотрѣны, то нужно всякій разъ пригласить врача. До прибытія его акушерка должна содѣйствовать благополучному окончанію родовъ, пытаясь размягчить суженное мѣсто; наи-

болѣе дѣйствительное средство для этого представляютъ компрессы изъ теплой воды, прикладываемые къ половымъ частямъ. Мѣнять ихъ слѣдуетъ довольно часто, какъ только они начинаютъ охлаждаться, т. е. каждые 5 — 10 минутъ; кромѣ того, употребляются частыя горячія спринцеванія рукава.

Въ такихъ случаяхъ врачъ довольно часто принужденъ браться за ножъ, чтобы расширить суженныя мѣста, а также часто приходится искусственнымъ образомъ окончить роды.

Неправильныя положенія матки и рукава. Наклоненія и перегибы матки впередъ.

На страницѣ 125 мы уже говорили о разницѣ между наклоненіемъ и перегибомъ матки, нерѣдко встрѣчающимися въ первые мѣсяцы беременности. Тамъ же мы упомянули, что эти положенія матки, кромѣ усиленнаго давленія на мочевой пузырь и потому болѣе частаго позыва къ мочеиспусканію, не влекутъ за собою никакихъ другихъ дурныхъ послѣдствій и въ 4-мъ мѣсяцѣ сами собою исправляются.

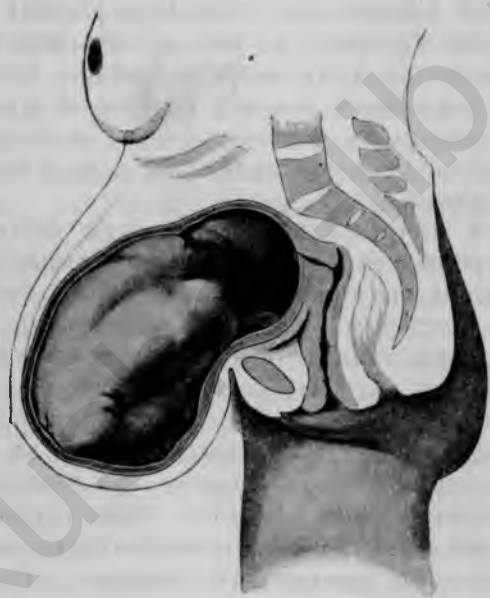
Во второй половинѣ беременности сильное наклоненіе матки или перегибъ ея впередъ имѣютъ большее значеніе. Они образуются, когда брюшныя стѣнки слишкомъ вялы и слабы и потому не въ состояніи удерживать беременную матку; когда тазъ представляется узкимъ, такъ что подлежащая часть плода не устанавливается въ немъ; когда существуетъ сильное наклоненіе таза; когда полость живота слишкомъ низка, т. е. когда край реберъ слишкомъ близко располагается къ подвздошному гребешку, что приходится наблюдать при искривленіи нижней части позвоночнаго столба. Во всѣхъ этихъ случаяхъ дно матки бываетъ вначалѣ обращено болѣе обыкновеннаго кпереди, потомъ оно опускается ниже, раздвигаетъ брюшныя стѣнки, вслѣдствіе чего получается форма живота, называемая отвислымъ животомъ. Степень отвислости живота можетъ быть настолько велика, что передняя поверхность матки, а съ нею и передняя стѣнка живота прилегаютъ къ бедрямъ, причемъ дно матки обращено не вверхъ, а внизъ. Отвислый животъ встрѣчается чаще у многорожавшихъ съ вялыми брюшными покровами; у перворожающихъ отвислый животъ обусловливается чаще всего или суженіемъ таза, или неправильностью позвоночнаго столба, на что мы въ такомъ случаѣ должны обратить вниманіе.

Отвислый животъ во время беременности представляетъ многія неудобства: онъ мѣшаетъ ходьбѣ, въ глубокихъ складкахъ кожи являются мокнуція мѣста, опрѣлости и даже изъязвленія; мочеиспусканіе весьма затруднено и сопровождается частымъ позывомъ

Во время родовъ измѣняется, конечно, направленіе, по которому боли дѣйствуютъ на плодъ. Предлежащая часть направляется не ко входу въ тазъ, а прижимается къ позвоночному столбу и потому не можетъ вступить въ тазъ; она легко отклоняется въ сторону, — образуется косое положеніе, которое затѣмъ переходитъ въ плечевое.

Уходъ за отвислымъ животомъ долженъ начинаться еще во время беременности. Онъ заключается въ томъ, что беременной даютъ удобный бандажъ, который иногда приходится укрѣплять на помочахъ, если онъ иначе не держится. Бандажъ долженъ прилегать къ самой маткѣ по возможности плотнѣе, такъ

Рис. 113.



Отвислый животъ у беременной съ искривленіемъ позвоночника (кифозомъ).

какъ этимъ самымъ и младенецъ будетъ удерживаться въ нормальномъ положеніи. Такіе бандажи очень хороши, если причина отвислаго живота заключается только въ области его покрововъ. Если же брюшная полость сама по себѣ слишкомъ низка для матки, то, конечно, положеніе ея нельзя сдѣлать совершенно нормальнымъ, но все-таки слѣдуетъ поддерживать матку настолько, чтобы она не могла совсѣмъ наклониться впередъ.

При родахъ нужно поступать такъ же. Чтобы поступленіе младенца во входъ таза было возможно, нужно роженицу положить или на спину съ высокоприподнятымъ крестцомъ, или же на бокъ съ приведенными бедрами и съ туловищемъ согнутымъ

кпереди. Если при этомъ головка не опускается въ тазъ, то матка должна быть приподнята непосредственно и удерживаема въ возможно нормальномъ положеніи особенно во время болей. Это можно сдѣлать или руками, или же посредствомъ наложеннаго на животъ бандажа (бинта, полотенца). Другія возможные во время родовъ неправильности, какъ ущемленіе передней губы маточнаго зѣва или косое положеніе плода, требуютъ ухода по соотвѣтствующимъ правиламъ.

Наклоненіе и перегибъ беременной матки назадъ.

Эта неправильность гораздо болѣе серьезна, чѣмъ вышеизложенная. Она состоитъ въ томъ, что дно матки отклоняется назадъ и внизъ въ крестцовую впадину. Если при этомъ матка сохраняетъ прямую форму, такъ что влагалищная часть поднимается къ передней стѣнкѣ таза и наружный зѣвъ матки будетъ обращенъ къ задней поверхности

лонного сочлененія, то это называютъ наклоненіемъ назадъ. Если же шейка матки остается на своемъ мѣстѣ, такъ что зѣвъ будетъ обращенъ внизъ, то между отклоненнымъ назадъ тѣломъ матки и шейкой образуется уголъ — перегибъ назадъ. Иногда матка находится въ такомъ положеніи еще до беременности; въ другихъ же случаяхъ оно образуется только послѣ зачатія и можетъ произойти вдругъ отъ толчка, паденія, вообще отъ сильнаго напряженія брюшнаго пресса. Или же связки,

которые удерживаютъ матку, постепенно ослабѣваютъ, вслѣдствіе чего и матка постепенно приходитъ въ неправильное положеніе. Такъ какъ малый тазъ имѣетъ ограниченное пространство, то наклоненіе назадъ можетъ образоваться, самое позднее, на 4-мъ мѣсяцѣ беременности, такъ какъ позднѣе матка уже слишкомъ объемиста, чтобы помѣститься въ тазу. Если матка увеличивается при такомъ неправильномъ положеніи, то вскорѣ она начинаетъ давить на соседнія части, именно на мочевою пузырь и прямую кишку. (Отъ этого происходятъ съ одной стороны упорные запоры, съ другой задержаніе мочи. Кромѣ болей, причиняемыхъ такимъ задержаніемъ испражнений, давленіе на стѣнки таза само по себѣ мучительно. Наконецъ,

Рис. 114.



Перегибъ беременной матки назадъ.

стѣнки самой матки раздражаются, вслѣдствіе чего, если эта неправильность не будетъ устранена во-время, является воспаленіе матки, выкидышъ, воспаленіе мочевого пузыря и брюшины.

Совокупность этихъ явленій называется ущемленіемъ беременной матки въ тазу съ его послѣдствіями.

Самыми характерными признаками ущемленія служатъ явленія со стороны мочевого пузыря. Больная не въ состояніи самопроизвольно мочиться, при чемъ моча вытекаетъ постоянно каплями. Задержавшаяся моча начинаетъ разлагаться. Она становится мутной, вонючей и содержитъ гной. Постоянное давленіе содержимаго на стѣнки пузыря вызываетъ наконецъ омертвѣніе слизистой оболочки и всей толщи стѣнки пузыря, сопровождающееся высокой лихорадкой.

Впрочемъ, когда въ первые мѣсяцы беременности находятъ наклоненіе матки назадъ, то не слѣдуетъ забывать, что есть много случаевъ, въ которыхъ положеніе исправляется само собою тѣмъ, что увеличивающееся дно матки постепенно сдвигается вверхъ мимо мыса, достигаетъ большого таза и, наконецъ, принимаетъ совершенно нормальное положеніе.

Распознаваніе наклоненія матки назадъ обыкновенно не трудно. При разпросахъ мы узнаемъ, что женщина беременна и что у нея постепенно или внезапно появилось задержаніе испраженія кишекъ и мочеиспусканія, или даже обнаружались другіе признаки ущемленія.

При изслѣдованіи мы находимъ, что заднее пространство малаго таза занято большой, круглой, мягкой напряженной опухолью, которая кпереди непосредственно переходитъ въ шейку матки. При наклоненіи наружный зѣвъ матки обращенъ прямо впередъ; если же между шейкою и тѣломъ образуется уголъ и, зѣвъ обращенъ внизъ, то это будетъ перегибъ назадъ. Надъ лонными костями черезъ брюшные покровы мы не въ сосояніи отыскать дно матки; его мѣсто въ большинствѣ случаевъ занято большою яйцевидною, ясно флюктуирующею опухолью, которая часто достигаетъ до пупка, а иногда даже превышаетъ его пальца на два: это переполненный мочевой пузырь.

Леченіе состоитъ, конечно, въ томъ, чтобы возстановить нормальное положеніе матки. Для этого необходимо прежде всего опорожнить мочевой пузырь, что лучше всего дѣлается посредствомъ длиннаго эластическаго катетера. Такъ какъ мочеиспускательный каналъ въ этихъ случаяхъ часто сжатъ и многократно изогнутъ, то введеніе катетера требуетъ много терпѣнія и акушерка должна помнить, что при малѣйшемъ насиліи катетеръ очень легко причиняетъ поврежденія или даже сквозные разрывы мочеиспускательнаго канала. Мочу должно выпускать по крайней мѣрѣ 3 раза въ продолженіе сутокъ, и при цѣлесообразномъ положеніи беременной такого повторнаго опорожненія мочевого пузыря

часто достаточно для того, чтобы поставить матку въ прямое положеніе. Положеніе-же, которое дають беременной, должно быть или колѣнно-локтевое, или-же боковое съ приподнятымъ крестцомъ и сильно наклоненною впередъ верхнею частью туловища, чтобы дно матки силою своей тяжести могло пройти изъ малаго таза въ брюшную полость. Само собою разумѣется, что и кишечный каналъ нужно опорожнить посредствомъ клистировъ,

Рис. 115.



Приподнятіе матки, ущемленной въ положеніи перегиба назадъ. Больная лежитъ въ колѣнно-локтевомъ положеніи. Введенные въ задній сводъ влагалища пальцы отодвигаютъ тѣло матки кверху, одновременно шейку, захваченную нулевыми щипцами оттягиваютъ къзади.

только это часто не удается. Въ продолженіе всего пользованія больной дають мало плотной пищи и еще меньше питья. Одни эти средства иногда бывають дѣйствительны.

Если, не смотря на все это, положеніе матки не перемѣнится, то нужно вправить ее помощью ручныхъ приѣмовъ. Для этого къ лежащему сзади дну матки прикладываютъ концы двухъ пальцевъ, введенныхъ во влагалище или прямую кишку, и стараются его провести кверху мимо мыса. Это лучше всего удается при колѣнно-локтевомъ положеніи (рис. 114).

Такъ какъ во всякомъ случаѣ отклоненіе беременной матки назадъ составляетъ весьма серьезную неправильность, то акушерка должна позвать доктора. Она должна непремѣнно отказаться отъ всякой попытки вправленія матки, если больная лихорадитъ или если есть чувствительность матки при дотрогиваніи, вообще если существуетъ какой-нибудь признаковъ воспаления. Въ такихъ случаяхъ можетъ помочь только врачъ леченіемъ воспаления или даже искусственнымъ производствомъ выкидыша.

Если вправленіе матки и удалось, то больная все-таки должна ежедневно занимать вышеупомянутое боковое положеніе до конца 4-го мѣсяца и слѣдить за частымъ опоражниваніемъ пузыря. При несоблюденіи этихъ правилъ матка обыкновенно опять принимаетъ неправильное положеніе. Послѣ 4-го мѣсяца это не можетъ уже случиться.

Пониженіе и выпаденіе матки и влагалища.

Пониженіемъ матки называютъ такое ея положеніе, когда она глубже обыкновеннаго лежитъ въ тазу, но еще позади половой щели. Если же она отчасти или совсѣмъ выходитъ изъ половой щели, то это называютъ неполнымъ или полнымъ выпаденіемъ матки.

Пониженіе или выпаденіе матки всегда находится въ связи съ пониженіемъ или выпаденіемъ влагалища, такъ какъ послѣднее прикрѣплено къ маткѣ и вмѣстѣ съ нею должно опуститься внизъ. При значительномъ выпаденіи матки влагалище совершенно выворачивается наружу и покрываетъ выпавшую матку.

Причины. Выпаденіе матки по большей части происходитъ отъ того, что послѣ родовъ влагалище сильно расслаблено и стѣнки его опускаются къ половой щели. Если въ такомъ случаѣ существуетъ несросшійся разрывъ промежности, такъ что послѣдняя уже не можетъ болѣе служить опорой для влагалища, то пониженіе его образуется еще легче. Опускающееся влагалище постоянно тянетъ за собою и матку, которая подъ конецъ и поддается такому влеченію внизъ. Если при всемъ этомъ еще случится, что роженица встанетъ послѣ родовъ слишкомъ рано, т. е. въ такое время, когда матка еще велика и тяжела и ея связки слабы, и если роженица въ этомъ состояніи должна исполнять тяжелыя работы, то опущеніе матки почти неизбежно. Вотъ почему мы и находимъ опущеніе и выпаденіе матки преимущественно у женщинъ рабочаго класса. Весьма рѣдко выпаденіе матки происходитъ внезапно отъ сильнаго напряженія или сотрясенія всего тѣла.

Мы видѣли изъ предыдущаго, что пониженіе влагалища и матки начинается большею частью внѣ беременности, такъ что

послѣдующая беременность наступаетъ при существующемъ уже неправильномъ положеніи ихъ. Въ такомъ случаѣ въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ беременности матка понижается обыкновенно еще больше прежняго.

Явленія, сопровождающія выпаденіе влагалища и матки, состоятъ въ тянущихъ боляхъ въ крестцѣ и тазу, въ частомъ позывѣ къ мочеиспусканію, въ задержаніи мочи, запорахъ и въ усиленныхъ выдѣленіяхъ со стороны слизистой оболочки матки и влагалища. Если влагалище и влагалищная часть долго лежать внѣ половой щели, то они дѣлаются жесткими и сухими какъ наружная кожа. Вслѣдствіе тренія между бедрами и складками бѣлья и безпрестаннаго смачиванія мочею, на нихъ нерѣдко образуются изъязвленія болѣе или менѣе обширныя.

Характерная особенность этихъ неправильныхъ положеній матки и влагалища та, что выпавшія части при лежаніи прячутся, при стояннѣ-же опять выступаютъ, и что выпаденіе усиливается при каждомъ напряженіи брюшнаго пресса, напр., чиханіи, кашлѣ и вообще при всякомъ напряженіи силъ.

Во время беременности, а именно начиная съ 4-го мѣсяца, матка сама по себѣ поднимается и удерживается въ нормальномъ положеніи просто вслѣдствіе своей величины.

Если-же опустившаяся или выпавшая матка сама собою не вправляется и притомъ еще увеличивается, какъ, напр., во время беременности, то она можетъ ущемиться въ тазу и вызвать тѣ-же явленія ущемленія, какъ при наклоненіи назадъ. Въ такомъ случаѣ очень легко происходитъ выкидышъ. Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ бываетъ, что беременная матка вся остается внѣ родового канала между бедрами и что роды происходятъ при такомъ ея положеніи.

Распознаваніе такого неправильнаго положенія влагалища и матки, конечно, очень легко; Если изслѣдовать только маломальски внимательно, то нетрудно отыскать наружный зѣвъ матки, который сейчасъ-же разъясняетъ все дѣло.

Уходъ. Выпаденіе влагалища или матки должно быть полезно и внѣ беременности, разумѣется докторомъ. Цѣль леченія состоитъ въ томъ, чтобы вправить матку и удержать ее въ нормальномъ положеніи. Въ началѣ это обыкновенно достигается введеніемъ во влагалище удобнаго кольца. Если женщина, носящая такое кольцо, забеременѣетъ, то не слѣдуетъ вынимать кольца до тѣхъ поръ, пока матка не увеличится настолько, чтобы удержаться самой собою, т. е. до конца четвертаго мѣсяца. Тогда кольцо можно удалить.

Если выпаденіе наступаетъ во время беременности, особенно если появились какіе-нибудь признаки ущемленія, то матка должна быть вправлена. Для этого женщина должна быть положена на спину съ высоко приподнятымъ задомъ. Акушерка за-

хватывает матку одной или двумя руками и тихо, постепенно отодвигает ее кверху, до тѣхъ поръ, пока она не исчезнетъ за входомъ въ рукавъ. Потомъ она отодвигаетъ двумя пальцами влагалищную часть еще выше, причемъ другою рукою обхватываетъ матку снаружи, чтобы придать ей надлежащее направленіе. Послѣ такого удачнаго вправленія матки берутъ стерилизованный ватный шарикъ и вставляютъ во влагалище. Этотъ тампонъ слѣдуетъ мѣнять 2 раза въ день, а влагалище по крайней мѣрѣ одинъ разъ должно быть проспирцовано 2% растворомъ карболовой кислоты. Женщина должна притомъ недѣли двѣ лежать, для того, чтобы приучить маточныя связки къ ихъ нормальному положенію.

Въ послѣродовомъ періодѣ женщина долго должна оставаться въ постели и еще дольше удерживаться отъ всякой тяжелой работы.

Вообще всякое выпаденіе матки должно быть польуемо безусловно врачомъ.

Выворотъ матки.

Если полость матки расширена и пуста, а стѣнки ея вялы, какъ это бываетъ въ послѣродовомъ періодѣ или тотчасъ по окончаніи родовъ, то крайне рѣдко можетъ случиться, что вслѣдствіе давленія брюшного пресса дно опустится въ полость матки, достигнетъ ея устья и черезъ него пройдетъ во влагалище—это такъ называемый самопроизвольный выворотъ. Матка при этомъ такъ выворачивается, что внутренняя ея поверхность дѣлается наружной. Вывороченная такимъ образомъ матка можетъ еще выпасть и помѣститься внѣ половой щели. Если дно матки достигаетъ только ея устья, то мы называемъ выворотъ неполнымъ, если же тѣло матки лежитъ во влагалищѣ, то это будетъ полный выворотъ; послѣдняя степень называется полнымъ выворотомъ съ выпаденіемъ

Самопроизвольное происхожденіе выворота наблюдается, однако, весьма рѣдко; большею частью виновато лицо, подающее помощь при родахъ, тѣмъ, что давить на матку снаружи, примѣняя способъ выжиманія послѣда по Креде неумѣлымъ образомъ. Выворотъ матки происходитъ тоже, если неопозволительно сильно тянуть за пуповину, или за отдѣлившуюся часть послѣда тогда, когда оставшая часть его еще плотно прикрѣплена къ стѣнкѣ матки. Что выворотъ матки дѣйствительно почти всегда происходитъ отъ вышеизложенныхъ причинъ, это доказывается и тѣмъ обстоятельствомъ, что въ настоящее время, когда акушерки хорошо обучаются и теоретически и практически, выворотъ матки наблюдается гораздо рѣже, чѣмъ въ прежнія времена.

Распознаваніе. Если имѣемъ дѣло съ неполнымъ выворотомъ, то при наружномъ изслѣдованіи не находимъ округленнаго

дна матки; оно представляется, наоборотъ, болѣе или менѣе глубоко вдавленнымъ, вогнутымъ. При внутреннемъ изслѣдованіи ощущивается въ устьѣ матки или надъ нимъ шарообразная опухоль, — вывороченное дно.

Если выворотъ полный, то передъ половыми частями или во влагалищѣ находится темно-красная, круглая, чувствительная кровоточащая опухоль, въ которой иногда еще прикрѣпленъ послѣдъ, одновременно надъ лонными костями матка вовсе не прощупывается.

Сопутствующія явленія при выворотѣ матки: сильный напоръ книзу, тошнота, обмороки и сильное кровотеченіе. Эта потеря крови или очень быстро ведетъ къ смерти, или-же она останавливается, но послѣ того обыкновенно наступаютъ тяжелыя послѣродовыя заболѣванія, воспаленія, даже омертвѣніе матки. Если не будетъ и такого заболѣванія, или больная вынесетъ его, то все-таки остаются постоянно повторяющіяся кровотеченія и сильныя боли, которыя изнуряютъ больную до крайности, пока ей не будетъ оказана медицинская помощь.

Уходъ. Вслѣдствіе большой опасности выворота, акушерка должна немедленно-же послать за врачомъ, сама-же постараться поскорѣе возстановить правильное положеніе матки. При неполномъ выворотѣ это легко: конусообразно сложенная рука вводится во влагалище, а затѣмъ въ матку, причемъ концами пальцевъ дно матки приподнимается вверхъ. Другая-же рука придерживаетъ матку снаружи, чтобы противодѣйствовать слишкомъ высокому поднятію ея и чтобы избѣгнуть чрезмѣрнаго растяженія влагалища.

При полномъ выворотѣ самое первое пособіе состоитъ въ томъ, чтобы отдѣлить послѣдъ, если онъ еще прикрѣпленъ къ маткѣ. Затѣмъ матка обхватывается и медленно, съ промежутками, вправляется вверхъ черезъ влагалище, а потомъ черезъ зѣвъ ея. Если это удалось, такъ что матка опять находится въ нормальномъ положеніи, то рука все-таки должна оставаться въ маткѣ до тѣхъ поръ, пока послѣдняя достаточно не сократится. Позднѣе сокращеніе матки обезпечиваютъ прикладываніемъ холодныхъ примочекъ или ледяныхъ пузырей на животъ, вкладываніемъ во влагалище кусковъ льда или горячимъ выпрыскиваніемъ въ матку. Всякое напряженіе брюшного пресса, какъ-то: натуживаніе, кашель, чиханіе, должно быть избѣгаемо. Если вправленіе матки не удастся вполнѣ, то по крайней мѣрѣ ее слѣдуетъ ввести во влагалище, а это послѣднее тампонировать ватными шариками или марлей.

Поврежденіе мягкихъ родовыхъ путей.

Мы должны здѣсь существенно различать разрывы наружнаго зѣва матки и разрывы вышележащихъ частей шейки и тѣла матки.

1) **Разрывы краевъ маточнаго зъва**, какъ извѣстно, происходятъ почти при каждыя родахъ и образуютъ тѣ рубцы, по которымъ отличаютъ первороженицъ отъ многородящихъ. Они не имѣютъ никакого значенія. потому что они сильно не кровоточатъ и заживаютъ въ послѣродовомъ періодѣ совершенно незамѣтно. Только при зараженіи они превращаются въ язвы, которыя могутъ служить исходными точками для серьезныхъ воспаленій.

2) **Глубокіе разрывы маточной шейки**, которые также почти всегда начинаются съ наружнаго зъва, гораздо опаснѣе, если они переходятъ въ мышечный слой надвлагалищной части матки. Во-первыхъ, они причиняютъ сильное кровотеченіе, появляющееся немедленно послѣ рожденія младенца. Источникъ кровотеченія легко найти. Тщательнымъ осмотромъ входа въ рукавъ исключаютъ кровотеченіе изъ наружныхъ частей. Если при этомъ тѣло матки хорошо сокращено, то ясно, что кровь течетъ или изъ маточной шейки, или изъ влагалища. Кровоточащій разрывъ долженъ быть опредѣленъ посредствомъ изслѣдованія пальцемъ.

Если находимъ разрывъ въ маточной шейкѣ, то онъ обыкновенно представляется исходящимъ отъ края наружнаго зъва и идущимъ прямо вверхъ, такъ что иногда даже бываетъ трудно достигнуть до конца. Иногда такой разрывъ захватываетъ часть слизистой оболочки влагалищнаго свода.

Если кровотеченіе сильно и если оно не останавливается отъ холоднаго впрыскиванія, то нужно прежде всего удалить послѣдъ, если онъ еще не вышелъ, и затѣмъ плотно сжать пальцами края раны, пока кровотеченіе не остановится. Это легко удастся. Затѣмъ черезъ нѣсколько минутъ или черезъ четверть часа можно отпустить пальцы и кровотеченіе не повторится. Если, не смотря на это, кровотеченіе все-таки продолжается, то нужно тотчасъ же быстро затампонировать влагалище по ранѣе описанному способу. Чтобы не терять времени, лучше всего взять для этого длинную, шириною въ ладонь, полосу іодоформной марли или стерилизованной ваты или, въ случаѣ нужды, два совершенно чистыхъ, смоченныхъ въ дезинфицирующей жидкости, носовыхъ платка. Само собою разумѣется, что одновременно матка должна быть сваружа сжата и придерживаема для того, чтобы не произошло внутренняго кровотеченія. Тампонъ долженъ оставаться до прихода врача или по крайней мѣрѣ нѣсколько часовъ—до 12; затѣмъ его можно вынуть, не опасаясь возобновленія кровотеченія. Влагалище послѣ этого должно быть тщательно дезинфицировано.

Даже и эти разрывы заживаютъ легко и остаются безъ особенныхъ послѣдствій, если только не случится заразное послѣродовое заболѣваніе.

3) Настоящими **разрывами матки** называются встрѣчаемые въ рѣдкихъ случаяхъ разрывы въ тѣхъ ея частяхъ, которыя покрыты брюшиной и при которыхъ разорвана вся стѣнка матки.

Если брюшина осталась цѣла, то такой разрывъ называется неполнымъ; при полномъ или сквозномъ разрывѣ разорвана и брюшина, такъ что полость матки свободно сообщается съ полостью брюшины. Признаки и послѣдствія полныхъ и неполныхъ разрывовъ почти тѣ же, такъ что распознаваніе вида разрыва подчасъ весьма трудно.

Разрывъ матки можетъ произойти во время беременности, если беременная упадетъ на животъ, получить ударъ или толчекъ въ животъ, или если какое нибудь острое орудіе разорветъ или разрѣжетъ ей животъ и стѣнку матки.

Чаще, однако, разрывы происходятъ во время родовъ, притомъ въ одномъ ряду случаевъ безъ внѣшней причины произвольно, когда при какомъ нибудь сильномъ сопротивленіи, чаще всего при узкомъ тазѣ или при поперечномъ положеніи плода или при водянкѣ головки, родовыя боли дѣлаются слишкомъ сильными и до того растягиваютъ нижній отрѣзокъ матки, что онъ въ концѣ-концовъ разрывается. Или когда края костей таза слишкомъ остры или выдаются въ видѣ остей, о которыя стѣнка матки повреждается и при сокращеніяхъ прорывается насквозь.—Въ другомъ ряду случаевъ разрывъ происходитъ насильственно, когда при операціи рука слишкомъ быстро и неловко вводится въ сильно сокращенную матку, или когда при искусственномъ поворотѣ ребенокъ будетъ повернуть слишкомъ быстро и съ примѣненіемъ чрезмѣрной силы, и въ другихъ подобныхъ случаяхъ.

Явленія при такомъ разрывѣ слѣдующія: роженица вдругъ чувствуетъ боль въ животѣ, точно что то разрывается и какъ будто какая-то теплая жидкость разливается въ животѣ, иногда же она ничего особеннаго не ощущаетъ.

Родовыя боли, до тѣхъ поръ очень сильныя, сразу прекращаются совершенно, и изъ влагалища вытекаетъ кровь. Вскорѣ обнаруживаются признаки остраго малокровія, быстрый упадокъ силъ, лицо блѣднѣетъ, губы синѣютъ, пульсъ дѣлается нитевиднымъ, потомъ исчезаетъ, наступаютъ обмороки и рвота. Роды совершенно останавливаются: предлежащая дѣтская часть отодвигается дальше вверхъ и становится подвижною. Если разрывъ довольно великъ, то мы скоро замѣчаемъ, что часть дѣтскаго тѣла и даже весь младенецъ, а за нимъ и послѣдъ выступаютъ въ брюшную полость. Тогда мы необыкновенно ясно прощупываемъ тѣло ребенка непосредственно за брюшными покровами, а рядомъ съ тѣломъ плода—матку, имѣющую форму болѣе или менѣе твердаго, стянутого шара.

Послѣдствія такихъ разрывовъ по большей части очень печальны. Во многихъ случаяхъ роженица умираетъ тотчасъ же или нѣсколько часовъ спустя послѣ образованія разрыва отъ внутренняго кровотеченія. Если-же она и перенесетъ послѣднее,

то образуется въ большинствѣ случаевъ септическое воспаленіе брюшины, отъ котораго она тоже умираетъ черезъ нѣсколько дней. Только въ рѣдкихъ случаяхъ, т. е. когда во время родовъ была соблюдена самая тщательная асептика, возможно выздоровленіе. Ребенокъ вслѣдствіе отдѣленія послѣда почти безъ исключенія погибаетъ.

Распознаваніе. Лучшимъ признакомъ чрезмѣрнаго растянутаго нижняго отрѣзка матки и угрожающаго разрыва ея служитъ такъ называемое сократительное кольцо, которое ясно прощупывается на границѣ между твердымъ тѣломъ матки и болѣе мягкимъ нижнимъ отрѣзкомъ ея. Вслѣдствіе сильныхъ сокращеній мускулатуры тѣла матки нижній отрѣзокъ все больше растягивается, дно матки поднимается все выше и сократительное кольцо прощупывается на уровнѣ пупка или еще выше. Нерѣдко прощупывается черезъ брюшные покровы сильно напряженная круглая маточная связка въ видѣ твердаго канатика.

Уже наступившій разрывъ узнается по рѣзкой боли, сопровождающей его, послѣ которой сразу всѣ боли прекращаются. Общій упадокъ силъ, маленькій и частый пульсъ, холодный потъ, отхожденіе подлежащей части отъ входа въ тазъ и нахожденіе плода въ брюшной полости непосредственно за брюшными покровами составляютъ настолько характерную картину, что распознаваніе разрыва легко. Если къ тому же при изслѣдованіи черезъ влагалище мы прямо ощущаемъ разрывъ, или если черезъ него петли кишекъ выпадаютъ во влагалище, тогда распознаваніе становится несомнѣннымъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ разрывъ матки происходитъ во время родовъ безъ какихъ-либо рѣзкихъ признаковъ и обнаруживается только послѣ родовъ при изслѣдованіи, предпринятомъ по причинѣ послѣродоваго заболѣванія.

Уходъ. Главная задача состоитъ въ томъ, чтобы предупредить разрывъ, и чѣмъ вѣрнѣе акушерка сумѣетъ во-время узнать существующую опасность и своевременно пригласить врача или сама подастъ надлежащую помощь, тѣмъ рѣже ей придется скорбѣть о такихъ несчастныхъ случаяхъ. Если же разрывъ произошелъ, а младенецъ еще не родился, тогда роды, если это возможно, должны быть окончены быстро, но осторожно. Если же это не возможно, то акушерка должна поступать, какъ при сильной потерѣ крови, т. е. положить роженицу такъ, чтобы голова ея лежала низко, и употреблять оживляющія средства. Остальное уже дѣло врача. Если ребенокъ выпалъ въ брюшную полость, то запрещается всякая попытка вытащить его чрезъ разрывъ; этимъ можно только увеличить разрывъ и ускорить смерть. И здѣсь можетъ помочь только врачъ.

4) **Разрывы влагалища.** Они встрѣчаются во всѣхъ его отдѣлахъ. Въ видѣ рѣдкаго исключенія они могутъ произойти во

время беременности вслѣдствіе прямого поврежденія влагалища. Но почти исключительно мы наблюдаемъ ихъ во время родовъ, когда слишкомъ узкое влагалище быстро растягивается проходящимъ чрезъ него младенцемъ, или когда влагалище повреждается инструментами, введенными въ него.

Разрывы влагалищнаго свода, какъ мы уже увидѣли, собственно представляютъ только продолженіе разрывовъ маточнаго зѣва и имѣютъ общее съ ними значеніе. Только у задней стѣнки, гдѣ влагалище покрыто брюшиною, можетъ быть повреждена одновременно и послѣдняя. Сквозные-же разрывы свода или отрывъ матки отъ сводовъ имѣютъ такое же значеніе, какъ полные разрывы матки, происходятъ при тѣхъ же условіяхъ и приводятъ къ одинаково печальнымъ послѣдствіямъ.

Разрывы средней части влагалища не часты и въ большинствѣ случаевъ поверхностны. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда влагалище сужено старыми рубцами, можетъ произойти разрывъ всей его стѣнки, и тогда одновременно легко разрываются прилегающіе органы: при разрывѣ передней стѣнки—мочевой пузырь или мочеиспускательный каналъ, при разрывѣ задней стѣнки—прямая кишка. Такимъ путемъ образуются отверстія, черезъ которыя эти органы сообщаются съ влагалищемъ, и мы называемъ ихъ фистулами мочевого пузыря мочеиспускательнаго канала и прямокишечно-влагалищными фистулами. Эти фистулы (или свищи), однако, происходятъ очень рѣдко непосредственно отъ разрыва при родахъ. Въ большинствѣ случаевъ онѣ являются послѣдствіями воспаления и омертвѣнія влагалища въ послѣродовомъ періодѣ. Эти воспаленія обуславливаются тѣмъ, что при слишкомъ продолжительныхъ родахъ нѣкоторыя точки или части стѣнки влагалища слишкомъ долго сдавливаются между головкой младенца и стѣнкой таза. Объ этомъ еще будетъ упомянуто въ главѣ о болѣзняхъ родильницъ.

Если при разрывѣ средней части влагалища произойдетъ сильное кровотеченіе, то прежде всего нужно отыскать мѣсто разрыва и для остановки кровотеченія впрыскивать холодную воду, вкладывать кусочки льда, сдавливать края разрыва пальцами или прижать ихъ ватнымъ шарикомъ, смоченнымъ въ водѣ съ уксусомъ. Въ крайности можно прибѣгнуть къ тампонаціи влагалища, причѣмъ слѣдуетъ тщательно слѣдить за сокращеніемъ матки.

Разрывы и поврежденія нижняго отрѣзка влагалища совпадаютъ съ таковыми предверія и промежности. Мы напоминаемъ здѣсь только о тѣхъ поврежденіяхъ влагалищнаго входа, которыя чаще всего наблюдаются, именно о разможеніи остатковъ дѣвственной плевы, вслѣдствіе чего она отчасти разрушается и входъ влагалища получаетъ тотъ видъ, по которому отличаются первородящія отъ многородящихъ.

5) **Разрывы преддверія** такъ часты, что встрѣчаются почти у всѣхъ первородящихъ и у большинства многородящихъ. Ихъ наблюдаютъ вездѣ: на внутренней поверхности большихъ губъ, на малыхъ губахъ, на задней стѣнкѣ преддверія, вокругъ мочеиспускательнаго канала и на клиторѣ. Кровотеченіе изъ нихъ большею частію незначительно. Послѣ родовъ они заживаютъ быстро и требуютъ только надлежащей опрятности при уходѣ, чтобы не служить исходными точками для зараженія. Если кровотеченіе изъ этихъ маленькихъ ранъ сильнѣе обыкновеннаго, то оно легко останавливается сжатіемъ краевъ раны другъ къ другу или прижатіемъ ихъ къ подлежащей кости, т. е. вѣтвямъ лонной дуги. Если кровотеченіе остановилось, то ноги сдвигаются, причемъ края раны прижимаются другъ къ другу. При болѣе глубокихъ разрывахъ лучше всего ихъ сшить, и потому до прихода врача не слѣдуетъ употреблять другихъ кровоостанавливающихъ средствъ, въ особенности же не прикладывать раствора желѣза, потому что послѣ этого края раны не срастаются между собою. Если же врача не будетъ, то акушерка должна взять ватный шарикъ, и крѣпко прижать его къ ранѣ.

Самыя сильныя кровотеченія бываютъ тогда, когда повреждены пещеристыя тѣла клитора. Потеря крови совершается въ такихъ случаяхъ чрезвычайно быстро, такъ что жизнь роженницы легко подвергается крайней опасности. Потому акушерка, при каждомъ послѣродовомъ кровотеченіи, тотчасъ должна разслѣдовать, не такого-ли рода разрывъ, такъ какъ тогда истеченіе кровью можно предотвратить только быстрымъ примѣненіемъ описанныхъ примѣровъ, а потомъ наложеніемъ швовъ.

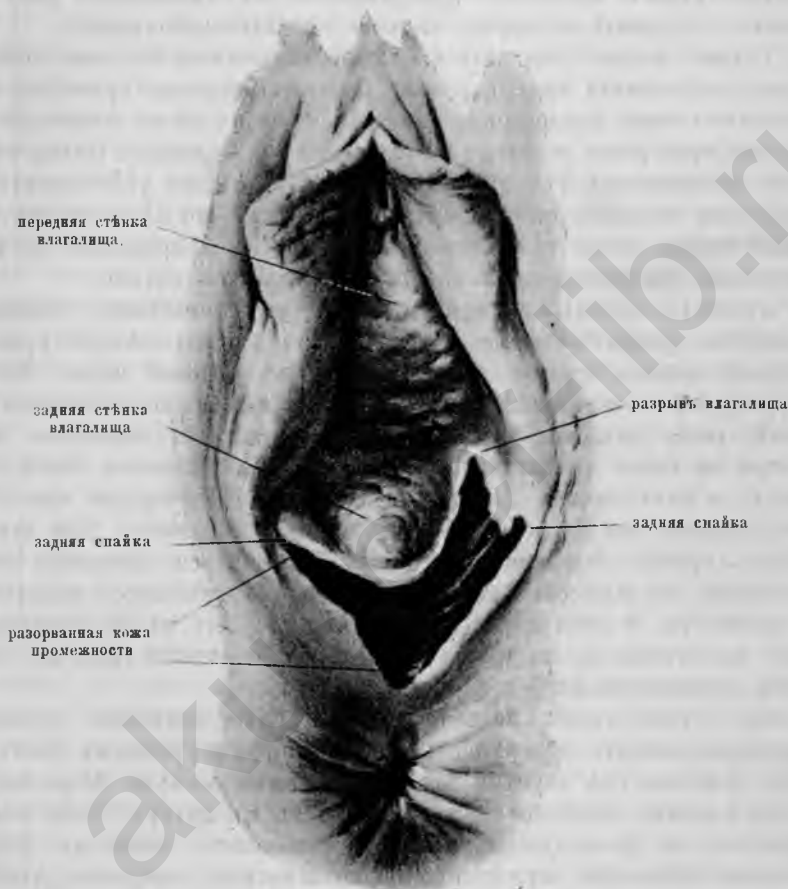
6) **Разрывы промежности.** Послѣ разрывовъ преддверія разрывы промежности представляютъ самыя частыя поврежденія родового канала. Они начинаются большею частію у уздечки большихъ губъ и направляются прямо назадъ. Разрывы считаются малыми (первая степень), если они доходятъ не дальше, какъ до середины промежности; средніе (вторая степень) доходятъ до сфинктера, при большихъ или полныхъ сфинктеръ (третья степень) бываетъ разорванъ, а иногда повреждена даже стѣнка прямой кишки.

Въ рѣдкихъ случаяхъ промежность начинаетъ разрываться не съ края, а съ середины, такъ что образуется новое отверстіе между половую щелью и заднимъ проходомъ—центральный разрывъ промежности. Если промежность очень широка, то отверстіе это можетъ увеличиться настолько, что чрезъ него проходятъ не только части младенца, напр., ручка, но даже и весь онъ. Большой частью центральный разрывъ превращается въ неполный вслѣдствіе разрыва спайки.

Частота разрывовъ промежности по большей части зависитъ отъ ловкости и внимательности акушерки при поддержаніи

промежности и при выведении головки. Все-таки бывают нѣкоторыя обстоятельства, которыя способствуютъ происхожденію разрывовъ промежности и даже дѣлаютъ ихъ неизбежными. Эти обстоятельства слѣдующія: 1) Половая щель можетъ быть слишкомъ узка сама по себѣ или по отношенію къ проходящей черезъ нее части младенца: большая головка, темяное, лобное,

Рис. 116.



Разрывъ промежности 2 степени, доходящій почти до сфинктера.

лицевое положеніе, выпаденіе ручки возлѣ головки и т. п. 2) Ткань промежности можетъ быть слишкомъ неподатлива или слишкомъ дрябла, что встрѣчается у очень молодыхъ и у очень старыхъ роженицъ, а также при отекахъ, воспаленіяхъ, опухоляхъ и рубцахъ промежности. 3) Слишкомъ быстрое прорѣзываніе головки, что можетъ случиться при неблагоприятномъ натуживаніи и беспокойствѣ самой роженицы.

Послѣдствія разрыва промежности. Каждый разрывъ промежности сопровождается небольшимъ кровотеченіемъ, которое въ рѣдкихъ случаяхъ, когда разорвется какой-нибудь большой сосудъ, достигаетъ болѣе сильной степени и должно быть остановлено.

Какъ наружная рана, каждый разрывъ промежности очень легко воспринимаетъ заразительныя вещества. Тогда онъ покрывается бѣлымъ налетомъ, превращается въ гноящуюся рану и можетъ послужить исходною точкою тяжелаго заболѣванія.

Только малые разрывы промежности заживаютъ сами собою путемъ склеиванія краевъ раны. Большіе разрывы промежности заживаютъ безъ надлежащаго леченія только путемъ нагноенія и каждый край раны отдѣльно покрывается новою кожей. Вслѣдствіе этого промежность укорачивается или совершенно уничтожается, влагалище теряетъ опору, выпадаетъ и мало-по-малу тянетъ за собою матку. Если сфинктеръ разорванъ, то испражненія не могутъ быть удерживаемы и совершаются произвольно.

Леченіе. Если акушерка думаетъ, что неизбѣжно долженъ произойти разрывъ промежности, то она должна позвать врача, который можетъ помочь надрѣзами краевъ половой щели. Если же разрывъ совершился, то въ виду всѣхъ вышеизложенныхъ послѣдствій, каждый разрывъ промежности, случившійся несмотря на самое старательное поддерживаніе, долженъ быть зашитъ, и какъ можно скорѣе, потому что чѣмъ скорѣе онъ будетъ зашитъ послѣ родовъ, тѣмъ вѣрнѣе заживаетъ. Для этого нуженъ врачъ. Акушерка не должна стѣсняться, призывая его, такъ какъ въ практикѣ каждой акушерки встрѣчаются разрывы промежности, и если какая-нибудь увѣряетъ, что въ ея практикѣ этого не случалось, то у нея нѣтъ вовсе практики, или же она очень невнимательна.

Въ случаѣ, если нельзя достать врача, акушерка должна тщательно обмыть поверхность ранъ дезинфицирующимъ растворомъ, удалить всѣ ступки крови и затѣмъ сдвинуть тѣсно ноги, чтобы плотнѣе прижать края раны другъ къ другу. Чтобы ноги случайно не расходились, колѣни связываются платкомъ. Ежедневныя обмыванія нужно производить весьма осторожно, чтобы не дергать краевъ раны; если нужны спринцеванія, то кончикъ вводится по передней стѣнкѣ влагалища. Такъ же нужно поступать, если на промежность наложены швы. Передъ первымъ испражненіемъ нужно поставить мягчительные клистиры и запретить всякое натуживаніе.

Если глубокій разрывъ промежности не зашитъ и промежность вслѣдствіе этого сдѣлалась слишкомъ короткой, и если явятся какія-нибудь изъ послѣдствій, о которыхъ было упомянуто выше, то акушерка должна посоветовать больной, по окончаніи послѣродового періода, обратиться къ врачу, который по-

средствомъ операціи, вовсе не опасной, снова можетъ возстановить промежность.

