

Dr. Friedrich Schauta,

профессоръ Вѣнскаго университета.

15
873

УЧЕБНИКЪ АКУШЕРСТВА.

Съ 242 рис. въ текстѣ и 1 хромолитогр. таблицей,

Переводъ съ 3-го нѣмецкаго
д-ровъ мед. А. А. Иванова и В. М. Островскаго.

(Prof. Fr. Schauta in Wien. Lehrbuch der Geburtshilfe. 3-te Auflage. 1903).



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе журнала „Практическая Медицина“ (В. С. Эттингеръ).

Улица Жуковскаго, 13.

1909.



30/19-92.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стр.		Стр.
Гл. I. Акушерское исследование. Анти-септика и асептика	3	б) Измѣненія положенія и формы матки и влагалища	168
А. Акушерское исследование	3	в) Гипертрофическіе и воспалительные процессы	177
В. Антисептика и асептика при акушерскихъ исследованияхъ и операціяхъ	15	д) Миомы матки	180
Гл. II. Физиологія женскихъ половых органовъ	23	е) Опухоли яичниковъ	183
А. Физиологія овуляціи и менструаціи	23	ж) Ракъ шейки	186
В. Физиологія беременности	33	з) Паразиты	187
1. Физиологія оплодотворенія	33	3. Поврежденія (разрывъ, узуръ, свищи)	188
2. Анатомическія измѣненія въ половых органахъ во время беременности	33	а) Разрывъ тѣла матки	188
3. Физиологія беременной	33	б) Разрывъ нижняго маточнаго сегмента и шейки во время родовъ	189
4. Плодъ на разныхъ ступеняхъ утробнаго развитія	36	в) Поврежденія portio intravaginalis	203
5. Зрѣлое яйцо	44	г) Разрывъ влагалища	205
6. Физиологія плода	44	д) Разрывъ промежности и вульвы	206
7. Распознаваніе беременности	50	е) Протираніе родового канала (usura)	210
8. Гигіена беременности	53	ж) Аномаліи родовой дѣятельности	211
С. Физиологія родовъ	65	з) Аномаліи костнаго таза	215
1. Причина наступленія родовъ	71	А. Общая патологія аномалій таза	215
2. Родовыя силы	73	В. Специальная патологія и терапія аномалій таза	224
3. Препятствія для родовъ	76	1. Аномаліи таза вслѣдствіе пороковъ развитія	224
4. Анатомія костнаго таза и его мягкихъ частей	76	а) Обще - равномерно - суженный тазъ	224
5. Механизмъ родовъ	80	б) Просто-плоскій тазъ	230
6. Рожденіе периферическихъ яйцевидныхъ частей	88	в) Обще суженный плоскій тазъ	232
7. Клиническое теченіе родовъ	102	г) Воронкообразный тазъ	233
8. Вліяніе родовъ на материнскій организмъ	109	д) Слишкомъ широкій тазъ	237
9. Вліяніе родовъ на дѣтскій организмъ	115	е) Тазъ съ врожденнымъ расщепленіемъ симфиза	238
10. Распознаваніе родовъ	117	ж) Аномаліи таза вслѣдствіе заболѣваній тазовыхъ костей	239
11. Діететика родовъ	118	а) Рахитическія формы таза	239
Д. Физиологія родильнаго періода	121	б) Остеомалитическія формы таза	247
