

1894

11-44

5047

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1911—1912 учебномъ году.

№ 55.

БІБЛИОТЕКА

Царскійскаго Медицинскаго

№ 5047

КЪ ВОПРОСУ

О ВЛАГАЛИЩНОМЪ КЕСАРСКОМЪ СЪЧЕНІИ

(hysterotomia vaginalis)

(изъ ИМПЕРАТОРСКАГО С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго заведенія
Директоръ: заслуженный профессоръ Н. Н. Феноменовъ).

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Евгенія Діонисіевича Подгорецкаго.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи были профессора:
Д. Д. Поповъ, А. А. Редлихъ и приватъ-доцентъ К. К. Скробанскій.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія М. А. Александрова (Надеждинская, 43).

1912.



64255

Серия докторских диссертаций, допущенных къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1911—1912 учебномъ году.

1911-1912

БИБЛИОТЕКА

Харьковского Медицинскаго Института

№ 504

Шифр

7 - Июля 1936

№ 55.

КЪ ВОПРОСУ О ВЛАГАЛИЩНОМЪ КЕСАРСКОМЪ СЪЧЕНИИ

(hysterotomia vaginalis)

ПРОВЕРЕНО

(изъ ИМПЕРАТОРСКАГО С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго заведенія
Директоръ: заслуженный профессоръ Н. Н. Феноменовъ).

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Евгенія Діонисіовича Подгорцоваго.

Библиотека Харьк. Г. и М. Института
1634
14708
17 кеттер 44

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи были профессора:
Д. Д. Поповъ, А. А. Редлихъ и приватъ-доцентъ К. К. Скробанскій

Изд. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№ 1-го Харьк. Мед. Института

БИБЛИОТЕКА
ХАРЬКОВСКАГО
МЕДИЦИНСКАГО
ИНСТИТУТА
1894

Державный
1918 г.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія М. А. Александрова (Надеждинская, 43).
1912.

618.2 | 64255

п44 Подгорцевъ Е. Д.
къ вопросу о влагалищномъ кесарскомъ съченіи
(hysterotomia vaginalis)
Дис. 1912

3827

64255

1956

Переучет: 60

7-ИЮН 2012

№ ВПРОСА

Докторскую диссертацию врача Евгения Дювисевича Подгорецкаго под заглавием: „Къ вопросу о влгационномъ кесарскомъ сѣченіи“ печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академію 500 экземпляровъ самой диссертации и 300 экземпляровъ краткаго резюме ея (выводовъ), при чемъ 150 экземпляровъ диссертации и выводы должны быть доставлены въ канцелярію академіи, а остальные 350 диссертаций—въ библіотеку академіи. С.-Петербургъ 21 Апрѣля 1912.

Ученый секретарь-профессоръ М. Ильинъ.

Ходъ
ИМПЕРАТОРСКАЯ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМІЯ



I.

Предоставленіе родового акта естественному теченію является тѣмъ идеаломъ, къ которому стремятся нынѣ всѣ современные акушеры. Точное изслѣдование механизма родовъ и физиологическихъ условий ихъ въ значительной степени умѣрило наблюдавшееся ранѣе стремленіе активнаго вмѣшательства и ограничило нашу помощь точно изученными и строго опредѣленными положеніями. Но, какъ и всякое другое проявленіе жизнедѣятельности организма, роды могутъ протекать не вполне нормально въ силу тѣхъ или другихъ условий, и тогда является настоятельная необходимость, по мѣрѣ силъ и умѣнія, помочь одному организму разрѣшиться, а другому, только нарождающемуся, увидѣть свѣтъ. Въ большинствѣ этихъ случаевъ, требующихъ нашего вмѣшательства, природа исполнила часть своей работы, и искусству остается или устранить какое-либо условіе, мѣшающее дальнѣйшему развитію родовой дѣятельности, или усилить недостаточно энергичное стремленіе къ опороженію плодовмѣстия, или, наконецъ, ускорить въ силу извѣстныхъ соображеній физиологически протекающій актъ.