7) **Кровяныя опухоли половыхъ губъ и влагалища.** Вслѣдствіе сильнаго растяженія влагалища и наружныхъ дѣтородныхъ частей во время прорѣзыванія младенца можетъ случиться, что ткани этихъ частей съ ихъ кровеносными сосудами разорвутся въ глубинѣ, причемъ разрывъ не достигаетъ наружной поверхности. Тогда кровь накапливается въ самихъ тканяхъ, а именно, если разрывъ произошелъ у самаго входа влагалища, то — въ наружныхъ частяхъ и въ особенности въ половыхъ губахъ; если же разрывъ произошелъ выше, то — въ стѣнкѣ самаго влагалища. Такъ какъ эти разрывы, какъ было сказано, совершаются только во время прорѣзыванія младенца, то опухоли, происходящія отъ кровоизліянія, могутъ быть замѣчены, въ большинствѣ случаевъ, только послѣ родовъ. — Если опухоль помѣщается въ тазу, возлѣ влагалища, то сильныя боли и чувство тяжести и потягиванія внизъ, на которыя жалуется больная, побуждаетъ насъ къ изслѣдованію и тогда мы находимъ, что влагалище сужено съ одной или съ другой стороны эластично-мягкою опухолью, занимающей пространство между влагалищемъ и стѣнкою таза. Если кровоизліяніе произошло въ одну изъ большихъ губъ, то губа эта разбухаетъ и образуетъ опухоль синевато-багроваго цвѣта, покрытую напряженной и лоснящейся кожей; величиною она бываетъ отъ голубиного яйца до кулака и больше. По наружному виду и быстрому образованію, опухоли эти рѣзко отличаются отъ всѣхъ другихъ, особенно отъ воспалительныхъ и мѣшеччатыхъ опухолей, съ которыми онѣ могли бы быть смѣшаны по своей мягкости.

Послѣдствія этихъ кровоизліяній весьма различны. Маленькія кровяныя опухоли исчезаютъ такъ же быстро, какъ синяки на наружной кожѣ: онѣ постепенно всасываются. Большія же опухоли неспособны всасываться. Иногда онѣ лопаются тотчасъ послѣ образованія и въ такомъ случаѣ могутъ причинить сильное кровотеченіе; впослѣдствіи онѣ заживаютъ, какъ всякая наружная рана. Большею же частью проходитъ нѣсколько дней, пока утонченная кожа, покрывающая опухоль, омертвѣетъ въ какомъ-нибудь мѣстѣ. Въ ней образуются отверстія, содержимое опухоли, ступки крови, при свободномъ доступѣ воздуха разлагается, гніетъ и можетъ обусловить лихорадку и другія послѣдствія зараженія.

Пособіе состоитъ, во-первыхъ, въ томъ, чтобы воспрепятствовать увеличенію опухоли, т. е. остановить внутреннее кровотеченіе. Съ этой цѣлью нужно прикладывать холодныя примочки или пузырь со льдомъ. Если опухоль лопнетъ и произойдетъ кровотеченіе, то нужно сдѣлать то же самое и, сверхъ того, поступать такъ, какъ было сказано раньше, при поврежденіяхъ

влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ, стр. 331 и сл. Если начнется омертвѣніе, то нужно дезинфицировать частыми обмываніями и примочками; когда образуются отверстія, то слѣдуетъ удалить гнилые стуски пальцами и спринцеваніями, затѣмъ прополаскивать полость опухоли. Само собою разумѣется, что акушерка должна принять на себя лечение такой опухоли только тогда, когда нѣтъ врача.

Опухоли (новообразованія) половыхъ и сосѣднихъ съ ними органовъ.

1) **Волокнистыя опухоли матки (фибромиомы).** О распознаваніи таковыхъ была рѣчь на стр. 139. Если у женщинъ, страдающихъ фибромо матки, произойдетъ зачатіе, то нерѣдко наблюдаются кровотечения и выкидышъ, а также кровотечение послѣ родовъ. Если опухоль сидитъ въ нижнемъ отрѣзкѣ матки или въ шейкѣ ея, то можетъ помѣшать родамъ, такъ какъ она помѣщается въ тазу и не позволяетъ подлежащей части вступить въ него. Въ такомъ случаѣ даютъ роженицѣ положеніе на боку, противоположномъ опухоли, но во всякомъ случаѣ необходимо врачъ, котораго всегда успѣють пригласить, такъ какъ болѣзнь должна быть узнана акушеркой еще во время беременности.

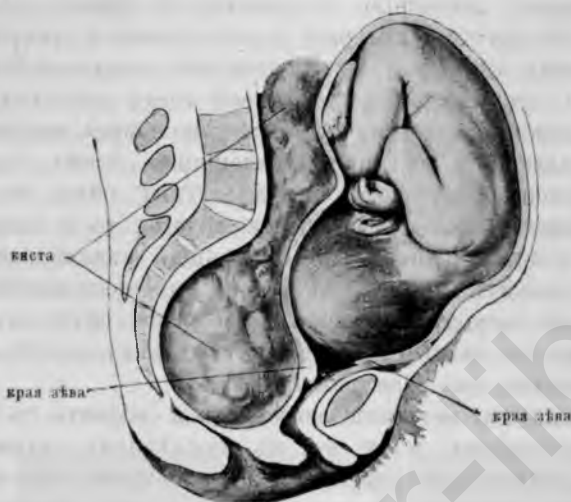
Волокнистыя опухоли, сидяція въ полости тѣла матки или шейки на ножкѣ, которая можетъ быть тонкой или толстой, называются полипами. Полипы у небеременной женщины большею частью причиняютъ кровотеченіе и препятствуютъ зачатію.

2) **Ракъ матки** принадлежитъ, какъ извѣстно, къ самымъ злокачественнымъ опухолямъ. Въ большинствѣ случаевъ онъ начинается затвердѣніемъ влагалищной части или болѣе или менѣе мягкими разраженіями на ея поверхности. Новообразованныя ткани затѣмъ распадаются, образуется потеря ткани, язва, которая, все болѣе и болѣе углубляясь и увеличиваясь во всѣ стороны, вызываетъ кровотечения, обильное выдѣленіе гнойныхъ, гнилостныхъ, весьма зловонныхъ бѣлей, общее истощеніе и, наконецъ, ведетъ къ смерти черезъ одинъ, много черезъ два года.

Ракъ обыкновенно является у женщинъ старше сорока лѣтъ, которыя уже не рожаютъ; у болѣе же молодыхъ мы нерѣдко наблюдаемъ зачатіе, несмотря на присутствіе новообразованія. Во время такой беременности бываютъ частыя кровотечения и воночія выдѣленія изъ половыхъ частей. Причину такихъ кровотеченій слѣдуетъ онредѣлить тщательнымъ изслѣдованіемъ больной. При наступленіи родовъ затвердѣніе и неподатливость стѣнокъ зѣва и шейки значительно замедляютъ раскрытіе зѣва, причемъ кровотеченіе нерѣдко значительно усиливается, наконецъ, при прохожденіи ребенка, раково - перерожденныя массы и вся

нижняя часть матки раздавливаются и разрываются, вследствие чего въ большинствѣ случаевъ развиваются весьма опасныя, смертельныя послѣродовыя болѣзни.

Рис. 117.



Осложненіе родовъ кистой яичника.

Акушерка прежде всего должна позаботиться о томъ, чтобы пригласили врача, а въ ожиданіи его старается ограничить кровотеченіе и дезинфицировать влагалище, выполаскивая его растворомъ карболки или желѣза.

3) **Опухоли яичника.** О распознаваніи ихъ см. стр. 139. Если онѣ малы и подвижны, то обыкновенно ничѣмъ не обнаруживаютъ своего присутствія и мы ихъ часто находимъ только случайно, при изслѣдованіи послѣ родовъ. Если же опухоль глубоко опустилась въ тазъ, то она можетъ представить серьезное препятствіе для прохожденія ребенка. Въ такомъ случаѣ необходимо вправить такую опухоль подобнымъ образомъ, какъ ущемленную загнутую назадъ матку. Если опухоль очень велика, то она можетъ или помѣшать развитію матки, или воспалиться отъ давленія, или даже лопнуть. Во всѣхъ этихъ случаяхъ акушеркѣ слѣдуетъ обращаться къ врачу.

4) **Опухоли, происходящія изъ стѣнокъ таза,** изъ костей или изъ связокъ, обыкновенно очень тверды и совсѣмъ неподвижны. Если онѣ не очень малы, то непременно значительно мѣшаютъ ходу родовъ такъ же, какъ и слишкомъ узкій тазъ: иногда роды естественнымъ путемъ при этомъ даже невозможны, такъ что остается одно только пособіе: кесарское сѣченіе. Акушерка въ этомъ случаѣ должна поступить такъ же, какъ при узкомъ тазѣ.

Истеченія изъ половыхъ частей.

1) **Водянистое истеченіе изъ матки.** Случается, что у нѣкоторыхъ беременныхъ неожиданно вытекаетъ въ значительномъ количествѣ водянистая жидкость, слегка окрашенная кровью. Такому истеченію предшествуетъ тяжесть въ области таза и боль въ крестцѣ, которыя послѣ истеченія прекращаются. Причиною всему этому служить воспаленіе отпадающей оболочки (эндометритъ), на поверхности которой тогда происходитъ усиленное выдѣленіе жидкости, которая, накопляясь между обоими листами отпадающей оболочки, давленіемъ своимъ вызываетъ боль и, наконецъ, вытекаетъ наружу. Такъ какъ это изліяніе часто смѣшиваются съ околоплодными водами, то и принято называть его ложными водами. Настоящая околоплодная вода, однако, не содержитъ въ себѣ ни крови, ни слизи; послѣ излітія ея обыкновенно вскорѣ появляются родовыя боли, а во время родовъ пузырь не наливается, между тѣмъ какъ послѣ ложныхъ водъ онъ остается неповрежденнымъ.

Вышеупомянутое истеченіе можно также смѣшать съ произвольнымъ истеченіемъ мочи; но въ послѣднемъ случаѣ всегда ощущается характерный запахъ мочи на мокромъ бѣльѣ.

Водянистое истеченіе можетъ остаться безъ послѣдствій въ томъ случаѣ, если оно случится только разъ и болѣе не повторится, въ большинствѣ случаевъ оно повторяется нѣсколько разъ и тогда почти неминуемо ведетъ къ преждевременному прекращенію беременности.

Обязанность акушерки—предписать больной абсолютный покой и частую смѣну бѣлья, а въ остальномъ обращаться за софѣтомъ къ врачу.

2) **Бѣли.** Такъ называется каждое бѣловатое, желтоватое или даже нѣсколько зеленоватое выдѣленіе изъ половыхъ частей. Это выдѣленіе послѣдствіе катарра слизистой оболочки маточной шейки или влагалища и состоитъ сначала изъ отдѣляющейся въ усиленномъ количествѣ слизи, прозрачной, какъ яичный бѣлокъ. Если къ этой слизи примѣшиваются отдѣлившіяся отъ поверхности слизистой оболочки эпителиальныя клѣтки, то она дѣлается сѣрой; отъ примѣси же гноя отъ изъязвленій влагалища или влагалищной части она получаетъ желтоватый или зеленоватый цвѣтъ.

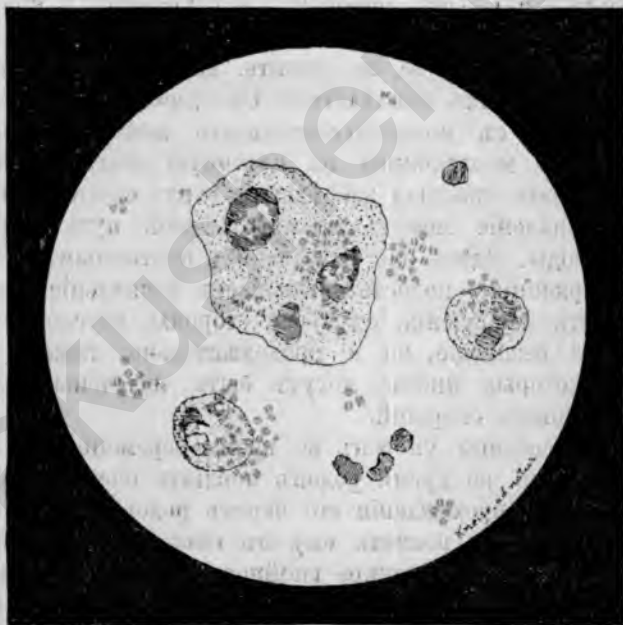
Такого рода выдѣленіе наблюдается очень часто уже въ беременности и потому легко понять, что при усиленномъ приливѣ крови и припуханіи слизистой оболочки во время беременности, оно усиливается еще болѣе. Поэтому многія беременныя жалуются на бѣли. Эти бѣли не особенно опасны. Если же онѣ беспокоятъ беременную своимъ обиліемъ или тѣмъ, что отъ постоянной сырости влагалище и наружныя части раздражаются и

воспалаются, или если онѣ принимаютъ совершенно гнойный видъ, тогда нужно дѣлать частыя обмыванія и спринцеванія свинцовой водою, квасцами, сѣрнокислымъ цинкомъ (*zincum sulfuricum*) или танниномъ (1 полная чайная ложка на стаканъ воды). Если вода тепловата и струя слаба, то подобныя спринцеванія не могутъ повредить.

При родахъ слизь дѣлаетъ родовые пути скользкими и этимъ облегчаетъ прохожденіе плода, которому она, впрочемъ, нисколько не вредитъ. Въ послѣродовомъ періодѣ отдѣленіе гноя и слизи должно прекратиться черезъ шесть недѣль. Если оно продолжается дольше и если родильница начинаетъ жаловаться на боль въ животѣ и въ крестцѣ, и вообще не поправляется какъ слѣдуетъ, то причину этого должно искать въ начинающейся или угрожающей болѣзни матки, которая должна быть опредѣлена врачомъ.

3) **Перелой (трипперъ), заразительныя бѣли.** Перелой, гоноррея или трипперъ отличается отъ вышеописанныхъ бѣлей преимущественно тѣмъ, что онъ заразителенъ и, кромѣ того,

Рис. 118.



Послѣродовое выдѣленіе, содержащее гонококки, окрашенные въ синій цвѣтъ.

можетъ имѣть дурныя послѣдствія. Болѣзнь эта вызывается особенными бактеріями — гонококками, — представляющимися въ видѣ двойныхъ коковокъ, похожихъ на кофейные бобы. Они лежатъ обыкновенно кучками внутри гнойныхъ шариковъ. За-

раженіе происходит по большей части через совокупленіе, очень рѣдко отъ изслѣдованія грязною рукою или грязнымъ инструментомъ.

Явленія перелоя слѣдующія: дня черезъ два послѣ зараженія замѣчается частый позывъ къ мочеиспусканію, которое сопровождается жгучей болью, продолжающеюся и нѣкоторое время послѣ окончанія этого акта. Одновременно съ этимъ наружныя половыя части воспаляются, краснѣютъ, припухаютъ, дѣлаются весьма чувствительными при каждомъ движеніи или дотрагиваніи. Изъ влагалища выдѣляются гнойныя бѣли. Такое же отдѣленіе появляется изъ канала шейки матки. При изслѣдованіи находимъ, что преддверіе и все влагалище темнокраснаго цвѣта и покрыты желтоватымъ жидковатымъ гноемъ; при надавливаніи на мочеиспускательный каналъ сверху внизъ можно выдавить изъ него каплю гноя. Вскорѣ образуются опрѣлости не только на наружныхъ половыхъ частяхъ, но и на бедрахъ. На половыхъ губахъ, въ преддверіи и даже глубоко въ рукавѣ и на влагалищной части образуются бородавки, имѣющія сходство съ цвѣтной капустой, такъ называемыя остроконечныя кондиломы. Онѣ, впрочемъ, встрѣчаются и при доброкачественныхъ бѣляхъ.

Болѣзнь эта, если ее не лечить, весьма упорна и можетъ имѣть много дурныхъ послѣдствій. Съ одной стороны, воспаленіе можетъ перейти съ мочеиспускательнаго канала на пузырь и дальше черезъ мочеточникъ на почечную лоханку и на самыя почки и вызвать опасныя заболѣванія этихъ органовъ. Съ другой стороны, воспаленіе можетъ проложить себѣ путь черезъ матку въ яйцепроводы. Здѣсь оно гнѣздится и повторнымъ истеченіемъ гноя въ брюшную полость вызываетъ воспаленіе брюшины и яичника. Эти воспаленія, съ своей стороны, обусловливаютъ не только часто безплодіе, но и продолжительное тяжкое страданіе больныхъ, которыя иногда могутъ быть излечены только при помощи трудныхъ операцій.

Перелой особенно упоренъ во время беременности, и сверхъ того онъ можетъ во время родовъ повліять очень дурно на ребенка. Во время прохожденія его черезъ родовые пути частички слизи легко могутъ попасть ему въ глаза, вслѣдствіе чего является весьма злокачественное гнойное воспаленіе глазъ, которое часто совершенно разрушаетъ глаза и обусловливаетъ неизлечимую слѣпоту.

Если акушерка находитъ у больной такого рода перелой, то первѣйшая ея обязанность состоитъ въ томъ, чтобы тщательно дезинфицировать самую себя, дабы не перенести болѣзнь на другихъ, а также обратить на это вниманіе самой больной. Она постоянно должна помнить, что малѣйшая частица гноя, попавшая въ глаза даже взрослому человѣку, можетъ вызвать названное

опасное воспаленіе. Во время родовъ, влагалище часто должно быть промываемо карболовой водою въ 2⁰/₀ растворѣ. По рожденіи ребенка глаза его немедленно должно промывать растворомъ сулемы 1:10000 и выполоскать чистой водою. Съ цѣлью предотвращенія зараженія глазъ младенца многіе врачи совѣтуютъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ роженица страдаетъ бѣлями, пустить въ оба глаза младенца изъ пипетки по одной каплѣ 2⁰/₀ раствора ляписа (*Solutio argenti nitric 2⁰/₀*).

Въ послѣродовомъ періодѣ гонококки проникаютъ изъ шейчнаго канала, гдѣ они обыкновенно останавливаются во время беременности, въ маточную полость и въ трубы, вызывая въ этихъ органахъ тяжелыя воспаленія.

Каждый перелой должно начинать лечить какъ можно скорѣе, такъ какъ чѣмъ болѣе онъ запущенъ, тѣмъ труднѣе поддается леченію.

О сифилитическихъ заболѣваніяхъ половыхъ органовъ будетъ сказано потомъ.

ГЛАВА VI.

Неправильности таза.

Всѣ важныя въ акушерскомъ отношеніи неправильности таза состоятъ въ томъ, что онъ въ цѣлости или же въ какой-нибудь части слишкомъ узокъ и этимъ оказываетъ весьма сильное иногда даже непреодолимое сопротивленіе родовымъ силамъ *).

Тазъ можетъ быть узокъ равномерно, или въ одной плоскости, или-же только въ одномъ размѣрѣ, и потому существуютъ узкіе тазы весьма различнаго рода. Акушеркѣ нѣтъ необходимости знать всѣ ихъ въ подробности, и она даже не можетъ точно опредѣлить форму таза у живой беременной или роженицы. Она только въ общемъ должна съумѣть опредѣлить, что тазъ узокъ, что онъ именно представляетъ причину неправильнаго хода родовъ, и сообразно съ этимъ принимать необходимыя мѣры.

Нѣкоторые виды узкаго таза.

1. Равномерно-общесъуженный тазъ отличается тѣмъ, что всѣ размѣры его коротки. Съуженіе въ большинствѣ случаевъ незначительно, много на два, рѣдко на три сантиметра, но, не

*) Слишкомъ большой или широкий тазъ никогда не мѣшаетъ родамъ и только въ связи съ сильными болями можетъ обусловить чрезмѣрно скорые роды съ ихъ послѣдствіями. Сравни стр. 305.

смотря на то, оно въ высшей степени затрудняетъ роды, потому что распространяется на весь тазовый каналъ.

Такого рода тазы обыкновенно бываютъ у карлицъ и у маленькихъ слабого тѣлосложенія женщинъ, которыя въ молодости много хворали; но иногда они попадаются у женщинъ средняго роста, у которыхъ никакъ нельзя было предполагать такой неправильности. Равномѣрно-общесъуженный тазъ, слѣдовательно, бываетъ врожденнымъ, или-же приобрѣтается въ юности, но никогда не происходитъ отъ болѣзни костей.

2. Плоскій тазъ—представляется сжуженнымъ исключительно или преимущественно въ прямомъ размѣрѣ входа; поперечный и косые размѣры входа, а также всѣ размѣры полости и выхода таза или нормальной величины, или даже увеличены. Въ общемъ тазъ имѣетъ видъ, какъ будто бы онъ сдавленъ или сплюсненъ спереди назадъ, почему и называется плоскимъ.

Плоскіе тазы встрѣчаются гораздо чаще другихъ неправильныхъ тазовъ, потому что въ большинствѣ случаевъ происхожденіе ихъ обуславливается весьма распространенною болѣзью, именно рахитомъ или англійской болѣзью.

Сущность англійской болѣзни заключается въ томъ, что известъ отлагается въ костяхъ въ недостаточномъ количествѣ, почему кости остаются мягкими. Англійская болѣзнь является у дѣтей отъ 1 до 2-хъ лѣтъ, протекаетъ иногда быстро и въ такихъ случаяхъ не оставляетъ никакихъ слѣдовъ. Если-же она длится болѣе продолжительное время, то подъ влияніемъ ея развиваются различныя неправильности скелета. Особы, перенесшія эту болѣзнь въ дѣтствѣ, обыкновенно бываютъ малаго роста. черепъ ихъ имѣетъ четырехъ-угольную форму вслѣдствіе того, что лобные и темянные бугры утолщаются и выступаютъ болѣе обыкновеннаго. Концы реберъ утолщены и образуютъ рядъ небольшихъ возвышеній,—т. н. рахитическія четки. Грудная кѣтка сдавлена съ боковъ, почему грудная кость сильно выдается впереди, — т. н. куриная грудь. Позвоночный столбъ и конечности искривлены; концы длинныхъ трубчатыхъ костей утолщены. Не всегда всѣ эти признаки рахита существуютъ вмѣстѣ, но если при осмотрѣ открывается хотя бы одинъ изъ нихъ и если изъ разспросовъ узнаемъ, что беременная въ дѣтствѣ начала поздно ходить, то необходимо точно изслѣдовать тазъ.

Рахитическій плоскій тазъ обыкновенно бываетъ сильно наклоненъ, чешуи подвздошныхъ костей также сильно наклонены и отогнуты кнаружи и потому спереди отстоятъ настолько далеко другъ отъ друга, что размѣръ переднихъ верхнихъ остей можетъ быть равнымъ или даже больше размѣра гребешковъ. Прямой размѣръ входа, а слѣдовательно и наружный прямой размѣръ укорочены отъ того, что мысъ приближенъ къ лонному соединенію. Крестецъ отбѣшенъ книзу и впереди и совершилъ

поворотъ вокругъ поперечной оси. Вслѣдствіе этого его основаніе сдвинулось впередъ и приблизилось къ лонному соединенію, а нижняя часть поступила назадъ. Крестцовая кость представляется по своей передней поверхности мало вогнутою, а выпрямленною

Рис. 119.



Рахитическій плоскій тазъ.

и соединяется съ копчикомъ подъ угломъ, вслѣдствіе чего копчикъ сильно выдается кпереди. Полость таза и въ особенности выходъ таза широки, сѣдалищные бугры значительно отстоятъ другъ отъ друга; поэтому лонная дуга широка и по виду больше походить дѣйствительно на дугу, нежели на уголь.

Простой плоскій тазъ встрѣчается гораздо рѣже рахитическаго; онъ представляетъ врожденный недостатокъ и кромѣ укороченія прямого размѣра входа не обнаруживаетъ вышеуказанныхъ измѣненій въ формѣ подвздошныхъ костей и крестца. Укороченіе прямого размѣра входа при простомъ плоскомъ тазѣ никогда не достигаетъ такой значительной степени, какъ въ рахитическомъ плоскомъ тазѣ. Прямые размѣры полости и выхода таза укорочены въ меньшей степени чѣмъ прямой размѣръ входа. Поперечные и косые размѣры нормальны или немного увеличены. Простой плоскій тазъ встрѣчаемъ у женщинъ въ остальномъ совершенно стройныхъ.

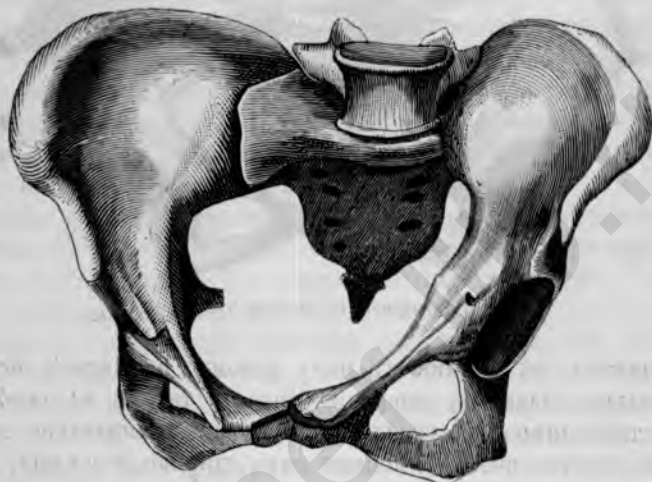
3. Обще-суженный плоскій тазъ — такой, въ которомъ зачатки костей таза съ начала своего развитія были малы, впоследствии же кости еще измѣнились подъ вліяніемъ рахита. Суженіе при этой формѣ таза нерѣдко достигаетъ весьма высокой степени.

4. Косо-суженные тазы развиваются подъ вліяніемъ бокового искривленія позвоночника, сколіоза, или болѣзни одного изъ тазобедренныхъ суставовъ или одного крестцово-подвздошнаго сочлененія; при этомъ страданіи больная сторона болѣе или менѣе остается безъ дѣйствія, здоровая же сторона выдерживаетъ всю

тяжесть туловища и вслѣдствіе этого сдавливается, сплющивается.

Болѣзни, подъ вліяніемъ которыхъ развиваются косые тазы, весьма различны. Укажемъ только на слѣдующія: врожденную короткость одной ноги, потерю ноги послѣ операціи, продолжительное воспаленіе колѣннаго или тазо-бедреннаго сустава, вывихъ послѣдняго.

Рис. 120.



Косо-сѣуженный тазъ.

Въ косо-сѣуженныхъ тазахъ находимъ одну сторону сплюсценною, а другую выпуклою; одна подздошная кость стоитъ выше другой, одинъ сѣдалищный бугоръ и одна лонная кость больше другой вдаются въ тазъ. Все эти признаки легко доступны для внутренняго и наружнаго ручнаго послѣдованія, и внимательная акушерка можетъ по этому распознать скошеніе таза. Для точнаго распознаванія формы и степени сѣуженія необходимо измѣреніе многихъ наружныхъ косыхъ размѣровъ, что для акушерки совершенно излишне.

5. Спавшіеся остеомалатическіе тазы представляются по формѣ наиболѣе неправильными. Спавшійся тазъ развивается подъ вліяніемъ особой болѣзни, т. н. размягченія костей—остеомалатіи, свойственной исключительно взрослымъ, и гораздо рѣже подъ вліяніемъ рахита. Въ Россіи остеомалатія встрѣчается весьма рѣдко. Размягченіе костей наблюдается преимущественно у женщинъ, которыя уже нѣсколько разъ благополучно рожали; оно проявляется чаще всего во время беременности сильными болями въ конечностяхъ, спинѣ, въ тазу, приписываемыми обыкновенно ревматизму или подагрѣ, причемъ боль можетъ быть на-

столько сильна, что больныя не въ состояніи двигаться. Послѣ родовъ состояніе улучшается, размягченіе костей иногда пріостанавливается; при новой-же беременности всѣ признаки повторяются въ усиленномъ видѣ, причемъ теперь только бросается въ глаза уменьшеніе роста больной насчетъ искривленія позвоночнаго столба, грудной клѣтки и конечностей. Тазъ подѣ влияніемъ тяжести туловища сдавливается сверху внизъ; мысъ смѣщается впередъ и внизъ, крестцовая кость загибается кпереди въ видѣ крючка. Съ другой стороны головки бедренныхъ костей сдавливаютъ тазъ съ боковъ, вслѣдствіе чего дно вертлужныхъ

Рис. 121.



Спавшійся тазъ при остеомалаци.

впадинъ, а съ ними и боковыя стѣнки таза приближаются другъ къ другу и лонное сочлененіе, въ видѣ клюва, выдается кпереди. Лонная дуга все болѣе суживается, такъ что при высокой степени изуродованія таза едва можно бываетъ ввести въ нее одинъ палець. Съ каждою послѣдующею беременностью искаженіе таза все увеличивается. Такъ какъ размягченіе костей достигаетъ наибольшей степени во время родовъ, то, несмотря на значительное суженіе всего малаго таза, онъ иногда до такой степени растяжимъ, что головка можетъ вступить и пройти весь тазъ, причемъ кости удаляются другъ отъ друга и форма таза какъ бы исправляется.

6. Поперечно-суженные тазы могутъ быть или врожденные, или-же они развиваются подѣ влияніемъ искривленія позвоночника, именно когда горбъ помѣщается не въ грудной области гдѣ онъ мало вліяетъ на форму таза, а въ поясничной и въ

крестцовой области. Въ послѣднемъ случаѣ полость живота значительно уменьшается, нижнія ребра почти соприкасаются съ подвздошными гребешками. Наклоненіе таза уменьшается, мысъ отклоняется кзади, вслѣдствіе чего увеличивается прямой размѣръ входа; наконецъ безымянная линия выпрямляется, слѣдовательно входъ въ тазъ представляется суженнымъ въ поперечникѣ: сѣдалищные бугры сближаются и верхушка крестца выдается болѣе кпереди, вслѣдствіе чего выходъ таза бываетъ суженъ во всѣхъ размѣрахъ; весь тазъ получаетъ видъ воронки; почему такіе тазы называются воронкообразными. Этотъ видъ суженныхъ тазовъ встрѣчается, впрочемъ и какъ врожденный порокъ развитія независимо отъ какихъ-либо болѣзней.

Костные наросты въ тазу встрѣчаются въ двухъ видахъ: во-1-хъ, какъ острые гребешки и ости и, во-2-хъ, какъ опухоли большей или меньшей величины, вдающіяся въ просвѣтъ таза. Первые легко причиняютъ пораненія мягкихъ родовыхъ путей во время родовъ, вторые препятствуютъ родамъ, уменьшая полость таза.

Распознаваніе суженія таза.

Изъ сказаннаго понятно, что акушерка очень хорошо въ состояніи распознать болѣе высокія степени суженія таза, если она точно распроситъ и обследуетъ женщину и въ особенности, если она въ случаѣ, когда имѣетъ дѣло съ женщиной многорождающей, потребуетъ подробнаго разсказа о теченіи предшествовавшихъ родовъ. При изслѣдованіи акушерка должна измѣрять наружные размѣры таза и соблюдать правила, описанныя на стр. 147. Послѣдовательность ручныхъ приѣмовъ, производимыхъ во время внутренняго изслѣдованія при суженіи таза, слѣдующая. Прежде всего ощупываемъ стѣнки таза: правую—правою, лѣвую—лѣвою рукою; если удастся прощупать всю безымянную линію, то тазъ навѣрно узокъ. Далѣе опредѣляемъ ширину лонной дуги, разстояніе сѣдалищныхъ бугровъ и форму крестцовой кости. Затѣмъ стараемся достигнуть задней стѣнки таза и мыса, прокладываемъ къ мысу верхушку указательнаго пальца (или средняго пальца если изслѣдуемъ двумя пальцами), прижимаемъ его лучевымъ краемъ къ дугообразной связкѣ лоннаго сочлененія и отмѣчаемъ на немъ ногтемъ указательнаго пальца свободной руки мѣсто соприкосновенія ихъ между собою (см. рис. 57 на стр. 155). Послѣ этого извлекаемъ палецъ и измѣряемъ разстояніе верхушки указательнаго пальца отъ сдѣланной на немъ отмѣтки; изъ опредѣленной такимъ образомъ величины діагональной конъюгаты вычитаемъ $1\frac{1}{2}$ — 2 сант. и получаемъ довольно точную величину прямого размѣра входа.

Незначительныя степени суженія таза могутъ быть распо-

знаны только при тщательномъ наблюдениі за механизмомъ родовъ, о чемъ сейчасъ будетъ сказано.

Вліяніе суженія таза на теченіе беременности и родовъ.

Во время беременности суженіе таза нерѣдко обнаруживается тѣмъ, что нижній отрѣзокъ матки не вступаетъ въ тазъ, или тѣмъ, что брюшная полость представляется, какъ напр. у горбатыхъ, слишкомъ малою.

Въ томъ и другомъ случаѣ брюшныя стѣнки подвергаются сильному растяженію, образуется отвислый животъ, который предрасполагаетъ, во-1-хъ, къ неправильнымъ положеніямъ плода, а, во-2-хъ, къ усиленнымъ болямъ въ поясницѣ и въ ногахъ и потому къ болѣе сильному затрудненію при ходьбѣ. Въ особенности у всѣхъ перворождающихъ съ отвислымъ животомъ слѣдуетъ непремѣнно тщательно изслѣдовать тазъ.

Во время родовъ неизбѣжнымъ послѣдствіемъ суженія таза является замедленіе родового акта: смотря по степени суженія, замедленіе можетъ быть различное.

1) При низшихъ степеняхъ суженія, т. е. когда истинная конъюгата достигаетъ 9 и болѣе сантиметровъ, мы замѣчаемъ уже замедленіе періода раскрытія матки вслѣдствіе того, что головка большей частью стоитъ надъ входомъ таза, недостаточно вставляется и мало напираетъ на маточную шейку, причемъ воды очень часто изливаются преждевременно. Въ томъ и другомъ случаѣ раскрытіе зѣва совершается весьма медленно, не говоря о томъ, что родовыя боли часто становятся судорожными.

Въ періодѣ изгнанія головка весьма медленно понижается, именно потому, что для прохожденія ея черезъ суженное мѣсто необходимо, чтобы она уменьшилась, что возможно только насчетъ захожденія костей черепа другъ друга. Родовая опухоль при этомъ достигаетъ значительной величины.

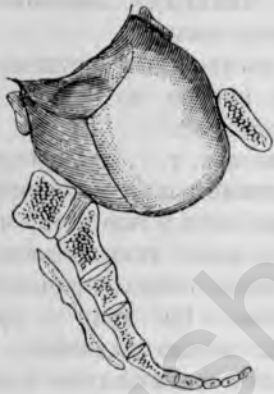
При плоскомъ тазѣ мы находимъ, пока головка проходить чрезъ входъ таза, весьма низкое стояніе большого родничка, такъ что головка проходитъ, слѣдовательно, черезъ прямой размѣръ входа въ состояніи неполнаго разгибанія, малымъ поперечнымъ размѣромъ. При этомъ стрѣловидный шовъ находится ближе къ мысу. Сначала опускается передняя теменная кость, а задняя остается прижатой къ мысу надъ входомъ. Въ такомъ положеніи головка конфигурируется захожденіемъ задней теменной кости подъ переднюю. Теперь только задняя теменная кость опускается мимо мыса въ полость таза, при чемъ стрѣловидный шовъ все больше и больше отходитъ отъ мыса. Какъ только узкое мѣсто пройдено, головка сгибается, малый родничекъ

опускается и поворачивается впередъ, а дальнѣйшій механизмъ совершается какъ при нормальныхъ тазахъ. Значительно рѣже наблюдается при плоскомъ тазѣ менѣе благоприятное заднеменное вставленіе (см. стр. 226).

Напротивъ, при общесуженномъ тазѣ весьма низко опускается затылокъ, такъ что малый родничекъ помѣщается въ проводной линіи таза, т. е. головка проходитъ черезъ тазъ въ состояніи усиленнаго сгибанія. Низкое стояніе малаго родничка — характерное явленіе при общесуженномъ тазѣ, какъ уже сказано было на стр. 226.

Коль скоро головка прошла черезъ входъ, то роды при плоскомъ тазѣ оканчиваются быстро, если боли остаются сильными, такъ какъ въ полости таза головка уже не встрѣчаетъ никакого

Рис. 122.



Вставленіе головки въ плоскій тазъ.

Рис. 123.



Вставленіе головки въ обще-суженный тазъ.

препятствія. При общесуженномъ тазѣ роды тянутся весьма медленно, потому что головка одинаково задерживается во всѣхъ отдѣлахъ таза.

Родовыя боли въ періодѣ изгнанія большею частью значительно усиливаются, такъ что легко можетъ случиться, что послѣ преодоленія препятствія онѣ слабѣютъ и роды должны быть окончены искусственно.

Если роды при такихъ условіяхъ и оканчиваются силами природы, то тѣмъ не менѣе весьма часто приходится наблюдать разнаго рода вредныя послѣдствія. Весьма легко образуются глубокія раздавленія маточной шейки и рукава, обусловливающія въ послѣродовомъ періодѣ предрасположеніе къ септическимъ инфекціямъ. Если головка остается долгое время въ полости таза, то вслѣдствіе продолжительнаго прижатія между головкой плода и стѣнками таза мягкія части вполнѣ омертвѣваютъ. Въ послѣро-

довомъ періодѣ онѣ затѣмъ выпадаютъ, послѣ чего можетъ обнаружиться сообщеніе съ сосѣдними органами: пузырно-влагалищныя свищи, рѣже свищи, сообщающіе рукавъ съ прямою кишкою.

Частыя и сильныя боли угрожаютъ и плоду опасностью задушенія. Если плодъ родится живымъ, то на его головкѣ находимъ, кромѣ громадной родовой опухоли, еще слѣды давленія въ формѣ красныхъ или синихъ углубленныхъ полосокъ или пятенъ, помѣщающихся большей частью на той сторонѣ головки, которая прошла у мыса. Эти мѣста могутъ воспалиться и даже омертвѣть и отпасть, такъ что и по рожденіи плоду угрожаютъ разнаго рода опасности.

2) При болѣе сильныхъ степеняхъ суженія, 9—6 сант., препятствіе, конечно, еще сильнѣе, замедленіе родовъ еще значительнѣе, а потому и послѣдствія болѣе серьезны. Несмотря на очень сильныя боли, головка остается надъ входомъ и не опускается во входъ таза. Въ такихъ случаяхъ роды рѣдко оканчиваются силами природы, большею же частью требуютъ искусственной помощи. Въ большинствѣ случаевъ мы наблюдаемъ значительное усиленіе болей послѣ излитія водъ; можетъ даже, хотя и рѣдко, развиться столбнякъ матки съ послѣдующимъ сильнымъ растяженіемъ нижняго маточнаго сегмента. Признакомъ такого опаснаго состоянія служить высокое стояніе сократительнаго кольца. Но иногда такіе роды оканчиваются разрывомъ матки. Чаше боли ослабѣваютъ, роды останавливаются, головка, какъ выражаются, вколачивается, т. е. она при этомъ настолько неподвижна, что ни приподнять ее не возможно, ни она сама не подвигается впередъ. Если такое состояніе продолжается долгое время, то появляются вышеописанныя раздавленія и прорывленія родовыхъ путей. Кромѣ того, уже во время родовъ, развивается воспаленіе слизистой оболочки матки съ истеченіемъ вонючей и гнойной жидкости — эндометритъ, чѣмъ обусловливаются самыя серьезныя септическія послѣродовыя болѣзни. Кости таза расходятся, сочлененія ихъ растягиваются, вслѣдствіе чего послѣ родовъ они воспаляются и причиняютъ тяжелыя, болѣзненныя и продолжительныя страданія при мочеиспусканіи и неспособность къ ходьбѣ.

Если въ такихъ неблагопріятныхъ случаяхъ не будетъ подана своевременно помощь, то роженица можетъ умереть не разрѣшившись. Плодъ при такихъ условіяхъ всегда умираетъ. На его головкѣ, кромѣ вышеописанныхъ поврежденій, находимъ еще переломы и глубокія вдавленія черепныхъ костей, разрывы швовъ и кровоизліянія въ полость черепа и вещество мозга.

При этихъ степеняхъ суженія часто приходится оканчивать роды не простымъ извлеченіемъ плода щипцами или за ножки, а кесарскимъ сѣченіемъ или операціями, уменьшающими объемъ плода, въ особенности самую объемистую часть его — головку.

3) При высшихъ степеняхъ суженія таза, — менѣе 6 сант., роды не только зрѣлымъ, но и недоношеннымъ жизнеспособнымъ плодомъ не могутъ окончиться естественнымъ путемъ, такъ какъ даже уменьшенный въ объемѣ плодъ не можетъ быть проведенъ черезъ суженный до такой степени тазъ. Для того, чтобы спасти роженицу, остается въ такихъ случаяхъ прибѣгнуть къ одному изъ двухъ: къ искусственному законному выкидышу въ первой половинѣ беременности, или, при жизнеспособномъ плодѣ, — къ кесарскому сѣченію.

Образъ дѣйствія анушерни при узкомъ тазѣ.

Во время беременности женщины у насъ обращаются къ акушеркѣ скорѣе и чаще, нежели къ врачу. Поэтому, въ виду большого значенія, которое узкій тазъ представляетъ относительно здоровья и жизни матери и плода, акушерка, при каждомъ изслѣдованіи беременной, должна подумать о возможности натолкнуться въ каждомъ данномъ случаѣ на суженіе таза. Опредѣливъ суженіе таза, она поступитъ весьма благоразумно, если всякій разъ пригласитъ врача. Если врача трудно достать, то у первородящей съ незначительнымъ суженіемъ таза акушерка можетъ спокойно ожидать родовъ. Многоорожавшая же женщина, въ особенности если предшествовавшіе роды были весьма трудны или окончились искусственно, если къ тому же дѣти рождались мертвыми, должна, по крайней мѣрѣ за 7 недѣль до предполагаемаго срока родовъ, обратиться къ врачу, дабы искусственнымъ возбужденіемъ преждевременныхъ родовъ сохранить плодъ живымъ и избавить самую себя отъ трудностей и опасностей срочныхъ родовъ. При болѣе высокой степени суженія слѣдуетъ обратиться къ врачу еще раньше, въ первой половинѣ беременности, такъ какъ, быть можетъ, потребуется вызвать искусственный выкидышъ.

Въ остальномъ въ теченіе беременности слѣдуетъ только заботиться, чтобы не было дурныхъ послѣдствій отъ отвислости живота (носить бандажъ) и соответственной діетой стараться повліять на ростъ зародыша (поменьше жидкостей, хлѣба и углеводовъ; преимущественно питаться мясомъ, рыбой, фруктами и свѣжими овощами).

Во время родовъ акушерка прежде всего должна помнить что роды при узкомъ тазѣ продолжаются очень долго; поэтому она должна сама запастись терпѣніемъ и, ободряя роженицу, ей также внушать терпѣніе. Въ періодъ раскрытія маточнаго зѣва необходимо, по возможности, сохранять околоплодный пузырь, для чего слѣдуетъ: роженицу уложить пораньше въ постель, порѣже и притомъ весьма осторожно изслѣдовать, посоветовать ей

лежать на боку и запретить ей всякое натуживаніе. Неправильности родовыхъ болей, особенно судорожныя боли, слѣдуетъ устранять вышесказаннымъ образомъ и избѣгать употребленія средствъ, усиливающихъ сокращенія матки. Если подъ вліяніемъ продолжительныхъ родовъ роженица начинаетъ слабѣть, то нужно дать ей молока, какъ пищу, а также кофе, бульонъ и немного вина, какъ возбуждающія средства. При долго продолжающихся родахъ нужно проспринцовывать рукавъ тепловатымъ дезинфицирующимъ растворомъ и также часто измѣрять температуру тѣла, чтобы точно опредѣлить начало лихорадочнаго состоянія, если оно появится.

Если воды истекли и зѣвъ не вполне раскрылся или даже вновь спался, то слѣдуетъ продолжать приведенное леченіе. При полномъ открытіи зѣва можно роженицѣ позволить нѣсколько натуживаться, но отнюдь не сильно, потому что при сильномъ дѣйствіи брюшнаго пресса головка можетъ вставиться неправильно, вслѣдствіе чего она не въ состояніи будетъ пройти черезъ суженное мѣсто. Кромѣ того, сильное и частое натуживаніе быстро ослабѣваетъ роженицу и можетъ даже способствовать разрыву матки. Часто изслѣдовать и теперь не нужно. При изслѣдованіи съ цѣлью опредѣлить, насколько роды подвинулись впередъ, акушерка должна въ особенности остерегаться, чтобы не принять громадную родовую опухоль за низко опустившуюся головку и на основаніи этого не предполагать, что роды подвигаются впередъ, между тѣмъ какъ на самомъ дѣлѣ головка остается неподвижною во входѣ.