1. Процессы обратнаго развитія	122	в) Опухоли тазовыхъ костей	250
2. Клиническое теченіе родильнаго періода	122	г) Передомы тазовыхъ костей	256
3. Распознаваніе родильнаго состоянія	127	3. Аномаліи соединенія тазовыхъ костей между собою	256
4. Веденіе родильнаго періода	128	а) Слишкомъ плотное соединеніе (синностозъ)	256
Гл. III. Патологія беременности и родовъ	131	б) Синностозъ симфиза	256
1. Аномаліи и болѣзни всего организма и ихъ взаимоотношенія къ беременности и родамъ	135	в) Синностозъ одной synchondrosis sacro-iliaca (Naegle'vskій тазъ)	256
2. Аномаліи и болѣзни тазовыхъ органовъ и ихъ взаимоотношенія къ беременности и родамъ	135	г) Синностозъ обѣихъ synchondroses sacro-iliacae (Robert'ovskій тазъ)	260
а) Аномаліи развитія половых органовъ	140	д) Синностозъ крестцово-крестцового соединенія	262
б) Измѣненія положенія и формы матки и влагалища	140	е) Разслабленіе и разъединеніе тазовыхъ сочлененій	262
в) Гипертрофическіе и воспалительные процессы	162	ж) Аномаліи таза вслѣдствіе аномалій позвоночника	264
г) Миомы матки	162	з) Спондилолистетические таза	264
д) Опухоли яичниковъ	162		
е) Ракъ шейки	162		
ж) Паразиты	162		
з) Поврежденія (разрывъ, узуръ, свищи)	162		
а) Разрывъ тѣла матки	162		
б) Разрывъ нижняго маточнаго сегмента и шейки во время родовъ	162		
в) Поврежденія portio intravaginalis	162		
г) Разрывъ влагалища	162		
д) Разрывъ промежности и вульвы	162		
е) Протираніе родового канала (usura)	162		
ж) Аномаліи родовой дѣятельности	162		
з) Аномаліи костнаго таза	162		
А. Общая патологія аномалій таза	162		
В. Специальная патологія и терапія аномалій таза	162		
1. Аномаліи таза вслѣдствіе пороковъ развитія	162		
а) Обще - равномерно - суженный тазъ	162		
б) Просто-плоскій тазъ	162		
в) Обще суженный плоскій тазъ	162		
г) Воронкообразный тазъ	162		
д) Слишкомъ широкій тазъ	162		
е) Тазъ съ врожденнымъ расщепленіемъ симфиза	162		
ж) Аномаліи таза вслѣдствіе заболѣваній тазовыхъ костей	162		
а) Рахитическія формы таза	162		
б) Остеомалитическія формы таза	162		
в) Опухоли тазовыхъ костей	162		
г) Передомы тазовыхъ костей	162		
3. Аномаліи соединенія тазовыхъ костей между собою	162		
а) Слишкомъ плотное соединеніе (синностозъ)	162		
б) Синностозъ симфиза	162		
в) Синностозъ одной synchondrosis sacro-iliaca (Naegle'vskій тазъ)	162		
г) Синностозъ обѣихъ synchondroses sacro-iliacae (Robert'ovskій тазъ)	162		
д) Синностозъ крестцово-крестцового соединенія	162		
е) Разслабленіе и разъединеніе тазовыхъ сочлененій	162		
ж) Аномаліи таза вслѣдствіе аномалій позвоночника	162		
з) Спондилолистетические таза	162		