Однако, въ отдѣльныхъ, къ счастью рѣдкихъ, случаяхъ родовспоможенію приходится имѣть дѣло съ обстоятельствами, требующими немедленнаго окончанія родового акта или, по крайней мѣрѣ, настольно

быстраго его теченія, что о соблюденіи физиологическихъ темпа и условій не можетъ быть и рѣчи. При этомъ та или другая степень подготовленности мягкихъ путей, чрезъ которыя долженъ пройти объектъ изгоняющей силы плододвѣстителя—младенецъ, является вопросомъ не первостепенной важности, какъ то бываетъ при физиологически протекающихъ родахъ и при большинствѣ акушерскихъ пособій,—а лишь условіемъ, облегчающимъ или затрудняющимъ основную задачу—поскорѣе закончить родовую актъ. Иными словами, мы въ подобныхъ случаяхъ стоимъ передъ необходимостью въ возможно короткій срокъ разрѣшить женщину, видя въ этомъ быстромъ разрѣшеніи единственный путь для спасенія здоровья и жизни роженицы, (иной разъ плода или того и другого одновременно), совершенно не сообразуясь съ тѣмъ, началась-ли или не началась родовая дѣятельность и на сколько она подвинулась. Въ первые мѣсяцы беременности изъ такого положенія выйти не такъ затруднительно, но начиная съ 3-го мѣсяца, а еще болѣе на сносахъ или въ началѣ родовъ, когда плодъ достигаетъ своихъ обычныхъ размѣровъ, задача представляется иною. Съ давнихъ поръ, еще Ambroise Paré, Guillemeau ¹⁾ производили попытки въ случаяхъ сильныхъ кровотеченій при placenta praevia и маломъ открытіи насильственно расширять маточный зѣвъ resp. шейку и создать такимъ путемъ доступъ въ полость матки, для дальнѣйшаго извлеченія плода и опорожненія матки съ кровоостанавливающей цѣлью. Затѣмъ поработали надъ развитіемъ ученія объ этой операциіи Louise Bourgeois и позднѣе Moriceau, Kilian ²⁾ въ своемъ руководствѣ оперативнаго акушерства точно уже описываетъ показанія и способъ производства операциі насильственнаго родо-

разрѣшенія. Получаемые результаты, однако, были настолько плачевны (Simpson старш., напримѣръ, говорить о 23 случаяхъ смерти изъ 25 произведенныхъ accouchements forcés), что операциа эта вызвала во многихъ акушерахъ вполне естественный и понятный ужасъ, и они престоерегали отъ ея производства, какъ-бы настоятельными ни были показанія для возможно быстраго окончанія родовъ. Нужно было коренной переломотъ, совершившійся въ оперативномъ акушерствѣ, благодаря завоеваніямъ антисептики и асептики, чтобы снова заговорили объ ускоренномъ разрѣшеніи. вмѣсто форсированнаго проведенія пальцевъ и затѣмъ руки чрезъ неподготовленный зѣвъ (Louise Bourgeois, Moriceau, Kilian ³⁾) отчасти Красовскій предложено было постепенное пальцевое расширеніе маточнаго зѣва (Bonnaire, Treub, Vandevelde Van Oordt и другіе представители Голландской и Бельгійской акушерскихъ школъ, въ Россіи Строгановъ). Затѣмъ стали примѣнять расширеніе нижняго отрѣзка матки путемъ введенія метрейритера причѣмъ благодаря указаніямъ Barnes, Champetier de Ribes, Schauta, A. Müller и др., наконецъ, трудамъ 5-го конгресса Deutsche Gesels. f. Gynekologie выработалось стройное ученіе о показаніяхъ и производствѣ метрейриза съ цѣлью возбужденія и возможнаго сокращенія родового акта. Не довольствуясь этимъ Bossi ⁴⁾, а за нимъ цѣлый рядъ другихъ изслѣдователей, во главѣ которыхъ стоятъ руководитель Дрезденской акушерской школы Leopold ⁵⁾, занялись изученіемъ инструментальнаго расширенія шейки (и зѣва) при помощи специально придуманныхъ металлическихъ расширителей, примѣненіе которыхъ должно замѣнить физиологическое раскрытіе матки, притомъ въ очень короткій срокъ. Но обладая по сравненію съ метрейри-