Присутствіе врача безусловно необходимо, коль скоро появится вторичная слабость родовыхъ болей, опуханіе зѣва, лихорадка, гнойное или злобное истеченіе, столбнякъ матки или скопленіе въ ней газовъ, а равно при появленіи признаковъ угрожающей плоду опасности: измѣненнаго сердцебіенія, выходненія первороднаго кала, значительнаго увеличенія родовой опухоли, не сопровождающагося пониженіемъ самой головки и т. п.

Въ послѣродовомъ періодѣ слѣдуетъ тщательно слѣдить за маткою, чтобы предупредить легко возможное кровотеченіе. Послѣ родовъ слѣдуетъ вдвое больше заботиться объ уходѣ за родильницей, такъ какъ поврежденія родовыхъ путей составляютъ почти неминуемое послѣдствіе родовъ при узкомъ тазѣ.

Если на головкѣ плода найдемъ слѣды давленія, то ихъ слѣдуетъ обмыть борнымъ растворомъ и затѣмъ покрыть стерилизованной ватою. Если слѣды давленія начнутъ нагнаиваться, то продолжаемъ прикладывать борные компрессы до тѣхъ поръ, пока рана не покроется хорошими грануляціями, послѣ чего подъ сухою ватною повязкою она скоро зарубцуется.

ГЛАВА VII.

Болѣзненное усиленіе явленій, присущихъ беременности, и болѣзни, обусловливаемая беременностью.**Чрезмѣрная и неукротимая рвота беременныхъ.**

На стр. 136 было сказано, что беременныя очень часто страдаютъ рвотой, преимущественно по утрамъ, тотчасъ послѣ вставанія, а иногда и днемъ, при чемъ извергается большее или меньшее количество принятой пищи; беременныя тѣмъ не менѣе въ остальномъ чувствуютъ себя хорошо, имѣютъ хорошій аппетитъ и могутъ вскорѣ-же послѣ рвоты опять принимать пищу.

Чрезмѣрною становится рвота тогда, когда женщину рветъ очень часто и притомъ тотчасъ послѣ ѣды, вслѣдствіе чего количество пищи, удерживаемое послѣ рвоты, оказывается недостаточнымъ, появляется исхуданіе и слабость. Рвота становится неукротимою, коль скоро не только все принятое количество пищи тотчасъ извергается обратно, но она появляется и при пустомъ желудкѣ и даже ночью. При этомъ, какъ вообще при голоданіи, силы быстро падаютъ, беременныя вскорѣ настолько ослабѣваютъ, что не въ состояніи бываютъ не только ходить, но даже сидѣть. Жажда усиливается, мочеотдѣленіе уменьшается, появляются боли въ желудкѣ и въ другихъ частяхъ тѣла, пульсъ учащается и слабѣетъ и больная начинаетъ наконецъ лихорадить и уже почти навѣрно погибаетъ. Передъ смертью рвота обыкновенно прекращается, за то появляются бредъ и обмороки и больная умираетъ въ безсознательномъ состояніи черезъ 1¹/₂—2 мѣсяца послѣ появленія рвоты.

Причины неукротимой рвоты до сихъ поръ еще не выяснены. Вѣроятнѣе всего она нервнаго происхожденія (при истеріи), по другой теоріи она появляется вслѣдствіе самоотравленія материнскаго организма. Иногда такая рвота обусловливается болѣзнями матки и окружающихъ ее органовъ, напр., хроническимъ воспаленіемъ матки, въ особенности шейки ея, перегибомъ или выпаденіемъ матки, воспаленіемъ маточныхъ связокъ, тазовой клѣтчатки, брюшины и яичниковъ. Точно также причиною рвоты могутъ быть болѣзни желудка, въ особенности язва и ракъ желудка, и болѣзни почекъ. Въ такихъ случаяхъ рвота ничего общаго съ неукротимой рвотой беременныхъ не имѣетъ. Во многихъ случаяхъ, не смотря на точное изслѣдованіе, причина неукротимой рвоты остается неизвѣстною.

Леченіе. Если рвота появляется только по утрамъ, то иногда удастся избѣгнуть ея, если беременная встанетъ съ постели не тотчасъ, какъ только проснется, а спустя нѣкоторое время, особенно послѣ перваго приѣма пищи.

Если рвота повторяется въ теченіе дня, то беременная прежде всего должна обратить вниманіе на то, какой пищи она не переноситъ. Выборъ пищи не долженъ быть ограничиваемъ, такъ какъ опытъ указываетъ, что пища, признаваемая вообще за весьма трудно переваримую и острую, нерѣдко переносится такими беременными лучше, нежели легкая питательная пища. Послѣ ѣды беременная должна лежать и во всякомъ случаѣ не совершать никакихъ усиленныхъ движеній. Кромѣ того, слѣдуетъ заботиться о возбужденіи дѣятельности кожи частыми теплыми ваннами, обтираніями всего тѣла и ношеніемъ теплаго бѣлья или по крайней мѣрѣ теплой рубашки на голомъ тѣлѣ. Далѣе слѣдуетъ заботиться объ ежедневномъ опорожненіи кишекъ и устранять запоры.

Средствъ, прямо дѣйствующихъ противъ тошноты и рвоты, очень много. Кромѣ того, мы знаемъ, что въ одномъ случаѣ помогаетъ одно, въ другомъ случаѣ другое средство, и поэтому слѣдуетъ всѣ ихъ знать и пробовать. Сюда относятся: кусочки льда, мороженое, содовая или сельтерская воды, шипучій порошокъ, крѣпкій черный кофе, крѣпкое вино, ромъ, коньякъ, водка, шампанское, мятная, валеріановыя и гофманскія капли, порошокъ висмута отъ 0,5—1,0, опійная настойка отъ 2 до 5 капель съ кусочками льда; далѣе обтираніе тѣла водкой, камфорнымъ или горчичнымъ спиртомъ, повторные горчичники на подложечную ямку, наконецъ предложенные въ новѣйшее время ежедневныя клистиры изъ фізіологическаго раствора соли (0,6 : 100). Если кормленіе обычнымъ путемъ не удастся, то необходимо прибѣгать къ питательнымъ клистирамъ изъ бульона, молока, яицъ.

Всѣ эти средства акушерка можетъ употреблять и рекомендовать, но должна помнить при этомъ, что частая рвота опасна и потому должна быть лечима врачомъ. Можетъ даже появиться необходимость вызвать искусственный выкидышъ, ради спасенія больной.

Неправильности отправленія кишечника.

Запоръ. О томъ, что беременныя весьма часто страдаютъ запоромъ, и о средствахъ, которыми онъ устраняется, сказано уже на стр. 158. Если поименованныя тамъ средства оказываются недостаточными, если по временамъ появляются колики, чувствительность живота и приливъ крови къ головѣ, то необходимо посоветоваться съ врачомъ.

Здѣсь считаю полезнымъ еще разъ напомнить, что уже во время беременности слѣдуетъ серьезно позаботиться объ устраненіи запоровъ, такъ какъ, если запоры продолжаются до родовъ, то легко могутъ появиться дурныя послѣдствія. Колики, являющіяся временами при вздутіи и чувствительности живота принимаются беременными за родовыя боли; онѣ полагаютъ, что роды уже начались, и беспокоятъ понапрасну какъ себя, такъ

и другихъ. Тѣ-же явленія въ періодѣ раскрытія вліяютъ на родовыя боли, которыя, благодаря имъ, нерѣдко принимаютъ судорожный характеръ. Въ періодѣ изгнанія, съ одной стороны, переполненная прямая кишка можетъ мѣшать вступленію подлежащей части въ тазъ, съ другой стороны вздутыя петли тонкихъ кишекъ западаютъ между маткою и брюшною стѣнкою и тѣмъ препятствуютъ непосредственному дѣйствию брюшного пресса на матку.

Наконецъ, послѣ родовъ переполненіе кишекъ можетъ вызвать явленія, весьма похожія на признаки опаснаго воспаленія брюшины и устранимыя только энергическими средствами. Слѣдовательно, въ виду всего этого, необходимо предупредить или устранить существующій запоръ соответствующими средствами, въ особенности регулированіемъ діеты и образа жизни, которая должна быть дѣятельная, не сидячая.

Поносъ едва-ли находится въ прямой связи съ беременностью; онъ составляетъ случайное явленіе, обусловленное разными причинами, какъ-то: простудою, погрѣшностями въ пищѣ и питъѣ, чрезмѣрнымъ употребленіемъ слабительныхъ и пр.

Поносы, однако-же, у беременной весьма легко вызываютъ родовыя боли, почему нельзя оставить ихъ безъ вниманія. Для устраненія поноса обыкновенно достаточно бываетъ согрѣть животъ теплыми повязками или компрессами и соблюдать строгую діету, т. е. употреблять только слизистые отвары и немного бѣлаго хлѣба. Если испражненія очень жидки и водянисты и не сопровождаются сильною рѣзью въ животѣ, то можно беременной дать два-три раза въ день по 5 капель опійной настойки. Если поносъ продолжается долго, въ особенности если онъ сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ, то необходимо пригласить врача.

Неправильности мочеиспусканія.

Частые позывы къ мочеиспусканію, т. е. частая потребность мочиться, причемъ каждый разъ выходитъ лишь небольшое количество мочи, встрѣчаются весьма часто у беременныхъ, чаще всего въ первые три мѣсяца беременности, когда увеличивающаяся матка давитъ на дно мочевого пузыря и раздражаетъ его, вслѣдствіе чего въ немъ не можетъ скопиться обыкновенное количество мочи. Кромѣ того, частый позывъ къ мочеиспусканію является при катаррѣ мочевого пузыря, съ одной стороны, какъ послѣдствіе простуды или употребленія неперебродившихъ напитковъ, какъ-то молодого пива или кваса, съ другой стороны какъ послѣдствіе зараженія нечистымъ катетеромъ при искусственномъ опорожненіи мочевого пузыря. При катаррѣ мочевого пузыря моча не остается чистою, какъ при простомъ частомъ позывѣ, напо-

тивъ, она становится мутною, съ примѣсью слизи, причемъ мочеиспускание сопровождается болью и жженіемъ.

При простомъ позывѣ къ мочеиспусканию можно беременной совѣтовать вообще меньше пить, въ особенности вечеромъ, дабы она хоть ночью имѣла нужный покой.

Катарръ мочевого пузыря долженъ быть лечимъ врачомъ; акушерка можетъ только посовѣтовать беременной избѣгать всякой острой съ пряностями пищи и спиртныхъ напитковъ и употреблять коровье и миндальное молоко, сельтерскую воду и воду Виши. Кромѣ того, весьма полезны полуванны, согрѣвающие компрессы и втиранія камфорнаго масла въ область мочевого пузыря.

Непроизвольное мочеиспускание встрѣчается весьма часто во время беременности при всякомъ напряженіи брюшного пресса, какъ-то: при поднятіи тяжести, смѣхѣ, кашлѣ, чиханіи. Обусловливается оно ослабленіемъ мышцы, сжимающей мочевой каналъ подъ влияніемъ разрыхленія ея во время беременности.

Предпринять что-либо противъ непроизвольнаго мочеиспусканія мы не можемъ. Мы должны только заботиться о томъ, чтобы предохранить части отъ разѣданія ихъ мочою—частымъ обмываніемъ и осушеніемъ—и отъ простуды, совѣтуя носить теплыя панталоны; кромѣ того, можно предложить носить повязку, употребляемую обыкновенно во время регуль. Если непроизвольное мочеиспускание или даже постоянное истеченіе мочи является въ послѣродовомъ періодѣ, то это свидѣтельствуетъ о серьезномъ страданіи мочевого пузыря. Чаще всего въ такихъ случаяхъ существуетъ пузырно-влагалищная фистула, почему необходимо пригласить врача.

Задержание мочи во время беременности встрѣчается весьма рѣдко и почти исключительно при перегибѣ матки кзади если она прижимаетъ мочеиспускательный каналъ къ лонному соединенію. Иногда же задержание мочи обусловливается опущеніемъ головки въ полость таза, что въ особенности часто случается во время родовъ, о чемъ было сказано на стр. 184. Точно также задержание мочи встрѣчается и въ послѣродовомъ періодѣ, о чемъ было упомянуто на стр. 203. Во всѣхъ этихъ случаяхъ мочевой пузырь прощупывается надъ лобкомъ въ видѣ круглой эластической опухоли, издающей при постукиваніи тупой звукъ.

Во время беременности давленіе на мочеиспускательный каналъ должно быть устранено приподнятіемъ предлежащей части или матки. Во время родовъ большею частью неизбѣжно введеніе катетера. Въ послѣродовомъ періодѣ слѣдуетъ попытаться теплыми компрессами вызвать произвольное мочеиспускание; если это не поможетъ, то и здѣсь необходимо ввести катетеръ.

Напоминаемъ еще разъ, что до введенія катетера какъ онъ самъ, такъ и отверстіе мочеиспускательнаго канала съ окружающими его частями должны быть тщательно дезинфицированы,

въ противномъ случаѣ почти неизбѣжно вызывается катарръ мочевого пузыря.

Воспаленіе почекъ — нефритъ.

Незначительное опуханіе почекъ является весьма часто во время беременности и обыкновенно весьма быстро исчезаетъ послѣ родовъ. Распознается оно по присутствію въ мочѣ большого или меньшаго количества бѣлка, по уменьшенному количеству мочи и по отекамъ ногъ. Эти явленія такъ называемой «почки беременныхъ» осложняются иногда эклампсией. Гораздо опаснѣе осложненіе беременности хроническимъ или острымъ воспаленіемъ почекъ.

Острое воспаленіе почекъ появляется впервые во время беременности или представляетъ чаще обостреніе хроническаго нефрита, бывшаго еще до беременности. Явленія тѣ же, какъ при почкѣ беременныхъ только въ усиленной степени: небольшое количество мочи, бѣлокъ въ мочѣ, отеки не только ногъ, но и лица и всего тѣла. Больная чувствуетъ слабость, жалуется на головныя боли, головокруженіе, тошноту и рвоту, ослабленіе зрѣнія. Послѣ родовъ острый нефритъ не исчезаетъ, а переходитъ въ хроническую форму. Матери угрожаетъ опасность эклампсіи, а плодъ нерѣдко погибаетъ, вслѣдствіе чего беременность преждевременно прерывается.

Хроническое воспаленіе почекъ — хроническій нефритъ продолжается многіе годы и имѣетъ послѣдствіемъ болѣзнь сердца и общую водянку. Если мы у беременной, кромѣ обычнаго опуханія нижнихъ конечностей, найдемъ еще отекъ верхнихъ конечностей, вѣкъ и лица, то вполне основательно заподозримъ у нея хроническое воспаленіе почекъ, почему она должна обратиться къ врачу, который позаботится предотвратить всегда угрожающіе въ такихъ случаяхъ преждевременные роды, или же, наоборотъ, вызоветъ таковые, если подъ вліяніемъ давленія беременной матки на мочеточники разовьются опасные признаки нагноенія въ лоханкахъ, выражающагося повторными знобами. Кромѣ того, во время родовъ и у такихъ больныхъ нерѣдко является эклампсія; наконецъ и послѣ родовъ больная нуждается въ медицинскомъ леченіи, такъ какъ болѣзнь не прекращается съ окончаніемъ беременности.

Эклампсія.

Эклампсией называется тяжелое заболѣваніе, осложняющее беременность, роды или послѣродовой періодъ и выражающееся припадками общихъ судорогъ и потерей сознанія. Она встрѣчается рѣдко во время беременности—въ послѣдніе мѣсяцы или непосредственно передъ родами — и въ послѣродовомъ періодѣ; чаще всего она появляется во время родовъ и продолжается иногда послѣ родовъ. Эклампсія наблюдается преимущественно у

перворожениць, въ особенности, если матка сильно растянута большимъ плодомъ или двойнями или при пузырьномъ заносѣ Кръвника и полнокровныя женщины заболѣваютъ повидимому чаще, чѣмъ худощавыя. Возрастъ и образъ жизни не имѣютъ вліянія на развитіе болѣзни. Иногда случаи эклампсіи наблюдаются группами особенно весною и осенью и при быстрыхъ переměнахъ въ температурѣ. Частота случаевъ эклампсіи по разнымъ статистикамъ вычисляется различно отъ 0,3—1,5% всѣхъ родовъ.

Приступамъ судорогъ за нѣсколько часовъ или даже за нѣсколько дней болшею частью предшествуютъ предвѣстники, которые, впрочемъ, часто не обращаютъ на себя вниманія ни больной, ни окружающихъ ее. Больная жалуется на головную боль, звонъ и шумъ въ ухахъ, потемнѣніе и летаніе искръ передъ глазами, чувство страха и давленіе подъ ложечкой. При тщательномъ осмотрѣ, кромѣ опуханія ногъ, находимъ болшею частью также опуханіе верхнихъ конечностей и лица. Внезапно появляется приступъ судорогъ: движеніе глазъ и дыханіе приостанавливаются, сознаніе исчезаетъ, начинаются подергиванія въ лицевыхъ мышцахъ, затѣмъ въ мышцахъ головы, причемъ голова перебрасывается со стороны въ сторону, наконецъ во всемъ тѣлѣ и конечностяхъ; лицо совершенно искажается, глаза закатываются и видны только бѣлки ихъ. Такъ какъ дыханіе не совершается, то лицо синѣетъ, изо рта появляется пѣна, которая вслѣдствіе ущемленія и прикусыванія языка обыкновенно кровавниста. По прошествіи 1—2, рѣже болше, минутъ судороги стихаютъ, вновь появляется хрипящее дыханіе, которое постепенно становится правильнымъ, послѣ чего лицо принимаетъ естественный цвѣтъ и видъ; въ то же время больная засыпаетъ. Послѣ этого благодѣтельнаго сна она просыпается чрезъ болѣе или мене долгое время; сознаніе можетъ вновь возвратиться, причемъ больная жалуется лишь на головную боль и значительную слабость.

Рѣдко дѣло ограничивается однимъ приступомъ; болшею частью черезъ нѣсколько часовъ, въ тяжелыхъ случаяхъ уже черезъ нѣсколько минутъ, повторяются припадки, въ промежуткахъ между которыми сознаніе болѣе не возвращается. Послѣ появленія припадковъ температура постепенно повышается. Пульсъ малъ и учащенъ, исчезаетъ временами. Нерѣдко наблюдается непроизвольное отхожденіе мочи и кала. Число припадковъ различно. Рѣдко наблюдается всего 1 — 2 припадка, чаще болше. Насчитывали уже до 100 и болѣе припадковъ. Если общія судороги появились во время родовъ, то въ большинствѣ случаевъ онѣ прекращаются только съ окончаніемъ ихъ, хотя нерѣдко повторяются и въ послѣродовомъ періодѣ.

Теченіе родовъ само по себѣ не нарушается общими судорогами, нерѣдко приходится наблюдать, что роды съ появленіемъ приступовъ эклампсіи идутъ даже весьма быстро.

Приблизительно въ 98⁰/₀ всѣхъ случаевъ эклампсіи опредѣляется бѣлокъ въ мочѣ (альбуминурія), что указываетъ на поврежденіе почекъ. Количество мочи замѣтно уменьшается съ тяжестью припадковъ, при чемъ содержаніе бѣлка въ мочѣ быстро нарастаетъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ во время припадковъ выдѣленіе мочи совершенно прекращается (анурія), а съ нарастаніемъ количества мочи припадки и мозговья явленія обыкновенно исчезаютъ. Вслѣдствіе тяжелаго расстройства въ отравленіи почекъ составныя части мочи задерживаются и отравляютъ организмъ. Это выражается раздраженіемъ центровъ головного мозга, вызывающимъ общія судороги, и потерей сознанія.

Въ почкахъ такихъ больныхъ находятъ всегда при вскрытіи явленія воспаления (мутное набуханіе, жировое перерожденіе и омертвѣніе отдѣлительнаго эпителия). Какого рода ядовитыя вещества, отравляющія организмъ, до сихъ поръ еще неизвѣстно.

Въ послѣднее время не всѣми признается заболѣваніе почекъ какъ первичная причина эклампсіи. Многіе думаютъ, что присутствіе бѣлка въ мочѣ зависитъ отъ вторичнаго пораженія почекъ. Первичною причиною болѣзни они считаютъ самоотравленіе материнскаго организма (аутоинтоксикацію) продуктами распада обмѣна веществъ зародыша (токсинами). При выдѣленіи этого яда черезъ почки, онѣ поражаются, воспаляются, что и выражается присутствіемъ бѣлка въ мочѣ и уменьшеніемъ ея количества.

Эклампсія весьма опасная болѣзнь, по крайней мѣрѣ одна десятая всѣхъ заболѣвшихъ ею умираетъ, а смертность дѣтей доходитъ до 50⁰/₀. Если припадки весьма часты и продолжительны, то смерть можетъ наступить во время самаго припадка, даже до окончанія родовъ, такъ что женщина умираетъ не разрѣшившеюся. Иногда безсознательное состояніе продолжается по прекращеніи приступовъ и переходитъ въ смерть; или вслѣдствіе задержки дыханія во время приступовъ происходитъ просачиваніе сыворотки крови въ легкія, образуется отекъ легкихъ, который и ведетъ къ смерти. Въ другихъ случаяхъ больныя погибаютъ отъ кровоизліянія въ мозгъ (апopleксіи). При хорошемъ исходѣ въ тяжелыхъ случаяхъ больная нѣсколько дней остается въ безсознательномъ состояніи и, придя въ себя, нерѣдко бываетъ въ сильно возбужденномъ состояніи, граничащимъ съ умопомѣшательствомъ и продолжающимся еще нѣкоторое время. Плодъ рождается мертвымъ, потому что вслѣдствіе неправильнаго дыханія матери количество кислорода въ материнской крови сильно понижено, такъ что ребенокъ умираетъ отъ отравленія угольной кислотой.

Распознаваніе эклампсіи не трудно; ее можно было бы смѣшивать съ эпилепсіею (падучею болѣзнью) или съ истерическими судорогами нервныхъ женщинъ. Разница между ними заклю-

чается въ томъ, что эпилепсія представляетъ хроническую болѣзнь, и потому изъ разспросовъ окружающихъ мы можемъ узнать, что припадки судорогъ бывали и раньше. При истерическихъ же судорогахъ сознание не исчезаетъ и почечныя явленія отсутствуютъ. Судороги, подобныя экламптическимъ, могутъ обуславливаться еще тяжелыми болѣзнями мозга, напр. апоплексією, и смертельнымъ кровотеченіемъ, но таковыя встрѣчаются весьма рѣдко, почему о нихъ мы можемъ умолчать.

Уходъ. Коль скоро появятся судороги или предвѣстники ихъ, акушерка должна тотчасъ же послать за врачомъ, такъ какъ только онъ можетъ примѣнить всѣ необходимыя здѣсь средства. Во время приступовъ судорогъ акушерка прежде всего должна заботиться о томъ, чтобы больная при быстрыхъ движеніяхъ не ушибла себя и не упала съ кровати; однако, не слѣдуетъ примѣнять грубаго насилія. Тотчасъ при первыхъ подергиваніяхъ слѣдуетъ вправить языкъ, если онъ выпадаетъ между зубами; если это не удастся и языкъ все-таки выпадаетъ, то необходимо ввести между зубами завернутую въ полотенце плоскую рукоятку ложки. Кромѣ того, акушерка можетъ завернуть голову больной въ теплый компрессъ и поставить клистирь изъ физиологическаго раствора соли (0,6 : 100). Самыя важныя средства, которыя можетъ примѣнять акушерка, — сильнодѣйствующія потогонныя, какъ-то: горячая ванна не менѣе 30 гр. по Реомюру (20 — 30 минутъ) и заворачиваніе всего тѣла больной въ простыню, смоченную въ теплой водѣ, съ послѣдующимъ укутываніемъ въ теплыя одѣяла. Само собою разумѣется, что, желая сдѣлать ванну или обертываніе, необходимо обратить вниманіе на срокъ родовъ, чтобы младенецъ не родился неожиданно. Вообще же должно изслѣдовать по возможности рѣже, такъ какъ изслѣдованіе само по себѣ можетъ вызвать приступъ судорогъ. Всѣ обычныя средства, успокаивающія нервы, какъ-то: валеріана, бобровая струя и тому подобныя, при судорогахъ не дѣйствительны. Здѣсь слѣдуетъ употреблять наркотическія средства: опій, морфій, хлоралъ и хлороформъ, примѣнять которыхъ, однако, акушерки не должны, потому что онѣ не въ состояніи контролировать подчасъ опасное дѣйствіе этихъ средствъ.

Если обстоятельства допускаютъ, то слѣдуетъ окончить роды, при черепныхъ положеніяхъ — выжиманіемъ плода по Кристеллеру, при ягодичныхъ — извлеченіемъ, при поперечныхъ — поворотомъ и извлеченіемъ. Окончаніе родовъ уже потому желательно, что въ большинствѣ случаевъ нельзя ожидать прекращенія приступовъ до рожденія плода.

Послѣдствія чрезмѣрнаго давленія на сосуды таза.

1) **Отеки.** Объ обычныхъ явленіяхъ отека было сказано на стр. 129. Высшихъ степеней отекъ достигаетъ у многорожавшихъ,

матка которыхъ слишкомъ растянута двойнями или большимъ количествомъ околоплодныхъ водъ и въ особенности у роженицъ слабыхъ, кровь которыхъ и безъ того водяниста. При весьма сильныхъ отекахъ можетъ случиться, что въ кожѣ появляются небольшія трещинки, черезъ которыя просачивается жидкость изъ клѣтчатки; эти трещинки могутъ воспалиться и въ такомъ случаѣ очень беспокоятъ больныхъ.

Леченіе ограничивается уменьшеніемъ страданій беременной. Путь къ достиженію этого указываетъ самою природою, именно наблюденіемъ, что къ утру отеки или уменьшаются, или совсѣмъ исчезаютъ и образуются вновь только въ теченіе дня слѣдовательно, чѣмъ больше беременныя лежатъ, и чѣмъ меньше онѣ стоятъ или ходятъ, тѣмъ меньше давленіе матки на тазовые сосуды. Поэтому беременнымъ, страдающимъ сильными отеками, слѣдуетъ совѣтовать больше лежать. Однако, только весьма немногія женщины имѣютъ возможность лежать по нѣсколько мѣсяцевъ, да и не согласны на это, потому что болѣзнь хотя тягостна, но не опасна; съ другой стороны, движеніе для беременныхъ не только полезно, но даже необходимо. Въ виду этого слѣдуетъ позаботиться, чтобы отекъ не усиливался во время ходьбы. Всего проще и легче это достигается довольно плотнымъ бинтованіемъ ногъ снизу вверхъ бинтами изъ бумажной ткани, фланели или бумазеи, причемъ значительно уменьшается напряженіе, тяжесть, чувство онѣмѣнія и зудъ конечностей. Бинты накладываются утромъ и на ночь снимаются. Замѣнить ихъ можно чулками изъ резиновой матеріи; однако, беременныя часто жалуются, что такіе чулки сильно грѣютъ, усиливаютъ зудъ и скоро неравномѣрно растягиваются, вслѣдствіе чего нога болѣе не подвергается всестороннему, всюду одинаковому давленію. Весьма цѣлесообразно, если беременная даже съ забинтованными ногами будетъ въ теченіе дня отъ времени до времени лежать или по крайней мѣрѣ сидѣть съ горизонтально вытянутыми ногами.

Если на отекшихъ частяхъ образовались ранки, то, во избѣжаніе воспаленія, необходимо содержать ихъ асептично, обмывать растворомъ борной кислоты и покрывать стерильной повязкой.

Напоминаю здѣсь еще разъ, что коль скоро отекаютъ верхнія конечности и лицо, то это указываетъ на другія болѣзни: порокъ сердца или воспаленіе почекъ, непремѣнно требующія совѣта врача.

2) **Расширеніе венъ.** О происхожденіи этихъ расширеній сказано на стр. 129, здѣсь же разберемъ только неблагоприятныя послѣдствія ихъ.

Зудъ и жженіе заболѣвшаго мѣста заставляютъ беременныхъ чесаться, вслѣдствіе чего образуются язвы, которыя, въ особен-

ности на голеняхъ, большею частью бываютъ весьма упорны. Поэтому необходимо строго воспретить всякое расчесываніе и уменьшить зудъ частыми обмываніями холодною водою или спиртомъ. Коль скоро образовались язвы, нужно заболѣвшее мѣсто ноги забинтовать полосками липкаго пластыря и пригласить врача.

Нерѣдко воспаляются расширенныя вены, причеиъ стѣнка ихъ плотнѣетъ и кровь въ нихъ свертывается, вслѣдствіе чего онѣ прощупываются въ видѣ плотныхъ снурковъ и узловъ, между тѣмъ какъ до этого онѣ были мягки на ощупь и исчезали при давленіи. Наиболеѣ благоприятными исходами воспаления венъ является возстановленіе кровообращенія, причеиъ кровь прокладываетъ себѣ путь черезъ образовавшійся сгустокъ, или заращеніе вены на мѣстѣ воспаления ея. Въ другихъ случаяхъ воспаленіе вены можетъ перейти въ нагноеніе, причеиъ, если гной вскрывается наружу, то образуются весьма упорныя незаживающія язвы, если же гной проложить себѣ путь въ здоровую, неспавшуюся часть вены, то происходитъ зараженіе крови.—При такомъ воспаленіи венъ больная должна сейчасъ же лечь въ постель, спокойно держать ногу и прикладывать компрессы изъ холодной воды; дальнѣйшее леченіе предоставляется врачу.

Наконецъ, расширенная вена или варикозный узелъ ея могутъ разорваться вслѣдствіе застоя крови и чрезмѣрнаго напряженія стѣнокъ сосуда, а такъ какъ вены въ такихъ случаяхъ бываютъ очень большого объема, то вслѣдъ за разрывомъ ихъ происходитъ значительное, иногда опасное для жизни кровотеченіе. На эту опасность должно быть обращено вниманіе каждой беременной, страдающей расширеніемъ венъ. Коль скоро случится разрывъ внѣ дома, беременная должна тотчасъ же придавить кровоточащее мѣсто чистымъ пальцемъ, затѣиъ плотно завязать платкомъ; дома же нужно наложить сухую асептичную повязку и плотно забинтовать всю ногу, начиная съ пальцевъ, послѣ чего больная должна приблизительно 8 дней лежать въ постели, пока рана не зажила; ногу слѣдуетъ перебинтовать, коль скоро бинтъ ослабѣетъ.

Всѣхъ этихъ неблагопріятныхъ послѣдствій можно избѣжать, если съ самаго появленія расширенія венъ поступать такъ, какъ мы совѣтовали при отекахъ, т. е. если больная будетъ соблюдать покой и если она будетъ сидѣть, стоять и ходить только съ забинтованной ногой.

Головокруженіе и обморокъ.

При головокруженіи внезапно является чувство слабости, сопровождающееся шумомъ и звономъ въ ушахъ и мельканіемъ передъ глазами, что заставляеть больныхъ ухватиться за что-

либо; къ этому нерѣдко присоединяется тошнота и рвота. Если головокруженіе сопровождается потерей сознанія, то получается обморокъ, причемъ все тѣло становится вялымъ, произвольныя движенія прекращаются, вся кожа и лицо блѣднѣютъ и холодѣютъ, дыханіе и биеніе сердца (пульсъ) слабѣютъ и замедляются; временно пульсъ можетъ совершенно исчезнуть.

Какъ при головокруженіи, такъ и при обморокѣ, описанныя явленія исчезаютъ черезъ нѣсколько секундъ или минутъ, дыханіе и сердцебиеніе опять усиливаются, лицо краснѣетъ, въ большинствѣ случаевъ появляется потъ.

Чаще, чѣмъ у другихъ особъ, головокруженіе и обморокъ наблюдаются у беременныхъ по той причинѣ, что у нихъ кровь жиже и водянистѣе, почему мозгъ питается хуже, и еще потому, что онѣ часто страдаютъ неправильнымъ кровообращеніемъ и предрасположены къ приливамъ крови. Причины, вызывающія приступы, весьма различны. Въ большинствѣ случаевъ онѣ заключаются въ пребываніи въ дурномъ и спертомъ воздухѣ, въ многолюдныхъ собраніяхъ: въ церквахъ, въ театрахъ, въ концертахъ. Затѣмъ въ чрезмѣрномъ напряженіи и истощеніи силъ тяжелою работою и ночнымъ бдѣніемъ. Наконецъ, обмороки обусловливаются внезапными сильными душевными потрясеніями или обильнымъ кровотеченіемъ.

Если у беременной есть склонность къ головокруженіямъ и обморокамъ, то она должна быть лечима врачомъ. Многое можетъ сдѣлать и акушерка, совѣтуя, смотря по комплекціи больной, женщинамъ крѣпкаго тѣлосложенія и упитаннымъ соблюдать строгую діету, принимать легкую пищу, воздерживаться отъ горячительныхъ напитковъ и заботиться о ежедневномъ отравленіи желудка; слабымъ же и малокровнымъ женщинамъ совѣтуя, наоборотъ, питательную пищу, возможно частое пребываніе на свѣжемъ воздухѣ и избѣганіе всякой напряженной работы.

Во время обморока необходимо прежде всего дать доступъ свѣжему воздуху, открыть окно или вынести больную на воздухъ. Затѣмъ развязываютъ и снимаютъ съ больной все стѣсняющее ее, напримѣръ, корсетъ. Если больная очень блѣдна, что обыкновенно бываетъ, то ее слѣдуетъ положить совершенно горизонтально, голову можно положить даже ниже туловища, если же лицо покраснѣло, то голову кладутъ выше. Потомъ сбрызгиваютъ лицо холодною водою, лобъ и виски натираютъ уксусомъ, водкою, одеколономъ и подносятъ къ носу какое-либо сильно пахучее средство. По пробужденіи отъ обморока даютъ больной выпить стаканъ воды или вина и затѣмъ поступаютъ, сообразуясь съ причинами, вызвавшими припадокъ.

ГЛАВА VIII.

Вліяніе нѣкоторыхъ болѣзней на беременность и роды.

Случайныя заболѣванія могутъ существовать до начала беременности, продолжаясь и въ теченіе ея, нѣкоторыя изъ нихъ могутъ имѣть большое вліяніе какъ на мать, такъ и на плодъ. Въ другихъ случаяхъ болѣзни развиваются во время беременности и тогда пріобрѣтаютъ особенное значеніе. Какъ бы то ни было, мы знаемъ только, что беременность не предохраняетъ ни отъ какой болѣзни, какъ предполагали въ прежнія времена, и что беременныя подвержены всѣмъ тѣмъ же болѣзнямъ, какъ и не беременныя.

Для болѣе яснаго разбора мы раздѣляемъ болѣзни на острыя, т. е. такія, которыя продолжаются короткое время и сопровождаются большею частью сильнымъ повышеніемъ температуры тѣла, и на хроническія, продолжающіяся мѣсяцы и годы и протекающія обыкновенно безъ лихорадки; лихорадочное состояніе составляетъ при нихъ только временное, чаще случайное явленіе.

1. Острыя болѣзни.

Сюда принадлежатъ, во 1-хъ, изъ общихъ болѣзней: тифъ въ различныхъ формахъ, инфлуэнца, дифтеритъ, перемежающаяся лихорадка, дизентерія, холера и острая сыпь, какъ-то: скарлатина, корь, оспа, рожа, и, во 2-хъ, изъ мѣстныхъ болѣзней всѣ воспаленія, проявляющіяся опуханіемъ, краснотой, жаромъ, болью и нарушеніемъ отправленія пораженнаго органа.

Тому и другому виду болѣзней свойственна лихорадка, которая выражается ознобомъ, жаромъ, потомъ, разбитостью, потерей аппетита и, кромѣ того, повышеніемъ температуры тѣла выше 38—41 град. Цельсія, соотвѣтственно чему пульсъ учащается до 90—140 въ минуту.

Это то повышеніе температуры тѣла, т. е. теплоты крови беременной, вредно вліяетъ на беременность, и тѣмъ хуже, чѣмъ выше температура и чѣмъ дольше она продолжается. Разгоряченная кровь или прямо раздражаетъ маточныя стѣнки, вслѣдствіе чего онѣ сокращаются, или же плодъ умираетъ подъ вліяніемъ высокой температуры или вслѣдствіе кровоизліяній въ слизистую оболочку матки (см. стр. 309) и, какъ инородное тѣло, лежащее въ маткѣ, вызываетъ родовыя боли. Во всякомъ случаѣ появленіе острой лихорадочной болѣзни угрожаетъ беременной выкиды-

шемъ или преждевременными родами, что акушерка должна постоянно имѣть въ виду.

Кромѣ того, акушерка должна соблюдать слѣдующій образъ дѣйствія:

Если беременная заболѣетъ острою заразительною болѣзью, и если акушерка будетъ позвана къ ней, то она обязательно должна пойти къ таковой больной для того, чтобы опредѣлить, въ какомъ состояніи находятся больная и плодъ. Если все въ порядкѣ, то акушерка должна отказаться или отъ ухода за такою беременною, или отъ всякой другой практики въ теченіе всего времени ухода за заболѣвшею беременною, чтобы, находясь въ близкомъ соприкосновеніи съ ней, не перенести заразы на другихъ особъ и не причинить неизмѣримаго несчастья. Точно также акушерка не въ правѣ и не должна отказываться вести роды такой больной, уходя же за разрѣшившеюся она можетъ представить кому-либо другому.

Во всякомъ случаѣ акушерка не должна посѣщать ни роженицъ, ни родильницъ, не подвергнувъ себя послѣ посѣщенія больной тщательной дезинфекціи, для чего она должна взять ванну, вымыть руки мыломъ и дезинфицирующимъ растворомъ и переѣмнить бѣлье и платье. Снятыя платья слѣдуетъ хорошенько вымыть и, если возможно, прокипятить.

Кромѣ того, слѣдуетъ позаботиться, чтобы беременная, заболѣвшая заразительною лихорадочною болѣзью помѣщалась въ отдѣльной комнатѣ и чтобы за ней ухаживала особая сидѣлка, чтобы ни сама больная, ни ея вещи не приходили въ соприкосновеніе съ другими лицами. Далѣе испражненія тифозныхъ, холерныхъ и заболѣвшихъ кровавымъ поносомъ не слѣдуетъ выбрасывать въ общее отхожее мѣсто; предварительно слѣдуетъ ихъ смѣшать съ дезинфицирующею жидкостью и затѣмъ вылить лучше всего въ отдѣльную яму.

Больныя тифомъ, холерою и дизентеріею не могутъ кормить грудью своихъ дѣтей, потому что подъ вліяніемъ этихъ болѣзней быстро наступаетъ ослабленіе всего организма и потеря молока. Хотя молоко и не всегда пропадаетъ у коревыхъ, скарлатинозныхъ и оспенныхъ больныхъ, тѣмъ не менѣе, онѣ тоже не должны кормить своихъ дѣтей, чтобы не заразить ихъ, такъ какъ новорожденные въ случаѣ заболѣванія неизбежно умираютъ. Поэтому ихъ слѣдуетъ совершенно отдѣлить отъ матери и возвратитъ только послѣ выздоровленія ея и дезинфекціи какъ самой матери, такъ и комнаты, въ которой она помѣщалась.

Если болѣзнь составляетъ мѣстное не заразительное воспаленіе, то вышешприведенныя мѣры предосторожности излишни. Но если, напримѣръ, наружное воспаленіе перейдетъ въ нагноеніе, то акушерка должна постоянно имѣть въ виду, что отъ

такой больной она можетъ заразить другихъ роженицъ или родильницъ, т. е. вызвать у нихъ послѣродовую горячку, чего именно она всѣми силами должна избѣгать.

2. Хроническія болѣзни.

Хронически протекающей инфекціонной болѣзью можно считать **туберкулезъ** или бугорчатку, сущность которой заключается въ прогрессирующемъ воспаленіи и нагноеніи, а потому и разрушеніи легкихъ, гортани и кишекъ, и другихъ органовъ, каждаго отдѣльно или всѣ вмѣстѣ. Кашель, гнойная, подчасъ кровавистая мокрота, часто повторяющаяся лихорадка, ночные поты постоянно сопровождаютъ чахотку легкихъ, самую распространенную и общеизвѣстную форму.

Мы теперь знаемъ, что туберкулезъ причиняется бактеріями, туберкулезными палочками, проникающими въ организмъ и вызывающими воспаленіе и разрушеніе въ тѣхъ органахъ, гдѣ онѣ поселились. Поэтому онѣ встрѣчаются также и въ изверженіяхъ этихъ органовъ, напримѣръ, въ мокротѣ при легочной бугорчаткѣ (чахоткѣ), въ испражненіяхъ при туберкулезѣ кишекъ. Палочки эти, высыхая, попадаютъ въ воздухъ въ видѣ пыли и такимъ образомъ могутъ заражать другихъ особъ.

Если чахоточная женщина забеременѣетъ, то случается, что во время беременности она чувствуетъ себя лучше; послѣ-же родовъ болѣзнь быстро ухудшается. Если лихорадка у такой больной появляется часто и притомъ въ сильной степени, то роды обыкновенно наступаютъ раньше срока. Дѣти чахоточныхъ матерей рождаются съ предрасположеніемъ къ чахоткѣ, развитіе которой тѣмъ вѣроятнѣе, если мать сама кормитъ ребенка грудью и вообще приходитъ съ нимъ въ частое и тѣсное соприкосновеніе.

Изъ этого слѣдуетъ, что чахоточныя женщины не должны выходить замужъ или по крайней мѣрѣ избѣгать беременности, а чахоточныя матери не должны кормить своихъ дѣтей. Къ этому слѣдуетъ еще прибавить, что чахоточныя дѣвицы не должны выходить замужъ, ибо съ положительностью можно сказать, что большая часть дѣтей, рожденныхъ отъ такихъ матерей, погибнетъ въ раннихъ годахъ жизни.

При уходѣ за такими больными необходимо позаботиться о плевательницахъ съ дезинфирующею жидкостью для мокроты и о скорѣйшемъ удаленіи поносныхъ испражненій.

Изъ хроническихъ общихъ болѣзней для насъ важна еще одна, именно сифилисъ, принадлежащій къ заразительнымъ болѣзнямъ половыхъ органовъ. Такъ какъ распознаваніе его весьма важно, то акушерка должна знать главные признаки этой болѣзни.

Кромѣ сифилиса встрѣчается еще другая заразная венерическая болѣзнь, т. н. мягкій шанкръ. Онъ прежде считался явленіемъ сифилиса, но въ дѣйствительности ничего общаго съ сифилисомъ не имѣеть.

Мягкій шанкръ, какъ и твердый, происходитъ только путемъ зараженія особеннымъ ядомъ, обыкновенно при соитіи; поэтому онъ встрѣчается почти исключительно на половыхъ губахъ, на задней спайкѣ губъ и во входѣ въ рукавъ. Онъ развивается отъ прививки гноя путемъ соприкосновенія. Уже черезъ 12—24 часа послѣ совокупленія появляется красноватый узелокъ, который спустя 12 часовъ превращается, начиная съ верхушки въ пустулу (пузырекъ), наполненную гноемъ. Эта пустула, лопаясь, превращается въ круглую язву съ крутыми и подрытыми краями и неровнымъ покрытымъ гнойнымъ налетомъ дномъ, вокругъ которой вскорѣ образуются другія подобнаго-же рода язвы, которыя въ продолженіе 4—6 недѣль увеличиваются, затѣмъ очищаются и заживаютъ. Для прививки мягкаго шанкра необходимо соприкосновеніе не съ здоровой, а съ обнаженной отъ эпителія частью кожи или слизистой оболочки. Общаго зараженія при этомъ не происходитъ; единственное, однако, весьма частое и не-пріятное послѣдствіе заключается въ томъ, что ядъ по лимфатическимъ сосудамъ проникаетъ до паховыхъ железъ, которыя вслѣдствіе этого воспаляются и образуютъ большія, весьма чувствительныя опухоли, т. н. бубоны, которыя почти всегда нагнаиваются.

Сифилисъ. Твердый шанкръ представляетъ первичное явленіе зараженія сифилитическимъ ядомъ и встрѣчается чаще всего на наружныхъ половыхъ органахъ. Но такъ какъ весь организмъ заражающей личности боленъ, то зараза можетъ передаваться и помимо соитія, напримѣръ, поцѣлуемъ — въ области рта, кормленіемъ сифилитическаго ребенка — на грудномъ соскѣ кормящей женщины. Кромѣ того, и предметы, какъ, напримѣръ, бѣлье, ложки, папиросныя мундштуки, употребляющіеся сифилитиками, могутъ также заразить, если ихъ не содержать въ чистотѣ. Наконецъ довольно часто случалось, что врачи и акушерки, изслѣдуя сифилитическихъ беременныхъ или роженицъ, получали шанкръ на пальцѣ.