b) Формы таза при кифозѣ	269	d) Задержка всей плаценты или от- дѣльных частей ея	379
c) Формы таза при сколиозѣ	274	3. Аномалии пуповины	383
d) Формы таза при кифосколиозѣ	276	a) Ненормальная длина пуповины	383
e) Формы таза при симметрической и асимметрической ассимиліаціи	278	b) Ненормальное прикрѣпленіе пупо- вины	384
5. Аномалии таза вследствие болѣзней нижнихъ конечностей	280	c) Неправильное строеніе пуповины	385
a) Формы таза при коксальгіи	280	d) Разрывъ пуповины	385
b) Формы таза при одностороннемъ вывихѣ бедренной головки	281	e) Аномалии расположенія пуповины	386
c) Формы таза при двустороннемъ вывихѣ бедренной головки	282	I. Узлы и обвитія	386
d) Формы таза при косолапости, от- сутствіи или недоразвитіи одной или обѣихъ нижнихъ конечностей и т. п.	284	II. Закручиваніе	386
6. Аномалии яйца	286	III. Выпаденіе пуповины	389
A. Аномалии, обнимающія всѣ части яйца	286	4. Аномалии околоплодной жидкости	393
1. Ненормальная продолжительность развитія яйца	286	a) Аномалии количества	393
a) Непомѣрно короткая продолжитель- ность (partus praematurus)	286	I. Polyhydramnia (Hydramnios)	393
Выкидыши, преждевременные роды	286	II. Oligohydramnia	395
b) Непомѣрно долгая продолжитель- ность беременности (partus seroti- nus)	290	b) Аномалии состава околоплодной жидкости	396
2. Перерожденія яйца	292	5. Аномалии яйцевыхъ оболочекъ	396
a) Пузырный заносъ	292	a) Аномалии сопротивляемости	396
b) Субсерозная, субхориальная гема- тома отпадающей оболочки (Istius)	292	d) Ненормальная срощенія оболочекъ	399
3. Ненормальное прикрѣпленіе яйца. Вѣтвистая беременность	297	c) Неправильное строеніе оболочекъ	399
4. Многоплодная беременность	299	d) Задержка оболочекъ	401
B. Аномалии отдѣльных частей яйца	323	Гл. IV. Патологія родильнаго періода	401
1. Аномалии плода	329	A. Заразные заболѣванія	401
a) Двойныя образованія	329	1. Пуэрпериальная раневая инфекція	401
b) Непомѣрная величина плода (ги- гантскій ростъ)	332	Приложеніе: Путридная интоксикація, инфекція столбнячными палочками, гонорройная инфекція	425
c) Уродства всего плода или отдѣль- ныхъ частей его	335	2. Пуэрпериальный маститъ	430
d) Неправильный механизмъ родовъ при затылочномъ положеніи	337	B. Незаразные заболѣванія въ родиль- номъ періодѣ	430
e) Неправильное положеніе плода	339	1. Разстройства обратнаго развитія	430
I. Поперечныя положенія	339	2. Смѣщенія матки	431
II. Косыя положенія	341	3. Кровотеченія въ послѣродовомъ пе- ріодѣ	431
III. Тазовыя положенія	342	4. Заболѣванія мочевыхъ путей	439
f) Аномалии членорасположенія плода	346	5. Копростазъ	440
I. Переднеголовное положеніе	346	6. Тромбозъ тазов. органовъ и эмболии	440
II. Лобное положеніе	349	7. Невралгіи и параличи	442
III. Лицевое положеніе	350	8. Психозы	443
IV. Передне- или заднетеменное встав- леніе	354	9. Аномалии и заболѣванія грудей	443
V. Головное положеніе съ неправиль- нымъ членорасположеніемъ конеч- ностей	356	Гл. V. Акушерскія операціи	445
g) Заболѣванія и поврежденія плода, асфиксія, внутриматочная смерть	357	A. Подготовительныя операціи	445
I. Утробныя заболѣванія плода	357	1. Искусственное прерываніе бере- менности	445
II. Поврежденія плода	357	2. Искусственное расширеніе шейки и зѣва	450
III. Минимая смерть плода (асфиксія).	360	3. Искусственное расширеніе влага- лища и вульвы	452
IV. Утробная смерть и измѣненія плода послѣ нея	364	4. Акушерскій поворотъ	454
2. Аномалии плаценты	366	5. Ручное исправленіе разогнутыхъ положеній	463
a) Предлежаніе послѣда	366	B. Родоразрѣшающія операціи	466
b) Преждевременное отдѣленіе послѣда при нормальномъ мѣстоположеніи	374	1. Ручное извлеченіе	466
c) Измѣненія въ строеніи плаценты	377	2. Операція наложенія щипцовъ	476
		Приложеніе: Методъ выжиманія	496
		3. Искусственное расширеніе костнаго таза (симфизеотомія, пубіотомія)	496
		4. Краниотомія	503
		5. Эмбриотомія	512
		6. Кесарское сѣченіе	517
		a) Кесарское сѣченіе съ сохране- ніемъ матки (консервативное или Sänger'овское)	518
		b) Операція Porro	521
		c) Кесарское сѣченіе на мертвыхъ	523
		Алфавитный указатель	525