зомъ качествомъ, иной разъ, очень цѣннымъ, значительно большей быстротой въ смыслѣ созданія достаточныхъ путей для любой родоразрѣшающей операціи, расширеніе по Bossi, подобно ручному способу, избираетъ явно *противоестественный*, чисто механической (а не динамической) путь. Послѣ первыхъ восторженныхъ публикацій стали раздаваться голоса, *предостерегающіе отъ излишняго увлеченія новымъ методомъ*, въ особенности въ случаяхъ, когда существовала еще шейка и нижній отръзокъ матки вовсе не былъ подготовленъ физиологическими схватками къ прохожденію плода, т. е. какъ разъ въ тѣхъ случаяхъ, когда задуманное, въ силу какихъ-нибудь крайне настоятельныхъ показаній, усуренное родоразрѣшеніе не могло быть достаточно быстро произведено, ни при помощи пальцевого расширенія, ни при помощи введеннаго въ полость матки эластическаго или не эластическаго метрейритера. Случаи разрыва шейки матки и зѣва наблюдались многими авторами, были опубликованы исторіи болѣзней, гдѣ летальный исходъ, наступавшій послѣ родовъ, ставился въ прямую связь съ примѣненіемъ инструментовъ Bossi (или ему подобныхъ). Достаточно сказать, что по собранной Schwabe *) статистикѣ различныхъ авторовъ, на 113 случаевъ примѣненія инструментальнаго расширенія въ 44 случаяхъ были найдены разрывы въ области нижняго маточнаго отверстія, что составляетъ 39% (по Hammerschlag'у **) въ 33%), а смертность въ этихъ 113, правда тяжелыхъ, случаяхъ составила 16,8%. Если-же ограничить статистику разрывовъ случаями примѣненія металлическихъ расширителей при сохранившейся шейкѣ, то получится по даннымъ Schwabe 70% разрывовъ и 30% смертей, причемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ **), гдѣ смерть наступила отъ

кровотеченія изъ разорванныхъ сосудовъ, печальный исходъ всецѣло и исключительно долженъ быть приписанъ примѣненію метода Bossi. Въ практикѣ СПб. Родовспомогательнаго Заведенія было тоже не мало случаевъ разрывовъ отъ примѣненія подобныхъ инструментовъ. Такъ, за конецъ 1902 и 1903 г. **), инструментомъ этотъ примѣнялся 11 разъ, разрывовъ-же наблюдалось 4, причемъ въ одномъ изъ нихъ лацерация доходила до свода.

Неудивительно поэтому, что существующіе способы возможно быстро опорожненія беременной матки путемъ метрейриза, пальцевого и инструментальнаго расширенія, какъ не вполнѣ удовлетворяющіе всѣмъ требованіямъ быстроты опорожненія и безопасности для матерей, не остановили исканія новыхъ путей для производства этой операціи. Особенно много поработалъ въ этомъ отношеніи Dührsen, предложившій сперва производить глубокихъ насѣчекъ на зѣвѣ (шейкѣ), а затѣмъ опубликовавшій новый, вполнѣ технически разработанный методъ быстрого форсированнаго родоразрѣшенія, названнаго имъ влагалитичнымъ кесарскимъ сѣченіемъ (Sectio caesarea vaginalis).

Главнымъ его преимуществомъ передъ другими родоразрѣшающими операціями является возможность, при единственномъ необходимомъ условіи — наличности нормальнаго или лишь умѣренно суженнаго таза — разрѣшить *въ любой моментъ беременности или родовъ*.

II.

Влагалищное кесарское сѣчение, предложенное еще въ 1895 г. Dührsenn'омъ¹⁰⁾, получило права гражданства среди другихъ акушерскихъ пособій далеко не сразу. Но общій интересъ операция эта возбудила быстро среди специалистовъ и стала предметомъ оживленнаго обмѣна мнѣній, какъ на столбцахъ врачебной печати, такъ и въ научныхъ собраніяхъ. Не смотря на протестъ такихъ корифеевъ акушерства, какъ Leopold, Hofmeier, Veit и въ особенности Ahlfeld, ее стали все чаще примѣнять въ подходящихъ случаяхъ. Особенно горячо поддержалъ ее Wumm, опубликовавшій въ 1905 г. уже нѣсколько десятковъ случаевъ¹¹⁾.