Для того, чтобы могло произойти сифилитическое зараженіе, необходимо, чтобы сифилитическіе продукты попали на мѣсто, обнаженное отъ эпителія. Только черезъ 2—3 недѣли послѣ зараженія на этомъ мѣстѣ появляется сначала красное или бурокрасное пятно, величиною въ чечевицу, которое черезъ 2—3 дня превращается въ узелокъ. Этотъ узелокъ вскорѣ принимаетъ хрящевую плотность. Вскорѣ на верхушкѣ узелка образуется язва (эрозія). Язва сидитъ тогда на болѣе или менѣе обширномъ кругловатомъ какъ бы заложеннымъ подъ кожу, подвижномъ затвер-

дѣнія хрящевой плотности. Какъ язва, такъ и затвердѣніе исчезаютъ постепенно безъ слѣда, но уже черезъ 1 $\frac{1}{2}$ — 2 мѣсяца обнаруживаются вторичныя явленія (кондилوماتозный періодъ) указывающіе, что зараза перешла въ кровь, что, слѣдовательно, весь организмъ зараженъ.

На наружныхъ половыхъ органахъ и вокругъ заднепроходнаго отверстія являются широкія, плоскія, круглыя возвышенія съ мокнущею поверхностью, — это т. н. мокнущія папулы или широкія кондиломы. Одновременно опухаютъ постепенно всѣ лимфатическія железы тѣла: въ пахахъ, въ подмышечныхъ впадинахъ, на шеѣ, у локтя и т. д. На кожѣ появляется пятнистая сыпь въ видѣ красновато-буроватыхъ пятенъ, корочекъ или чешуекъ; на зѣвѣ, въ миндалевидныхъ железкахъ, на мягкомъ небѣ и его складкахъ, на языкѣ, позднѣе и въ гортани образуются язвы на слизистой оболочкѣ, послѣ заживленія которыхъ нерѣдко остаются глубокія потери ткани и рубцы. Вторичный періодъ сифилиса продолжается въ среднемъ 2—3 года и характеризуется крайней заразительностью и появляющимися черезъ каждыя 3—6 мѣсяцевъ новыми высыпаниями. Если развитіе болѣзни не будетъ своевременно остановлено, то послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго скрытаго промежутка слѣдуетъ третичная ступень сифилиса или гуммозный періодъ, который уже не заразителенъ. Появляются вздутіе костей, костоѣда (носъ проваливается), нервныя заболѣванія и гуммозные опухоли во многихъ внутреннихъ органахъ, которыя или ведутъ къ смерти, или-же причиняють страданія, продолжающіяся многіе годы и даже всю жизнь.

Значеніе этой болѣзни увеличивается еще тѣмъ, что она передается наслѣдственно. Если отецъ или мать были больны во время зачатія, то смотря по давности болѣзни и интенсивности предшествовавшаго леченія дѣйствіе яда на плодъ бываетъ различное. Или уже рано заболѣваютъ оболочки яйца и дѣтское мѣсто, вслѣдствіе чего плодъ умираетъ и наступаетъ выкидышъ, или родится преждевременно умершій, большею частью мацерированный плодъ. Въ другихъ случаяхъ плодъ погибаетъ во время или вскорѣ послѣ рожденія вслѣдствіе сифилитическаго пораженія его внутреннихъ органовъ, либо-же онъ рождается живымъ съ признаками болѣзни, такъ что, ради сохраненія его жизни, необходимо его сейчасъ подвергнуть серьезному лѣченію. Несмотря на это, ребенокъ впоследствии страдаетъ обыкновенно весьма упорными сыпями, насморкомъ, опуханіемъ железъ, которыя зачастую приписываются золотухѣ. Младенецъ можетъ родиться живымъ и здоровымъ только въ томъ случаѣ, если зараженіе матери послѣдовало въ послѣдніе 4—5 недѣль беременности, но и тутъ онъ можетъ заразиться при прохожденіи черезъ зараженные половые органы матери или-же послѣ родовъ.

Образъ дѣйствія акушерки. Коль скоро акушерка у бе-

ременной найдетъ признаки сифилиса, она должна настоятельно совѣтовать ей обратиться къ врачу, такъ какъ только серьезнымъ леченіемъ можно сохранить беременность и спасти плодъ. Если больная не желаетъ обратиться къ врачу, то, несмотря на это, акушерка все-таки должна заявить объ этой болѣзни врачу, который съ своей стороны приметъ мѣры, чтобы предупредить зараженіе другихъ лицъ. живущихъ въ томъ-же семействѣ, или въ той-же деревнѣ.

Акушерка не имѣетъ права отказываться вести роды у сифилитической женщины; она должна и обязана ухаживать за такой больной, причѣмъ слѣдуетъ только заботиться, чтобы не заразить себя и другихъ, что достигается легко. Сифилитическій ядъ не проникаетъ черезъ цѣльную, неповрежденную кожу, слѣдовательно, если передъ изслѣдованіемъ тщательно смазать руку и послѣ изслѣдованія вымыть и дезинфицировать ее, то зараженіе не возможно. Если-же на пальцахъ или на рукѣ имѣются трещины, ссадины или порѣзы, то ихъ слѣдуетъ тщательно залѣпить коллодіемъ. Всѣ вещи, употреблявшіяся у роженицы, должны быть уничтожены или-же передъ употребленіемъ у другой женщины весьма тщательно дезинфицированы.

Новорожденного слѣдуетъ тщательно вымыть, въ особенности всѣ отверстія тѣла, глаза, носъ, ротъ, половые органы и заднепроходное отверстіе.

Мать можетъ кормить ребенка, если она до зачатія была уже больна сифилисомъ, или если младенецъ получилъ эту болѣзнь отъ отца; вообще тогда, когда младенецъ видимо боленъ. При этомъ необходимо, конечно, лечить мать и ребенка. Если мать не можетъ кормить, то ребенка слѣдуетъ вскармливать искусственно, такъ какъ не слѣдуетъ подвергать кормилицу опасности зараженія отъ сифилитическаго ребенка, даже если бы она, какъ неразвита женщина, съ полнымъ (?) сознаніемъ опасности согласилась на кормленіе грудью такого ребенка. Если младенецъ родится безъ признаковъ сифилиса, или-же если точно извѣстно, что мать заразилась лишь въ послѣднія недѣли беременности, то она не должна кормить ребенка, такъ какъ она можетъ заразить его, почему ребенка слѣдуетъ передать кормилицѣ или вскармливать его какъ-нибудь иначе.

Если беременность по причинѣ сифилиса окончилась выкидышемъ или рожденіемъ мацерированнаго плода, то акушерка должна настоятельно совѣтовать мужу и женѣ серьезно заняться леченіемъ; только такимъ путемъ можно достигнуть благополучнаго окончанія слѣдующей беременности.

Изъ мѣстныхъ хроническихъ болѣзней мы упомянемъ о **Порокахъ сердца** и хроническихъ **болѣзняхъ легкихъ** (напр. расширеніе легкихъ при хроническихъ катаррахъ), которые и у небеременныхъ обуславливаютъ сердцебіеніе и одышку. Во время

беременности часто страданія эти усиливаются, ноги онухаютъ, начинается общая водянка. Во время родовъ такія больныя не могутъ задерживать дыханія, вслѣдствіе чего брюшной прессъ у нихъ бездѣйствуетъ. Часто появляются кровотечения; послѣ родовъ иногда очень быстро наступаетъ смерть по причинѣ паралича сердца. Во время беременности больныя, страдающія такими болѣзнями, должны быть очень осторожны въ діетѣ и въ движеніяхъ и должны своевременно обратиться за совѣтомъ къ врачу, такъ какъ иногда только искусственные преждевременные роды могутъ спасти ихъ.

Грыжи называются опухоли живота, происхожденіе которыхъ обуславливается тѣмъ, что брюшныя внутренности, именно сальникъ и петли тонкихъ кишекъ, продвигаются подъ кожу черезъ какое-либо болѣе податливое мѣсто брюшныхъ покрововъ. Подобными мѣстами служатъ: пупочное кольцо, промежутокъ между разошедшимися при прежнихъ беременностяхъ прямыми мышцами живота, паховой и бедренный каналы. Поэтому грыжи раздѣляются на пупочныя, паховыя, бедренныя и грыжи бѣлой линіи. При нормальныхъ условіяхъ онѣ бываютъ покрыты здоровою кожею и безболѣзненны; они исчезаютъ при лежаніи и давленіи и выступаютъ вновь при ходьбѣ и стояніи.

Такія грыжи должны быть удерживаемы грыжевыми бандажами, въ противномъ случаѣ содержащіяся въ нихъ органы могутъ настолько припухнуть, что вправленіе ихъ дѣлается невозможнымъ. Грыжа тогда ущемляется, воспаляется, что почти неминуемо ведетъ къ смерти, если своевременно операціею грыжеисчуженія не будетъ дана помощь.

Во время беременности грыжа существуетъ до тѣхъ поръ, пока увеличивающаяся матка не отодвинетъ кишки отъ брюшной стѣнки и не закроетъ грыжевое отверстіе; до этого времени беременная должна носить бандажъ. Если во время родовъ при натуживаніи грыжа опять покажется, то ее слѣдуетъ вправить руками и затѣмъ удерживать туго стянутымъ бинтомъ.

Мнимая и дѣйствительная смерть во время беременности.

Мнимую смерть называется такое состояніе, въ которомъ человѣкъ безъ движенія и безъ сознанія лежитъ какъ мертвый, причемъ единственнымъ признакомъ его жизни служитъ сердцебиеніе. Такое состояніе приходится наблюдать передъ смертью послѣ самыхъ разнообразныхъ тяжелыхъ заболѣваній; у особъ болѣе или менѣе здоровыхъ оно можетъ наступить внезапно, какъ послѣдствіе наружнаго или внутренняго кровотечения, удушенія, кровяного удара—апоплексіи—или даже сильныхъ душевныхъ потрясеній. При такомъ состояніи беременной, акушерка должна тотчасъ

послать за врачом и до его прибытія поступать такъ, какъ было сказано на стр. 362 при обморокѣ; кромѣ того, все тѣло завертываютъ въ теплыя одѣяла и растираютъ, даже щеткою, руки, ноги, грудь и спину. Если послѣ всего этого правильное дыханіе не появится, то необходимо производить искусственное дыханіе по одному изъ слѣдующихъ способовъ:

1) Производить сильное давленіе въ надчревной области живота по направленію къ діафрагмѣ, причемъ легкія сжимаются и воздухъ изъ нихъ изгоняется. По прекращеніи давленія легкія растягиваются, вслѣдствіе чего воздухъ вновь поступаетъ въ нихъ. Такое давленіе производятъ періодически, подражая акту дыханія.

2) Способъ Сильвестра. Становятся у изголовья лежащей на спинѣ больной, захватываютъ ея руки и поднимаютъ ихъ настолько высоко, чтобы онѣ прилегали къ боковой поверхности головы; при такомъ движеніи ребра поднимаются и грудная клѣтка расширяется. Если теперь опустить руки больной внизъ и прижать ихъ къ боковой поверхности груди, то ребра опустятся. Оба движенія соотвѣтствуютъ вдыханію и выдыханію.

Способъ Маршалъ - Галя. При положеніи больной на спинѣ подкладываютъ одну руку ея, дабы она не мѣшала, подъ голову, затѣмъ поворачиваютъ больную совершенно на бокъ, потомъ на животъ, вновь на бокъ и опять на животъ и т. д. Понятно, что и при этомъ способѣ грудная клѣтка попеременно то расширяется, то суживается.

Послѣ примѣненія одного изъ этихъ способовъ въ продолженіе нѣкотораго времени необходимо посмотреть, не усилилось ли сердцебіеніе, не появилось ли подергиваніе мышцъ или быть можетъ даже поверхностное дыхательное движеніе. Попытки оживленія должны быть производимы до тѣхъ поръ, пока дыханіе возстановится вполне или пока сердце не перестанетъ биться окончательно. Присутствіе врача въ случаѣ мнимой смерти необходимо потому, что никогда нельзя впередъ поручиться, что мнимая смерть беременной не перейдетъ въ дѣйствительную. Законъ-же требуетъ, чтобы женщина, умершая во второй половинѣ беременности, не была похоронена неразрѣшившеюся: должно сдѣлать попытку спасти плодъ или до смерти матери извлеченіемъ его черезъ естественные пути, или-же кесарскимъ сѣченіемъ на мертвой. Благоприятный же исходъ этой операціи по отношенію къ плоду можетъ быть достигнутъ только тогда, когда операція будетъ произведена не позднѣе 5 — 10 минутъ по наступленіи смерти, слѣдовательно, врачъ долженъ прибыть ранѣе къ больной, дабы имѣть возможность въ моментъ наступленія смерти произвести кесарское сѣченіе.

Смерть беременной можетъ наступить отъ различныхъ болѣзней, отъ которыхъ умираютъ и не беременныя и, кромѣ того, вслѣдствіе кровотечения (при предлежаніи дѣтскаго мѣста), экламп-

сії, разрыва матки, кровоизліянія въ мозгъ (апоплексіи) и т. п. Такъ какъ относительно только-что умершаго человѣка иногда нельзя сказать съ положительностью, дѣйствительно ли онъ умеръ или находится въ состояніи мнимой смерти, то въ случаѣ сомнѣнія, акушерка должна поступать съ только что умершею, особенно если смерть наступила внезапно, такъ, какъ если бы она имѣла дѣло съ мнимою смертью. Вскорѣ появляются вѣрные признаки смерти, какъ то: помутнѣніе и спаденіе глазъ, красныя и синія пятна—посмертныя пятна—на нижней поверхности трупа; еще позднѣе—уже несомнѣнные явленія гніенія.

ГЛАВА IX.

Болѣзни родильницъ.

Для практической потребности акушерки, мы раздѣляемъ болѣзни родильницъ на 1) родильную горячку, 2) неправильности обратнаго развитія матки, 3) болѣзни грудей.

Родильная горячка.

Послѣродовыя заболѣванія вызываються, какъ уже изложено на стр. 150 гноеродными или гнилостными бактеріями, попадающими въ раны, которыя имѣются на половыхъ органахъ всякой только что разрѣшившейся женщины. Не только на наружныхъ половыхъ частяхъ и на шейкѣ матки находятся поврежденія слизистой оболочки, но и вся внутренняя поверхность полости матки представляетъ одну сплошную рану послѣ отдѣленія послѣда и слизистой оболочки. Поэтому понятно, что раневая инфекция при недостаточности примѣненной антисептики легко возможна. Дѣйствительно до сихъ поръ болѣе 10% всѣхъ родильницъ лихорадять, но благодаря современнымъ мѣрамъ антисептики въ большинствѣ этихъ случаевъ повышеніе температуры продолжается недолго. Тѣмъ не менѣе смертность отъ родильной горячки составляетъ до сихъ поръ все еще 0,3—0,4%.

Смотря по роду бактерій, попавшихъ въ рану мы различаемъ 2 вида послѣродовыхъ заболѣваній: гнилостное и гноеродное зараженіе.

Послѣродовое гнилостное зараженіе.

Оно вызывается, какъ уже было сказано на стр. 150, разнородными гнилостными микробами—сапрофитами, не обладающими способностью проникать въ живую ткань и представляетъ собственно

раневое отравленіе. Гнилостные микробы размножаются на всегда имѣющихся въ родовомъ каналѣ женщины омертвѣвшихъ тканяхъ, оболочкахъ и сгусткахъ крови и вызываютъ процессы гніенія во влагалищѣ и въ полости матки. При этомъ продукты ихъ обмѣна веществъ всасываются раневыми поверхностями и отравляютъ организмъ (гнилостное отравленіе или интоксикація). Эти послѣродовыя заболѣванія назывались прежде сапремическими. Если всасываніе этихъ ядовъ (токсировъ, птомаиновъ) происходитъ непрерывно, то температура вслѣдствіе этого повышается и держится на томъ-же уровнѣ 38—39°. При усиленномъ всасываніи появляются ознобы и рѣзкія колебанія температуры. Съ выходомъ или удаленіемъ разложившихся массъ температура падаетъ и больная скоро поправляется. Большинство легкихъ однодневныхъ лихорадокъ у родильницъ объясняется задержкой послѣродовыхъ отдѣленій (лохиометра) или частей оболочекъ или послѣда съ гнилостнымъ разложеніемъ ихъ.

Самая легкая форма гнилостнаго зараженія представляется намъ въ видѣ лихорадки безъ замѣтныхъ мѣстныхъ воспалительныхъ измѣненій въ половыхъ частяхъ; только лихорадка, повышенная температура и учащенный пульсъ указываетъ на то, что что-то не въ порядкѣ. Лихорадка эта появляется на 2—4 день, бываетъ умѣренной силы, рѣдко превышаетъ 39°, при чемъ и пульсъ не очень учащенъ; черезъ 1—2 дня лихорадка прекращается. Въ теченіе такой лихорадки родильница не жалуется на боль, животъ также не чувствителенъ при давленіи, въ особенности въ области широкихъ маточныхъ связокъ, по бокамъ матки. Въ прежнее время такую лихорадку называли молочной и этимъ успокаивались. Въ настоящее же время доказано, что такая лихорадка не имѣетъ ничего общаго съ нагрубаніемъ грудей; она является или раньше или позднѣе, часто ея не бываетъ у женщинъ съ сильно нагрубшими грудями и, наоборотъ, она не рѣдко наблюдается у женщинъ съ вялыми грудями. Кромѣ того, намъ извѣстно, что и такая лихорадка можетъ быть предупреждена чистою и дезинфекціею, слѣдовательно, и она появляется послѣдствіемъ зараженія, въ особенности она наблюдается тамъ, гдѣ существуетъ размноженіе родовыхъ путей, и при задержаніи плодныхъ оболочекъ, которыя подчасъ удается отыскать только при тщательномъ и внимательномъ изслѣдованіи и уходѣ.

Только въ рѣдкихъ случаяхъ вся отпадающая оболочка превращается вслѣдствіе гніенія въ зеленовато-сѣрую массу—гнилостный эндометритъ. Въ такихъ случаяхъ повышенная температура, боль въ животѣ и характерныя для гнилостнаго процесса зловонныя послѣродовыя выдѣленія появляются обыкновенно на третій день послѣродовъ и держатся до тѣхъ поръ, пока вся отпадающая оболочка не отдѣлилась и полость матки не очистилась. Въ гнилостномъ воспаленіи слизистой оболочки матки могутъ принять участіе

всѣ раны влагалища (кольпитъ) и промежности, покрывающіяся тогда некротическимъ налетомъ.

Въ большинствѣ случаевъ зараженія гнилостными микробами предсказаніе хорошее и давно извѣстно, что заболѣваніе съ гнойными выдѣленіями оканчивается черезъ нѣсколько дней или недѣлю. Только въ тѣхъ случаяхъ предсказаніе менѣе благопріятно, когда одновременно существуетъ еще зараженіе гноеродными бактеріями (смѣшанная инфекція). Обыкновенно гноеродныя бактеріи производятъ первичное зараженіе и только вторично къ нимъ присоединяются гнилостныя бактеріи, находяція благопріятную почву для размноженія и гніенія въ участкахъ ткани, омертвѣвшихъ вслѣдствіе дѣйствія гноеродныхъ бактерій.

Септическое послѣродовое зараженіе.

Септическое послѣродовое зараженіе или родильная горячка въ болѣе тѣсномъ смыслѣ вызывается гноеродными бактеріями — стрептококками и стафилококками — о которыхъ уже было сказано на стр. 150. Эти бактеріи проникаютъ болѣе или менѣе глубоко въ организмъ и вызываютъ смотря по разнымъ условіямъ мѣстные или общіе процессы, повреждая ткани и организмъ ихъ сильнымъ размноженіемъ или химическими ядовитыми продуктами ихъ обмѣна (токсинами).

Тяжесть заболѣванія зависитъ отъ разныхъ факторовъ. Извѣстную роль играетъ количество занесенныхъ бактерій. Чѣмъ грязнѣе изслѣдующая роженицу рука, тѣмъ больше опасность зараженія; чѣмъ тщательнѣе соблюдалась асептика при веденіи родовъ, тѣмъ меньше опасность. Съ большимъ количествомъ занесенныхъ бактерій организмъ не справляется, а небольшое количество ихъ, проникающее иногда не смотря на всѣ мѣры предосторожности въ раны, уничтожается организмомъ главнымъ образомъ при помощи бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Кромѣ количества и качества занесенныхъ бактерій имѣетъ вліяніе на характеръ заболѣванія. Мы знаемъ, что степень ядовитости (вирулентности) одного и того же рода бактерій можетъ быть различна, смотря по болѣе или менѣе благопріятной почвѣ, на которой онѣ развились. Стрептококки могутъ почти совершенно утратить вирулентность, и наоборотъ она можетъ достигать чрезвычайно высокихъ степеней. Такое усиленіе вирулентности получается непрерывнымъ перенесеніемъ стрептококковъ отъ животного на животное. Опытъ показываетъ, что у женщины самыя тяжелыя заболѣванія наблюдаются при перенесеніи въ высшей степени вирулентныхъ бактерій отъ больныхъ, страдающихъ уже родильной горячкой.

Большое вліяніе на тяжесть заболѣванія имѣеть мѣсто прививки заразы. Зараженіе раны промежности далеко не такъ опасно, какъ инфекція плацентарнаго мѣста, напр., при ручномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста. Масса открытыхъ или только что закупоренныхъ венозныхъ сосудовъ и широкихъ лимфатическихъ путей представляютъ особенно благопріятныя ворота для занесенія заразы въ организмъ.

Наконецъ и время, когда происходитъ инфекція, имѣеть значеніе. Зараженіе во время родовъ или сейчасъ послѣ родовъ

Рис. 124.



Послѣродовыя выдѣленія, содержащія стрептококки (окрашенные въ синій цвѣтъ) при септическомъ эндометритѣ.

значительно опаснѣе, чѣмъ занесеніе бактерій уже черезъ нѣсколько дней послѣ родовъ, когда лимфатическіе и кровеносные сосуды уже закрыты. Наконецъ и индивидуальныя условія повліяютъ на характеръ заболѣванія, такъ напримѣръ малокровіе послѣ большой потери крови, слабость и истощеніе уменьшаютъ сопротивляемость организма противъ зараженія. Если почва благопріятна для развитія бактерій, то зараженіе протекаетъ обыкновенно тяжелѣе. Гораздо меньшее вліяніе на процессъ имѣеть восприимчивость организма къ стрептококкамъ. Она у большинства людей почти одинакова.

Кромѣ стрептококковъ и стафилококковъ въ рѣдкихъ случаяхъ послѣродовыя заболѣванія вызываются еще кишечной палочкой (*Bacterium coli*) и дифтерійной палочкой, а нѣкоторыя формы воспаленій имѣютъ своей причиной гонококки.

Установивъ, что послѣродовыя зараженія всегда происходятъ отъ зараженія бактеріями, занесенными извиѣ; мы въ правѣ требовать отъ акушерки, чтобы она постоянно сознавала важность тщательной дезинфекціи рукъ, которыя всегда покрыты бактеріями. Это и не можетъ быть иначе, вѣдь стрептококки распространены вездѣ, а стафилококки почти всегда встрѣчаются на поверхности человѣческой кожи. Поэтому понятно, почему акушерка, изслѣдуя роженицу недезинфицированными руками, подвергаетъ здоровье ея большой опасности.

Только въ крайне рѣдкихъ случаяхъ происходитъ такъ называемое самозараженіе, при которомъ находившіеся уже прежде въ половомъ каналѣ болѣзнетворные микроорганизмы служатъ причиною послѣродоваго заболѣванія.

Послѣ этихъ общихъ замѣчаній мы переходимъ теперь къ описанію различныхъ формъ послѣродоваго зараженія.

Когда процессъ, вызванный зараженіемъ остается локализованнымъ на ранѣ, то говорятъ о мѣстныхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ. Къ нимъ принадлежитъ инфекция ранъ промежности, влагалища, шейки и полости матки (пуэрперальныя язвы, вульвитъ, кольпитъ и эндометритъ). Но послѣродовое зараженіе имѣетъ склонность къ дальнѣйшему распространенію за предѣлы ранъ; это происходитъ 1) по лимфатическимъ путямъ (параметритъ, периметритъ и перитонитъ) или 2) по кровеноснымъ сосудамъ (флебитъ, піэмія и септикемія).

Послѣродовыя (пуэрперальныя) язвы образуются на всѣхъ ссадинахъ, трещинахъ, ранахъ или разрывахъ, на промежности, наружныхъ половыхъ частяхъ (вульвѣ), рукавѣ и шейкѣ матки. Вслѣдствіе инфекціи раны припухаютъ, окружность ихъ отекаетъ онѣ покрываются сѣроватымъ или желтоватымъ налетомъ. При обильномъ гноеотдѣленіи язвы постепенно очищаются и покрываются съ краевъ кожицей. Процессъ сопровождается лихорадкой и болью въ пораженныхъ частяхъ и называется на наружныхъ частяхъ—вульвитомъ, при пораженіи влагалища кольпитомъ.

Пуэрперальный септический эндометритъ отличается отъ вышеописаннаго гнилостнаго эндометрита злокачественностью и склонностью къ дальнѣйшему распространенію. Внутренняя поверхность матки покрыта грязновато-сѣрымъ налетомъ. Матка велика, плохо сокращена, чувствительна. Послѣродовыя очищенія обильны, грязнаго цвѣта и иногда (при смѣшанной инфекціи съ гнилостными бактеріями) зловонны. Общее состояніе больной тяжелое. Температура повышена до 40°, появляются познабли-

ванія, бредъ, бессонница. Нѣкоторыя больныя возбуждены, галлюцинируютъ, другія апатичны. Пульсъ учащенъ, языкъ обложенъ или сухой. Если мѣстный процессъ въ маткѣ локализуется, то полость матки очищается. Омертвѣвшая (некротическая) поверхность матки ограничивается поясомъ, густо пропитаннымъ бѣлыми кровяными шариками (грануляціоннымъ поясомъ), и отдѣляется. Изъ глубокихъ слоевъ образуется новая слизистая оболочка и больная вполнѣ поправляется. Иногда процессъ пере-

Рис. 125.



Мѣстное послѣродовое зараженіе. Синія мѣста обозначаютъ зараженные отдѣлы, послѣродовая язва во входѣ рукава и эндометритъ.

ходитъ на трубы — пуэрперальный сальпингитъ, причемъ иногда вслѣдствіе слипанія брюшиннаго конца трубы накапливается гной въ расширенной трубѣ (піосальпинксъ).

Параметритъ. По лимфатическимъ сосудамъ стрептококки или стафилококки попадаютъ въ рыхлую околоматочную клѣтчатку (parametrium) и вызываютъ въ ней воспаленіе — параметритъ. Клѣтчатка набухаетъ вслѣдствіе образованія воспалительнаго экссудата (выпота) и представляется при изслѣдованіи въ

видѣ весьма чувствительной опухоли, расположенной по бокамъ матки. Заболѣваніе начинается обыкновенно черезъ нѣсколько дней послѣ родовъ.

Моментъ перехода воспаления на клѣтчатку большею частью обозначается приступомъ зноба, причемъ больная жалуется на сильную боль въ подчревной области; хотя боль эта вскорѣ уменьшается и можетъ даже совсѣмъ прекратиться, тѣмъ не менѣе при давленіи снаружи мы находимъ опредѣленные, весьма чувствительныя мѣста, съ той или другой стороны матки или по обѣимъ сторонамъ ея.

Параметритъ, въ большинствѣ случаевъ, оканчивается всасываніемъ экссудата и выздоровленіемъ черезъ 2—3 недѣли. Такимъ образомъ воспаление клѣтчатки продолжается болѣе долгое время, нежели эндометритъ и кольпитъ. Оно обостряется легко послѣ кажущей остановки, при малѣйшей неосторожности, на примѣръ, послѣ какого-нибудь болѣе быстрого движенія, даже въ постели. Въ другихъ случаяхъ эти воспалительныя опухоли, вмѣсто того, чтобы всосаться и исчезнуть, переходятъ въ нагноеніе, причемъ образуется нарывъ. При нагноеніи первоначально постоянная высокая температура уступаетъ мѣсто рѣзкимъ колебаніямъ, при чемъ утромъ температура при потахъ сильно понижается, а вечеромъ при ознобѣ рѣзко новышается. Безъ оперативнаго вмѣшательства нарывъ по прошествіи многихъ недѣль, даже мѣсяцевъ, послѣ значительнаго, иногда опаснаго истощенія больныхъ вскрывается въ рукавъ, въ мочевоу пузырь, въ прямую кишку или черезъ брюшную стѣнку. Послѣ этого больныя выздоравливаютъ, хотя весьма медленно и не вполнѣ. Но если нарывъ вскрыется въ полость брюшины, то развивается воспаление ея, быстро ведущее къ смерти.

Перитонитъ. Если зараженіе по лимфатическимъ сосудамъ доходить до брюшины, то развивается перитонитъ. На второй или третій день послѣ родовъ болѣзнь начинается ознобомъ и повышеніемъ температуры до 40°. Общее состояніе съ самаго начала плохое, пульсъ очень частый, языкъ сухой, животъ сильно вздувается, становится крайне чувствительнымъ, даже при самомъ легкомъ прикосновеніи; но и безъ дотрогиванія, при самомъ покойномъ положеніи, больная жалуется на постоянное сильное жженіе и стрѣляющія боли въ животѣ. Черезъ нѣсколько дней начинается неукротимая рвота, довольно часто и поносъ. Дыханіе становится затрудненнымъ, губы, а также ногти и пальцы синѣютъ, лицо худѣетъ и получаетъ желтовато-грязный оттѣнокъ. Больныя съ воспаленіемъ брюшины почти безъ исключенія умираютъ на 5—7 день послѣ родовъ.

Въ меньшинствѣ случаевъ воспаление распространяется не на всю брюшину, а ограничивается извѣстнымъ участкомъ ея. Рѣдко воспаление ограничивается брюшиннымъ покровомъ матки—пе-

риметритъ — или тазовой брюшиной — пельвеоперитонитъ, — тогда выздоровленіе возможно, но все таки только послѣ продолжительныхъ и тяжелыхъ страданій.

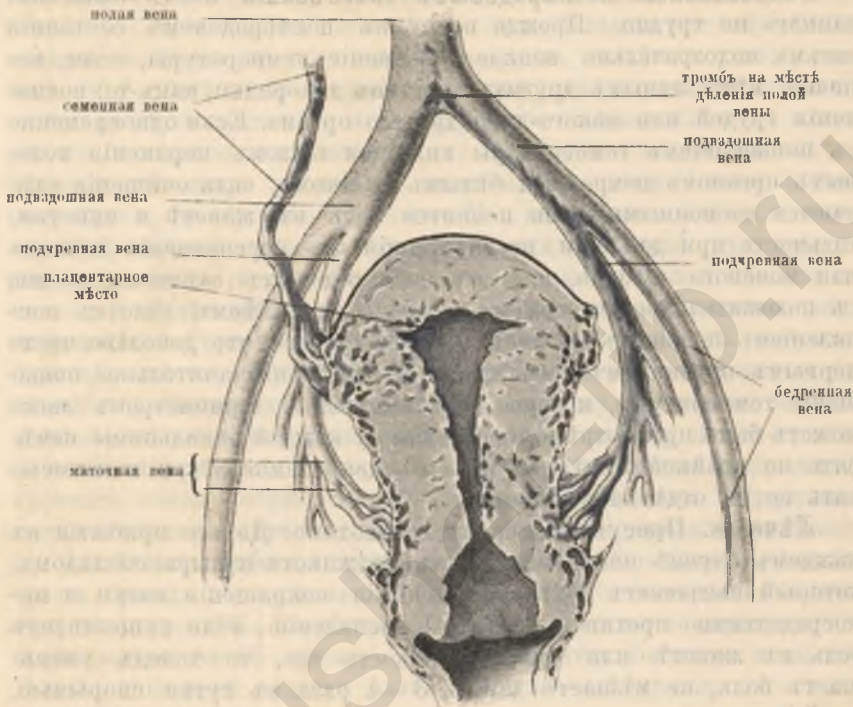
Второй путь, по которому распространяется воспаленіе внутренней поверхности родового канала, развившееся вслѣдствіе зараженія, представляютъ кровеносные сосуды и въ особенности вены.

Флебитъ и тромбфлебитъ. Стрептококки проникаютъ черезъ пробки, закрывающія венозные сосуды, преимущественно плацентарнаго мѣста, въ просвѣтъ венъ и ползутъ дальше вдоль эндотелія сосудовъ, вызывая свертываніе крови — тромбозъ — закупоривающее вены. Этотъ процессъ называется тромбфлебитомъ. Онъ начинается обыкновенно на 2—4 недѣлѣ послѣ родовъ при явленіяхъ сильной лихорадки. Однако почти всегда въ первые дни послѣ родовъ уже предшествовалъ эндометритъ съ повышеніемъ температуры, послѣ котораго самочувствіе было относительно хорошее. При тромбфлебитѣ больная лихорадитъ, смотря по тяжести зараженія, 2—3 недѣли. Иногда тромбозъ продолжается черезъ подвздошныя и подчревныя вены на бедренную вену. Въ пораженной ногѣ появляются тогда сильныя боли и отекъ. Кожа ноги становится вслѣдствіе напряженія блестящей и блѣдной. Это заболѣваніе, извѣстное подъ названіемъ бѣлой опухоли бедра (*phlegmasia alba dolens*), продолжается обыкновенно по недѣлямъ или даже мѣсяцамъ и оканчивается выздоровленіемъ. Больныя должны спокойно лежать для того, чтобы кусочки тромбовъ не оторвались и не попали въ кровообращеніе.

Послѣродовая (пуэрперальная) піэмія. Подъ вліяніемъ микроорганизмовъ пробки (тромбы), которыми вены закупорены, распадаются въ гнойныя массы, наполняющія какъ маточныя вены и венозныя сплетенія широкихъ связокъ, такъ и далѣе сѣменные, подчревныя, подвздошныя и бедренныя вены. Теченіемъ крови эти массы отрываются и уносятся далѣе въ общій кругъ кровообращенія. При этомъ наблюдаются явленія, извѣстныя подъ названіемъ пуэрперальной піэміи. Въ концѣ первой или даже на второй недѣлѣ послѣ родовъ появляется сильное повышеніе температуры, начинающееся потрясающимъ ознобомъ. Уже черезъ нѣсколько часовъ температура отъ 40° и выше понижается до нормы. Одинъ пульсъ остается учащеннымъ. Черезъ короткое время за первымъ ознобомъ слѣдуетъ второй и послѣдующіе, причемъ каждый разъ температура доходитъ до высокыхъ цифръ. Ознобы объясняются вступленіемъ новыхъ гнойныхъ массъ въ кровообращеніе. Частые ознобы, рѣзкія колебанія температуры и поты при пониженіи ея характерны для піэміи. Распавшіяся частицы могутъ застрять въ любомъ органѣ и вызвать въ немъ мѣстное гнойное воспаленіе т. н. метастазы. Такіе метастазы встрѣчаются въ легкихъ, въ почкахъ, селезенкѣ, въ суставахъ;

клетчаткѣ и кожѣ и во всѣхъ этихъ мѣстахъ образуются гнойники, нарывы. Болѣзнь продолжается по недѣлямъ или мѣсяцамъ и оканчивается обыкновенно смертю больной вслѣдствіе истощенія или упадка силъ.

Рис. 126.



Распространеніе заразнаго процесса, обозначеннаго синимъ цвѣтомъ, по венознымъ путямъ при послѣродовой пѣміи.

Послѣродовая септицемія. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ зараженія грубо опредѣляемыхъ воспалительныхъ явленій нигдѣ нѣтъ. Кровь сразу наводняется изъ зараженнаго эндометрія массами стрептококковъ. Такія больныя большей частью лихорадятъ уже во время родовъ. Ознобовъ нѣтъ. Температура держится на высотѣ 39° — 41° при частомъ пульсѣ. Это такъ называемая послѣродовая септицемія, отъ которой больныя умираютъ черезъ нѣсколько часовъ или въ первые два дня послѣ родовъ при общемъ упадкѣ силъ или отъ паралича сердца. Смерти обыкновенно предшествуютъ безпокойство, бредъ и сильное возбужденіе больной или безсознательное состояніе. Иногда на кожѣ наблюдается септическая сыпь въ видѣ красныхъ пятенъ, напоминающихъ скарлатину, съ которой она однако ничего общаго не имѣетъ.

Рожка. Иногда къ этимъ болѣзнямъ, въ особенности если исходною точкою ихъ служить поврежденіе промежности и половыхъ губъ, присоединяется рожка, распространяющаяся иногда на все тѣло, причиняющая сильную боль и сопровождающаяся сильною лихорадкою. Она, впрочемъ, не такъ опасна, какъ настоящая родильная горячка, хотя и вызывается тоже стрептококками.

Распознаваніе послѣродовыхъ заболѣваній послѣ вышесказаннаго не трудно. Прежде всего, въ послѣродовомъ состояніи весьма подозрительно всякое повышеніе температуры, если, конечно, нѣтъ явныхъ другихъ причинъ лихорадки, какъ-то: воспаления грудей или какого-либо другого органа. Если одновременно съ повышеніемъ температуры видимыя глазомъ пораненія половыхъ органовъ покроются бѣлымъ налетомъ, если очищенія сдѣлаются зловонными, если появится боль въ животѣ и чувствительность при давленіи, не зависящія отъ переполненія кишекъ или мочевого пузыря, или отъ послѣродовыхъ схватокъ, то мы съ положительностью можемъ сказать, что имѣемъ дѣло съ воспаленіемъ половыхъ органовъ. Въ виду того, что довольно часто первымъ признакомъ заболѣванія служитъ незначительное повышеніе температуры, которое безъ измѣренія термометромъ легко можетъ быть просмотрѣно, необходимо у каждой родильницы измѣрять по крайней мѣрѣ два раза въ день температуру и записывать ее на отдѣльномъ листкѣ.

Лѣченіе. Присутствіе врача необходимо. До его прибытія въ каждомъ случаѣ полезно положить на животъ пузырь со льдомъ, который вызываетъ болѣе энергическія сокращенія матки и непосредственно противодѣйствуетъ воспаленію, если существуетъ боль въ животѣ или чувствительность его, то холодъ уменьшаетъ боль; не мѣшаетъ давать 3—4 раза въ сутки спорынью, по 0,5 на приемъ.

На 3—4-й день, какъ обыкновенно, нужно поставить клистиръ; съ другими слабительными акушерка должна быть осторожна, ибо усиленная дѣятельность кишекъ легко усиливаетъ раздраженіе и воспаленіе брюшины.

Если очищенія или видимыя пораненія почему-либо кажутся подозрительными, то необходимо промывать рукавъ нѣсколько разъ въ день 2% растворомъ карболовой кислоты или другою назначенною врачомъ дезинфицирующею жидкостью. Хотя бы заболѣваніе было само по себѣ легкое, тѣмъ не менѣе акушерка, имѣющая на рукахъ еще другую родильницу или роженицу, не должна сама производить спринцеваніе рукава, но обязана предоставить это какой-либо другой особѣ, которую легко можно приучить къ этому. Если болѣзнь усиливается, то акушерка должна поступать согласно правиламъ, изложеннымъ на стр. 207. Дальнѣйшее лѣченіе назначается врачомъ, акушерка же не можетъ брать на себя отвѣтственности.

Неправильности обратнаго развитія матки.

Слишкомъ болѣзненные и слишкомъ сильныя послѣродовыя схватки. Относительно послѣродовыхъ схватокъ наиболѣе важное было уже сообщено на стр. 208; теперь остается прибавить весьма немного. Если поименованныя тамъ средства, какъ-то: пузырь со льдомъ, компрессы, клистиры съ настойкою опиума не дѣйствуютъ, то слѣдуетъ вспомнить, что сильныя послѣродовыя схватки появляются лишь тогда, когда въ маткѣ что-либо осталось, что должно быть изгнано; поэтому такія схватки обыкновенно должны считаться за благопріятное явленіе. Если же матка не въ состояніи справиться съ изгнаніемъ содержимаго, то схватки дѣлаются чрезмѣрно сильными и потому, само собою разумѣется, необходимо помочь. Мы изслѣдуемъ тогда, и если въ зѣвѣ найдемъ клочки оболочекъ или сгустокъ, или кусокъ дѣтскаго мѣста, то необходимо ихъ удалить, дабы освободить путь для выдѣленій матки. Иногда послѣродовыя схватки обусловливаются просто тѣмъ, что очищенія, по причинѣ сильнаго перегиба матки, не могутъ истекать и потому скопляются въ маткѣ и растягиваютъ ея полость (лохіометра); въ такомъ случаѣ достаточно бываетъ выпрямить матку, поднять дно ея изъ-за лоннаго соединенія, что удастся легко черезъ брюшныя покровы, и провести палецъ черезъ каналъ шейки, послѣ чего содержимое матки свободно истекаетъ, чѣмъ и устраняется задержаніе очищеній.

Слишкомъ слабыя поокращенія матки послѣ родовъ обусловливаютъ прежде всего, конечно, кровотеченія, о которыхъ сказано было на стр. 299. Нерѣдко случается, что и по прекращеніи этихъ кровотеченій матка все-таки остается большою и вялою. Послѣдствія этой вялости матки бываютъ слѣдующія:

1) Послѣродовое очищеніе слишкомъ долго остается кровянистымъ и даже въ теченіе всѣхъ шести недѣль отъ времени до времени показывается кровь, въ особенности послѣ перваго вставанія, усиленнаго движенія, душевныхъ волненій. Такія родильницы должны оставаться въ постели болѣе долгое время, или при повторномъ появленіи кровотеченія онѣ должны вновь лечь въ постель; кромѣ того, имъ слѣдуетъ избѣгать всего горячительнаго въ пищѣ и питьѣ. Если кровотеченіе сильное, то необходимо проспринцевать рукавъ холоднымъ, а у малокровныхъ горячимъ дезинфицирующимъ растворомъ; кромѣ того, даютъ кислотное питье, капли корицы или спорынью. Въ крайнемъ случаѣ нужно тампонировать рукавъ. Само собою разумѣется, что при мало-мальски сильномъ кровотеченіи необходимо пригласить врача.

2) Матка можетъ остаться большою и тяжелою—недостаточная инволюція матки—хотя кровотеченіе и не бываетъ. Въ такихъ случаяхъ легко образуются неправильныя положенія

матки—опущеніе, наклоненіе, перегибъ,—и кромѣ того, это увеличеніе матки служитъ основаніемъ хроническаго воспаленія, завала ея. Всѣ эти неправильности причиняютъ больнымъ много безпокойства и страданій въ теченіе многихъ лѣтъ и подчасъ въ теченіе всей ихъ жизни. И въ этихъ случаяхъ покой, избѣжаніе всякаго напряженія и всѣ средства, усиливающія сокращенія матки, составляютъ то леченіе, которое можетъ быть примѣняемо акушеркою съ большою пользою для больныхъ.

Болѣзни груди.

Ранки сосковъ. Что ранки на соскахъ встрѣчаются часто и что еще во время беременности слѣдуетъ принимать мѣры, чтобы предупредить образованіе ихъ, это уже извѣстно. Ранки, которыя, не смотря на всѣ предпринятія мѣры, все-таки образуются, встрѣчаются въ различныхъ формахъ, которыя въ сущности можно свести къ двумъ видамъ: 1) плоскія ссадины, образующіяся такимъ образомъ, что вслѣдствіе кровоподтека или безъ него кожица на поверхности соска, именно на его верхушкѣ, приподымается въ видѣ пузыря, лопается и оставляетъ обнаженную поверхность; 2) глубокія трещины, появляющіяся между неровностями соска или въ нижней части его, на мѣстѣ перехода соска въ околососковый кружокъ.

Оба вида ранокъ сосковъ являются преимущественно тогда, когда новорожденный хорошо развитъ, сильно сосетъ, когда мало молока, когда сосокъ плохой, маленькій и бугристый, и въ особенности часто послѣ первыхъ родовъ, потому что тогда названныя условія встрѣчаются чаще, чѣмъ послѣ повторной беременности.