Предисловіе къ русскому изданію.

Отъ моего издателя F. Deuticke въ Вѣнѣ я узналъ, что Вы имѣете намѣреніе выпустить на русскомъ языкѣ первую часть моего Руководства всей гинекологіи (Акушерство). Всякому автору можетъ быть только пріятно, если его труды и ученія, благодаря переводу на иностранные языки, становятся доступны и другому кругу читателей, кромѣ тѣхъ, для которыхъ произведеніе на первомъ планѣ предназначалось. Именно акушерство въ послѣдніе годы движется впередъ невѣроятными шагами. Между тѣмъ какъ лѣтъ 20 тому назадъ полагали, что акушерство представляетъ законченную спеціальность, въ которой время уже многого измѣнить не можетъ, оно, благодаря работамъ послѣднихъ лѣтъ, оказалось болѣе способнымъ къ развитію, нежели даже его младшій отпрыскъ—гинекологія. Повсюду идетъ движеніе, повсюду принципы, казавшіеся непоколебимыми, замѣняются новыми. Благодаря успѣхамъ кесарскаго сѣченія и hebstoetomie, благодаря повѣрочнымъ изслѣдованіямъ результатовъ веденія родовъ при узкомъ тазѣ, благодаря, наконецъ, изученію процессовъ обмѣна веществъ во время беременности, въ старомъ акушерствѣ открылась такая масса новыхъ точекъ зрѣнія, что почти нѣтъ главы въ немъ, которая не была бы затронута. Въ виду этого многія главы III изданія, которое писано всего 2 года тому назадъ, все-таки не стоятъ уже на высотѣ моихъ теперешнихъ воззрѣній.

Я считаю своей обязанностью подчеркнуть это, ибо передъ новымъ изданіемъ этой книги можно было бы, пожалуй, желать, чтобы оно во всѣхъ частяхъ стояло на высотѣ современности. Поэтому я и предпосылаю эти размышленія предстоящему появленію русскаго перевода.

Вѣна. 3/1 1908.

Friedrich Schauta.

ГЛАВА I.

Акушерское изслѣдованіе.

Антисептика и асептика.

А. Акушерское изслѣдованіе.

Анамнезъ. Акушерскому изслѣдованію предпосылается собираніе краткаго анамнеза касательно возраста, общаго состоянія женщины въ данное и въ прежнее время, предшествовавшихъ общихъ болѣзней и болѣзней отдѣльныхъ органовъ, извѣстныхъ важныхъ въ акушерскомъ отношеніи заболѣваній костей (рахитъ, остеомалация, заболѣванія сочлененій, позвоночника и т. д.), числа и теченія прежнихъ беременностей и родовъ; подробности разспрашиваютъ объ условіяхъ текущей беременности, о характерѣ менструаціи вообще, о времени прекращенія регулъ, объ извѣстныхъ наступающихъ во время беременности жалобахъ и аномаліяхъ (рвота, вкусовые прихоти), о появленіи первыхъ движеній плода.

Общее изслѣдованіе. Всякому гинекологическому изслѣдованію должно предшествовать общее изслѣдованіе всего тѣла. Оно обнимаетъ общее *состояніе питанія*, дѣятельность *сердца и легкихъ*, отправленіе *почекъ*; сюда присоединяется у анемичныхъ *изслѣдованіе крови*; проще всего опредѣляется содержаніе гемоглобина по *Fleischl'ю*.

Изслѣдованія въ названныхъ направленіяхъ ни въ коемъ случаѣ не должны быть упущены. Въ особыхъ случаяхъ должны быть еще подвергнуты тщательному изслѣдованію другія системы организма. Важную роль играетъ при акушерскомъ изслѣдованіи *скелетъ*. Прежде всего надо отвѣтить на вопросъ, тонкій-ли скелетъ или толстый, да-лѣе, есть-ли измѣненія, указывающія на *рахитъ* или другія костныя заболѣванія, наконецъ, имѣются-ли уклоненія въ формѣ *позвоночника* или *нижнихъ конечностей*. Важно для сужденія о статикѣ скелета наблюденіе за измѣненіями *походки* и *статуры*. Наконецъ, въ область общаго изслѣдованія входятъ еще и груди.