Если ребенка отнять отъ груди, то ранки сосковъ быстро заживаютъ; если-же женщина съ такими сосками продолжаетъ кормить, то легко могутъ появиться различныя дурныя послѣдствія. Прежде всего кормленіе грудью становится весьма болѣзненнымъ, такъ что женщины не только во время кормленія громко жалуются, охаютъ и стонутъ, въ особенности когда ребенокъ захватываетъ сосокъ, но и послѣ кормленія только и думаютъ со страхомъ о слѣдующемъ кормленіи. Онѣ находятся постоянно въ возбужденномъ состояніи, теряютъ сонъ, становятся нервными и худѣютъ. Мѣстно мы находимъ, что ранки все болѣе углубляются, покрываются желтовато-бѣлымъ налетомъ, отдѣляютъ гной, однимъ словомъ превращаются въ язвинки, которыя во время кормленія даже кровоточатъ. Въ особенности неприятны ранки у основанія соска, такъ какъ по мѣрѣ того, какъ онѣ углубляются, сосокъ отдѣляется отъ околососковаго кружка и дѣло можетъ дойти до полнаго отдѣленія соска, что приходится неоднократно наблюдать.

Такія ранки легко инфицируются и воспаляются, сосокъ становится горячимъ, краснымъ и чувствительнымъ; воспаленіе по лимфатическимъ сосудамъ и по клѣтчаткѣ распространяется глубже, на кожѣ появляются красныя полосы и пятна, которымъ въ глубинѣ соотвѣтствуютъ уплотненныя дольки железы, дѣло доходитъ до воспаленія грудной железы—грудницы.

Также по отношенію къ ребенку эти ранки не безъ значенія; ему приходится вмѣстѣ съ молокомъ глотать гной и кровь, и такъ какъ его желудокъ съ трудомъ переноситъ такую пищу, то появляется рвота и поносъ. Рвота нерѣдко бываетъ окрашена кровью, что обыкновенно очень пугаетъ мать, воображающую, что ребенокъ тяжело заболѣлъ, хотя причина такой рвоты весьма понятна.

Лѣченіе. О средствахъ предупреждающихъ, употребляемыхъ во время беременности, сказано на стр. 160. Если женщина уже прежде страдала ранками сосковъ, или если соски ея плохо развиты, съ глубокими бороздками, то можно попытаться кормить ребенка въ первое время черезъ покрывку для сосковъ въ видѣ шляпочки, которая имѣются въ продажѣ, приготовленная изъ мягкаго тонкаго каучука или изъ стекла съ болѣе или менѣе длиннымъ каучуковымъ соскомъ. Въ первомъ случаѣ ребенокъ захватываетъ сосокъ черезъ каучуковую шляпочку, во второмъ ребенокъ сосетъ посредствомъ каучуковаго соска, причемъ мать или кто-нибудь другой, для удобства ребенка, можетъ сначала отсосать немного молока. Этими приспособленіями удается иногда предохранить соски отъ ранокъ или зажить уже образовавшіяся ранки. Однако, многіе новорожденные, въ особенности тѣ, которые уже сосали грудь за естественный сосокъ, не берутъ такихъ покрывшекъ или искусственныхъ сосковъ, или сосутъ при посредствѣ ихъ такъ плохо, что питаніе ихъ страдаетъ, а выдѣленіе молока вслѣдствіе недостаточнаго опорожненія груди постепенно уменьшается. Въ такихъ случаяхъ мы принуждены допустить кормленіе безъ этихъ приспособленій, или кормить младенца другимъ способомъ.

Если ранки уже образовались, то главная наша задача состоитъ въ томъ, чтобы предотвратить зараженіе ихъ, для чего необходима чистота пальцевъ, приходящихъ въ соприкосновеніе съ сосками, и дезинфекція ранокъ. Послѣ кормленія тщательно обмываемъ сосокъ и околососковый кружокъ 2% растворомъ борной кислоты и затѣмъ покрываемъ ихъ гигроскопическою ватой, которую накладываемъ или сухою, или смазанною чистымъ миндальнымъ масломъ, глицериномъ, мазью изъ одной части перувианскаго бальзама на 8—10 частей жира или вазелина, или мазью изъ висмута и вазелина. Передъ кормленіемъ повязка снимается, если она присохла, то смачиваемъ ее масломъ или глицериномъ и обмываемъ немного сосокъ. Держать постоянно на

соскѣ маленькіе компрессы, смоченные въ водѣ или въ водянистыхъ растворахъ, не годится потому что подѣ влияніемъ ихъ кожа сильно размокаетъ. Кромѣ поименованныхъ средствъ употребляется еще много другихъ; количество ихъ доказываетъ только, что всѣ они мало дѣйствительны, если притомъ не будетъ обращено вниманіе на другія обстоятельства а именно на порядокъ кормленія.

Каждая ранка заживаетъ, т. е. покрывается кожицею только по прошествіи извѣстнаго времени, слѣдовательно, чѣмъ чаще ранка на соскѣ вновь будетъ раздираться подѣ влияніемъ сосанія, тѣмъ труднѣе она заживаетъ. Въ виду этого, необходимо, какъ можно рѣже прикладывать ребенка къ груди. Это легко удастся въ случаѣ, если только одна грудь больна, тогда можно ребенка въ теченіе 2 — 3 дней кормить одною здоровою грудью, пока не заживутъ ранки, или же прикладывать ребенка тоже и къ больной груди, но не болѣе двухъ разъ въ теченіе сутокъ. Если обѣ груди больны, то слѣдуетъ вообще кормить рѣдко и притомъ каждый разъ только одною грудью, чтобы другая могла отдохнуть по возможности дольше.

Во всякомъ случаѣ со стороны матери требуется много доброй воли и настойчивости, чтобы при такихъ условіяхъ все-таки продолжать кормить. Если ранки не заживаютъ скоро или даже увеличиваются, то въ большинствѣ случаевъ лучше отнять ребенка отъ груди матери и передать его кормилицѣ; этимъ сберегаемъ какъ мать, такъ и ребенка, отъ многихъ тяжелыхъ случайностей. Но и по прекращеніи кормленія слѣдуетъ ранки тщательно содержать въ чистотѣ и дезинфицировать ихъ, пока онѣ не заживутъ; безъ этого воспаленіе можетъ развиваться даже очень поздно.

Воспаленіе грудей, грудница, маститъ. Грудница обуславливается распространеніемъ заразы съ покрытаго ранками и не чисто содержимаго соска гноеродными бактеріями (стрептококками или стафилококками).

Воспаленіе груди начинается обыкновенно ознобомъ и сильною лихорадкою отъ 39°—40° которая является у родильницы, чувствовавшей себя до этого совершенно здоровой, и сопровождается болью въ груди, причѣмъ одна или нѣсколько долекъ железы прощупываются въ видѣ твердыхъ чувствительныхъ узловъ. Кожа надъ этими узлами становится горячею и краснѣетъ.

Иногда воспаленіе грудей проходитъ скоро, боль стихаетъ и узлы опять размягчаются. Но очень часто воспаленіе переходитъ въ нагноеніе. Въ такомъ случаѣ лихорадка продолжается, кожа надъ уплотненными долками все болѣе краснѣетъ и блеститъ, боль въ груди усиливается, становится какъ бы дергающею или стучащею. Затѣмъ какое-либо мѣсто воспаленной кожи начинаетъ выпячиваться и заостряться, появляется размягченіе и зыбленіе,

и, наконецъ нарывъ вскрывается однимъ или нѣсколькими отверстиями. Большою частью эти отверстия бываютъ малы, такъ что черезъ нихъ все количество гноя не можетъ истечь за разъ, почему проходитъ много дней и даже недѣль, пока нарывъ не закроется. Кромѣ того, воспаленіе, при продолжительной задержкѣ гноя, нерѣдко переходитъ на сосѣднія дольки железъ, вслѣдствіе чего болѣзнь затягивается на многія недѣли. Послѣ заживленія большихъ нарывовъ остаются обширные рубцы, которые постепенно стягиваются и не только обезображиваютъ грудь но и ведутъ къ уменьшенію ея объема, къ исчезновенію железистой ткани, такъ что грудь навсегда дѣлается негодною для кормленія.

Леченіе. Прежде всего не слѣдуетъ прикладывать ребенка къ заболѣвшей груди и именно потому, что сосаніе усиливаетъ воспаленіе и, кромѣ того, не безвредно для ребенка, который вмѣстѣ съ молокомъ получалъ бы гной.

Заболѣвшую грудь слѣдуетъ тотчасъ подвязать косынкою или бинтомъ, или тѣснымъ лифомъ. На грудь кладемъ пузырь со льдомъ. Питья нужно давать больной какъ можно меньше, также и пищи, тѣмъ болѣе, что аппетита обыкновенно не бываетъ. Напротивъ, даемъ слабительное, чтобы вызвать одно или нѣсколько жидкихъ испражнений. Такимъ путемъ иногда удается остановить воспаленіе и предотвратить образованіе нарыва. Дальнѣйшее леченіе — дѣло врача. Если образуется нарывъ, то необходимо вскрыть его, и чѣмъ раньше, тѣмъ лучше, чтобы быстро и за разъ удалить все количество гноя. Только такимъ образомъ можно предупредить распространеніе воспаленія и переходъ его на другія дольки. Въ такихъ случаяхъ акушерка можетъ принести большую пользу тѣмъ, что постарается разсѣять распространенное въ публикѣ предубѣжденіе противъ операціи и страхъ многихъ женщинъ передъ ножомъ, между тѣмъ какъ своевременное вскрытіе нарыва составляетъ могущественное средство для избѣжанія продолжительнаго и мучительнаго страданія.

Г Л А В А X.

Наиболѣе важныя болѣзни новорожденныхъ.

Само собою разумѣется, что здѣсь не могутъ быть разсмотрѣны всѣ дѣтскія болѣзни; акушеркѣ важно имѣть понятіе только о тѣхъ изъ нихъ, которыя преимущественно встрѣчаются въ первыя недѣли жизни ребенка и для предупрежденія и леченія которыхъ акушерка въ состояніи принести нѣкоторую пользу, въ

однихъ случаяхъ разумнымъ уходомъ, въ другихъ-же случаяхъ своевременнымъ распознаваніемъ неправильностей и обращеніемъ за помощью къ врачу.

1. Болѣзни новорожденныхъ, зависящія отъ хода родовъ.

Мнимая смерть, асфиксія. Этимъ именемъ обозначаютъ такое состояніе ребенка, когда онъ по рожденіи совершенно не дышетъ или дышетъ рѣдко и поверхностно. Дыханіе во всякомъ случаѣ настолько недостаточно, что ребенокъ лежитъ какъ мертвый, и только развѣ сердцебіеніе и иногда пульсація пуповины указываютъ, что онъ еще живъ. Такъ какъ ребенокъ при этомъ не дышетъ, то мнимую смерть называютъ асфиксіею (отсутствіе дыханія). Смотря по степени асфиксіи, видъ ребенка бываетъ различный. Мы различаемъ двѣ степени асфиксіи: легкую и тяжелую.

При первой, легкой степени асфиксіи—синяя асфиксія—кожа ребенка синевато-краснаго цвѣта, лицо какъ бы вздуто, глаза налиты кровью; конечности хотя и неподвижны, но не совершенно вялы. Сердцебіеніе весьма замедлено, но большею частью настолько еще сильно, что легко видно черезъ грудную клѣтку; сосуды пуповины сильно переполнены кровью и пульсируютъ. Если и случается дыхательное движеніе, то оно всегда поверхностно и сопровождается громкими хрипами. На раздраженіе кожи ребенокъ иногда отвѣчаетъ дыхательнымъ движеніемъ.

При второй, сильной степени асфиксіи—блѣдная асфиксія—ребенокъ совершенно блѣденъ, губы слегка посинѣли; всѣ конечности, голова и нижняя челюсть представляются совершенно вялыми и поэтому отвисаютъ какъ у мертваго. Дыхательныя движенія совершенно отсутствуютъ; рука или ухо, приложенныя къ грудной клѣткѣ ощущаютъ весьма слабое, нерѣдко учащенное сердцебіеніе; пуповина блѣдна, сосуды ея пусты и большею частью совершенно не пульсируютъ. Раздраженіе кожи не вызываетъ дыхательныхъ движеній; если и появится вдыханіе, то ребра при этомъ сильно втягиваются, что указываетъ на то, что, не смотря на вдыханіе, воздухъ все-таки не проникаетъ въ легкія.

Причины асфиксіи заключаются въ ходѣ родовъ, именно во всѣхъ тѣхъ условіяхъ, при которыхъ происходитъ нарушеніе кровообращенія въ дѣтскомъ мѣстѣ и пуповинѣ, вслѣдствіе чего плодъ не получаетъ достаточнаго количества кислорода. Причины эти исходятъ:

1. Отъ матери. Сюда принадлежатъ, во-первыхъ, продолжительныя и частыя боли. Такъ какъ при каждой боли нарушается кровообращеніе въ дѣтскомъ мѣстѣ, то во время каждой боли мы и замѣчаемъ замедленіе сердцебіенія плода; если слѣдующая боль

появится раньше, чѣмъ исчезнетъ замедленіе сердцебіенія, то ребенокъ легко дѣлается асфиктичнымъ и можетъ даже умереть. На этомъ и основано извѣстное наблюденіе, по которому опасность для ребенка тѣмъ больше, чѣмъ дольше роды продолжаются послѣ истеченія водъ и чѣмъ чаще родовыя боли.

Затѣмъ со стороны матери можетъ послѣдовать нарушеніе кровообращенія, коль скоро она сама будетъ находиться въ асфиксіи, какъ, напр., при эклампсіи, отравленіи, также при нѣкоторыхъ болѣзняхъ сердца и легкихъ и, наконецъ вслѣдствіе смерти матери.

2. Причины асфиксіи, исходящія отъ плода или его придатковъ, слѣдующія: преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, давленіе на пуповину, на черепной мозгъ; о подробностяхъ этихъ неправильностей мы уже говорили.

Признаки асфиксіи ребенка во время родовъ. Всѣ поименованные причины обнаруживаютъ свое вліяніе во время родовъ, и выше было указано, что послѣдствіями ихъ являются: 1) продолжительное замедленіе сердцебіенія. Коль скоро недостатокъ кислорода въ крови достигаетъ извѣстной степени, то 2) появляются преждевременныя дыхательныя движенія плода, при посредствѣ которыхъ плодъ только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ вдыхаетъ воздухъ, въ большинствѣ же случаевъ втягиваетъ въ дыхательныя пути околоплодную жидкость или кровь. Вслѣдствіе наступающаго вслѣдъ затѣмъ удушенія появляется 3) выдѣленіе мочи и первороднаго канала; послѣдній окрашиваетъ истекающія околоплодныя воды и слизь въ зеленый цвѣтъ. Вотъ тѣ признаки, которые указываютъ на угрожающую плоду опасность, и поэтому акушерка во время родовъ должна тщательно слѣдить за появленіемъ ихъ, въ особенности-же старательно выслушивать сердцебіеніе.

Послѣдствія. Уже во время родовъ асфиксія можетъ перейти въ смерть, ребенокъ родится мертвымъ, или онъ оказывается мнимоумершимъ, причемъ иногда удается еще его оживить, иногда нѣтъ; въ послѣднемъ случаѣ онъ весьма скоро умираетъ. Если ребенокъ оживленъ, то тѣмъ не менѣе онъ можетъ легко умереть въ теченіе первыхъ дней именно отъ того, что или легкія не растянулись вполне и дыханіе остается недостаточнымъ, или отъ того, что мнимая смерть обуславливалась кровоизліяніемъ въ мозгъ, которое послѣ родовъ увеличивается и убиваетъ ребенка.

Во всякомъ случаѣ асфиксія для плода весьма опасна и тѣмъ опаснѣе, чѣмъ болѣе сильному давленію подвергался черепной мозгъ. Поэтому предсказаніе относительно исхода асфиксіи при черепныхъ положеніяхъ вообще хуже, нежели при ягодичныхъ.

Тѣмъ не менѣе, дѣти, рожденные въ асфиксіи, въ большинствѣ случаевъ, могутъ быть оживлены и при отсутствующемъ уходѣ остаться въ живыхъ и хорошо развиваться. Въ виду этого, къ леченію слѣдуетъ приступать возможно скорѣе и энергичнѣе.

Леченіе. Цѣль леченія заключается, конечно, въ томъ, чтобы вызвать у ребенка правильное дыханіе. Съ этою цѣлью, смотря по степени асфиксіи, примѣняются различныя средства. Они бываютъ двоякаго рода: 1) раздраженіемъ, въ особенности кожи, стараются возбудить дыхательные нервы ребенка; или-же 2) стараются искусственнымъ образомъ ввести воздухъ въ легкія.

Приготовленіе къ оживленію состоитъ въ удаленіи слизи и крови, понавшихъ въ ротъ и въ глотку при преждевременномъ дыханіи; удаляются онѣ пальцемъ такимъ же образомъ, какъ это описано раьше. Если полагаемъ, что пальцемъ не удалось удалить все количество слизи, то проводимъ по введенному въ ротъ до корня языка пальцу эластической катетеръ и при помощи его стараемся высосать ртомъ оставшіяся жидкости. Введеніе пальца при этомъ необходимо еще для того, чтобы убѣдиться, сокращаются ли мышцы рта и глотки при раздраженіи, производимомъ введеннымъ пальцемъ. Если мышцы еще дѣйствуютъ, то зѣвъ обхватываетъ палецъ. Если мы убѣдились въ этомъ, то слѣдуетъ тотчасъ примѣнить раздраженіе кожи, такъ какъ при такихъ условіяхъ одного этого достаточно, чтобы вызвать дыхательныя движенія. Самыми простыми средствами служатъ быстрые удары по ягодицамъ, дуновеніе или обрызгиваніе кожи холодной водою. Если они не помогаютъ, то сейчасъ отдѣляютъ ребенка отъ матери и переносятъ его въ теплую ванночку.

Помѣстивъ ребенка въ теплой ваннѣ, производимъ треніе всего тѣла его кускомъ фланели или мягкою щеткою и отъ времени до времени обливаемъ холодной водою. Производя треніе, необходимо послѣдовательно тереть одну часть тѣла за другую, потому что при продолжительномъ растіраніи только одного мѣста легко отдѣляется поверхностный слой кожи, эпидермисъ. Если треніемъ не удалось вызвать дыханія, то вынимаемъ ребенка изъ ванны, захватываемъ его за подмышечныя впадины и быстро погружаемъ до шейки въ ведро съ холодною водою, тотчасъ же извлекаемъ обратно и кладемъ его обратно въ ванну или погружаемъ въ рядомъ стоящее ведро съ горячей водою 35° R. Такое погруженіе попеременно то въ холодную, то въ теплую воду, можно производить нѣсколько разъ подъ рядъ, а такъ какъ оно составляетъ сильное раздражающее средство, то при примѣненіи его дѣти, если только раздражимость ихъ не совершенно исчезла, вскорѣ искажаютъ лицо и начинаютъ кричать. Если это средство не помогаетъ или если мы уже ранѣе убѣдились въ томъ, что мышцы зѣва не сокращаются и что вообще всѣ мышцы

вилы и нераздражимы, если, слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло со второю степенью асфиксіи, то необходимо ввести въ легкія кислородъ искусственнымъ образомъ. Это производится двояко: искусственнымъ дыханіемъ и вдуваніемъ воздуха.

Искусственное дыханіе производится по многимъ способамъ; о нѣкоторыхъ изъ нихъ нами уже было сказано въ главѣ о мнимой смерти матери (стр. 370). Самый лучший способъ составляетъ качаніе новорожденнаго ребенка по методу Шульце, такъ какъ имъ всего вѣрнѣе и энергичнѣе сперва опоражниваются легкія и затѣмъ наполняются воздухомъ. Производится качаніе Шульце слѣдующимъ образомъ:

Захватываемъ ребенка сзади за плечики такимъ образомъ, что указательные пальцы помѣщаются въ подкрыльцовыхъ ямкахъ, большіе же пальцы на ключицахъ и остальные три пальца на лопаткахъ. Теперь, свѣсивъ ребенка совершенно внизъ, взмахиваемъ имъ по направленію впередъ и вверхъ, пока туловище ребенка не начнетъ перегибаться впередъ, причемъ животикъ медленно сгибается и приближается къ груди. Этимъ движеніемъ производимъ сильное выдыханіе, вслѣдствіе чего изо рта вытекаетъ масса слизи, крови или околоплодной жидкости (все это, конечно, должно быть удалено пальцемъ или пеленкою). Послѣ короткой паузы производимъ обратное движеніе, благодаря чему грудная кѣтка расширяется, и воздухъ съ шумомъ входитъ въ нее. Такія взмахиванія съ паузами въ нѣсколько секундъ производимъ приблизительно 10 разъ въ одну минуту и затѣмъ кладемъ ребенка опять въ ванну, дабы тотчасъ же согрѣть его. Если и теперь не замѣчаемъ дыханія, то необходимо повторить качаніе.

Первымъ признакомъ возвращающейся жизни служить усиленіе и учащеніе сердцебіенія и болѣе розовая окраска кожи; затѣмъ появляются или отдѣльные глубокіе вздохи съ большими паузами, или же короткія поверхностныя, но частыя вздыханія. Вялость конечностей уменьшается, появляются легкія подергиванія въ углахъ рта. Теперь ребенокъ находится въ первой степени асфиксіи, такъ что можно опять перейти къ употребленію возбуждающихъ средствъ, пока не появится правильное дыханіе и ребенокъ не начнетъ кричать. Вообще, совершенно оставить оживляющія средства можно только тогда, когда новорожденный приметъ видъ совершенно здороваго ребенка, будетъ правильно дышать и, кромѣ того, открывать глаза и двигать конечностями. Если при оживленіи довольствоваться первымъ крикомъ и затѣмъ не слѣдить за новорожденнымъ, то легко можетъ случиться, что вскорѣ дыханіе вновь сдѣлается поверхностнымъ, кожа похолодѣетъ и посинѣетъ, сердцебіеніе ослабѣетъ и ребенокъ погибнетъ черезъ нѣсколько часовъ или даже дней, по причинѣ недостаточнаго растяженія легкихъ.

Если асфиксія слишкомъ глубока, то всѣ оживляющія средства остаются безъ дѣйствія, сердцебіеніе все болѣе слабѣетъ и наконецъ прекращается. До тѣхъ же поръ, пока существуетъ хотя бы и крайне слабая дѣятельность сердца, слѣдуетъ безъ устали продолжать старанія, хотя бы по нѣсколько часовъ подрядъ, ибо изъ наблюдений извѣстно, что и въ самыхъ, повидимому, тяжелыхъ случаяхъ иногда еще удается спасти ребенка.

Рис. 128.

Рис. 127.



Подбрасываніе вверхъ производитъ выдыханіе.



Опусканіе внизъ производитъ вдыханіе.

Способъ держанія ребенка при производствѣ качанія по Шульце.

Если всѣ попытки оживить ребенка не увѣнчались успѣхомъ, то завертываемъ его тепло, кладемъ въ теплое мѣсто, и отъ времени до времени наблюдаемъ за нимъ. Хотя это очень удивительно, а все таки случается, что новорожденные, отъ которыхъ послѣ тщетныхъ попытокъ къ оживленію уже совершенно отказались, все-таки иногда сами собою оживаютъ.

Хотя бы оживленіе даже вполне удалось, тѣмъ не менѣе необходимо еще тщательно слѣдить за младенцемъ, дабы своевременно удалить выходящую изъ рта слюзу и при малѣйшей неправильности въ актѣ дыханія вновь примѣнить раздраженіе кожи, для чего нужно вынуть его изъ кровати, тереть фланелью или щеткою и т. д., кромѣ того, ему сдѣлать ванну.

Если акушерка не можетъ сама долго наблюдать за оживленнымъ ребенкомъ, то она должна указать остающейся сидѣлкѣ или той особѣ, которая будетъ ухаживать за родильницею, какъ и что слѣдуетъ предпринять въ случаѣ, если ребенокъ начнетъ плохо дышать и посинѣть.

Другой способъ искусственнаго введенія воздуха въ легкія состоитъ во вдуваніи воздуха въ дыхательные пути ребенка. Дѣлается это или непосредственно изъ рта въ ротъ, или посредствомъ трубочки (тонкаго катетера или особенныхъ снарядовъ), введенной въ гортань новорожденнаго. — Способы эти дѣйствительны, но требуютъ большой ловкости и соблюденія многихъ предосторожностей, чтобы воздухъ дѣйствительно попалъ въ легкія, чтобы не разорвать легкія, чтобы не повредить ребенка введенными инструментами; успѣхи же вовсе не такіе блестящіе, чтобы уравнивать опасность. Поэтому акушерка должна ограничиваться примѣненіемъ описанныхъ весьма дѣйствительныхъ и не опасныхъ способовъ оживленія младенца; она ими достигаетъ всего, чего только можно желать и требовать.

Неразвитіемъ или спаденіемъ легкихъ называется такое состояніе, при которомъ легкія, хотя дыханіе и существуетъ, недостаточно растягиваются и потому не въ состояніи вмѣстить въ себя надлежащее количество воздуха. Причины такого состоянія легкихъ могутъ заключаться во многихъ дѣтскихъ болѣзняхъ, чаще всего, однако, оно обусловливается тѣмъ, что ребенокъ родился слишкомъ рано и слабымъ, вслѣдствіе чего онъ не въ состояніи достаточно растянуть грудную кѣтку. Сюда же относится неразвитіе легкихъ вслѣдствіе неполнаго оживленія при асфиксіи и вслѣдствіе того, что бронхи при преждевременномъ дыханіи наполнились околоплодною водою, слизью и т. п. Такіе новорожденные большею частью дышатъ въ первое время послѣ родовъ, повидимому, совершенно правильно, но вскорѣ сердцебіеніе ихъ слабѣетъ, кожа синѣетъ, температура тѣла падаетъ, они лежатъ съ закрытыми глазами, слабо пищатъ, плохо или вовсе не сосутъ, становятся на ощупь холодными и навѣрно погибаютъ, если своевременно имъ не будетъ оказана помощь.

Само собою разумѣется, что у такихъ новорожденныхъ необходимо прежде всего прибѣгнуть къ энергическому раздраженію кожи или зѣва, а въ случаѣ нужды, и прямо вдувать воздухъ въ легкія. Далѣе слѣдуетъ ихъ тепло одѣть и обложить грѣл-

ками, давать нѣсколько разъ въ день по 5 — 10 капель вина, купать 2 — 3 раза въ день въ горячей водѣ и притомъ болѣе продолжительное время, нежели обыкновенно; кромѣ того, заставлятъ ихъ кричать обливаніемъ холодной водою во время купанія. Каждые два часа слѣдуетъ ихъ будить, заставлятъ глубоко вздыхать, затѣмъ прикладывать къ груди или, если они не умѣютъ сосать, то кормить ихъ искусственно. Такой уходъ требуется иногда нѣсколько недѣль и крайне необходимъ, такъ какъ только при помощи его иногда удается сохранить жизнь ребенка, который безъ этого навѣрное бы погибъ.

Кровяная опухоль головки. Мы уже неоднократно упоминали о томъ, что родовая опухоль, какъ бы велика она ни была и на какой бы части тѣла она ни находилась, все-таки совершенно исчезаетъ въ первые же дни послѣ родовъ. Подъ этой родовой опухолью иногда образуется другого рода опухоль, совсѣмъ иного значенія, которую называемъ кровяною опухолью головки, и именно потому, что она обусловливается кровоизліяніемъ между костями черепа и наружною оболочкою костей, надкостницею. Она сидитъ обыкновенно на теменныхъ костяхъ, рѣже на затылочной или лобныхъ костяхъ.

Отъ родовой опухоли она отличается тѣмъ, что она мягка, эластична, не тѣстовата и представляетъ признаки зыбленія. Она обыкновенно покрыта нормальною не отечною кожею и никогда не переходитъ съ одной кости черепа на другую. Иногда случается, что на каждой темянной или лобной кости находится по одной совершенно отдѣльной опухоли. Отъ мозговой грыжи кровяная опухоль отличается тѣмъ, что мозговая грыжа никогда не встрѣчается по срединѣ черепа, т. е. на темянныхъ костяхъ, а всегда или на затылочной кости, или на лбу надъ корнемъ носа, т. е. въ мѣстахъ, на которыхъ никогда не наблюдается кровяная опухоль. Кромѣ того, мозговая грыжа выходитъ всегда изъ легко прощупываемаго нормальнаго отверстія въ кости.

Кровяная опухоль головки не проходитъ такъ скоро, какъ обыкновенная родовая опухоль; если ребенокъ въ остальномъ здоровъ, то она исчезаетъ только черезъ 4—6 недѣль, впрочемъ безъ всякихъ опасныхъ явленій или послѣдствій. Только если неосторожно обращаться съ нею, особенно если ее не оберегать отъ давленій, она можетъ перейти въ нагноеніе и тогда только можетъ быть опасна для ребенка.

Леченіе заключается единственно въ томъ, чтобы оставить эту опухоль въ совершенномъ покоѣ, причѣмъ слѣдуетъ обратить вниманіе только на то, чтобы она не подвергалась толчкамъ, давленію и тренію. Если она въ первые дни послѣ родовъ замѣтно увеличивается или позднѣе покраснѣетъ и сдѣлается горячею на ощупь, то нужно прикладывать холодные компрессы и пригласить врача.

Повреждение ребенка может произойти во время трудных родовъ, при узкомъ тазѣ, а также при операціяхъ. На головкѣ они обыкновенно заключаются въ раздавливаніи или пораненіи наружной кожи. Въ обоихъ этихъ случаяхъ слѣдуетъ обмыть ранки 2% растворомъ борной кислоты и покрыть стерильной марлей или ватой. Если онѣ нѣсколько велики или если одновременно съ кожей повреждены и кости, то для леченія нужно пригласить врача.

Неособенно рѣдко происходят переломы костей, въ особенности плечевой кости и ключицы, когда извлеченіе за плечики и освобожденіе ручекъ производились не по правиламъ. Гораздо рѣже наблюдаются переломы бедра. Въ большинствѣ случаевъ переломъ узнается уже во время операцій по треску. Во всякомъ случаѣ, послѣ каждой операціи слѣдуетъ тщательно осмотрѣть ребенка, причемъ или находимъ кость лишь согнутою, неполный переломъ, или части переломленной кости подвижны и движеніе ихъ сопровождается трескомъ или шумомъ тренія, и ребенокъ кричитъ при этомъ отъ боли. Въ случаѣ асфиксіи ребенка при переломахъ оживленіе его по способу Шульце показано, чтобы не вызвать пораненія мягкихъ частей концами сломанныхъ костей; лучше тогда пользоваться способомъ Сильвестра. Переломленную конечность нѣсколько вытягиваютъ, дабы концы сломанной кости сошлись и кость приняла бы нормальное положеніе и длину, затѣмъ кладутъ конечность въ желобъ изъ папки или между лубками и укрѣпляютъ ее бинтомъ. Въ большинствѣ случаевъ кость срастается черезъ двѣ недѣли, но для вѣрности необходимо повязку оставить въ теченіе 4—6 недѣль. При переломѣ ключицы подкладываютъ подушечку въ подмышковую впадину и рука укрѣпляется бинтомъ на боковой поверхности груди.

2. Врожденные пороки развитія новорожденныхъ.

Ссылаемся на все сказанное на стр. 268 и 269 относительно уродливостей. Здѣсь же укажемъ на нѣсколько весьма часто встрѣчающихся и легко распознаваемыхъ акушеркою уклоненій.

Укороченіе уздечки языка. Этотъ недостатокъ большею частью называется «приросшимъ языкомъ» и заключается въ томъ, что уздечка достигаетъ спереди кончика языка и притомъ укорочена, вслѣдствіе чего подвижность языка значительно уменьшается, такъ что сосаніе совершается съ трудомъ, при высшихъ же степеняхъ оно дѣлается совершенно невозможнымъ именно потому, что языкъ не можетъ быть высунуть настолько, чтобы захватить сосокъ.

Распознаваніе этого недостатка весьма легко: пальцемъ ощущаемъ натянутую подъ языкомъ уздечку, при осмотрѣ же замѣ-

чаемъ, что при попыткѣ поднять языкъ или закричать, языкъ не выдвигается, а остается за краями челюстей, причемъ кончикъ его по срединѣ втягивается.

Лечение заключается въ разрѣзѣ уздечки, что должно быть произведено отнюдь не акушеркою, а врачомъ, потому что при этомъ можетъ произойти кровотеченіе, съ которымъ акушерка не въ состояніи будетъ справиться.

Впрочемъ, этотъ недостатокъ встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ объ этомъ думаютъ; часто намъ показываютъ дѣтей съ предполагаемымъ приросшимъ языкомъ, между тѣмъ, какъ въ дѣйствительности языкъ очень хорошо высовывается изо рта по крайней мѣрѣ до нижней губы. Акушерка должна каждый разъ сперва убѣдиться изслѣдованіемъ въ существованіи недостатка и затѣмъ только заявить о «приросшемъ языкѣ».

Склейка мочеиспускательнаго канала. Если ребенокъ по рожденіи не въ состояніи испражнять мочу, то это можетъ зависѣть отъ того, что отверстіе мочеиспускательнаго канала закрыто. Въ большинствѣ подобныхъ случаевъ дѣло заключается не въ плотномъ заращеніи, а въ томъ, что произошла склейка слизистой оболочки отверстія мочеиспускательнаго канала. Такія склейки встрѣчаются почти исключительно у мальчиковъ и легко устраняются введеніемъ верхушки тонкаго дѣтскаго катетера въ мочеиспускательный каналъ, причемъ или прямо нарушаемъ склейку, или раздраженіемъ вызываемъ настолько сильное сокращеніе мочевого пузыря, что склейка разрывается напоромъ мочи. Если такимъ путемъ не удастся возстановить отверстіе, если существуетъ дѣйствительное заращеніе, то только операція можетъ принести пользу.

Акушерка должна остерегаться вѣрить на слово, что ребенокъ не мочится, такъ какъ при невнимательномъ уходѣ легко не замѣтить, что пеленка была мокрою. Прежде всего слѣдовательно необходимо убѣдиться, что моча дѣйствительно не выходитъ; если это такъ, то это можетъ обуславливаться разными причинами, напримѣръ, тѣмъ, что ребенокъ не получаетъ пищи. Въ такомъ случаѣ онъ будетъ много беспокоиться и представлять всѣ признаки голода, между тѣмъ какъ при задержаніи мочи животъ дѣлается чувствительнымъ, и ребенокъ, хотя кричитъ, но весьма плохо беретъ грудь.

Такъ какъ задержаніе мочи, кромѣ названныхъ причинъ, можетъ зависѣть отъ спазматическаго сокращенія мочеиспускательнаго канала, противъ котораго самыми лучшими средствами служить: теплая ванна, теплые компрессы и растираніе живота теплымъ масломъ, то акушерка прежде всего должна примѣнить эти средства.

Склейка малыхъ половыхъ губъ у дѣвочекъ соответствуетъ склейкѣ мочеиспускательнаго канала у мальчиковъ. Въ большин-

ствѣ случаевъ имѣемъ дѣло не съ сплошною, а съ частичною склейкою, такъ что губы соединяются между собою 1—2 мостиками. Этотъ недостатокъ не причиняетъ никакихъ страданій, но послѣдствіемъ его можетъ быть задержаніе мочи. Во всякомъ случаѣ разумно будетъ растягиваніемъ губъ разрушить склейку, что совершается легко и безъ всякаго вреда; этимъ предотвращается болѣе плотное сращеніе, которое могло бы образоваться впослѣдствіи. Если такимъ путемъ не удастся разрушить склейку потому, что имѣемъ дѣло уже не со склейкою, а съ дѣйствительнымъ сращеніемъ, то необходимо разъединить губы операціею.

3. Болѣзни новорожденныхъ, зависящія главнымъ образомъ отъ ухода.

Опрѣлость. На всѣхъ мѣстахъ дѣтскаго тѣла, которыя долго остаются мокрыми, нѣжная кожа размачивается и сходитъ, послѣ чего остается мокнущая красная поверхность; или же сперва образуются пузыри, наполненные гноемъ, которые лопаются и оставляютъ такую же красную поверхность. Если ухотъ за такими обнаженными мѣстами не будетъ тщателенъ, то они начинаютъ нагнаиваться и превращаются въ язвы, что причиняетъ ребенку серьезное страданіе.

Легче и чаще всего остаются мокрыми и затѣмъ представляютъ опрѣлость слѣдующія мѣста: во 1-хъ, всѣ тѣ, гдѣ двѣ складки кожи тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, напимѣръ: подмышечная впадина, паховой сгибъ, шея, складка позади ушей и промежутокъ между обѣими ягодицами; во 2-хъ, тѣ, которыя соприкасаются съ слишкомъ рѣдко перемѣняемою мокрою пеленкою, въ особенности ягодицы, половые органы и пятки.

Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ невнимательный ухотъ составляетъ причину опрѣлости и что избѣжать ея не трудно, если тщательно соблюдать правила, указанныя на стр. 212. Даже, если вслѣдствіе несчастной случайности опрѣлость уже образовалась, то и тогда она быстро исчезаетъ при частой перемѣнѣ пеленокъ, тщательномъ осушиваніи всѣхъ складокъ и засыпаніи ихъ присыпкою, состоящей изъ талька съ окисью цинка (20 : 1). Всего упорнѣе опрѣлость у дѣтей, страдающихъ поносами и въ особенности у вскармливаемыхъ искусственно, если питаніе ихъ недостаточно. Въ такихъ случаяхъ, кромѣ вышеприведенныхъ средствъ, приходится прибѣгнуть къ лекарствамъ; можно попробовать свинцовую или цинковую мазь или примочки изъ свинцовой воды. Если при этихъ средствахъ опрѣлость не исчезаетъ, то необходимо пригласить врача, потому что въ такихъ случаяхъ существуетъ глубокое и опасное разстройство питанія младенца.

Молочница. Эта болѣзнь есть не что иное, какъ развитіе плѣсени на слизистой оболочкѣ полости рта ребенка, т. е. разраше-

ніе извѣстнаго вида грибовъ, состоящихъ изъ нитей и споръ (спъмянъ), которые носятя въ большомъ количествѣ въ воздухѣ. Коль скоро они пристануть къ слизистой оболочкѣ, то начинаютъ быстро разрастаться и образуютъ бѣлыя пятна. У дѣтей они большею частью разрастаются во рту, на губахъ, языкѣ, мягкомъ небѣ и деснахъ. Сперва появляются весьма небольшія бѣлыя плотно пристающія къ слизистой оболочкѣ и потому трудно удалимые пятна, которыя вскорѣ увеличиваются по поверхности и сливаются между собою, такъ что, наконецъ, вся слизистая оболочка рта оказывается покрытою бѣлою пленкою.

Послѣдствія этого страданія обнаруживаются прежде всего тѣмъ, что слизистая оболочка краснѣетъ и дѣлается чувствительной, почему сосаніе становится болѣзненнымъ. Если теперь не будетъ подана помощь, то молочница распространяется на зѣвъ, пищеводъ, желудокъ и кишки и вызываетъ расстройство желудочно-кишечнаго канала, которое можетъ повести даже къ смерти ребенка.

Причины. Грибки молочницы лучше всего развиваются въ кислыхъ жидкостяхъ; поэтому молочница развивается легко у тѣхъ дѣтей, ротъ которыхъ послѣ кормленія тщательно не вытирается, вслѣдствіе чего остающееся во рту молоко киснетъ. Точно также грибки молочницы легко развиваются въ нечисто содержимыхъ рожкахъ и даже на неопрятныхъ соскахъ кормящей женщины и отсюда уже попадаютъ въ ротъ ребенка.

Леченіе весьма простое. Если ротъ ребенка, соски матери или кормилицы и всѣ предметы, необходимые при искусственномъ кормленіи, будутъ содержаться, какъ выше указано, въ надлежащей чистотѣ, то молочница навѣрно не разовьется. Если же она появилась, то въ началѣ для уничтоженія ея достаточно соблюдать чистоту; если къ тому же для обмыванія рта употреблять щелочную жидкость, напримѣръ, 5% растворъ буры въ водѣ, то молочница исчезаетъ весьма быстро. Къ этимъ растворамъ, однако, никогда не слѣдуетъ прибавлять сахара или меда, или фруктоваго сиропа, потому что всѣ эти сладкія вещества, оставаясь во рту, образуютъ кислоты и такимъ образомъ не препятствуютъ, а, напротивъ, благопріятствуютъ росту грибовъ.

Если молочница распространилась уже на пищеварительный каналъ и вызвала расстройства его, то нужно за помощью обратиться къ врачу.

Гнойное — бленорройное — воспаленіе глазъ у новорожденныхъ. Эта болѣзнь состоитъ въ гнойномъ воспаленіи слизистой оболочки, выстилающей внутреннюю поверхность вѣкъ и глазное яблоко. На 2—3 день послѣ родовъ слизистая оболочка сильно краснѣетъ, вѣки припухаютъ настолько, что ребенокъ не можетъ открыть глаза. Если раздвинуть вѣки, то въ началѣ вытекаетъ

прозрачная желтовато-бурая жидкость, впоследствии же желтый гной въ большомъ количествѣ. Если не будетъ подана быстрая помощь, то на роговой оболочкѣ образуются язвы, которыя или оставляютъ послѣ себя по заживленіи бѣлыя непрозрачныя пятна, такъ называемыя бѣлмы, или же разрушаютъ роговую оболочку, послѣ чего глазъ вытекаетъ. Въ обоихъ случаяхъ развивается слѣпота, и весьма важно знать, что большинство такъ называемыхъ слѣпороджденныхъ ослѣпли вслѣдствіе такого воспаления въ первые дни своей жизни.

Причина гнойнаго воспаления заключается всегда въ зараженіи гонококками и притомъ чаще всего гнойными бѣлями матери, которыя во время родовъ попадаютъ въ глаза ребенка. Конечно, можно заразить глаза и послѣ родовъ при нечистоплотномъ уходѣ. Гной глаза точно также заразителенъ, какъ гной влагалища, почему воспаление и можетъ быть легко перенесено съ одного глаза на другой, отъ одного ребенка къ другому и даже отъ ребенка къ взрослому.

Лечение. Важнѣе всего предотвратить эту болѣзнь, для чего у каждаго ребенка необходимо послѣ рожденія тщательно обмыть глаза. Если же у роженицы имѣются гнойныя бѣли или какіе-либо другіе признаки воспаления рукава, напримеръ, рѣзко выраженная шероховатость рукава или острия кондиомы, то, во-1-хъ, уже во время родовъ необходимо нѣсколько разъ тщательно дезинфицировать рукавъ, т. е., его слѣдуетъ не только промывать, но и хорошенько вытереть во время спринцеванія введенными двумя пальцами. Кроме того, въ такихъ случаяхъ, не довольствуясь однимъ простымъ обмываніемъ глазъ ребенка, слѣдуетъ тотчасъ послѣ ванны впустить въ каждый глазъ по 1 каплѣ 2% раствора ляписа (азотно-кислаго серебра) при помощи пипетки или капельницы.

Иногда на слѣдующій день послѣ впусканія капель наблюдается реакція со стороны глазъ: слизистая оболочка краснѣетъ, опухаетъ и отдѣляетъ слизисто-гнойную жидкость. Всѣ явленія скоро проходятъ. Лучше всего въ такихъ случаяхъ прикладывать примочки изъ 2% раствора борной кислоты.

Примѣчаніе. Въ заведеніяхъ, гдѣ много дѣтей скучено вмѣстѣ, слѣдуетъ каждому ребенку безъ исключенія впускать растворъ ляписа въ глаза. Въ частной практикѣ нѣтъ нужды прибѣгать къ этому, такъ какъ акушерка наблюдаетъ за женщиной обыкновенно уже во время ея беременности и потому имѣетъ возможность убѣдиться въ здоровомъ или больномъ состояніи ея половыхъ частей.

Если у новорожденнаго уже развилось гнойное воспаление глазъ, то необходимо тотчасъ же пригласить врача: до его прибытія акушерка можетъ предпринять слѣдующее:

1) Она должна предупредить окружающихъ о заразитель-

ности этой болѣзни и о томъ, что безъ предварительной дезинфекціи не слѣдуетъ прикасаться къ другому глазу ни пальцемъ, ни платкомъ, ни бѣльемъ, которые могли быть замараны гноемъ. Тоже самое акушерка должна соблюдать относительно самой себя.

2) Слѣдуетъ заботиться о томъ, чтобы гной не скопился въ глазу, такъ какъ онъ разрушаетъ ткани вообще и роговую оболочку въ особенности. Въ виду этого, необходимо каждый часъ промывать глаза. Съ этою цѣлью, раздвигаемъ вѣки и кто-нибудь другой поливаетъ стерилизованной водою изъ кружки или чайника до тѣхъ поръ, пока не будетъ удаленъ весь гной: послѣ этого глазъ осторожно вытирается. При этомъ слѣдуетъ обратить вниманіе на то, чтобы вода изъ промываемаго глаза не попала въ другой здоровый глазъ.

3) Необходимо предохранить другой глазъ. Для этого кладемъ ребенка на сторону, соответствующую больному глазу, дабы гной не затекалъ въ здоровый глазъ. Здоровый глазъ совѣтуютъ совершенно забинтовать, что очень цѣлесообразно.

4) Въ промежуткахъ между обмываніями нужно класть на больной глазъ маленькіе пузыри со льдомъ или компрессы изъ ледяной воды. Для того, чтобы не замочить подушку, подъ голову кладется кусокъ клеенки или резиновой матеріи.

Столбнякъ новорожденныхъ представляетъ рѣдкую инфекціонную болѣзнь, которая происходитъ вслѣдствіе зараженія пупочной раны палочкообразными бактеріями столбняка при неопытномъ содержаніи пупка. Болѣзнь начинается въ первые дни жизни безпокойствомъ и безсонницей ребенка. Вскорѣ появляется сжатіе челюстей вслѣдствіе судорожнаго сокращенія жевательныхъ мышцъ (trismus), а вслѣдъ за этимъ непрерывныя (тоническія) судороги мышцъ затылка, спины и конечностей (tetanus). Въ началѣ болѣзни судороги появляются приступами и продолжаются лишь по нѣсколько минутъ, въ послѣдствіи промежутки между припадками укорачиваются, а наконецъ полного расслабленія мышцъ уже совсѣмъ не наблюдается. При очень высокой температурѣ 41—42° ребенокъ погибаетъ отъ задушенія или истощенія черезъ 1—5 дней. Рѣдко болѣзнь затягивается на 2—3 недѣли и въ такомъ случаѣ можетъ кончиться выздоровленіемъ. Коль скоро судороги явились, слѣдуетъ тотчасъ же пригласить врача. Акушерка предварительно должна сдѣлать теплую ванну, часто повторять ее и, кромѣ того, всякій разъ, во время свободнаго отъ судорогъ промежутка, давать ребенку молоко. Лекарства противъ судорогъ прописываются врачомъ; всѣ они принадлежать къ сильнодѣйствующимъ и потому при незнаніи дѣйствія ихъ весьма опасны.

Рожа вызывается стрептококками и переносится на новорожденнаго обыкновенно отъ матери, заболѣвшей послѣродовой го-

рячкой или рожистымъ процессомъ. Болѣзнь начинается повыше-ніемъ температуры и появленіемъ красноты въ области пупка. Рожистая краснота рѣзко ограничена. Она распространяется по-степенно по кожѣ живота и можетъ перейти на грудь и конеч-ности. При этомъ наблюдается ускореніе пульса и общій упадокъ силъ. Болѣзнь нерѣдко осложняется подкожными нарывами и общими септическими явленіями, выражающимися воспаленіемъ легкихъ, брюшины, кишекъ, мозговыхъ оболочекъ и оболочекъ суставовъ. Предсказаніе очень сомнительное; всегда безусловно необходима врачебная помощь. До прибытія врача нужно смазы-вать покраснѣвшее мѣсто камфорнымъ масломъ, или посыпать пудрой изъ смѣси одной части салициловой кислоты и 5 частей крахмала или талька. Кромѣ того, слѣдуетъ хорошо кормить ре-бенка грудью.

Болѣзни пупка.

Воспаленіе пупка. Такъ какъ остатокъ пуповины отдѣляется отъ тѣла плода постепенно нагноеніемъ, причемъ неминуемо обра-зуется рана, то въ послѣдней могутъ развиваться тѣ же болѣзни, какъ и во всякой другой ранѣ вслѣдствіе зараженія. Вспомнимъ только, что у родильницъ всякое послѣродовое воспаленіе начи-нается сперва чисто мѣстной болѣзью, которая затѣмъ распро-страняется дальше по кровеноснымъ и лимфатическимъ сосудамъ; совершенно то же мы находимъ и при воспаленіи пупка.

Прежде всего начинаютъ опухать и краснѣть складки пупка, причемъ поверхность его выдѣляетъ больше гноя. Если въ это время не будетъ подана помощь, то воспаленіе распространяется глубже; при этомъ или образуется въ окружности пупка омертвѣ-ніе клѣтчатки, оставляющее глубокую язву, или воспаленіе про-никаетъ до брюшины и развивается воспаленіе ея съ сильнымъ вздутіемъ живота; или, наконецъ, воспаляются пупочные со-суды—артеріи и вены, послѣдствіемъ чего является септицемія или піемія. Всѣ эти формы воспаленія пупка сопровождаются лихорадкой и весьма опасны; если не удастся ихъ остановить въ самомъ началѣ, то дѣти большею частью умираютъ.

Причины этихъ болѣзней тѣ же, что и у родильницъ, и за-ключаются въ томъ, что рана пупка содержится недостаточно чисто. Источниками зараженія служатъ: грязныя губки, нечистый перевязочный матеріалъ, запачканные послѣродовыми очищеніями пальцы и т. д., которые приходятъ въ соприкосновеніе съ раной. Прежде, когда о всѣхъ этихъ причинахъ воспаленія не знали такъ подробно, приходилось часто встрѣчать воспаленіе пупка, преим-ущественно въ родильныхъ домахъ, и особенно часто оно разви-валось въ такое время, когда много роженицъ заболѣло послѣ-родовою горячкою. Этимъ также доказывается, что тѣ и другія

болѣзни возникаютъ отъ одинаковыхъ причинъ, а именно отъ зараженія стафилококками и стрептококками.

Лечение, совершенно такъ же, какъ и у родильницъ, заключается главнымъ образомъ въ соблюденіи чистоты и дезинфекціи; и здѣсь такъ же, какъ и тамъ, мы въ состояніи предотвратить болѣзнь тщательнымъ уходомъ. Если воспаление уже началось, то, кромѣ соблюденія строжайшей чистоты, нужно еще прикладывать компрессы съ 2% растворомъ борной кислоты, или съ какою-нибудь другою дезинфицирующею жидкостью; если при этомъ воспаление не прекращается скоро, въ теченіе 1—2 дней, то слѣдуетъ пригласить врача.

Грибовидныя разращенія пупка. Они развиваются въ тѣхъ случаяхъ, когда пупочная рана не зарубцовывается, какъ слѣдуетъ, а покрывается сильно разрастающимися грануляціями, такъ назыв. дикимъ мясомъ. Вслѣдствіе этого, въ глубинѣ пупка образуется маленькая стебельчатая опухоль, имѣющая видъ малины, отдѣляющая гной и кровоточащая. Если растянуть пупочныя складки, то безъ затрудненія усмотримъ такую опухоль. Если опухоль еще мала, то въ большинствѣ случаевъ достаточно бываетъ при каждомъ пеленаніи ребенка присыпать дно пупка порошкомъ квасцовъ или танина. Если опухоль сдѣлалась уже стебельчатою, то слѣдуетъ ножку опухоли перевязать чистою, стерилизованною ниткою и затѣмъ затянуть ее, послѣ чего опухоль вскорѣ сама собою упадетъ.

Пупочное кровотеченіе. О кровотеченіяхъ изъ пуповины вслѣдствіе слабо наложенной тесемки мы уже упомянули. И туго наложенная лигатура можетъ перерѣзать пуповину. При появленіи кровотеченія накладываютъ новую лигатуру. При недосмотрѣ ребенокъ можетъ погибнуть отъ потери крови.

Паренхиматозное кровотеченіе изъ пупка составляетъ весьма опасную болѣзнь, появляющуюся или во время, или тотчасъ послѣ отпаденія остатка пуповины. Изъ пупочной раны именно кровь сочится понемногу, каплями. Случается, что у такихъ новорожденныхъ одновременно появляется кровотеченіе изъ носа, кровавая рвота и кровавыя или черныя испражненія. Но и безъ того дѣти теряютъ черезъ пупочную рану такъ много крови, что сильно блѣднѣютъ и въ большинствѣ случаевъ умираютъ отъ кровотеченія, т. е. истекаютъ кровью. Такія дѣти страдаютъ обыкновенно кровоточивостью всѣхъ сосудовъ, т. е. принадлежатъ къ тѣмъ людямъ, которые при ничтожѣйшемъ пораненіи теряютъ большую массу крови, потому что кровоостанавливающія средства у нихъ не дѣйствуютъ. Болѣзнь эта получила особенное названіе гемофилии. При такомъ постоянномъ кровотеченіи изъ пупка акушерка должна по возможности скорѣе послать за врачомъ, а до его прибытія присыпать пупокъ порошкомъ квасцовъ или смочить кусочекъ ваты въ 3% растворѣ желѣзныхъ

капель (Liq. ferri sesquichlorati) и прижать къ пупку, сверху положить толстый слой ваты и укрѣпить все пупочнымъ бинтомъ.

Пупочная грыжа. О врожденной грыжѣ пупочнаго канатика мы говорили уже въ главѣ объ уродствахъ. Здѣсь будетъ сказано о тѣхъ грыжахъ, которыя развиваются по образованіи пупка. У дѣтей, которыя по причинѣ запора или поноса много кричатъ или натуживаются, а также у тѣхъ, которыя много кашляютъ, случается, что подъ вліяніемъ давленія внутренностей пупочное кольцо расходится настолько, что черезъ него продвигается часть большаго сальника или петли кишекъ. Въ такомъ случаѣ въ области пупка образуется покрытая здоровою кожею опухоль которая при надавливаніи легко можетъ быть вправлена обратно въ брюшную полость.

Такъ какъ грыжа все болѣе увеличивается и можетъ имѣть дурныя послѣдствія для ребенка, то ее необходимо вправить и удержать. Это достигается лучше всего слѣдующимъ образомъ: пальцемъ подвигаемъ грыжу черезъ пупочное кольцо, затѣмъ сдвигаемъ кожу живота съ обѣихъ сторонъ къ пупку настолько, чтобы она образовала двѣ складки, соприкасающіяся между собою по бѣлой линіи, затѣмъ укрѣпляемъ ихъ нѣсколькими полосками американскаго липкаго пластыря, которыя слѣдуетъ накладывать поперекъ и вкось отъ одной складки кожи къ другой. Единственно только такая повязка удерживаетъ грыжу вполнѣ: ее слѣдуетъ мѣнять, коль скоро она ослабнетъ. Такимъ образомъ удастся въ два, три мѣсяца излѣчить грыжу. Недостатокъ этой повязки тотъ, что нѣжная кожа ребенка, находящаяся подъ нею, подвергается раздраженію отъ липкаго пластыря, почему на ней образуются сыпи и ссадины. Въ такомъ случаѣ необходимо эту повязку, дня на два, замѣнить другою, пока кожа не подживетъ. Пораненныя мѣста присыпаемъ порошкомъ талька или другою пудрою, прикладываемъ къ пупочному кольцу ватный шарикъ и укрѣпляемъ его пупочнымъ бинтомъ. Эта повязка не можетъ быть употребляема постоянно, ибо она легко смѣщается и потому не удерживаетъ грыжу. То же самое можно сказать и относительно остальныхъ повязокъ, при которыхъ какое-либо твердое тѣло (мѣдная монета, мушкатный орѣхъ) кладется на пупокъ и завязывается бинтомъ.

4. Болѣзни новорожденныхъ, зависящія отъ измѣненій въ организмѣ его въ первые дни жизни.

Воспаленіе грудныхъ железъ. Довольно часто приходится наблюдать, что въ первые дни послѣ родовъ у новорожденныхъ, такъ-же, какъ и у ихъ матерей, груди, т. е. грудныя железы нагрубаютъ и выдѣляютъ молозиво. Это случается какъ у дѣвочекъ, такъ и у мальчиковъ. Такое нагрубаніе обыкновенно про-

ходить въ короткое время безъ всякой помощи; если груди слишкомъ чувствительны, то можно положить согрѣвающій компрессъ или смазать грудь камфорнымъ масломъ.

Такъ легко протекаетъ нагрубаніе грудей только въ тѣхъ случаяхъ, когда ихъ оставляютъ въ совершенномъ покоѣ. Если же для облегченія грудей выдавливаютъ изъ нихъ жидкость или втираютъ мази, то вслѣдствіе зараженія микробами образуются твердые узлы, которые воспаляются и нагнаиваются: получается полная картина грудницы. У мальчиковъ такой исходъ не имѣетъ большаго значенія, но у дѣвочекъ грудныя железы при этомъ могутъ разрушиться настолько, что впослѣдствіи будутъ негодными для кормленія. Поэтому, коль скоро у нихъ появилось воспаление грудей, необходимо тотчасъ же пригласить врача, дабы въ случаѣ нужды своевременнымъ вскрытіемъ нарыва предотвратить дальнѣйшее разрушеніе грудныхъ железъ.

Желтуха новорожденныхъ, т. е. окрашиваніе кожи, видимыхъ слизистыхъ оболочекъ и глазъ въ желтоватый цвѣтъ, встрѣчается болѣе чѣмъ у $\frac{3}{4}$ новорожденныхъ. Обусловливается она тѣмъ, что въ первые дни внѣтробной жизни происходитъ усиленное разрушеніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, вслѣдствіе чего замѣчается скопленіе крови въ органахъ живота и печени. Последняя вырабатываетъ массу желчи, которая отчасти задерживается въ желчныхъ каналцахъ и всасывается въ кровь, производя такимъ образомъ желтуху. Соотвѣтственно этому, физиологическая желтуха является спустя нѣсколько дней послѣ родовъ и продолжается отъ 1—2 недѣль; сильнѣе всего она бываетъ выражена у преждевременно родившихся и у дѣтей, родившихся въ мнимой смерти, у которыхъ для восстановленія вполне правильнаго кровообращенія и дыханія требуется болѣе продолжительное время. Кромѣ желтушнаго окрашиванія и болѣе медленной прибыли вѣса, мы не замѣчаемъ у такихъ новорожденныхъ никакихъ другихъ болѣзненныхъ явленій; исключеніе составляютъ только дѣти, преждевременно родившіяся или страдающія спаденіемъ легкихъ, которыя сами по себѣ не совершенно нормальны. Въ этомъ случаѣ употреблять какія-либо средства противъ самой желтухи не слѣдуетъ.

Однако, не каждая желтуха такъ доброкачественна; иногда у новорожденныхъ наблюдается патологическая желтуха, развивающаяся отъ тѣхъ же причинъ, какъ и у взрослыхъ. Эти причины желтухи заключаются обыкновенно въ катарръ желудка и кишекъ, при которомъ нерѣдко припухаетъ также и слизистая оболочка общаго желчнаго протока. Вслѣдствіе этого затрудняется свободное истеченіе желчи, происходитъ застой ея и обратное всасываніе въ кровь. Наконецъ, желтуха можетъ зависѣть отъ тяжелаго септического или сифилитического заболѣванія печени или пупочной вены. Всѣ эти возможности мы должны имѣть

въ виду при каждой желтухѣ новорожденнаго и потому тщательно разобрать причины.

Если мы найдемъ ту или другую болѣзнь, то необходимо лечить ее. Если ребенокъ, не смотря на желтушную окраску, совершенно здоровъ, то мы имѣемъ дѣло съ вышеописанною физиологическою формою желтухи, которая не требуетъ никакого леченія.

Уплотненіе клѣтчатки у новорожденнаго—склерома—составляетъ хотя и рѣдко встрѣчающуюся, но зато весьма опасную болѣзнь. Она является въ теченіе первыхъ дней и узнается по тому, что кожа въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, прежде всего обыкновенно на икрахъ, становится на ощупь твердою, какъ доска, холодною и на видъ желтовато-красноватаго цвѣта. Одновременно съ этимъ, температура ребенка, которая измѣняется удобнѣе всего въ прямой кишкѣ, все болѣе падаетъ, даже ниже 30° Ц. Дѣти слабѣютъ, плохо сосутъ, много спятъ, уплотнѣніе все болѣе распространяется и въ большинствѣ случаевъ смерть наступаетъ въ короткое время.

Эта болѣзнь чаще всего встрѣчается у слабыхъ и недоношенныхъ дѣтей, а также у новорожденныхъ, страдающихъ спаденіемъ легкихъ, врожденнымъ порокомъ сердца и другими болѣзнями, которыя въ сильной степени нарушаютъ дыханіе, кровообращеніе и питаніе.

При первыхъ признакахъ болѣзни акушерка должна пригласить врача, такъ какъ только энергическимъ леченіемъ удастся иногда спасти ребенка. Акушерка должна обложить ребенка грѣлками или положить его въ теплую ванну (съ двойными стѣнками), купать по крайней мѣрѣ два раза въ день и при этомъ держать его въ теплой ваннѣ продолжительное время, обтирать тѣло спиртными жидкостями, и такъ какъ ребенокъ сосетъ плохо или вовсе не сосетъ, то чаще давать молоко, одно или съ прибавленіемъ вина или коньяку. Остальное дѣло врача.

Судороги новорожденныхъ. Судороги, т. е. чрезмѣрныя сокращенія мышцъ, встрѣчаются у новорожденныхъ довольно часто и представляютъ большое сходство съ экламптическими судорогами матери и потому получили тоже названіе дѣтской эклампсіи. При этихъ судорогахъ происходитъ закатываніе глазъ, искаженіе лица, подергиваніе во всѣхъ членахъ, остановка дыханія, посинѣніе и потеря сознанія. Эти припадки указываютъ на серьезное заболѣваніе ребенка, какъ-то: размягченіе костей черепа при англійской болѣзни, воспаленіе мозга или оболочекъ его, и довольно часто бываютъ послѣдствіемъ сильныхъ поносовъ. Они рѣдко наблюдаются въ первые дни по рожденіи, чаще гораздо позднѣе, такъ что акушеркѣ, собственно говоря, не приходится съ ними имѣть дѣла.

5. Случайныя заболѣванія новорожденныхъ.

Диспепсія. Такъ называется разстройство пищеваренія безъ грубыхъ анатомическихъ измѣненій пищеварительнаго аппарата, которое обусловливается неподходящимъ качествомъ пищи или чрезмѣрнымъ количествомъ ея (перекармливаніемъ).

У грудныхъ дѣтей, которыя вскармливаются грудью матери, причина диспепсіи заключается чаще всего въ перекармливаніи или въ томъ, что материнское молоко плохого качества, когда мать употребляетъ несоответственную пищу, или же она перенесла душевное волненіе. Въ послѣднемъ случаѣ диспепсіи большею частью скоро сама собою прекращается, какъ только мать опять приходитъ въ нормальное состояніе.

Если ребенка кормить кормилица, то, конечно, могутъ существовать тѣ же причины, но онѣ встрѣчаются въ такомъ случаѣ чаще, потому что молоко кормилицы почти всегда относительно старо и потому труднѣе переваримо для ребенка. Кромѣ того, кормилицы въ пищѣ и питѣ болѣе неосторожны и неразумны. Случается также, что кормилицы втихомолку кормятъ ребенка коровьимъ молокомъ, хлѣбомъ, кашею, съ цѣлью замѣнить и скрыть временное уменьшеніе молока, или онѣ по глупости своей полагаютъ, что болѣе «сытная» пища сдѣлаетъ дѣтей болѣе крѣпкими.

Всего чаще случается диспепсія у вскармливаемыхъ искусственно, во-1-хъ, уже потому, что коровье молоко свертывается въ желудкѣ ребенка большими комками, которые перевариваются не такъ легко, какъ материнское молоко, свертывающееся въ желудкѣ ребенка въ видѣ нѣжныхъ тонкихъ хлопьевъ. Къ этому слѣдуетъ прибавить, 2) что коровье молоко само по себѣ можетъ быть едва замѣтно кисловатымъ и все-таки уже потому вреднымъ для ребенка. Наконецъ, принадлежности для сосанія не всегда содержатся въ безукоризненной чистотѣ. Эти причины диспепсіи настолько часты, что только въ крайне рѣдкихъ случаяхъ приходится отыскивать другую причину болѣзни, напр. простуду.

Различаютъ желудочную и кишечную форму диспепсіи; изъ нихъ послѣдняя встрѣчается значительно чаще. Иногда наблюдаютъ и смѣшанную форму диспепсіи. При желудочной диспепсіи младенцы страдаютъ тошнотой и рвотой, наступающей послѣ принятія пищи. Передъ рвотой ребенокъ блѣднѣетъ, пульсъ его становится малымъ и частымъ и конечности холодѣютъ. Къ желудочной диспепсіи черезъ 1—2 дня присоединяются явленія кишечной диспепсіи (смѣшанная форма).

Главными признаками кишечной диспепсіи служатъ поносъ, вздутіе кишекъ (метеоризмъ) и колики.

Поносъ обнаруживается прежде всего въ увеличеніи числа испражнений, именно болѣе 3—5 разъ въ сутки; испраженія не представляютъ равномерно окрашенной въ желтый цвѣтъ кашицы, а имѣютъ видъ рубленого яйца. Желтый цвѣтъ нормальнаго стула перемѣняется съ зеленымъ. Кромѣ того въ испраженіяхъ находятся бѣлые комочки неперевареннаго молока. Характерная для диспептического стула смѣсь желтаго, зеленаго и бѣлаго цвѣта придаетъ ему сходство съ рублеными яйцами. Диспепсія сопровождается развитіемъ газовъ въ кишкахъ, вслѣдствіе чего происходитъ урчаніе въ животѣ и испраженія сопровождаются трескомъ. Эти газы вызываютъ болѣзненные колики въ животѣ, почему дѣти сильно кричатъ и прижимаютъ быстро и часто ножки къ животу. Съ выходомъ газовъ боли прекращаются. Лихорадки при диспепсіи не бываетъ. При правильномъ леченіи она скоро проходитъ. Въ противномъ случаѣ она переходитъ въ **катарръ желудка-кишечнаго канала**, отличающійся отъ диспепсіи воспаленіемъ слизистой оболочки. Если катарръ развился самостоятельно, то причины его тѣ-же какъ при диспепсіи. Въ острыхъ случаяхъ всегда повышается температура. При катаррѣ желудка на первомъ планѣ тошнота и рвота; при катаррѣ тонкихъ кишекъ появляется поносъ въ видѣ жидкихъ испражнений вслѣдствіе примѣси водянистаго выпота изъ слизистой оболочки; при катаррѣ толстыхъ кишекъ испраженія состоятъ изъ безцвѣтной или зеленоватой слизи, къ которой нерѣдко примѣшивается кровь. Предсказаніе при катаррѣ желудка-кишечнаго канала значительно хуже, чѣмъ при диспепсіи.

Леченіе. Изъ приведенныхъ выше причинъ слѣдуетъ, что при диспепсіи прежде всего нужно обращать вниманіе на регулированіе пищи ребенка. При перекармливаніи ребенка слѣдуетъ кормить его грудью не черезъ 2 часа, а рѣже, при чемъ онъ долженъ оставаться при груди болѣе короткое время. Далѣе нужно урегулировать пищевареніе матери или кормилицы дѣтой, или измѣнить при искусственномъ вскармливаніи пищу ребенка. Въ послѣднемъ случаѣ нужно помнить, что дѣти, страдающія поносомъ, обыкновенно не переносятъ коровьяго молока, почему необходимо на нѣсколько дней замѣнить молоко слѣдующими отварами: изъ риса, овсяной муки, ячменной крупы, аррорута и т. п. и затѣмъ только постепенно прибавлять молоко.

Если мы знаемъ, что ребенокъ получалъ несоотвѣтственную пищу или если мы по кислому запаху испражнений, по урчанію и коликамъ въ животѣ, по выходу непереваренныхъ массъ убѣдимся, что въ кишечникѣ находятся разлагающіяся вещества, то прежде всего необходимо очистить кишки клистирами изъ настоя ромашки (1—2 столовыя ложки — въ первые дни) и приѣмомъ одной чайной ложки прованскаго или миндальнаго масла, а еще лучше $\frac{1}{2}$ чайной ложки кастороваго масла. Довольно

часто одними этими средствами удается прекратить поносъ. Затѣмъ, конечно, слѣдуетъ назначить соответствующую діету. Изъ медицинскихъ средствъ полезно давать соляную кислоту (по чайной ложкѣ раствора 12 капель кислоты на 100,0 воды), желудочный кофе съ молокомъ, Гуфеландовъ дѣтскій порошокъ на кончикѣ ножа или 5 капель настойки ревеня раза 2—3 въ день.

При сильныхъ коликахъ помогаютъ согрѣвающіе компрессы на животъ; втираніе въ животъ теплаго масла усиливаетъ выходненіе газовъ и потому приноситъ значительное облегченіе. Если ребенокъ испражняется часто и понемногу и если испражненіе сопровождается натуживаніемъ, чѣмъ доказывается раздраженіе прямой кишки, то весьма полезно раза 2—3 въ день ставить жидкіе крахмальные клистиры (1 столовую ложку отвара).

Другія лекарства пропишетъ врачъ, котораго слѣдуетъ пригласить, коль скоро поносъ не скоро проходитъ.

Запоръ. Такъ какъ ребенокъ въ первые мѣсяцы испражняется 3—4 раза въ день, то мы говоримъ, что у него запоръ, если въ теченіе 24 часовъ не послѣдуетъ ни одного испражненія. У дѣтей запоръ встрѣчается гораздо рѣже и онъ менѣе опасенъ чѣмъ поносъ. Иногда запоръ является вслѣдствіе того, что ребенокъ принимаетъ слишкомъ мало пищи, на примѣръ, по причинѣ слабости или потому, что у матери или кормилицы мало молока, или если онѣ сами страдаютъ запорами. Въ большинствѣ случаевъ у грудныхъ дѣтей причина запора остается неизвѣстною. При искусственномъ кормленіи тоже случаются запоры, въ особенности при употребленіи въ большомъ количествѣ слизистыхъ суповъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ запоръ обусловливается тяжелымъ заболѣваніемъ пищеварительнаго канала и его железъ.

Согласно вышесказанному, мы должны при запорѣ прежде всего давать ребенку больше пищи, если онъ ея мало получаетъ; измѣнить пищу, если она сама по себѣ причиняетъ запоръ; регулировать отправленіе желудка у матери или кормилицы слабительными, если онѣ страдаютъ запоромъ. Но во всякомъ случаѣ слѣдуетъ заботиться объ ежедневномъ испражненіи, по крайней мѣрѣ, одинъ разъ въ сутки. Проще всего это достигается клистирами изъ простой воды, повторяемыми утромъ и вечеромъ. Мнѣніе, встрѣчаемое у многихъ матерей, что ребенокъ скоро привыкаетъ къ клистирамъ, и что клистиры вредятъ ему, составляетъ лишь предубѣжденіе, признавать которое отнюдь не слѣдуетъ. Такимъ путемъ можно избѣгнуть продолжительнаго запора, всегда причиняющаго вздутіе и чувствительность живота, и потерю аппетита и коликообразныя боли, вслѣдствіе которыхъ такія дѣти съ «твердымъ животомъ» начинаютъ страдать серьезно. Если запоръ не поддается вышесказаннымъ средствамъ, то за совѣтомъ слѣдуетъ обратиться къ врачу.

О задержаніи мочи мы говорили на стр. 394.

Насморкъ и кашель, т. е. катарръ слизистой оболочки носа или гортани, дыхательнаго горла, бронховъ, легкихъ, случается у дѣтей часто вслѣдствіе простуды, если они долго лежатъ мокрыми или раскрытыми, если ихъ при перемѣнѣ бѣлья не берегутъ отъ сквознаго вѣтра или если ихъ выносятъ при дурной погодѣ и холодномъ вѣтрѣ. Легче всего заболѣваютъ, конечно, слабыя дѣти.

Обыкновенно первымъ послѣдствіемъ простуды является насморкъ съ обильнымъ водянисто-слизистымъ истеченіемъ изъ носа, который хотя и составляетъ самъ по себѣ легкое заболѣваніе, тѣмъ не менѣе не только беспокоитъ грудныхъ дѣтей, но подчасъ можетъ быть даже опаснымъ, потому что ребенокъ во время сосанія долженъ дышать носомъ, а при насморкѣ носъ непроходимъ вслѣдствіе скопленія слизи и припуханія слизистой оболочки. Поэтому во время сосанія дѣти съ насморкомъ безпрестанно выпускаютъ сосокъ, дабы вздохнуть черезъ ротъ, и питаются недостаточно.

Слѣдовательно, весьма важно тщательно предохранять дѣтей отъ простуды, почему легкія занавѣски, которыми покрывается дѣтская кроватка, вовсе не излишни. Если насморкъ все-таки появится, то слѣдуетъ позаботиться о проходимости носа, т. е. нужно вычистить носикъ кусочкомъ скатанной ваты или кисточкою; при этомъ обыкновенно ребенокъ начинаетъ чихать, чѣмъ слизь еще успѣшнее выбрасывается изъ носа. Если то и другое не удастся, то можно проспринцевать носъ теплою водою изъ маленькой спринцовки. Если слизь очень густа, то къ водѣ можно прибавить немного соды или соли (1 чайную ложку на стаканъ воды), другія примѣси слишкомъ сильно раздражаютъ слизистую оболочку носа. При этомъ однако нужно слѣдить за питаніемъ ребенка и, если онъ не въ состояніи сосать, то нужно его кормить изъ ложечки. Весьма пѣлесообразно при насморкѣ или кашлѣ заставлять ребенка по нѣсколько разъ въ день вдыхать теплые пары, что проще всего достигается тѣмъ, что у кровати ставятъ кипящій самоваръ или обвѣшиваютъ стѣнки кровати полотенцами, смоченными въ горячей водѣ, которыя, конечно, часто мѣняются. Втираніе какого-либо жира или масла снаружи въ лобъ и носъ по всей вѣроятности не помогаетъ, но и не вредитъ, и потому можетъ быть допущено къ употребленію.

Кашляющаго ребенка необходимо, кромѣ того, содержать въ равномѣрно тепломъ воздухѣ и оберегать отъ дальнѣйшей простуды.

Но если при всемъ этомъ появится лихорадка, учащенное дыханіе, стоны при дыханіи, то ребенку угрожаетъ весьма опасное для него воспаленіе легкихъ, почему необходимо по возможности скорѣе пригласить врача.

Пузырчатая сыпь, пемфигусъ. Такъ называется сыпь, появляющаяся въ различныхъ мѣстахъ кожи въ видѣ пузырей,

достигающихъ иногда величины горошины и содержащихъ въ началѣ прозрачную, а затѣмъ гноевидную жидкость. Эти пузыри или засыхаютъ, или-же лопаются, послѣ чего остаются мокнуція поверхности, которыя легко могутъ превратиться въ язвинки.

Мы различаемъ два вида этой сыпи:

1) Доброкачественную форму, при которой по всему тѣлу, на животѣ или вблизи сочлененій образуются отдѣльные разбросанные пузыри въ большинствѣ случаевъ безвредные и исчезающіе сами по себѣ при соблюденіи чистоты и употребленіи присыпки. Акушеркѣ только необходимо знать, что доброкачественный пемфигусъ заразителенъ и можетъ передаваться другимъ дѣтямъ.

2) Сифилитическую форму, появляющуюся преимущественно на подошвахъ, голеняхъ и ладоняхъ. Уже тотчасъ по рожденіи бросается въ глаза сильная краснота и блескъ ладоней и подошвъ съ свѣтлыми круглыми пятнами какъ на нихъ, такъ и на голеняхъ. Эти пятна очень скоро превращаются въ большіе пузыри.

Такія дѣти почти безъ исключенія погибаютъ въ первые же дни, такъ какъ у нихъ не только кожа, но и внутренніе органы, особенно печень, уже представляютъ ясно выраженные сифилитическія измѣненія. Не смотря на то, противосифилитическимъ леченіемъ, которое слѣдуетъ начать тотчасъ-же, удается иногда спасти ребенка, почему необходимо возможно скорѣе пригласить врача.

Водянка мошонки. У мальчиковъ иногда развивается опуханіе мошонки, которая значительно увеличивается, становится гладкою, напряженною и просвѣчивающеюся. Отъ паховой грыжи, которая можетъ опуститься также низко, водянка мошонки отличается главнымъ образомъ тѣмъ, что грыжа можетъ быть вправлена въ брюшную полость.

Такъ какъ мать и другія окружающія лица большею частью сильно беспокоятся по поводу этого заболѣванія, то акушерка должна прежде всего ихъ успокоить, указавъ на то, что отекъ мошонки проходитъ совершенно, иногда даже очень скоро; для ускоренія всасыванія можно дѣлать смазыванія камфорнымъ масломъ и прикладывать компрессы изъ свинцовой воды или изъ настоя ромашки. Только въ рѣдкихъ случаяхъ, если водянка упорно держится, потребуется врачъ.

ПРИБАВЛЕНІЯ.

I. О нѣкоторыхъ пріемахъ, часто необходимыхъ въ практикѣ акушерки.

1. Взвѣшиваніе и измѣреніе.

Не находимъ нужнымъ описывать здѣсь различные вѣсы и мѣры, съ ними акушерка должна познакомиться на практикѣ. Но такъ какъ въ медицинской наукѣ все больше и больше входитъ въ употребленіе французская мѣра, то считаемъ полезнымъ помѣстить здѣсь нѣсколько сравнительныхъ таблицъ французской мѣры съ нашими обыкновенными.

Нашъ торговый вѣсъ: 1 фунтъ = 32 лотамъ = 96 золотникамъ; 1 золотникъ = 96 долямъ.

Аптечный (или Нюренбергскій) вѣсъ, вышедшій теперь изъ употребленія, слѣдующій: 1 фунтъ (пишется въ рецептахъ ℥¹) = 12 унціямъ, 1 унція (пишется ℥ⁱ) = 8 драхмамъ = 24 скрупуламъ = 480 грамамъ. Слѣдовательно, одна драхма (пишется ℥^{ss}) = 3 скрупуламъ, 1 скрупуль (пишется ℥^{ss}) = 60 грамамъ. 1 гранъ пишется gr. i.

Десятичный вѣсъ считается на граммы и пишется одной цифрой, не прибавляя слова «граммъ» такимъ образомъ: 1,0 (= одинъ граммъ), 100,0 (= сто граммовъ), 1000,0 (= 1 килограммъ или просто кило). 1,0 раздѣляется на 10 дециграммовъ (пишется 0,1), каждый дециграммъ = 10 сантиграммамъ (0,01). Каждый сантиграммъ = 10,0 миллиграммамъ (0,001). 1 кило воды составляетъ 1 литръ.

$$1000,0 = 2,8 \text{ аптечн. фунт.} = 2,44 \text{ торг. фунт.}$$

$$100,0 = 3,3 \text{ унцій} = 23,4 \text{ золотн.}$$

$$1,0 = 16,0 \text{ гран.} = 22,5 \text{ дол.}$$

$$0,01 = 0,16 \text{ гран.} = 0,225 \text{ дол.}$$

$$1 \text{ апт. фунтъ} = 360,0 = 84 \text{ золотн.}$$

$$1 \text{ унція} = 30,0 = 7 \text{ золотн.}$$

$$1 \text{ драхма} = 4,0 = \frac{7}{8} \text{ зол. или } 84 \text{ дол.}$$

$$1 \text{ скрупуль} = 1,3 = 28 \text{ дол.}$$

$$1 \text{ гранъ} = 0,06 = 1\frac{2}{5} \text{ дол.}$$

По этимъ табличкамъ легко получить понятіе о встрѣчающихся мѣрахъ вѣса.

Кромѣ того, акушерка должна помнить, что чайная ложка содержитъ приблизительно 1 золотникъ или 1 драхму, или 4 грамма. Обыкновенный пивной или чайный стаканъ средней величины содержитъ 7 унцъ или 200,0, или $\frac{1}{2}$ фунта. Если взять, напр., 1 чайную ложку карболовой кислоты и рас-

творить ее въ стаканѣ воды, то получимъ 2% растворъ; 2 чайныхъ ложки на то-же количество воды дадутъ 4% растворъ и т. д. Одна капля воды вѣситъ 0,06 или 1 грань.

Относительно мѣры длины слѣдуетъ запомнить слѣдующее:

Нашъ аршинъ = 16 вершкамъ = 28 дюймамъ; 1 футъ = 12 дюймамъ, 1 дюймъ = 10 линиямъ; 1 метръ = 100 сантиметрамъ, 1 сантиметръ = 10 миллиметрамъ. Если сравнить эти мѣры между собою, то 1 аршинъ = 71 сантим., 1 вершокъ = $4\frac{1}{2}$, а дюймъ = $2\frac{1}{2}$ сантиметрамъ. 1 метръ = 1,4 арш. = 39,3 дюймамъ. 1 савтим. = 0,22 верш. = 3,93 линиямъ.

2. Измѣреніе температуры.

Какъ велика теплота тѣла, температура его, опредѣляется термометромъ. Термометръ состоитъ изъ стеклянной трубочки, содержащей въ нижнемъ, расширенномъ въ видѣ шарика, концѣ ртуть, которая при нагрѣваніи расширяется, слѣдовательно, поднимается въ стеклянной трубочкѣ. Если опустить термометръ въ тающій ледъ, то ртуть падаетъ на извѣстную высоту и остается на ней; это мѣсто называется точкою замерзанія. Если-же опустить термометръ въ кипящую воду, то ртуть подыметъ до извѣстной высоты,—до точки кипѣнія. Промежутокъ между этими двумя точками раздѣляютъ или на 100 градусовъ—въ термометрахъ Цельсія, или только на 80 градусовъ—въ термометрахъ Реомюра. Первый термометръ употребляютъ для измѣренія температуры воздуха и воды. Если сравнить термометры, то

4 гр. Реомюра	=	5 гр. Цельсія.	
12 »	»	= 15 »	» ° прохладной комнаты.
16 »	»	= 20 »	» довольно теплой комнаты.
24 »	»	= 30 »	» прохладной ванны.
30 »	»	= $37\frac{1}{2}$ »	» здороваго чел. и теплой ванны.
40 »	»	= 50 »	» горячаго спринцеванія для остановки кровотеченія.

Температура тѣла обыкновенно измѣряется въ подмышечной впадинѣ. Для того, чтобы вѣрно измѣрить температуру, необходимо соблюдать слѣдующее: во-1-хъ, подмышечная впадина должна быть суха; во-2-хъ, ртутный шарикъ термометра долженъ лежать въ глубинѣ подмышечной впадины и не выстоять сзади (снизу); въ-3-хъ, чтобы въ подмышечной впадинѣ не оставалась складка рубашки и, въ-4-хъ, чтобы рука была по возможности плотнѣе прижата къ груди, дабы воздухъ не проникъ къ шарику термометра. Чтобы термометръ хорошо держался, больная можетъ свободною рукою поддерживать за ло-

коть другую руку, въ подмышечной впадинѣ которой измѣряется температура; у безпокойныхъ больныхъ и у дѣтей нужно самимъ поддерживать руку. Термометръ удерживается до тѣхъ поръ, пока ртуть не перестанетъ подыматься, на что потребно 10—15 минутъ; затѣмъ, не вынимая термометра, отсчитываютъ градусы и десятыя доли и записываютъ на листкѣ бумаги. Такъ назыв. максимальные термометры можно вынуть и до записыванія градусовъ.

У маленькихъ дѣтей измѣряемъ температуру или въ паховомъ сгибѣ, приче́мъ необходимо соблюдать вышеприведенныя правила, или въ прямой кишкѣ, что весьма удобно; съ послѣднею цѣлью смазываемъ шарикъ термометра масломъ и вдвигаемъ его совершенно въ заднепроходное отверстіе, гдѣ термометръ удерживается самъ собою, приче́мъ нужно только слѣдить, чтобы термометръ не выпелъ при натуживаніи.

3. Спринцеваніе или выполаскиваніе родовыхъ путей.

Когда слѣдуетъ производить спринцеванія и какою жидкостью они должны быть дѣлаемы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, было сказано на своемъ мѣстѣ; здѣсь мы намѣрены дать нѣсколько практическихъ совѣтовъ о примѣненіи этого средства вообще.

Когда акушерка собирается дѣлать спринцеваніе, то женщина должна лечь на спину и затѣмъ подъ нее подкладываютъ подкладное судно, но такъ, чтобы оно выстояло достаточно кпереди, и чтобы задній край судна, на которомъ собственно лежитъ женщина, не былъ глубоко низдавленъ, въ противномъ случаѣ вода будетъ вливаться на постель.

Самый лучшій и исключительно употребляемый въ настоящее время инструментъ для впрыскиванія есть ирригаторъ или кружка Эсмарха, приготовленная изъ стекла и снабженная длинною гуттаперчевою трубкою, въ конецъ которой вставленъ кранъ. Эту кружку вѣшаемъ или ставимъ у кровати не выше 1½ аршинъ надъ послѣднею. Сила струи регулируется большимъ или меньшимъ открытіемъ крана. Какъ наконечникъ, въ настоящее время предпочитается стеклянная трубка длиною въ 2—3 вершка, которую сохраняютъ въ банкѣ съ растворомъ сулемы (1 : 1000), а въ случаѣ нужды замѣняютъ новою. Прежде употреблявшіеся гуттаперчевые маточные наконечники съ нѣсколькими отверстіями на концѣ трудно содержать въ чистотѣ, и къ тому-же они гораздо дороже стеклянныхъ трубокъ.

Передъ каждымъ спринцеваніемъ слѣдуетъ убѣдиться въ чистотѣ кружки, трубки, крана и наконечника, затѣмъ, если нужно, измѣрить температуру воды; затѣмъ наполняемъ ею кружку и, повѣсивъ ее, открываемъ кранъ, дабы выпустить при-

ставшія къ внутренней поверхности кишки пузырьки воздуха. Это необходимо дѣлать въ виду того, что воздухъ легко проникаетъ въ матку, послѣдствіемъ чего являются сильныя боли и весьма опасныя припадки. По удаленіи воздуха, не закрывая крана, вводимъ наконечникъ въ рукавъ, послѣ чего регулируемъ посредствомъ крана силу струи по желанію.

Если нужно просто выполоскать рукавъ, напримѣръ, у родильницы въ болѣе поздніе дни послѣ родовъ, то наконечникъ вводимъ въ рукавъ безъ контроля пальца. Если же нужно основательно вымыть и дезинфицировать стѣнки рукава, напримѣръ, передъ операціею, то необходимо одновременно съ наконечникомъ ввести въ рукавъ одинъ, даже два пальца, чтобы ими растянуть и вытереть всю поверхность рукава; только такимъ образомъ дезинфицирующая жидкость дѣйствительно проникаетъ во все складки и углубленія влагалища. Точно также необходимо контролировать наконечникъ пальцемъ, если нужно сдѣлать высокое спринцеваніе до влагалищной части или даже въ каналъ шейки.

Всегда слѣдуетъ слѣдить за тѣмъ, чтобы вода свободно вытекала обратно; если обратное истеченіе будетъ задержано, то накопляющаяся въ рукавѣ жидкость прежде всего растягиваетъ сводъ рукава, а затѣмъ попадаетъ въ матку, что можетъ вызвать тѣ-же неожиданныя и непріятныя послѣдствія, какъ и вхожденіе воздуха.

Если для спринцеванія употреблять растворъ карболовой кислоты или сулемы, или какого-либо другого ядовитого вещества, то необходимо во время или послѣ спринцеванія или низдавливать пальцами промежность, или придавать больной полусидячее положеніе, чтобы дѣйствительно все количество жидкости могло стечь обратно; если при повторныхъ спринцеваніяхъ всякій разъ въ рукавѣ будетъ оставаться хотя небольшое количество жидкости, то она легко можетъ всасываться въ кровь и причинить отравленіе.

При высокихъ спринцеваніяхъ вода никогда не должна вытекать изъ наконечника быстро, почему въ такихъ случаяхъ кранъ открывается только немного.

Спринцеваніе продолжается столько времени, сколько назначено; во всякомъ случаѣ оно прекращается въ то время, когда въ кружкѣ еще остается часть жидкости, покрывающая вполне выходное отверстіе, такъ какъ въ противномъ случаѣ-таки воздухъ попалъ бы въ родовые пути. Послѣ спринцеванія осушаются наружныя части и подкладывается подъ крестецъ сухая подстилка. Послѣ этого тщательно вымываютъ ирригаторъ, кишку, кранъ и наконечникъ. Если послѣдній долженъ быть употребляемъ у другой роженицы, то его нужно сперва выварить. Лучше же

всего запастись для каждой родильницы новымъ наконечникомъ, который все-таки, передъ употребленіемъ, долженъ быть прокипяченъ.

4. Клизтиры.