Наиболѣе подходитъ для акушерскаго изслѣдованія ягодично-спинное положеніе. Голова и плечи покоятся въ той же горизонтальной плоскости, что и туловище, они лишь немногимъ выше, ноги согнуты въ тазобедренномъ и коленномъ сочлененіяхъ и отведены. Это положеніе пригодно въ особенности для изслѣдованія беременных на-сносахъ и роженицъ, а также для внутренняго ощупыванія и измѣренія таза.

Въ началѣ беременности и во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ требуется бимануальное изслѣдованіе, надо предпочитать положеніе для камнестѣченія. Последнее отличается отъ ягодично-спиннаго положенія въ существенныхъ чертахъ тѣмъ, что верхняя часть тѣла слегка приподымается и нѣсколько пригибается къ тазу. Благодаря этому сближаются точки прикрѣпленія брюшныхъ мышцъ къ реберной дугѣ и къ тазу, брюшные покровы расслабляются и легче вдавливаются.

Ягодично-спинное положеніе является также наилучшимъ для производства родовъ-разрѣшающихъ операций черезъ нормальные пути. Для зажимъ помощниковъ, удерживающихъ ноги въ отведенномъ и согнутомъ положеніи, употребляются ногодержатели. Простую модель подобнаго рода я предложилъ много лѣтъ тому назадъ. Рис. 1 и 2 показываютъ ногодержатель и его примѣненіе при ягодично-спинномъ положеніи.

Кроме названных положений, применяется еще боковое положение для определенных акушерских целей (защита промежности, известные случаи поворота). Оно требует осторожности, в виду опасности воздушной эмболии. (См. гл. V.).

Для акушерских операций пациентка укладывается либо на операционный стол, либо на поперечную кровать. Всякое неслишком мягкое ложе, на краю которого женщина может быть помещена тазом на такой высоте, чтобы половые части ее приходились приблизительно на уровень подложечной области стоящего врача, может быть обозначено как поперечная кровать.

Исследование живота. *Специальное исследование* начинается с *жизни* и обозначается также обыкновенно как *наружное исследование*.

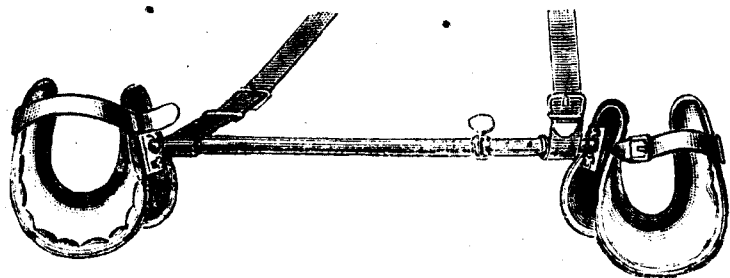


Рис. 1. Ногодержатель автора.

Оно распадается: на *осмотр* (inspectio), *ощупывание* (palpatio), *постукивание* (percussio), *выслушивание* (auscultatio) и *измерение* (mensuratio).

Осмотром определяется величина и форма живота, наличие и род выпячивания. Важно охватить глазом распределение выпячивания по различным отделам живота. Затем глаз отмечает пигментацию белой линии и вид пупка, втянут ли он, уплощен или выпячен. Далее смотреть, есть ли рубцов (striae), как они распределяются, каков их цвет. Наконец, не следует оставлять без

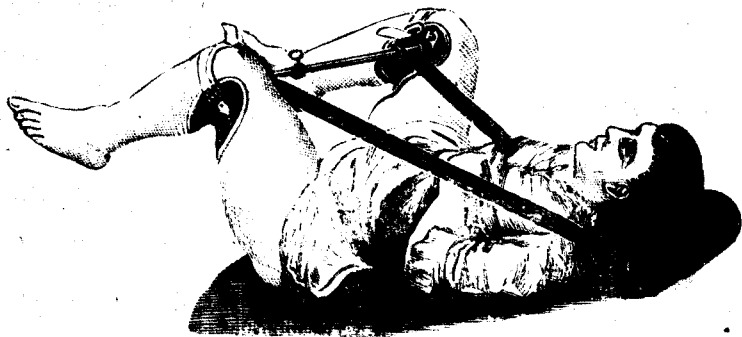


Рис. 2. Положение ногодержателя.