Промывательнымъ, клизною, клистиромъ называется жидкость, вводимая въ прямую кишку; вводится же она, въ большинствѣ случаевъ, съ цѣлью опорожнить кишки. Для этого у взрослыхъ употребляемъ тоже кружку Эсмарха съ особымъ тонкимъ наконечникомъ изъ гуттаперчи, стекла или рога, при помощи котораго и вводимъ въ прямую кишку 2 — 3 стакана жидкости и больше. Женщина должна лечь на лѣвый бокъ ближе къ краю кровати, затѣмъ выпускаемъ струю воды для изгнанія воздуха и вводимъ наконечникъ на полъ-пальца въ прямую кишку, послѣ чего жидкость можетъ втекать. Не слѣдуетъ сразу раскрыть кранъ и съ самаго начала употреблять сильное давленіе, такъ какъ въ противномъ случаѣ жидкость не долго удерживается въ кишкѣ, которая при быстромъ растягиваніи и раздраженіи сильною струею непремѣнно сокращается. Во время постановки клистира и нѣкоторое время послѣ того, больная должна воздерживаться отъ натуживанія. Для обычнаго опорожненія кишекъ достаточно тепловатой воды; сильнѣе дѣйствуетъ холодная вода. При упорномъ запорѣ прибавляемъ къ водѣ мыло, соль, уксусъ или масло. Послѣднее растирается предварительно съ мыломъ или желткомъ яйца, чтобы получить съ водою эмульсію. Если кишки содержатъ много газовъ, или если больная жалуется на колики, то вмѣсто воды употребляемъ крѣпкій настой ромашки.

Кромѣ этихъ промывательныхъ клистировъ, употребляются еще другіе, которые не должны выходить сейчасъ же, а должны оставаться въ кишкѣ, напримѣръ: клистиры, вызывающіе запоры при поносѣ (крахмальные клистиры изъ жидкаго крахмального клейстера или клистиры съ танниномъ), успокаивающіе клистиры при спазмодическихъ боляхъ, питательные клистиры у слабыхъ особъ, страдающихъ желудкомъ. Для этихъ клистировъ употребляется гораздо меньше жидкости, 2 столовыхъ ложки до $\frac{1}{2}$ стакана, такъ какъ только такое количество можетъ удержаться въ кишкѣ. Кромѣ того, количество жидкости часто бываетъ точно обозначено, если мы такимъ путемъ желаемъ ввести лекарства, которыя давать черезъ ротъ почему-либо неудобно. Для такихъ клистировъ нужно употреблять особыя клистирные спринцовки, или обыкновенныя съ поршнемъ, или же резиновые въ видѣ шариковъ; тѣ и другія должны быть снабжены наконечникомъ. Коль скоро спринцовка наполнена, то направляемъ наконечникъ вверхъ и слегка нажимаемъ или на поршень, или на стѣнку шарика, пока не выйдетъ весь воздухъ, и затѣмъ только вводимъ наконечникъ въ кишку, причемъ одна рука

должна придерживать наконечникъ, дабы онъ не производилъ давленія на стѣнку кишки или не поранилъ ея. У новорожденныхъ и у маленькихъ дѣтей лучше употреблять эти спринцовки, чѣмъ кружку. Само собою разумѣется, что и здѣсь слѣдуетъ строго соблюдать правила чистоты и дезинфекціи.

5. Катетеризація.

Общія правила употребленія катетера указаны на стр. 208. Къ сказанному тамъ слѣдуетъ еще прибавить слѣдующее.

Въ практикѣ акушерки всего пригоднѣе длинный (мужской) англійскій эластическій катетеръ. Въ теплѣ онъ дѣлается довольно гибкимъ, а съ введенною въ нее проволокою (мандрипомъ) онъ достаточно плотенъ, чтобы дать ему всякое желаемое направленіе. Какъ эластичный, такъ и металлическій или стеклянный катетеры должны быть стерилизованы кипяченіемъ.

Обнажая половыя части для катетеризаціи, нужно ноги, каждую отдѣльно, закрыть чѣмъ-либо теплымъ. Направленіе, которое должно давать катетеру при введеніи въ обыкновенныхъ случаяхъ, должно быть извѣстно акушеркѣ изъ обученія; но довольно часто приходится концу катетера придавать различныя направленія, пока не будетъ найдено то, въ которомъ онъ двигается впередъ. Въ другихъ случаяхъ, при спазмѣ мочеиспускательнаго канала, не допускающемъ проведенія катетера, приходится нѣсколько подождать, пока спазмъ не пройдетъ. Во всякомъ случаѣ катетеръ долженъ быть вводимъ двумя пальцами весьма легко, безъ всякаго усилія; при каждомъ болѣе сильномъ давленіи на катетеръ легко можно поранить мочеиспускательный каналъ или даже продырявить его и проложить такимъ образомъ такъ называемый ложный путь.

Послѣ введенія катетера моча вытекаетъ въ подставленный плоскій сосудъ; если истеченіе мочи приостанавливается, то производимъ давленіе снаружи на область мочеваго пузыря до тѣхъ поръ, пока и при этомъ моча не перестанетъ истекать. Затѣмъ, закрывъ вытечное отверстіе плотно пальцемъ, извлекаемъ катетеръ потихоньку и осторожно.

6. Банки и піявки.

Онѣ были въ большомъ ходу въ прежнія времена, такъ что акушерка почти ежедневно имѣла дѣло съ ними. Въ настоящее же время онѣ почти никогда не употребляются. Во всякомъ случаѣ акушерка можетъ употреблять эти средства только по предписанію врача, который въ такомъ случаѣ и сдѣлаетъ спеціальное указаніе относительно образа ихъ употребленія.

II. Наибо́лѣ употребительныя лѣкарственныя средства.

Хотя лѣкарства прописываются врачемъ, акушерка должна имѣть понятіе о дѣйствіяхъ наиболѣ употребительныхъ средствъ и знать дозировку ихъ. Рецепты прописываются по латыни. Всѣ лѣкарства обозначаются въ граммахъ. Рецептъ представляеть какъ бы письмо врача къ аптекарю. Сверху пишется мѣсто и число, а самъ рецептъ начинается буквами Rr, что сокращенное слово *recipe* = возьми. Дальше слѣдуетъ названіе лѣкарства въ родительномъ падежѣ и всѣ ихъ въ винительномъ. Напримѣръ: Rr. Aquae destillatae 100,0, т. е. возьми дистиллированной воды 100,0. Дальнѣйшія употребительныя сокращенія въ рецептахъ слѣдующія.

M=misce=мѣшай. D. S.=да, *signa* или *detur*, *signetur*=дай, обозначь. F=fiat или *ut fiat*=сдѣлай; aa=ана=равныя части; q. s.=quantum satis=сколько нужно.

Лѣкарства назначаются или въ чистомъ, или въ обработанномъ видѣ. Въ первомъ случаѣ они прописываются въ видѣ порошка (*pulvis*), который отпускается въ бумажкахъ или въ облаткахъ (*oblata*, *capsula amylosea*), въ видѣ лепешекъ (*tabletta compressa*), пилюль (*pilula*) или раствора (*solutio*).

Обработанный видъ лѣкарствъ представляютъ: настойка (*tinctura*); вытяжка (*extractum*) жидкая (*fluidum*) или чаще всего густая масса; настой (*infusum*) и отваръ (*decoctum*).

Для наружнаго употребленія назначаютъ: мази (*unguentum*), жидкія мази (*linimentum*), шарики (*globulus*), свѣчки (*suppositorium*), растворы для подкожнаго впрыскиванія (*injectio subcutanea*) и клистиры лѣкарственныя (*clysmata*).

По ихъ дѣйствию мы раздѣляемъ лѣкарства на слѣдующія группы.

1. Слабительныя. Они усиливаютъ перистальтику кишекъ, затрудняютъ всасываніе въ пищеварительномъ аппаратѣ и усиливаютъ отдѣленіе кишечнаго сока или желчи.

Слабительныя соли: сѣрнокислый натръ или Глауберова соль (*natrium sulfuricum*) и сѣрнокислая магнезія или англійская соль (*magnesium sulfuricum*) представляютъ легко растворяющіеся въ водѣ кристаллы и употребляются въ растворѣ 15,0 на 100,0—200,0 воды (на приемъ).

Жженая магнезія (*magnesia usta*) не растворяется въ водѣ и представляеть бѣлый порошокъ, нѣжно послабляетъ, связываетъ кислоты при изжогѣ и назначается при отравленіяхъ металлами и алкалоидами какъ средство, затрудняющее всасываніе. Доза 10,0—15,0 на приемъ въ водѣ (взбалтывать!). Слабительныя соли входятъ въ составъ слабительныхъ минеральныхъ или горькихъ

воду (Францъ-Иосифъ, Гуниади-Ианось, Апента, Пюльна, Фридрих-сталь), назначаемихъ по 50,0—100,0 на приемъ.

Каломель (*Calomelanus*) однохлористая ртуть (*hydrargyrum chloratum*). Бѣлый порошокъ, нерастворимый въ водѣ, превращается въ кишечникѣ постепенно отчасти въ сулему (двухлористую ртуть), отчасти въ другія дѣйствующія антисептически окиси ртути. Онъ окрашиваетъ испражненія въ зеленый цвѣтъ. Доза 0,25—0,3 въ облаткахъ черезъ 2 часа до дѣйствія.

Касторовое масло (*oleum Ricini*) дается по 15,0—30,0 съ чернымъ кофе или съ пивомъ или въ желатиновыхъ капсулахъ.

Александрійскій листь (*folia Sennae*) вызываетъ иногда коликообразныя боли. Лучше всего приготовить холодный настой изъ $\frac{1}{2}$ —1 столовой ложки листьевъ на чашку воды вечеромъ; жидкость отливають и выпиваютъ утромъ. Александрійскій листь входитъ въ составъ Сенъ-Жерменскаго чая (*Species laxantes St. Germain*), который назначается по 1—2 чайн. л. на чашку чая, и вмѣстѣ съ лакричнымъ корнемъ (*radix liquiritiae*) представляетъ главное дѣйствующее начало въ грудномъ слабительномъ порошокѣ (*Pulv. liquiritiae compositus*), который назначается по 1—2 чайн. л. на приемъ.

Ревень или вѣрвѣе корень его (*radix rhei*), желтоватаго цвѣта, дается въ порошокѣ или таблеткахъ по 0,5—1,0 или въ сухой вытяжкѣ (*extractum rhei*) по 0,1—0,3 въ пилюляхъ. Дѣтямъ назначаютъ ревенный сиропъ (*sirupus rhei*) по чайной ложкѣ или дѣтскій (Гуфеландовъ) порошокъ (*Pulvis magnesia cum rheo*), состоящій изъ углекислой магнезии съ ревенемъ и назначаемихъ 3 раза въ день по $\frac{1}{2}$ чайной ложкѣ.

Кора крушины (*cortex rhamni frangulae*). 2 стол. ложки крушины варятъ съ 3 чашками воды, пока не выкипитъ одна чашка. На ночь выпиваютъ одну чашку отвара. Жидкій экстрактъ (*extractum fluidum frangulae*) назначаютъ по чайной ложкѣ на ночь.

Каскара заграда (*Cascara sagrada*), кора, дѣйствующая аналогично крушинѣ. Нѣжное, медленно дѣйствующее слабительное. Жидкаго экстракта (*extractum fluidum cascarae sagradae*) назначаютъ по $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ 2—3 раза въ день или Каскаринъ Лепренсъ (*Cascarine Leprinse*), готовые французскія пилюли, содержащія по 0,1 каскарина, назначаютъ по 1—2—3 на ночь.

2. Рвотныя Въ наше время ихъ назначаютъ очень рѣдко и главнымъ образомъ при отравленіяхъ, для удаленія принятаго яда. Сюда относятся:

Рвотный камень (*tartarus stibiatus*), прозрачныя кристаллы, растворимыя въ водѣ. Доза: по 0,03 черезъ каждыя 15 минутъ. Рвота наступаетъ черезъ 1—1 $\frac{1}{2}$ часа.

Рвотный корень (*radix ipecacuanhae*), сѣроватаго цвѣта. Послѣ приема 0,5 внутрь рвота наступаетъ черезъ 10—20 мин.

Въ случаѣ надобности второй порошокъ назначаютъ черезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ перваго.

Мѣдный купоросъ (*Cuprum sulfuricum*), въ кристаллахъ снѣжно цвѣта, дѣйствуетъ вѣрно и дается по 0,25 черезъ 5—10 минутъ до появленія рвоты. Лучше всего въ 1% растворѣ по столовой ложкѣ.

Апоморфинъ (*apomorphinum hydrochloricum*), бѣлый кристаллическій порошокъ, легко растворимый въ водѣ, примѣняется въ видѣ подкожнаго впрыскиванія одного правцовскаго шприца 1% раствора (=0,01). Рвота наступаетъ черезъ 10—20 минутъ.

3. Обеззараживающія средства. О сулемѣ и карболовой кислотѣ уже сказано на стр. 152.

Лизоль. Маслянистая, прозрачная жидкость, буроватаго цвѣта, легко растворима въ водѣ, непріятнаго запаха, пѣнится при мытьѣ. Употребляютъ въ 1% растворѣ для влагалищныхъ спринцеваній (1—2 чайн. л. на литръ воды).

Борная кислота (*acidum boricum*), блестящія кристаллы, легко растворимые въ горячей, труднѣе въ холодной водѣ. Слабое обеззараживающее средство. Для промыванія мочевого пузыря или влагалища и полосканія глотки берутъ 2% растворъ, въ мазяхъ съ вазелиномъ 5—10% борной кислоты.

Салициловая кислота (*acid. salicylicum*), бѣлые кристаллы, раздражаютъ при вдыханіи слизистую оболочку носа и вызываютъ чиханіе, растворяются трудно въ водѣ (1:500), легко въ спиртѣ. Примѣняются въ видѣ присыпки 3—5% съ талькомъ (*talcum*) или крахмаломъ (*amylum*) и въ растворахъ 1:1000 для наружнаго употребленія. Слабое обеззараживающее средство.

Формалинъ (*Formalinum*), прозрачная, безцвѣтная жидкость, непріятнаго запаха, отличается малой ядовитостью. Употребляется въ растворѣ 1:1000—1:100 для влагалищныхъ спринцеваній и развиваетъ сильныя антибактерійныя свойства.

Бертолетова соль (*Kalium chloricum*). Блестящія, безцвѣтные кристаллы, легко растворимые въ водѣ. Слабое дезинфицирующее средство. Употребляютъ для полосканія рта (чайную ложку на стаканъ воды).

Марганцово кислое кали (*Kalium hypermanganicum*), темно-фіолетовые, легко растворимые въ водѣ кристаллы. Дезодорируетъ (уничтожаетъ запахи) и дезинфицируетъ слабо. Назначается для впрыскиванія и полосканія рта въ растворахъ 1:2000—1:1000 (1 чайн. л. 2% раствора на стаканъ воды).

Винный спиртъ (*Spiritus vini 95%*) употребляется для дезинфекціи кожи.

Іодоформъ (*Iodoformium*), желтые кристаллы, непріятнаго, долго не проходящаго запаха, почти нерастворимый въ водѣ. Противодѣйствуетъ нагноенію. Примѣняется въ видѣ присыпки,

но вызываетъ легко явленія отравленія (головную боль, бессоницу, бредъ).

Ксероформъ (*Xerofornium*), желтый порошокъ безъ запаха, нерастворимый въ водѣ, употребляется для присыпки ранъ и въ видѣ ксероформной марли вмѣсто іодоформа. Обеззараживаетъ и высушиваетъ. Внутрь при поносахъ по 0,5.

Дерматолъ (*Damatolum*). Желтый, неядовитый порошокъ безъ запаха. Не растворимый. Высушиваетъ и дезинфицируетъ слабо. Употребляется въ чистомъ видѣ для присыпки ранъ. Внутрь по 0,3—0,5 при поносахъ.

4. Противолихорадочныя средства понижаютъ температуру.

Солянокислый или сѣрнокислый хининъ (*Chininum muriaticum s. sulfuricum*). Бѣлые кристаллы очень горькаго вкуса. Плохо растворяются въ водѣ. Дается въ облаткахъ по 0,3—0,5. Примѣняется въ акушерствѣ для усиленія родовыхъ схватокъ.

Салициловый натръ (*Natrium salicylicum*), бѣлые кристаллы, сладковатаго вкуса, легко растворимые въ водѣ. Назначается въ растворѣ 5,0:150,0 по столовой ложкѣ или въ облаткахъ по 0,3—0,5 нѣсколько разъ въ день. Вмѣсто него употребляютъ и аспиринъ (*Aspirinum*), сложное химическое соединеніе салициловой кислоты, совершенно не раздражающее желудка; доза по 0,5 въ облаткахъ.

Антипиринъ (*Antipyrium*), бѣлые, легко въ водѣ растворимые кристаллы. Доза въ облаткахъ по 0,5 нѣсколько разъ въ день. Въ 5% растворѣ примѣняется какъ наружное кровоостанавливающее средство при кровотеченіи изъ носа.

5. Наркотическія средства. Они утоляютъ боли, дѣйствуя большей частью на центральную нервную систему, центры которой парализуются приѣмомъ, превышающимъ установленную максимальную дозу. Отравленія по этому легко возможны.

Опіумъ (*opium purum*) представляетъ высохшій сокъ головокъ мака, коричневаго цвѣта, горьковатаго вкуса. Назначается въ облаткахъ по 0,01—0,03 съ сахаромъ (максимальная доза 0,12! на приѣмъ). Одинаковаго дѣйствія и въ такихъ же дозахъ назначается и сухая вытяжка опія (*extractum opii*). Кромѣ наркотическаго дѣйствія препараты опія вызываютъ еще запоры. Сюда относится еще настойка опія (*tr. opii simplex*), содержащая 10% опія. Доза: по 5 капель въ день нѣсколько разъ. Максимальная доза 10! капель на приѣмъ и 30! кап. въ день. Употребляютъ въ акушерствѣ при судорожныхъ боляхъ въ клистирахъ по 10—15 кап. Опіумъ даже въ очень маленькихъ дозахъ крайне ядовитъ для маленькихъ дѣтей.

Кодеинъ (*Codeinum*), безцвѣтные кристаллы, растворимые въ водѣ. Не вызываетъ запора, дѣйствуетъ слабѣе морфія. Назначается въ порошкахъ по 0,01—0,03 или въ растворахъ. Максимальная доза 0,06! на приѣмъ.

Морфій (*Morphinum hydrochloricum*), бѣлые, блестящіе кристаллы, горьковатаго вкуса. Сильный ядъ, максимальная доза 0,03! Назначается при боляхъ и бессонницѣ въ облаткахъ по 0,005 — 0,01 или какъ подкожное впрыскиваніе въ растворѣ по 0,01. При продолжительномъ употребленіи развивается привычка (морфинизмъ), причемъ постепенно увеличиваемыя дозы приносятъ большой вредъ всему организму и особенно нервной системѣ.

Вытяжка белладонны (*extractum belladonae*) получается изъ листьевъ растенія «красавки». Густой, коричневаго цвѣта экстрактъ. Максимальная доза 0,05! Назначается при боляхъ въ облаткахъ или свѣчкахъ по 0,01 — 0,03.

Атропинъ (*Atropinum sulfuricum*), получаемый изъ всѣхъ частей красавки, образуетъ бѣлые кристаллы сильнѣйшей ядовитости. Максимальная доза 0,001! Капля уже слабаго раствора, введенная въ глазъ, расширяетъ зрачекъ.

Горькоминдальная вода (*aqua amygdalatum amaraum*) и лавровишневая вода (*aq. laurocerasi*) дѣйствуютъ болеутоляющимъ образомъ находящейся въ нихъ синильной кислотой (0,1%). Назначается по 10 — 20 каплямъ (максимальная доза 30! капель).

Хлороформъ (*Chloroformium*) и сѣрный эфиръ (*aether sulfuricus*) представляютъ оба легко испаряющія, прозрачныя жидкости. Употребляются для усыпленія при операціяхъ. При вдыханіи паровъ того и другого средства наступаетъ сначала возбужденіе, а потомъ полный наркозъ. Хлороформъ назначается и съ масломъ 1:4 (*ol. olivatum*) для втиранія при невралгіяхъ.

Кокаинъ (*Cocainum hydrochloricum*) употребляется рѣдко изъ-за его общаго дѣйствія на нервную систему, чаще всего какъ мѣстно-анестезирующее средство. Бѣлые, легко растворимые въ водѣ кристаллы. Максимальная доза 0,05! Смазываніе слизистыхъ оболочекъ 2% — 5% растворами влечетъ за собою полную мѣстную нечувствительность (анестезію).

Для подкожныхъ впрыскиваній употребляютъ 0,1% — 1% растворы для пропитыванія кожи и обезболиванія передъ разрезомъ. Такое же дѣйствіе какъ кокаинъ имѣетъ Эйкаинъ (*Eucainum B.*), кристаллическій легко растворимый порошокъ, значительно менѣе ядовитый, чѣмъ кокаинъ.

6. Снотворныя и успокаивающія средства. Хлоралъ-гидратъ (*Chloralum hydratum*). Бѣлые, легко растворимые въ водѣ кристаллы горькаго вкуса. Черезъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа послѣ принятія 1,0 — 2,0 хлоралгидрата въ растворѣ наступаетъ почти нормальный сонъ. Употребляется въ акушерствѣ при судорожныхъ боляхъ и при эклампсіи въ видѣ клистира по 1,0 и больше.

Сульфоналъ (*Sulfonalum*). Бѣлые кристаллы, трудно растворимые въ водѣ, вызываютъ въ дозѣ 1,0 — 2,0 продолжительный

и крѣпкій сонъ. Не дѣйствуетъ при боляхъ. При продолжительномъ употребленіи наблюдаются отравленія вслѣдствіе скопляющагося дѣйствія его (кумуляирующее свойство).

Верональ (Veronalum). Безцвѣтные трудно растворимые въ водѣ кристаллы. Хорошее снотворное средство въ дозахъ по 0,3—0,5—1,0.

Бромистый калий и бромистый натръ (*Kalium bromatum* и *Natrium bromatum*) употребляются какъ успокаивающее нервы средство въ дозахъ по 0,5 нѣсколько разъ въ день, чаще всего въ растворахъ напр. *Rp. Kali bromati 5,0 Aq. dest. 150,0 4* раза въ день по столовой ложкѣ.

7. Возбуждающія и оживляющія средства. Они усиливаютъ дѣятельность сердца и употребляются при общемъ упадкѣ силъ, обморокѣ, неврозахъ. Сильнѣе всего дѣйствуютъ подкожныя инъекціи сѣрнаго эфира (болѣзненные), камфорнаго масла (*oleum camphoratum*) и настойки мускуса (*tr. moschi*, стоитъ очень дорого). При внутреннемъ употребленіи назначаютъ камфору, представляющую бѣлые кристаллы, извѣстнаго запаха, растворимые въ эфирѣ, спиртѣ и маслахъ, по 0,1 въ облаткахъ черезъ 2—3 часа. Съ такой же цѣлью назначаютъ крѣпкій кофе, вино, Гофманскія капли (состоящія изъ 1 части эфира и 3 частей виннаго спирта), эфирно-валеріановыя капли и настойку бобровой струи (*tr. castorei*), послѣднія 3 средства въ дозахъ по 20—30 капель. Для оживленія пользуются еще нашатырнымъ спиртомъ (*Liquor ammonii caustici*) для нюханія. Послѣдній представляетъ водный растворъ ѣдкаго амміака 1:10.

8. Укрѣпляющія средства. Сюда принадлежатъ всѣ пищевыя вещества, какъ молоко, кефиръ, кумысъ, мясо, мясной экстрактъ, мясной сокъ и средства, вызывающія аппетитъ и усиливающія пищевареніе. Къ послѣднимъ относятся всѣ приности, соляная кислота (*acid. hydrochloricum dilutum*) по 5 кап. на приемъ, горькія средства (хинная корка), пепсинъ, панкреатинъ и т. п. Кромѣ нихъ желѣзо и мышьякъ дѣйствуютъ кроветворнымъ образомъ, укрѣпля организмъ.

Желѣзо (*Ferrum*) назначается въ видѣ многочисленныхъ препаратовъ. Доза для твердыхъ препаратовъ желѣза отъ 0,06—0,1 на приемъ. Такъ назначается въ облаткахъ металлическое желѣзо (*Ferr. reductum*) и закиси желѣза: *Ferr. carbonicum* и *Ferr. carbonic saccharatum*. Извѣстны Блодовскія пилюли (*Pil. Blandi*), составъ которыхъ слѣдующій: *Rp. Ferr sulfur. Kali carbonic aa 4,0 Succ. liquirit q. s. ut. f. pil. № 60. 3 p. вѣ д. по 1—2 пил.* Въ капляхъ назначаютъ дешевую настойку яблочнаго желѣза (*tr. ferri pomati*) по 10—20 капель на приемъ послѣ пищи. Изъ органическихъ соединеній желѣза назначаютъ бѣлковое желѣзо (альбуминатъ, *Liq. ferr. albuminati*) по чайной ложкѣ и ферратинъ (*Ferratinum*) въ облаткахъ по 0,3—0,5

раза 3 въ день. Жидкое полуторнохлористое желѣзо (*Liq. ferri sesquichlorati* или *Oleum martis*) суживаетъ сосуды и свертываетъ кровь, почему оно прежде часто употреблялось для мѣстной остановки кровотеченій въ чистомъ или разбавленномъ (5—10 %) видѣ.

Мышьякъ (*Arsenicum*), трудно растворимый въ водѣ порошокъ, очень ядовитый. Максимальная доза 0,005! Назначается чаще всего въ жидкомъ видѣ какъ Фаулеровъ растворъ (*Solutio Fowleri*) по 1—5 капель за ѣдой въ водѣ. Какъ противоядіе при отравленіяхъ мышьякомъ продается въ аптекахъ гидратъ окиси желѣза (*Antidotum arsenici*), назначаемый черезъ $\frac{1}{4}$ часа по столовой ложкѣ.

9. Прижигающія и вяжущія средства. Первые разрушаютъ ткань, свертывая бѣлокъ и образуя струпу, послѣднія обнаруживаютъ вяжущія свойства, т. е. образуютъ съ бѣлками и дающими клей веществами плотные и нерастворимые альбуминаты.

Ляписъ (*Argentum nitricum*), азотнокислое серебро, представляетъ хорошо растворимые кристаллы и отличается въ чистомъ видѣ, прописываемый въ палочкахъ (по 2,0 in bacillo), сильнымъ прижигающимъ дѣйствіемъ, не распространяющимся въ глубину. Растворы обнаруживаютъ вяжущее и антисептическое дѣйствіе. 1—2 % растворъ употребляется какъ предупреждающее средство противъ гонорреи.

Хлористый цинкъ (*Zincum chloratum*) бѣлый легко растворимый порошокъ. Употребляется въ палочкахъ какъ сильно прижигающее средство. Въ растворахъ назначается изъ-за дезинфицирующаго дѣйствія, напримѣръ для влагалищныхъ спринцеваній въ 0,1—1 % растворахъ.

Сѣрнокислый цинкъ (*Zincum sulfuricum*), бѣлый порошокъ, назначается для спринцеваній при бѣляхъ (чайную ложку на кружку воды) какъ вяжущее средство.

Годная настойка (*tinctura iodi*), темная жидкость, дѣйствуетъ дезинфицирующимъ, отвлекающимъ и всасывающимъ образомъ. Употребляется для смазываній при воспаленіяхъ и боляхъ.

Таннинъ или дубильная кислота (*Acidum tannicum*), желтоватый, легко растворимый порошокъ съ вяжущимъ свойствомъ. Назначается при поносахъ въ видѣ кишечныхъ вливаній (3,0—6,0 на литръ воды) и для влагалищныхъ спринцеваній чайную ложку на кружку воды (портить бѣлье!).

Квасцы (*alumen*), безцвѣтные легко растворимые кристаллы, назначается какъ таннинъ и обнаруживаетъ вяжущее и слегка антисептическое дѣйствіе (портить бѣлье!).

10. Мочегонныя средства увеличиваютъ количество выдѣляемой мочи раздраженіемъ почечнаго эпителия, какъ діуретинъ и кофеинъ, или усиленіемъ дѣятельности сердца, какъ наперстянка и майскій ландышъ.

Диуретинъ (*Diuretinum*), нерастворимый порошокъ, назначается при водянкахъ сердечнаго или почечнаго происхожденія въ облаткахъ по 1,0 раза 4—6 въ день.

Коффеинъ, (*Coffeinum*), бѣлые трудно растворимые кристаллы, раздражаетъ почки и увеличиваетъ кровяное давленіе и назначается поэтому не только какъ мочегонное, но и какъ возбуждающее средство при слабости дѣятельности сердца въ облаткахъ по 0,1—0,2 нѣсколько разъ въ день.

Наперстянка, листья красной наперстянки (*folia digitalis*) усиливаетъ сокращенія сердца и увеличиваетъ кровяное давленіе. Она обладаетъ кумулятивнымъ свойствомъ (скопляющимся дѣйствіемъ) и можетъ вызвать отравленія. Назначается въ настояхъ *Rp. Inf. digitalis* 0,6 — 180,0 черезъ 2 часа.

Майскій ландышъ (*Convallaria majalis*) укрѣпляетъ и успокаиваетъ дѣятельность сердца и назначается въ видѣ настойки *Tr. Convallar. maj.* 20,0 *D. S.* 3 раза въ день по 10 капель.

11. ЛѢКАРСТВА ДѢЙСТВУЮЩІЯ НА МАТКУ. Маточные рожки, спорынья, (*Secale cornutum*), темнокоричневаго цвѣта паразитарный грибокъ, появляющійся на мѣстѣ зеренъ въ колосьяхъ ржи въ сырыхъ мѣстностяхъ или въ неурожайные годы. Примѣняется въ видѣ свѣжеприготовляемаго порошка или въ видѣ густого экстракта, эрготина (*Extr. secalis cornuti*, *Ergotinum*) съ цѣлью вызыванія сокращеній матки послѣ выхожденія плаценты. Кромѣ дѣйствія на матку спорынья суживаетъ сосуды и примѣняется поэтому какъ кровоостанавливающее средство.

Доза: внутрь по 0,5 порошка или по столовой ложкѣ настоя *Infus. secal. cornut.* 8: 200,0); жидкаго экстракта (*Extr. fluid. secal. cornuti*) даютъ по 20 капель, обыкновеннаго экстракта или эрготина по 0,1 въ пилюляхъ или подъ кожу, прописывая слѣдующимъ образомъ пилюли изъ экстракта, съ порошкомъ спорыньи: *Rp. Ergotini* 2,0 *Pulv. secal. cornuti* q. s. *ut fiant. pil.* № XX нѣсколько разъ въ день по 1 пил.

Жидкая вытяжка гидрастиса (*Extr. fluid. hydrastis canadensis*), буроваго цвѣта жидкость, неприятнаго вкуса, суживаетъ сосуды и вызываетъ сокращенія мускулатуры матки, а поэтому имѣетъ кровоостанавливающее дѣйствіе. Назначается при обильныхъ мѣсячныхъ и маточныхъ кровотеченіяхъ изъ-за разныхъ причинъ въ дозѣ по 30 коп. нѣсколько разъ въ день.

Стиптицинъ (*Stypticinum*) и Стиптоль (*Styptolum*). Оба представляютъ желтаго цвѣта порошокъ и назначаются при маточныхъ кровотеченіяхъ въ видѣ таблетокъ по 0,05 4—6 разъ въ день какъ кровоостанавливающія средства. Изъ нихъ первое средство очень дорого, стиптоль болѣе доступный, оба имѣются въ продажѣ въ видѣ готовыхъ таблетокъ.

III. Списонъ статей свода законовъ объ отвѣтственности повивальныхъ бабокъ (Улож. о наказаніяхъ).

Ст. 870. Когда медицинскимъ начальствомъ будетъ признано, что повивальная бабка, по незнанію своего искусства, дѣлаетъ ясныя, болѣе или менѣе важныя въ ономъ ошибки, то ей воспрещается практика, доколѣ она не выдержитъ новаго испытанія и не получить свидѣтельства въ надлежащемъ званіи своего дѣла. Если отъ неправильнаго леченія послѣдуетъ кому-либо смерть или важный здоровью вредъ, то виновный буде онъ христіанинъ, предается церковному покаянію, по распоряженію своего духовнаго начальства.

Ст. 872. Неоставившія практики повивальныя бабки, которыя по приглашенію больныхъ не явятся для подавія имъ помощи, безъ особыхъ законныхъ къ тому прещатствій, подвергаются за сіе: въ первый разъ денежному взысканію не свыше десяти руб.; во второй, не свыше пятидесяти, а въ третій, не свыше ста руб.

Если кто либо изъ нихъ состоитъ на службѣ, то сверхъ постановленныхъ денежныхъ взысканій, можетъ за такую неоднократно оказываемую неисправность и неуваженіе къ страждущему человѣчеству, быть отрѣшена отъ должности.

Ст. 873. Взысканіемъ, постановленнымъ въ предшешей 872 статьѣ, подвергается также повивальная бабка, которая не явится, по приглашенію, въ помощь занимающимся повиваніемъ неученымъ женщинамъ, или, буде и явившись по приглашенію, оставитъ родильницу прежде окончанія родовъ и приведенія всего отъ нея зависащаго въ надлежащій порядокъ.

Ст. 876. Получающіе содержаніе отъ правительства врачъ, акушеръ или повивальная бабка, которые будутъ требовать платы за труды свои отъ немущихъ больныхъ въ порученныхъ надзору ихъ части города, уѣздъ или вѣдомствъ, или отъ другихъ будутъ требовать платы свыше определенной закономъ, подвергаются за сіе: въ первый разъ строгому выговору, во второй—лишенію мѣстъ своихъ.

Ст. 877. Если повивальная бабка, находясь при трудныхъ родахъ, предприметь такую операцію, для коей она обязана по закону требовать помощи отъ акушера, или врача, когда въ томъ мѣстѣ или по близости онаго есть акушеръ или врачъ, то за сіе она подвергается денежному взысканію не свыше тридцати рублей, или-же аресту на время отъ трехъ недѣль до трехъ мѣсяцевъ.

Ст. 878. Повивальная бабка, избобиченная въ произведеніи, хотя и безъ умысла, преждевременнаго отъ беременности разрѣшенія, подвергается: заключенію въ тюрьмѣ на время отъ двухъ до четырехъ мѣсяцевъ; а буде отъ сего послѣдовала смерть матери или младенца, то и церковному покаянію, по распоряженію своего духовнаго начальства, если исповѣдуетъ христіанскую вѣру.

Ст. 879. Повивальная бабка, которая въ случаѣ, если кто-либо будетъ просить ее о произведеніи преждевременнаго разрѣшенія отъ беременности, не донесетъ о томъ немедленно надлежащему начальству, подвергается за сіе: заключенію въ тюрьмѣ на время отъ двухъ до четырехъ мѣсяцевъ.

Ст. 880. Повивальная бабка, не донесшая городовому акушеру или Врачебной Управѣ (Врачебному Отдѣленію, или Врачебному Управленію) о родившемся странномъ и необыкновенномъ уродѣ, подвергается за сіе денежному взысканію не свыше десяти руб.

Тому-же взысканію подлежитъ она за недонесеніе или несвоевременное донесеніе врачу о тѣхъ случаяхъ, когда родильница, не разрѣшаясь отъ бремени, умретъ при ней или незадолго до ея прибытія. Если при томъ будетъ доказано, что посредствомъ приличной операціи младенецъ могъ быть вывуть живымъ, а бабка не приняла надлежащихъ для сего мѣръ, то она приговаривается: къ заключенію въ тюрьмѣ отъ двухъ до четырехъ мѣсяцевъ.

Ст. 1461. Кто безъ вѣдома и согласія беременной женщины, умышленно, какимъ бы то ни было средствомъ, произведетъ изгнаніе плода ея, то за сіе подвергается: лишенію всѣхъ правъ состоянія и ссылкѣ въ каторжную работу на время отъ четырехъ до шести лѣтъ.

Если вслѣдствіе сего преступленія причинится самой беременной женщиной, сверхъ изгнанія плода ея, какое-либо тяжкое поврежденіе въ здоровьѣ, то виновный, по лишенію всѣхъ правъ состоянія, приговаривается къ ссылкѣ въ каторжную работу на время отъ шести до восьми лѣтъ. Когда-же отъ сего послѣдовала и смерть беременной женщины, то виновный, по лишенію всѣхъ правъ состоянія, подвергается ссылкѣ въ каторжную работу на время отъ восьми до десяти лѣтъ.

Ст. 1462. Кто съ вѣдома и по согласію беременной женщины, умышленно, какимъ бы то ни было средствомъ, произведетъ изгнаніе плода ея, тотъ за сіе подвергается лишенію всѣхъ правъ состоянія и ссылкѣ на поселеніе въ отдаленнѣйшихъ мѣстахъ Сибири.

Сама беременная женщина, которая, по собственному произволу или по согласію съ другимъ, умышленно произведетъ изгнаніе плода своего, подвергается лишенію всѣхъ правъ состоянія и ссылкѣ въ Сибирь на поселеніе.

Ст. 1463. Наказанія, опредѣляемыя въ 1461 и 1462 статьяхъ, возвышаются одною степенью, если въ употребленіи средствъ для изгнанія плода беременной женщины изобличены врачъ, акушеръ, повивальная бабка, или аптекарь, или-же когда дознано, что подсудимый былъ уже и прежде виновенъ въ семь преступленій.

Ст. 1469. Кто въ случаѣ, когда какою-либо женщиною будетъ рожденъ младенецъ чудовищнаго вида или даже неимѣющій человѣческаго образа, вмѣсто того, чтобъ донести о семъ надлежащему начальству, лишить сего уroda жизни, тотъ за сіе, по невѣжеству или суевѣрію посягательство на жизнь существа, рожденнаго отъ человѣка и, слѣдовательно, имѣющаго человѣческую душу, приговаривается: къ лишенію всѣхъ особенныхъ и во состоянію присвоенныхъ правъ и преимуществъ и къ ссылкѣ на житье въ Сибирь, или къ отдачѣ въ исправительныя арестанскія роты, по пятой степени 31 статьи сего уложенія. Сверхъ того, если онъ христіанинъ, то предается церковному покаянію по усмотрѣнію своего духовнаго начальства.

Ст. 1486. Кто, съ обдуманымъ заранѣе намѣреніемъ, причинитъ либо растройство въ здоровьѣ, примѣшаетъ ядовитыя или другія вредныя вещества въ съѣстные припасы или напитки, или черезъ иное какое-либо употребленіе такимъ веществомъ повредитъ здоровью его, тотъ, смотря по роду и важности происшедшихъ отъ сего болѣзни или растройства тѣлес-

наго или умственнаго, приговаривается, въ случаѣ, когда болѣзнь или разстройство будутъ призваны неивлѣчимыми: къ опредѣленному выше сего въ статьѣ 1477, за умышленное нанесеніе тяжкаго увѣчья наказанію, но всегда въ высшей мѣрѣ тѣхъ наказаній, которыя опредѣляются въ предшешей статьѣ 1478 за увѣчья менѣе тяжкія, соображаясь однако-жъ, при семъ со степенью важности болѣзни и большей или меньшей трудности излеченія оной. Если сіе преступленіе учинено врачомъ, фармацевтомъ, или повивальною бабкою, то опредѣленные за оное наказанія возвышаются одною степенью.

Ст. 1522. Не оставившія практики повивальныя бабки, которыя по приглашенію не явятся, безъ особыхъ законныхъ къ тому причинъ, къ больнымъ или родильницамъ, требующимъ ихъ помощи, подвергаются за сіе наказаніямъ, въ статьѣ 872 сего Устава опредѣленнымъ, но если при томъ они знали объ опасности больного, родильницы или новорожденнаго младенца, то, сверхъ сего, приговариваются къ аресту на время отъ семи дней до трехъ мѣсяцевъ.

Улож. о наказ. уголов. и испр. изд. 1866 г.

IV. Программа обученія повивальныхъ бабокъ 1-го разряда въ родовспомогательныхъ учебныхъ заведеніяхъ.

А. Анатомія и физиологія.

1. Понятіе о клѣткѣ, какъ о простѣйшемъ организмѣ. Образованіе изъ клѣтокъ ткани, главные типы тканей и распредѣленіе ихъ въ тѣлѣ.

2. Человѣчскій костякъ (скелетъ), его составныя части, типы костей, способы ихъ соединенія между собою. Назначеніе костей въ человѣческомъ тѣлѣ.

3. Костный тазъ. Отличіе женскаго таза отъ мужскаго. Тазъ новорожденнаго. Дѣленіе таза на большой и малый. Акушерскіе размѣры костнаго таза. Ось и вклоненіе таза. Значеніе и вклоненіе таза при родовомъ актѣ. Измѣненія костей таза при остеомаляціи (размягченіи) и при рахитѣ (англійской болѣзни).

4. Мышцы, мѣсто ихъ прикрѣпленія, дѣленіе ихъ на произвольныя и непроизвольныя, гладкія и попережно-полосатыя. Значеніе ихъ при различныхъ отправленияхъ организма.

5. Сердце, строеніе его. Кровь и ея составныя части. Главныя сосуды тѣла и строеніе ихъ. Селезенка, строеніе ея. Кровообращенія у новорожденнаго и утробнаго плода. Пульсъ и нормальныя его свойства.

6. Главныя кровеносныя сосуды женскихъ половыхъ органовъ. Вліяніе измѣненія положенія матки на кровообращеніе въ ней. Условія, вызывающія застойную гиперемію (застой крови) въ тазу, и результаты этой послѣдней въ наружныхъ и внутреннихъ половыхъ органахъ, а также и въ прямой кишкѣ. Пути распространенія воспалительныхъ и злокачественныхъ процессовъ съ наружныхъ и внутреннихъ половыхъ органовъ по лимфатической системѣ.

7. Нервная система. Дѣленіе ея на центральную, периферическую и симпатическую. Общее понятіе о головномъ и спинномъ мозгѣ.

8. Мѣстонахождение центровъ, управляющихъ сокращеніями матки. Понятіе о рефлексѣ. Степень чувствительности разныхъ отдѣловъ полового аппарата.

9. Общая понятія о выдѣлительныхъ и отдѣлительныхъ органахъ тѣла.

10. Пищеварительный аппаратъ и его части. Печень, желчный пузырь. Роль слюнныхъ железъ, поджелудочной железы и печени при пищевареніи. Главныя составныя части пищи. Значеніе различныхъ отдѣловъ пищеварительнаго канала въ актѣ пищеваренія. Значеніе брюшнаго пресса. Рвота и ея причины.

11. Дыхательные органы. Строеіе гортани, бронховъ и легкихъ. Дыханіе, его сущность и нормальная частота.

12. Почки, ихъ мѣстоположеніе и строеіе, мочеточники, мочевой пузырь и мочеиспускательный каналъ. Моча, ея составныя части. Исслѣдованіе мочи. Условія, вліяющія на появленіе бѣлка въ мочѣ. Опредѣленіе степени кислотности мочи.

13. Женскіе наружныя половыя органы. Бартолиновыя и другія железы наружныхъ половыхъ частей.

14. Строеіе влагалища и матки, ихъ величина, форма и назначеніе.

15. Строеіе яйцеводовъ и яичниковъ; ихъ назначеніе.

16. Графовъ пузырекъ, его составныя части. Истинное и ложное желтое тѣло. Сущность процесса менструаціи, ея типъ, характеръ и особенности. Вліяніе беременности и кормленія грудью на менструацію. Оплодотвореніе и сегментация яйца.

17. Составныя части яйца. Строеіе послѣда и опадающей оболочки. Способы передвиженія яйца. Судьба оплодотвореннаго и неоплодотвореннаго яйца. Главныя моменты въ развитіи зародыша и его оболочекъ. Время наступленія и продолжительность менструацій. Связь менструацій съ половой зрѣлостью.

18. Отношеніе брюшины къ половымъ органамъ, мочевому пузырю, прямой кишкѣ и тазовой стѣнкѣ. Отсутствіе менструаціи физиологическое и патологическое. Вліяніе растяженія пузыря и прямой кишки на матку.

19. Расположеніе клѣтчатки около рукава и матки; описаніе маточныхъ связокъ. Значеніе связочнаго аппарата матки.

20. Строеіе промежности. Значеніе промежности и условія, создающія ея недостаточность.

21. Строеіе и отравленіе грудныхъ железъ.

22. Органы чувствъ. Главныя составныя части ихъ. Отправленіе органовъ чувствъ и способы воспріятія ощущеній.

Б. Акушерство.

1. Устройство обстановки для родовъ (выборъ помещенія, соответственнаго его приготовленіе, устройство постели и другихъ принадлежностей).

2. Мѣры обеззараживанія, необходимыя при родахъ, и способы ихъ выполненія.

3. Понятія о микроорганизмахъ, какъ о причинѣ заразныхъ болѣзней.

4. Понятіе объ асептикѣ и антисептикѣ. Средства къ достиженію безгнойной обстановки. Способы мытья рукъ и дезинфекціи инструментовъ.

5. Приготовленіе дезинфекціонныхъ растворовъ. Способы мытья и дезинфекціи половыхъ частей у роженицы и, вообще, подготовка ея къ родамъ.

6. Уловія, обязательныя для лицъ, подающихъ пособія роженицамъ, и обстоятельства, исключаютія возможность участія при родахъ.

7. Акушерское изслѣдованіе половыхъ органовъ женщины. Положеніе при изслѣдованіи. Наружное, внутреннее и сочетанное изслѣдованіе. Выслушивание сердцебіенія плода.

8. Беременность одноплодная и многоплодная. Продолжительность и исчисленіе срока беременности. Положенія плода и установка его и ихъ происхожденіе. Членорасположеніе и предлежаніе.

9. Отличительныя признаки развитія плода въ различные мѣсяцы утробной жизни. Зрѣлый и доношенный плодъ. Отличительныя его признаки. Описаніе головки плода. Размѣры головки, плечъ и таза доношеннаго плода.

10. Измѣненія при беременности: а) въ половыхъ органахъ: въ маткѣ, во влагалищной части и каналѣ шейки, во влагалищѣ, яичникахъ, трубахъ, связкахъ и грудныхъ железахъ, б) во всемъ организмѣ (въ крови, кровеносной системѣ, нервной, дыхательной системахъ и проч.).

11. Изложеніе признаковъ беременности: признаки вѣроятныя и вѣрныя, опредѣленіе по нимъ срока беременности. Распознаваніе первой и второй беременности и смерти плода.

12. Діететика беременности; образъ жизни, содержаніе половыхъ органовъ, пищеварительнаго канала, одежда, занятія и т. п. Приготовленіе къ родамъ.

13. Понятіе о родахъ и причины наступленія ихъ; клиническое теченіе родовъ (родовыя боли, брюшной прессъ, сроки родовъ); общія явленія при нихъ, продолжительность родовъ и отдѣльныхъ срывовъ.

14. Механизмъ родовъ вообще (изгоняющія силы, раскрытіе шейки и растяженіе промежности). Плодный пузырь, значеніе его въ родовомъ актѣ; вліяніе потугъ на распредѣленіе крови.

15. Распознаваніе различныхъ положеній, установки и предлежавій плода наружнымъ, внутреннимъ и сочетаннымъ изслѣдованіями.

16. Вступленіе предлежащей части плода въ малый тазъ. Механизмъ родовъ при головномъ предлежаніи (затылочномъ, лобномъ, лицевомъ), тазовымъ концомъ и при поперечномъ положеніи.

17. Діететика родового акта. Положеніе роженицы; необходимыя инструменты и пособія въ различные сроки родовъ. Уходъ за новорожденнымъ непосредственно послѣ родовъ.

18. Нормальный послѣродовой періодъ. Общее состояніе родильницы непосредственно послѣ родовъ и въ послѣдующее время; самочувствіе температура, пульсъ, дыханіе, состояніе кожи, кишечнаго канала и мочевого аппарата. Ходъ обратнаго развитія половыхъ органовъ: тѣла и шейки матки, влагалища и наружныхъ дѣтородныхъ частей. Послѣродовыя выдѣленія. Правильное отдѣленіе молока и свойства его.

19. Уходъ за родильницей; свѣтъ, воздухъ, температура комнаты, пища и питье. Обмываніе, спринцеваніе и вообще вся уборка. Уходъ за новорожденнымъ, отпаденіе пуповины, обмываніе, кормленіе. Уходъ за глазами.

20. Болѣзненныя явленія и разстройства, осложняющія беременность: а) въ крови и кровеносной системѣ; б) въ нервной системѣ (упорная и неукротимая рвота); в) въ пищеварительныхъ органахъ; г) въ мочевыхъ органахъ. Присутствіе бѣлка въ мочѣ и способъ опредѣленія его. Значеніе

случайныхъ лихорадочныхъ болѣзней для беременной и плода. Сифилисъ и вліяніе его на беременность.

21. Общее понятіе о развитіи женскихъ половыхъ органовъ. Важные въ акушерскомъ отношеніи пороки развитія матки: однорогая, двуорогая, двухъ-полостная; значеніе ихъ для беременности и родовъ. Неправильное положеніе беременной матки: выпаденіе и различныя виды перегиба и отклоненія матки. Ущемленіе беременной матки.

22. Разростаніе ворсистой оболочки (пузырный заносъ) Ненормальное нахлѣпаніе околоплодной жидкости въ полости водной оболочки. Многоводіе. Чрезмѣрная и недостаточная крѣпость оболочекъ яйца, значеніе этихъ явленій и пособія при нихъ. Неправильности пуповины: скручиваніе, узлы, обвитіе, предлежаніе, выпаденіе и прижатіе.

23. Несвоевременное прерываніе беременности (выкидышъ). Кровяной заносъ. Преждевременные роды. Запоздалые роды. Признаки внутрнугробной смерти плода.

24. Ненормальное мѣсто развитія яйца Несвоемѣстная (вѣматочная) беременность.

25. Неправильности изгоняющихъ силъ. Чрезмѣрно-слабыя, чрезмѣрно сильныя и судорожныя боли.

26. Широкій и узкій тазъ. Измѣреніе и опредѣленіе таза на живой женщинѣ. Самая частая форма узкихъ тазовъ. Вліяніе неправильныхъ тазовъ на положеніе и членорасположеніе плода, на механизмъ родовъ теченіе и исходъ. Лечение. Болѣе рѣдкія формы узкихъ тазовъ.

27. Неправильности со стороны плода. Чрезмѣрная величина и неправильность формы, положенія и членорасположенія.

28. Разрывъ мягкихъ родовыхъ путей: промежности, рукава, матки и суставовъ таза. Внезапная смерть во время родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ.

29. Родильныя судороги (эклампсія). Кровотеченіе во время родовъ при правильномъ и неправильномъ прикрѣпленіи послѣда въ послѣдовомъ періодѣ и непосредственно послѣ родовъ.

30. Задержаніе, приращеніе и преждевременное отдѣленіе послѣда. Преждевременное дыханіе и смерть плода во время родовъ.

31. Изложеніе сути и показаній главныхъ акушерскихъ операцій при недостаткѣ изгоняющихъ силъ и ненормальныхъ препятствій со стороны твердыхъ и мягкихъ родовыхъ путей или плода и при неправильныхъ положеніяхъ его.

32. Неправильная инволюція (послѣродовыя схватки, неправильныя выдѣленія, кровотеченія, образованіе тромбовъ).

33. Послѣродовыя заболѣванія; сущность, происхожденіе и распространеніе ихъ. Предупрежденіе и леченіе.

34. Заболѣваніе грудей и сосковъ. Предупрежденіе и леченіе ихъ.

В. Гинекологія.

1. Гинекологическое изслѣдованіе: ручное и инструментальное.

2. Понятіе о гинекологическихъ операціяхъ и приготовленіе къ нимъ больной, персонала и остальной обстановки.

3. Недостаточность тазоваго дна. Старые разрывы промежности. Паразиты, воспаленіе и новообразованіе наружныхъ дѣтородныхъ органовъ. Кровяная опухоль. Воспаленіе Бартолиновыхъ железъ.

4. Воспаление влагалища. Выпадение стѣнокъ влагалища. Нервные болѣзни наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища. Пузырно и кишечно-влагалищные свищи.

5. Воспаление слизистой оболочки матки острое и хроническое. Выворотъ и изъязвление маточной шейки.

6. Воспаление существа матки.

7. Перегибы и наклоненія матки.

8. Выпаденіе и выворотъ матки.

9. Кровяная опухоль въ тазу.

10. Доброкачественная опухоль матки. Фиброиды. Полипы.

11. Ракъ матки.

12. Воспаленіе трубъ и яичниковъ.

13. Опухоли яичниковъ.

14. Воспаленіе тазовой брюшины.

15. Воспаленіе тазовой клѣтчатки.

Г. Программа по уходу за новорожденными и болѣзнями новорожденныхъ.

1. Измѣненія въ организмѣ, происходящія при рожденіи ребенка. Первый крикъ. Появленіе дыханія. Измѣненія въ кровообращеніи, происходящія у новорожденного.

2. Отдѣленіе пуповины. Раннее, позднее, среднее. Обмываніе новорожденного. Дальнѣйшій уходъ за пуповиной. Отпаденіе ея.

3. Осмотръ новорожденного. Пороки развитія. Зарощеніе заднепроходнаго и мочевого отверстій. Осмотръ полости рта, глазъ, мочеполовыхъ органовъ.

4. Взвѣшиваніе ребенка, средній вѣсъ новорожденного. Дѣти малаго вѣса. Дѣти большаго вѣса. Переводъ граммовъ на русскій фунтъ и наоборотъ. Измѣреніе: длина, окружность головы и груди новорожденного.

5. Акушерскія измѣренія головки, плечъ и таза. Размѣры прямые, косые; объемы плечъ, груди и таза.

6. Купаніе и подмываніе новорожденныхъ. Уходъ за глазами и полостью рта. Уходъ за грудями матери. Сравненіе главныхъ составныхъ частей молока домашнихъ животныхъ съ женскимъ.

7. Кормленіе ребенка матерью. Выборъ кормилицы. Изслѣдованіе женскаго молока.

8. Отправленіе кишечника. Цвѣтъ, консистенція, запахъ, реакція испражнений. Реактивныя бумажки. Отравленіе почекъ. Мочекислый инфарктъ.

9. Слушаніе кожицы. Убываніе вѣса новорожденного. Причины. Мѣры для устраненія этого явленія.

10. Увеличеніе вѣса новорожденного по мѣсяцамъ.

11. Отличительные признаки доношеннаго плода. Вѣсъ, длина, размѣры головы, плечъ таза. Отличительные признаки недоношеннаго плода. Вѣсъ, длина, размѣры головы. Уходъ за новорожденными слабыми и недоношенными. Купанье.

12. Искусственное вскармливаніе. Способъ Сокслета и его приборъ. Количество пищи, необходимой для насыщенія новорожденного. Вещества, замѣняющія молоко.

13. Комната для новорожденного. Одежда. Постель. Пять внѣшнихъ чувствъ новорожденного. Народные предрассудки при уходѣ за новорожденными. Причины большой смертности новорожденныхъ.

14. Различные виды и степени асфиксии и лечение ихъ (способъ Шульце, Маршалъ-Галля и Сильвестра).

15. Зарощеніе задняго прохода. Расщепленіе твердаго и мягкаго неба. Бленорройное воспаленіе глазъ новорожденного, его причины.

16. Молочница; ея причины, признаки и лечение. Желтуха новорожденного. Частота этого явленія и различныя степени его. Исходъ. Причины желтухи у новорожденныхъ.

17. Грудница новорожденныхъ, ея признаки, теченіе, предсказаніе и лечение. Trismus s. tetanus neonatorum (Столбнякъ новорожденныхъ).

18. Рожка; признаки, причина, предсказаніе и лечение.

19. Разстройства пищеваренія. Диспепсія. Признаки и характеръ испражнений при катаррѣ желудка, тонкихъ и толстыхъ кишекъ и лечение.

20. Запоръ; причины и лечение. Насморкъ; причины: его значеніе для грудного ребенка. Лечение.

21. Болѣзни пупка: воспаленіе кровотеченіе. грыжи.

Д. П р и б а в л е н і е.

Пособія при нѣкоторыхъ внезапныхъ случаяхъ, угрожающихъ опасностью жизни или здоровью.

1. Способъ остановки кровотеченій вообще и пособія при остромъ малокровіи въ частности.

2. Обморочное состоявіе.

3. Утопленіе.

4. Повѣшеніе.

5. Замерзаніе.

6. Ожоги.

7. Отравленія.

8. Отравленіе отъ угара и другихъ вредныхъ газовъ.

9. Укушеніе бѣшенными и ядовитыми животными.

Независимо отъ теоретическаго преподаванія акушерства и женскихъ болѣзней, главное вниманіе должно быть сосредоточено на приобрѣтеніе учащимися свѣдѣній практическимъ путемъ при постели больныхъ, какъ въ родильномъ, такъ и въ послѣродовомъ и гинекологическомъ отдѣленіяхъ.

Кромѣ того ученицы должны ознакомиться съ наиболѣе употребительными лекарственными средствами и съ ихъ дозировкой. Каждая ученица обязана письменно изложить ходъ родовъ и послѣродового состоянія матери и новорожденного ребенка въ 2-хъ случаяхъ родовъ и сдѣлать не менѣе 15 самостоятельныхъ пріемовъ.

Программа обучения повивальных бабок 2-го разряда в повивальных школах.

А. Анатомія и Физиологія.

1. Понятіе о костякѣ (скелетѣ) и составныхъ частяхъ его.
2. Костный тазъ и его акушерское измѣреніе.
3. Понятіе о мышцахъ тѣла и ихъ отправленіяхъ.
4. Понятіе о пищеварительномъ аппаратѣ и отправленіяхъ отдѣльныхъ частей его. Печень и поджелудочная железа
5. Понятіе о сердцѣ, кровеносной системѣ и кровообращеніи. Главная особенность кровообращенія у плода во время утробной жизни.
6. Понятіе о дыхательномъ аппаратѣ и значеніе дыханія для организма.
7. Понятіе о головномъ и спинномъ мозгѣ и о нервахъ. Отправленіе этихъ органовъ. Органы чувствъ.
8. Понятіе о мочеподѣлительномъ аппаратѣ. Изслѣдованіе мочи на бѣлокъ. Значеніе присутствія послѣдняго въ мочѣ.
9. Наружные женскіе половые органы.
10. Влагалище и матка въ небеременномъ и беременномъ состояніи.
11. Яйцеводы, трубы и яичники.
12. Строеніе плоднаго яйца. Послѣдъ, пуповина и околоплодная жидкость.

Б. Акушерство.

1. Обстановка, необходимая для безгнустнаго веденія родовъ. Выборъ помѣщенія и приготовленіе этого послѣдняго. Постель для родовъ.
2. Приготовленіе къ родамъ какъ акушерки и инструментовъ, такъ и роженицы. Способы мытья рукъ и ихъ обеззараживаніе (дезинфекція), способъ мытья и обеззараживанія влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ роженицы.
3. Понятіе объ обеззараживающихъ растворахъ и ихъ крѣпость (дозировка).
4. Условія, обязательныя для лицъ, подающихъ пособія роженицамъ и обстоятельства, исключаютія возможность участія при родахъ.
5. Понятіе о беременности и ея признаки. Опредѣленіе сроковъ беременности.
6. Правильное положеніе плода и различные виды установки плода и предлежащей части.
7. Понятіе о родахъ вообще и о каждомъ изъ трехъ періодовъ родовъ въ частности.
8. Пособія при періодѣ открытія матки (первый періодъ родовъ).
9. Пособія при изгнавіи плода (второй періодъ родовъ). Поддерживаніе промежности. Извлеченіе плода.
10. Пособія въ послѣродовомъ періодѣ (3-й періодъ родовъ).
11. Неправильныя положенія плода и пособія при нихъ. Производство поворота наружными и внутренними приѣмами. Выпаденіе пуповины.

12. Кровотеченіе во время беременности и родовъ. Выкидышь. Предлежаніе дѣтскаго мѣста. Необходимыя пособія при этомъ.
13. Понятіе объ узкомъ тазѣ и вліяніе сѣуженія таза на ходъ родовъ.
14. Значеніе плоднаго пузыря во время родовъ.
15. Понятіе о конфигураціи (приспособленіи) головки во время родовъ, и вліяніе величины ея на ходъ родовъ.
16. Неправильности въ теченіи беременности. Иамѣненіе въ пищевареніи. Чрезмѣрная рвота. Запоры. Измѣненія въ кровообращеніи. Венозные узлы. Отеки беременной.
17. Понятіе о несвоемѣстной (вѣматочной) беременности. Способы ея опредѣленія и леченія.
18. Послѣродовой періодъ: правильное его теченіе и отклоненіе отъ нормы. Понятіе о послѣродовыхъ очищеніяхъ.
19. Уходъ во время правильнаго послѣродового періода.
20. Судороги (эклампсія) во время беременности, родовъ и въ послѣродовомъ состояніи.
21. Неправильности въ послѣродовомъ періодѣ и пособія при нихъ.
22. Причины послѣродовыхъ заболѣваній, ихъ главные признаки и леченіе.
23. Уходъ за грудями.

В. Женскія болѣзни.

1. Понятіе о мѣсячныхъ.
2. Неправильности мѣсячныхъ и главные причины ихъ.
3. Боли и причины ихъ вызывающія.
4. Способъ изслѣдованія положенія матки, ея придатковъ (яйцеводовъ) и яичниковъ. Маточное зеркало и его примѣненіе.
5. Выпаденіе стѣнокъ влагалища и матки и причины этого явленія.
6. Понятіе о воспаленіи матки и явленіяхъ, зависящихъ отъ недостаточнаго послѣродового сокращенія ея. Леченіе.
7. О доброкачественныхъ новообразованіяхъ матки, главные отличительные признаки между этими заболѣваніями и беременностью. Леченіе.
8. Ракъ матки, отличительные его признаки и леченіе.
9. Воспаленіе и опухоли яичниковъ и способъ ихъ опредѣленія и леченія.
10. Понятіе о кровяной опухоли въ тазу и причины ея происхожденія.
11. Воспаленіе тазовой клѣтчатки.
12. Воспаленіе тазовой брюшины.

Г. Уходъ за новорожденными.

1. Перевязка пуповины. Матеріалъ для перевязки пуповины и обеззараживаніе его, уходъ за пуповиннымъ остаткомъ.
2. Способъ оживленія новорожденныхъ.
3. Купаніе младенца. Постель и одежда его.
4. Уходъ за глазами и кожей новорожденнаго.
5. Сроки отпаденія пуповины и уходъ за пупкомъ. Нагноеніе и кровотеченіе изъ пупка.

6. Понятіе о желтухѣ новорожденныхъ, частота этого явленія.
7. Средняя величина и вѣсъ новорожденного, наблюденіе за правильнымъ питаніемъ новорожденнаго.
8. Кормленіе новорожденнаго грудью матери, кормилицы и коровьимъ молокомъ.
9. Уходъ за недоношенными дѣтьми.
10. Причины, признаки и способы предотвращенія и устраненія «несваренія желудка» (диспепсія) у дѣтей.

Д. Прибавленіе.

Пособія при нѣкоторыхъ внезапныхъ случаяхъ, угрожающихъ опасностью жизни или здоровью. Способъ остановки кровотеченій вообще и пособія при остромъ малокровіи въ частности.

Обморочное состояніе.

Утопленіе.

Повѣшевіе.

Замерзаніе.

Ожоги.

Отравленіе.

Отравленіе отъ угара и другихъ вредныхъ газовъ.

Укушеніе бѣшенными и ядовитыми животными.

Независимо отъ теоретическаго преподаванія акушерства и женскихъ болѣзней, главное вниманіе должно быть сосредоточено на приобрѣтеніи учащимися свѣдѣній практическимъ путемъ при постели больныхъ, какъ въ родильнѣ, такъ и въ послѣродовомъ и гинекологическомъ отдѣленіяхъ.

Кромѣ того ученицы должны ознакомиться съ наиболѣе употребительными лекарственными средствами и съ ихъ дозировкой.

Каждая ученица обязана сдѣлать не менѣе 10 самостоятельныхъ приемовъ.

Условія приѣма въ Повивальную школу—грамотность.

Алфавитный указатель.

(Цифры указывают на страницы).

А.

Азотъ 60.
Алантоисъ 99.
Альбуминъ 45.
Амёбодное движеніе 7.
Антипиринъ 418.
Антисептика акушерская 151.
Аорта 52.
Апоморфинъ 417.
Аппаратъ Соклета 218.
Арантьевъ протокъ 114.
Артеріи 54.
 » половыхъ органовъ 84.
 » пупочныя 100. 113.
Асфиксія 386.
Атлантъ 14.
Атропинъ 419.

Б.

Баллотированіе головки 132. 137.
Бактеріи 148.150.
 » гноеродныя 150. 373.
 » гнилостныя 150. 371.
Банки 414.
Баумановъ клапанъ 39.
Бедро 21.
Белладонна 419.
Беременность 96.
 » вѣматочная 294.
 » воображаемая 136.
 » многоплодная 290.
 » признаки 136.
Бленноррея глазъ 396.
Бобровая струя 420.
Боли ложныя 163.
 » подготовительныя 166.
 » послѣдовыя 171.
 » предвѣщающія 163.
 » родовыя 162
 » сильныя 304.
 » слабыя 299.
 » судорожныя 305.
Болезни острыя беременныхъ 368.
 » легкихъ 368.
 » хроническія 365.

Болезнь англійская 342.
Борная кислота 153.
Броженіе 44.
Бромъ 420.
Бронхи 57.
Брюшина 79.
Бубоны 366.
Бугоръ затылочный 24.
 » лобный 23.
 » лонный 20.
Бугорчатка 365.
Бугоръ сѣдалищный 20.
 » темяной 24.
Бѣли 338.
Бѣлокъ 45.

В.

Валерьяна 420.
Вдыханіе 59.
Вена пупочная 100. 113. 115.
Вены легочныя 52.
 » печеночныя 114.
 » полая 52.
 » разрывъ ихъ 361.
 » расширенія 129.360.
Верональ 420.
Вертлуги 22.
Вещества азотистыя 45.
 » безазотистыя 44.
 » бѣлковыя 45.
 » неорганическія 43.
 » органическія 44.
 » пищевыя 420.
Вещество губчатое 13.
 » компактное 13.
Взвѣшиваніе 409.
Видъ положенія плода 117.
 » задній 179. 223.
 » » лицевого положенія 233.
 » » лобнаго положенія 233.
 » » ягодичнаго положенія 238.
Вирулентность 373.
Влагалище 76.
 » беременной 127.
 » выпаденіе и пониженіе 325.

Влагалище разрывъ 330.
 Вода 43.61.
 › горькоминдальная 419.
 › лавровишневая 419.
 Воды горькія 416.
 › заднія 169.
 › ложныя 338.
 › околоплодные 122.
 › ненормальн. количество 278.
 Воды переднія 166.
 Водянка 139.
 › головная 267.
 › мошонки 408.
 › ребенка 268.
 Возрастаніе 4.
 Волокнина 45.
 Волосы 64.
 Ворсинки 99.
 Восприимчивость 374.
 Врѣзываніе 168.
 Вскармливаніе искусственное 216.
 Вульвить 375.
 Выдыханіе 59.
 Выдѣленія 63.
 Выкидышъ 162. 306.
 › затыжный 310.
 › неполный 311.
 › трубный 295.
 Выпаденіе ножекъ 264.
 › пуповины 264.
 › ручекъ 262.
 Вырѣзка подвздошно-сѣдалищная 21.91.
 Выслушиваніе 145.
 Въсъ аптечный 409.
 › беременной 131.
 › десятичный 409.
 › младенца 211.
 › торговый 409.

Г.

Гаверсовы каналцы 12.
 Гематобласты 13.
 Гигантскія клетки 6.
 Гидрастись 422.
 Глазъ, воспаленіе 396.
 Глотка 37.
 Гнѣніе 46.
 Голень 22.
 Головка плода 110.
 › выведеніе 187.
 › повороты 175.
 › поперечное стояніе 225.
 › размѣры 111.
 Головокруженіе 361.
 Гонококки 339. 397.
 Гоноррея 339.
 Горло дыхательное 57.
 Горганъ 57.
 Горячка родильная 371.
 Гофманскія капли 420.

Гребешокъ лонный 20.
 › подвздошный 19.
 Груды 71.
 › беременной 127.
 › родильницы 201.
 Грудина 16.
 Грудница 384.
 › новорожденныхъ 401
 Грыжи бедренныя 32.369.
 › бѣлой линіи 369.
 › мозга 267. 269.
 › паховыя 32. 369.
 › пупочныя 269. 369. 401.
 Губы дѣтородныя 72. 73.
 › склейка 394.
 Гумма 367.

Д.

Движеніе амѣбодное 7.
 › плода 132. 135. 137. 146.
 Двойни 290.
 Двойной приѣмъ 259.
 Дезинфекція 151.
 Дерматоль 418.
 Диспенсія 404.
 Диафизъ 10.
 Диафрагма 58.
 Диуретикъ 422.
 Дуга лонная 21. 92.
 Дыра закрытая 21.
 › сѣдалищная 21.
 Дыханіе 56.
 › искусственное 370. 389.

Е.

Евстахіева труба 37.

Ж.

Железа поджелудочная 42.
 › щитовидная 34.
 Железы 33.
 › Бартолиновы 74.
 › Бруннеровы 40.
 › гроздевидныя 33.
 › грудныя 71.
 › замкнутыя 34.
 › кровяныя 34.
 › Либеркюновы 40.
 › лимфатическія 40.
 › надпочечныя 34.
 › паховыя 85.
 › пепсиновыя 38.
 › пилорическія 38.
 › половыхъ органовъ 85.
 › потовыя 64.
 › салыныя 64.
 › слюныя 41.

Железы солитарныя 40.
 » трубчатая 33.
 Желтуха новорожденныхъ 402.
 Желтое тѣло 83.
 Желудокъ 37.
 Желчь 47.
 Желѣзо 43. 420.
 Живчикъ 97.
 Животъ отвислый 126. 319. 347.
 Жидкость околоплодная 99. 122.
 Жиры 44.

З.

Заносъ кровяной 310.
 » мясистый 310.
 » пузырчатый 298.
 » разѣдающій 298.
 Запоръ беременныхъ 129. 134. 158. 353.
 » дѣтей 406.
 Запястье 18.
 Зараженіе 148.
 » гнилостное послѣродовое 371.
 » септическое послѣродовъ 371.
 Зараженіе задняго прохода 269.
 Зародышъ 97. 106.
 Захожденіе кожей 347.
 Зрѣлость 4.
 » плода 109.
 Зубы 35.
 Звъзъ матки 77.
 » зараженіе 317.
 » разрывъ 328.
 » судорожное сокращеніе 307.

И.

Известь 43.
 Извлеченіе плода 241.
 » послѣдующей головки 243.
 » за ножки 246.
 » за ягодицы 246.
 Исслѣдованіе акушерское 140.
 » внутреннее 155.
 » двойное 156.
 » молока 216.
 » наружное 141.
 Измѣреніе 409.
 » таза 148.
 » температуры 410.
 Инфарктъ бѣлый 289.
 Инфекція 148.
 Истеченіе изъ матки 338.

I.

Иодоформъ 417.
 Иодъ 421.

К.

Казеинъ 45.
 Каломель 416.
 Каль первородный 122.
 Камень рвотный 416.
 Камфора 420.
 Каналь бедренный 32.
 » мочеиспускательный 66.
 » отверстіе 74.
 » склѣпка 394.
 » паховой 32.
 » родовой 96.
 » спинномозговой 16.
 Канальцы Гаверсовы 12.
 Капли Гофманскія 420.
 Капилляры 55.
 Капсула Вауманова 65.
 Карболка 153.
 Каскара заграда 416.
 Касторка 416.
 Катарръ желудкачно-кишечный 405.
 Катетеризація 208. 414.
 Кашель дѣтей 407.
 Квасцы 421.
 Кислородъ 60. 61.
 Кислоты 60.
 Кислота борная 417.
 » мочева 66.
 » салициловая 417.
 » соляная 47. 420.
 Кишечникъ 38. 39.
 Клапанъ Ваугиновъ 39.
 Клейковина 45.
 Клизмы 413.
 Клиторъ 74.
 Клубокъ Малпигіевъ 65.
 Клытка 5.
 » гигантская 6.
 » костная 12.
 » оболочка 6.
 » форма 7.
 Клычатка жировая 64.
 Ключица 17.
 Коленъ 418.
 Кожа 63.
 Кокаинъ 419.
 Кокки 149.
 Кольпейринтеръ 284.
 Кольпиль 373. 375.
 Кольцо контракціонное 165.
 Компактное вещество 13.
 Кондиломы остроконечныя 340.
 » широкія 367.
 Конфигурація головки 347.
 Конъюгата діагональная 346.
 » истинная 92.
 » наружная 92.
 Кончикъ 15.
 Корень рвотный 416.
 Кормилица 215.
 Кормленіе грудью 208. 213.
 » искусственное 216.

Костей строение 12.
 » форма 10.
 Кость безымянная 18.
 » большеберцовая 22.
 » верхнечелюстная 24.
 Кость затылочная 24.
 » клиновидная 24.
 Кости лицевые 24.
 » лобные 23.
 » локтевые 18.
 » лонные 20.
 » малоберцовые 22.
 » подвздошные 19.
 » сѣдалищные 19.
 » теменные 24.
 Коффеинъ 422.
 Крахмаль 44.
 Креде приемъ 193.
 Крестецъ 15.
 Кривизна С-образная 39.
 Кристаллера способъ 302.
 Кровать поперечная 183.
 » родильная 183.
 Кровообращение ворсинчатое 102.
 » желтковое 102.
 » плацентарное 102.
 » плода 112.
 Кровотечение послѣродовое 303.
 Кровь 49.
 Крушина 416.
 Ксероформъ 418.
 Купаніе ребенка 195. 212.
 Купоросъ мѣдный 417.

Л.

Лактобутирометръ 216.
 Ландышъ майскій 422.
 Лашапель 244.
 Легкія 57.
 » спаденіе, неразвитіе 391.
 Лейкоциты 7. 50.
 Лизоль 153. 417.
 Лизоформъ 153.
 Лининъ 6.
 Линія безымянная 19.
 Листки зародышевые 98.
 Листъ александрійскій 416.
 Лихорадка молочная 202.
 Лицо 24.
 Лобокъ 72.
 Лопатка 17.
 Лоханка 65.
 Ляписъ 421.

М.

Магнєзій соли 415.
 Марганцово-кислое кали 417.
 Масло 44.
 » касторовое 416.

Мастить 384.
 Матка 77.
 » беременная 123.125.
 » выворотъ 326.
 » выпаденіе 324.
 » опухоли 336.
 Матка перегибы беременной 319. 321.
 » пониженіе 324.
 » пороки развитія 317.
 » развитіе обратное недостат. 381.
 » разрывъ 328.
 » ракъ 336.
 » столбнякъ 305.
 » ущемленіе беременной 322.
 Мацерация плода 271.
 Мезобласть 98.
 Меконіумъ 122.
 Менструація 87.
 Метеоризмъ 404.
 Механизмъ Дункана 172.
 » Шульде 172.
 Микробы 148.
 Микрозома 5.
 Многоводіе 278.
 Мозгъ продолговатый 69.
 » спинной 69.
 » черепной 68.
 Молозиво 201.
 Молоко женское 202.
 » коровье 218.
 » суррогаты 220.
 Молочница 395.
 Морисо 244.
 Морфій 419.
 Моча 66.
 » задержаніе 355.
 Мочевина 66.
 Мочеиспусканіе непроизвольное 355.
 » частое 354.
 Мочеточникъ 65.
 Мумификація 271.
 Мускусъ 420.
 Мыло 45.
 Мысь 15.
 Мышцы 28.
 » брюшные 31.
 » гладкія 30.
 » поперечно-полосатыя 28.
 » таза 32.
 » тазового дна 76.
 Мышьякъ 44.
 Мѣры длины 410.
 Мѣсто дѣтское 103.105.
 » добавочное 121.
 » измѣненія его 289.
 » инфарктъ 289.
 » отдѣленіе преждевременное 286.
 » отдѣленіе ручное 288.
 » предлежаніе 282.
 » прикрѣпленіе 121.
 » » низкое 281.
 » сращеніе 287.
 Мѣшокъ мочевоі 99.

Н.

Надкостница 12.
 Наперстянка 422.
 Насморкъ дѣтей 407.
 Натра соли 415. 418.420.
 Нервы 67.
 » половыхъ органовъ 86.
 Нефритъ 356.
 Нити сѣмянные 97.
 Новорожденный 210.
 Ногти 64.
 Нуклеинъ 6.

О.

Обвитіе пуповины 188.
 Обморокъ 361.
 Оболочка водная 99. 120.
 » ворсистая 99.
 » завороченная 102.
 » кожистая 99. 108. 120.
 » мозговая 68.
 » отпадающая 102.
 » плодная плотная 276.
 » » слабая 274.
 » » срощен. съ маткой 276.
 » серозная 39.
 » слизистая 38.
 » » матки 78.
 Одежда беременной 159.
 » младенца 196.
 Ожиреніе 138.
 Оживленіе ребенка 338.
 Окисленіе 60.
 Опій 418.
 Опрълость 395.
 Оплодотвореніе 97.
 Опухоль бѣлая бедра 378.
 » влагалища 335.
 » гумозная 367.
 » кровяная губъ 335.
 » » головки 392.
 » » заматочная 296.
 » матки 139. 336.
 » родовая 170. 212.
 » стѣнокъ таза 337.
 » яичниковъ 139. 337.
 Органы 10.
 » половые 72
 Освобожденіе ручекъ 242.
 » плечиковъ 189.
 Ость лопаточная 17.
 » подвздошная 19.
 » сѣдалищная 20.
 Ось таза 95.
 Отверстія овальные 21. 91. 112.
 Отекъ конечностей 129 359.
 Отнятіе отъ груди 214.
 Отростокъ мечевидный 17.

П.

Палочка дифтерійная 375.
 » кишечная 375.
 Панкреатинъ 47. 420.
 Паралинъ 6.
 Параметрій 81.
 Параметритъ 376.
 Пастеризація молока 218.
 Пейеровы бляжки 40.
 Пельвеперитонитъ 378.
 Пемфигусъ 407.
 Пепсинъ 47. 420.
 Пентоны 47.
 Перелой 339.
 Перемяна положенія плода 119.
 Периметритъ 378.
 Перистальтика 48.
 Перитонитъ 377.
 Періодъ климактерическій 89.
 Періостъ 12.
 Петля 247.
 Печень 41.
 Пигментъ 9.
 Пилюли Блода 420.
 Пирамиды Мальпигіевы 65.
 Пищевареніе 46.
 Пищеводъ 37.
 Пиосальпинксъ 376.
 Пямя 378.
 Пявки 414.
 Плазма кровяная 49.
 Пластинки Бизоцерио 49. 51.
 Плацента 103. 105. 120.
 Плева дѣвственная 74.
 » легочная, плевра 58.
 Плечиковъ выведеніе 188.
 Плечо 18.
 Плодъ 109.
 » гнилой 272.
 » жизнеспособность 108.
 » жизнь и смерть 140.
 » зрѣлый 109.
 » окаменѣлый 272.
 » питаніе 115.
 » положеніе 116.
 » развитіе 106.
 » сердцебиеніе 108. 133. 138.
 » смерть во время родовъ 273.
 » членорасположеніе 116.
 Плюсна 22.
 Поверхность ушковидная 15.
 Поворотъ акушерскій 253. 256.
 » внутренний 254.
 » затрудненный 258.
 » наружный 253.
 » плечиковъ 227.
 » смѣшанный 260.
 Повороты головки 175.
 Поврежденія ребенка 393.
 » родовыхъ путей 327.
 Позвоночникъ 13.
 Положеніе заднегоменное 226.

Положеніе затылочное 174.
 » косоє 248.
 » лицевое 229.
 » лобное 233.
 » нижнимъ концомъ 234.
 » перемѣна 119.
 » теменное 226.
 » ягодичное 235.
 Полость рта 35.
 Повось беременной 354.
 Поперечное стояніе головки 225.
 » плечиковъ 228.
 Пороки развитія ребенка 393.
 Порошокъ грудной 416.
 » дѣтскій (Гуфеландовъ) 416.
 Послѣродовой періодъ 197.
 Послѣродовыя измѣненія 199. 203.
 Послѣдъ 123.
 » удаленіе 191.
 Потуги 164.
 Почки 64.
 » беременныхъ 356.
 » воспаленіе 356.
 Поясъ плечевой 17.
 Преграда грудобрюшная 58.
 Преддверье 74.
 » разрывы. 332.
 Предлежаніе пуповины 264.
 » ручекъ 262.
 Привратникъ желудка 38.
 Признакъ Гегара 157.
 Прикармливаніе 214.
 Приемъ двойной 259.
 Промежность 75.
 » поддержаніе 186.
 » разрывъ 332.
 Пространство Дугласова 80.
 » зародышевое 98.
 Протокъ Арантіевъ 114.
 » Бартолиновъ 41.
 » Боталловъ 112.
 » Вартоновъ 41.
 » Вирсунгіановъ 42.
 » желточный 98.
 » стеноновъ 41.
 Протоплазма 5.
 Птіалинъ 46.
 Птоманы 150.
 Пузырекъ Граафовъ 82.
 » желточный 98.
 » зародышевый 82.
 Пузырь зародышевый 98.
 » мочевоы 66. 129.
 » плодный 120. 167.
 Пульсъ 54.
 Пуповина 99. 121.
 » выпаденіе ея 260. 264.
 » кровотеченіе 195.
 » ненормальности 279.
 » обвитіе 188.
 » остатокъ 210.
 » перевязка 191.
 » потягиваніе за 194.

Пуповина прикрѣпленіе плевистое 122.
 Пупокъ воспаленіе 399.
 » грибовидное разращеніе 400.
 » кровотеченіе 400.
 Щасть 18.
 Пятка 22.
 Пятна печеночныя 131.
 Пятнышко зародышевое 82.

Р.

Размѣры головки 111.
 » таза 94.
 Ракъ матки 336.
 Рвота 49.
 » беременныхъ 136.
 » неукротимая 352.
 Ребенокъ гигантскій 266.
 Ребра 17.
 Ревень 416.
 Регулы 87.
 Рефлексы 70.
 Роднички 110.
 Роды 161.
 » естественныя 161.
 » запоздалыя 162. 316.
 » механизмъ 173.
 » многоплодныя 162.
 » періоды 165. 168. 171.
 » приготовленіе 182.
 » правильныя 172.
 » предсказаніе 181.
 » преждевременныя 162. 315.
 Рожа 380. 398.
 Рубцы беременности 130.

С.

Сальпингитъ послѣродовой 376.
 Самозараженіе 375.
 Самоизворотъ 251.
 Самоповоротъ 250.
 Сапрофиты 150.
 Сахаръ 44.
 Свищи 349.
 Сводъ влагалища 76.
 Связки голосовыя 57.
 » длинныя 76.
 » желтыя 16.
 » крестцово-маточныя 81.
 » круглыя 79. 80.
 » пупартовыя 32.
 » широкія 80.
 » яичниковыя 82.
 Сглаживаніе влагалищной части 126.
 Стораніе 61.
 Селезенка 42.
 Септицемія 379.
 Сердце 51.
 » пороки 368.
 Серебро азотно-кислое 421.

- Силы родовыя 162.
 Симпатическая система 70.
 Сифились 365.
 » наследственный 367.
 Скелеть 10.
 Склерома 403.
 Скручиваніе оболочекъ 193.
 Слабость родовыхъ болей 299.
 Смазка дѣтская 108.
 Смерть беременной 370.
 » мнимая беременной 369.
 » новорожденнаго 386.
 » плода 270.
 Смерть признаки 272.
 Соединеніе костей 26
 » лонное 20. 28.
 » крестцово-подздошное 19. 28.
 Соклеть 218.
 Сожь кишечный 47.
 » млечный 47.
 » поджелудочный 47.
 Соль англійская 415.
 » бертолетова 417.
 » глауберова 415.
 » известковая 43.
 » калия 43.
 » натрія 43.
 » поваренная 43.
 Соски беременной 160.
 » ранки 382.
 Сосочки миртовидныя 74.
 » языка 35.
 Сосуды волосныя 52.
 » кровеносныя 53. 55.
 » лимфатическія 55.
 » млечныя 55.
 » половыхъ органовъ 84.
 Сочлененія 27.
 Сперматозоиды 97.
 Спиртъ винный 417.
 » нашатырный 420.
 Сплетенія нервныя 69.
 » симпатическія 70.
 Споры 149.
 Спорынья 422.
 Способъ Креде 192.
 » Лашапелъ 244.
 » Морисо 244.
 Спринцеваніе 411
 Срокъ беременности 131. 135.
 Срощенія 21.
 Срыгиваніе 214.
 Старость 4.
 Стафилококки 150. 373.
 Стиптицинъ 422.
 Стиптоль 422.
 Столбнякъ матки 305.
 » новорожденнаго 398.
 Стопа 22.
 Стрептококки 150. 373.
 Студень Вартонова 121.
 Судороги новорожденныхъ 403.
 Суженіе мягкихъ родовыхъ путей 318.
 Суженіе таза 342.
 Сулема 152.
 Суррогаты молока 220.
 Суставъ 27.
 » тазобедренный 28.
 Сухожиліе 29.
 Сульфональ 419.
 Схватки болѣзненные 381.
 » послеродовыя 199. 208.
 » слабыя 381.
 Сыворотка крови 50.
 Сыпь пузырчатая 407.
 Сымя мужское 97.
- Т.
- Тазъ 18. 91.
 » высота 95.
 » косо-суженный 343.
 » мужской 95.
 » наклоненіе 95.
 » обще-суженный 343.
 » остеомалятический 344.
 » плоскій 342. 343.
 » поперечно-суженный 345.
 » размѣры 92.
 » рахитическій 342.
 » равномерно обще-суженный 341.
 » роды при узкомъ 347.
 Тампонація 284.
 Таннинъ 421.
 Теплота животная 62.
 Термометры 410.
 Типы дыханія 59.
 Ткани 8.
 Токсины 149.
 Тоны сердца 52.
 Тризмъ 398.
 Триперъ 339.
 Трипсиъ 47.
 Тромбфлебитъ 378.
 Труба Евстахіева 37.
 » фаллопіева 81.
 Туберкулезъ 365.
 Тѣло желтое 83.
 Тѣльце молочивное 203.
 » костное 12.
 » полюсное 6.
- У.
- Углеводы 45.
 Угольная кислота 60. 61.
 Уздечка 73.
 » укороченіе 393.
 Узлы варикозныя 129.
 » геморроидальныя 129.
 » пуповины 122.
 Уродства 268.
 Уплотненіе клѣтчатки 403.
 Ушковая поверхность 15.

Ушное положение 226.
 Ущемление беременной матки 322.
 Уход за грудями 160.
 » младенцем 195. 212.
 » родильницей 204.
 » роженицей 180. 194.

Ф.

Фаланги ноги 22.
 » руки 18.
 Фасция тазовая 16.
 Фаулеровъ растворъ 421.
 Ферменты 45. 47.
 Ферратинъ 420.
 Фибринъ 45. 50.
 Фиброміома 139. 336.
 Флебитъ 378.
 Формалинъ 417.

Х.

Хининъ 418.
 Хлораль-гидратъ 419.
 Хлороформъ 419.
 Хоріонэпителіома 299.
 Хрящъ 26.

Ц.

Центрозома 6.
 Центры половыхъ органовъ 87.
 Цинкъ сѣрно-кислый 421.
 » хлористый 421.

Ч

Чай Сень-Жерменскій 416.
 Части наружныя беременныя 127.
 Часть влагалищная 77.
 Черешъ 22.
 Членорасположеніе плода 116.
 Чувства вѣшнія младенца 211.

Ш.

Шанкръ мягкій 366.
 » твердый 366.
 Шарикъ кровавый 49. 50.
 Шейка беременной матки 126.
 » разрывъ 328.
 Шовъ 26.
 Шовъ височный 25. 110.
 » вѣнечный 23. 24. 110.
 » затылочный 24. 110.
 » лобный 23. 110.
 » стрѣловидный 24. 110.
 » чешуйчатый 24. 110.
 Шумъ кишечный 138.
 » маточный 108. 132. 137. 138. 146.
 » пуговины 146.

Э.

Эйкаиинъ 419.
 Эклампсія 356.
 » дѣтей 403.
 Эктодермъ 98.
 Эмульсія 45.
 Эндометритъ послѣродовой 372. 375.
 Энтодермъ 98.
 Эпидермисъ 63.
 Эпителій 9.
 Эпифизъ 10.
 Эфиръ сѣрный 419.

Я.

Ядро кѣтки 6.
 » сѣмянное 97.
 Язва послѣродовая 375.
 » сифилитическая 366.
 Языкъ 35.
 Яйцепроводъ 81.
 Яйцо 82.
 Яичникъ 82.
 Яички Наботовы 79.
 Ямка ладьеобразная 73.