внимания известным движениям на живот, которые могут зависеть от биения аорты, от шевеления плода и от дыхательных движений женщины.

Для *ощупывания* мы нуждаемся в возможно большем расслаблении брюшных покровов без ограничения брюшного пространства. Наиболее подходит для этого *положение для камнесечения*. Чтобы расслабить брюшные стенки, надо позаботиться предварительно об опорожнении кишечника и пузыря. При *ощупывании* обе руки кладутся большей частью рядом, на соответственное место брюшных по-

кровов, физические свойства которого желают исследовать осязанием. Давление на брюшные покровы производится сгибанием пальцев в пястно-фаланговых сочленениях. Большею частью здесь делают ту ошибку, что ощупывают только кончиками пальцев; это, с одной стороны, невыгодно по тому, что поверхность ощупывания гораздо меньше, с другой стороны, легче вызывает боли и вместе с тем рефлекторные сокращения брюшных мышц. Лишь редко при исследовании отступают от вышеуказанного правила, что обе руки должны лежать рядом. Ощупывание должно прежде всего установить, увеличилась ли резистенция в определенном участке живота, т. е. труднее ли вдавливаются на этом месте брюшные покровы, так как позади них находится тло, которое оказывает большее сопротивление, нежели нормальным образом кишки. Область резистенции должна быть точно очерчена ощупыванием, так чтобы можно было контуры ее проецировать на брюшные покровы. При трудных исследованиях, а в особенности для демонстраций рекомендуется тут же обозначить контуры на коже дерматографическим карандашом. Далее, нужно ощупыванием определить, подвижна ли очерченная опухоль, перемещается ли она при перемещении. Наконец, весьма важна также консистенция, а в частности у беременных изменчивость ее. Степень консистенции опухоли будет зависеть отчасти от тугости или вялости брюшных покровов. Но этот фактор легко выясняется, если ощупывать в местах, лежащих вне предпологов опухоли.

Относительно *консистенции* опухолей, нащупываемых в живот у женщин, можно установить некоторым образом шкалу твердости, которая нарастает от самых мягких опухолей к самым твердым. *Наименьшую* консистенцию имеет несомненно *беременная матка* в несокращенном состоянии; затем следует консистенция *эмбриональной беременности* в поздней стадии, консистенция *личниковых опухолей*, причем сперва идут одностенные кисты с более вязкими стенками, а потом более consistentные многополостные, туго натянутые, с более густым коллоидным содержимым. Дальнейшую ступень занимают *миомы*, причем мы можем находить мягкие опухоли, по консистенции близкие стоящим к кистам, и твердые, почти как кость. Последнюю ступень по консистенции занимают твердые *фиброзные опухоли яичников*, *рак яичника*, *окаменелый плод* (lithoraedion) и, наконец, также известные формы перерожденных миом, как, напр., *фиброматозное перерождение* или *омланные миомы*. Весьма целесообразно уже при ощупывании опухоли предложить себе вопрос, к какой из названных групп относится опухоль по своей консистенции. Ответ на этот вопрос имеет огромное значение для распознавания беременности и для дифференциального диагноза по отношению к другим опухолям.

Далее, ощупыванием убеждаются, есть ли *флюктуация*. Последняя констатируется лишь тогда, когда в большой полости с мягкими стенками содержится жидкость малой консистенции под неслишком сильным давлением. Зыбление испытывают таким образом, что кладут ладонь без нажима на брюшные покровы, а с другой стороны живота производят совсем легкие, поверхностные толчки. Это делают либо таким же образом, как при перкуссии, либо кладут указательный палец на тыльную поверхность среднего пальца и затем пощелкивают им. Очень сильных толчков надо избегать.