Казуистическій матеріалъ накапливался, сообщенія о показаніяхъ къ этой операциі, техники ея и т. д. все чаще встрѣчались въ специальныхъ журналахъ. Разработку вопроса взяла на себя, главнымъ образомъ, нѣмецкая школа и на бывшемъ въ юнѣ 1905 г. акушерско-гинекологическомъ конгрессѣ въ Килѣ говорилось уже о многихъ произведенныхъ влагалищныхъ кесарскихъ сѣченіяхъ. Но побѣда далась не сразу. Намъ кажется, что кромѣ вполне умѣстнаго научнаго скептицизма въ оцѣнкѣ предложеннаго Dührsenn'омъ новаго оперативнаго метода сыграли не маловажную роль и нѣкоторыя постороннія обстоятельства. Почти одновременно съ влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ пропагандировался народившійся въ Италіи методъ Bossi, ставшій извѣстнымъ болѣе широкимъ врачебнымъ слоямъ, благодаря трудамъ Leopold'a и его Дрезденской клиники. Онъ подкупалъ своей кажущейся технической простотой, удоб-

ностью примѣненія и, по словамъ автора, сравнительной безкровностью и безопасностью.

Этимъ создавалась конкурирующая акушерская операция, и выборъ того или другаго пособия являлся результатомъ не только строгихъ научныхъ показаній, которыя еще только вырабатывались, но, несомнѣнно, также и личныхъ особенностей научнаго мышленія и взглядовъ отдѣльныхъ операторовъ. Нельзя не замѣтить, что и личность самого Dührsenn'a сыграла не малую роль въ оцѣнкѣ предложеннаго имъ метода. Страстность его статей, авторское самолюбие и нѣкоторая горячность полемическихъ приемовъ въ спорѣ съ лицами, не желавшими безъ критики принять за непреложную истину провозглашаемая имъ идея, создали вокругъ гениально задуманной операциі атмосферу недовѣрія и даже нѣкоторую неприязнь къ предлагаемому имъ оперативному пособию. Тѣмъ не менѣе, хотя и медленно, но влагалищное кесарское сѣчение въ Германіи вошло въ обиходъ акушерскихъ операций и о цѣлесообразности его въ надлежащихъ случаяхъ не возникаетъ почти болѣе споровъ. За послѣдніе 2 года наблюдается даже какъ-бы новое увлеченіе этой операцией, чему не мало способствовала Мюнхенская школа съ Döderlein'омъ во главѣ. Въ другихъ странахъ (за исключеніемъ развѣ С. А. С. Штатовъ) она пока имѣетъ значительно меньшее распространеніе. Въ Россіи эта операция стала производиться чаще лишь въ послѣдніе годы.

Во всѣхъ своихъ многочисленныхъ работахъ о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи Dührsenn особенное вниманіе обращалъ на выработанную имъ технику. Дальнѣйшее развитіе и распространеніе этой операциі не оправдало выводовъ автора въ этомъ отношеніи.

Важна въ этой операци, главнымъ образомъ, блестящая мысль, создавшая новый способъ форсированнаго родоразрѣшенія, а не подробности ея производства. Лучшимъ доказательствомъ, что предложенная первоначально Dührsenn'омъ техника не представляла чего-либо не поддающагося дальнѣйшимъ измѣненіямъ и усовершенствованіямъ, является возникновеніе многихъ вариантовъ (Bumm, Krönig, Döderlein наконецъ, предложенное самимъ Dührsenn'омъ—Metgeunterschnitt), изъ которыхъ нѣкоторые получили права гражданства и повсемѣстно примѣняются.

Dührsenn¹²⁾ описываетъ въ своей монографіи о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи операцию слѣдующимъ образомъ: по обнаженіи влагалищной части ложкообразными зеркалами, она захватывается по бокамъ отъ средней линіи пулевыми щипцами, которые тутъ-же замѣняются толстыми шелковыми лигатурами съ длинными концами, продѣтыми черезъ шейку, при помощи которыхъ и производится въ дальнѣйшемъ фиксація матки и ея низведеніе. Держалки эти, занимая значительно меньше мѣста, чѣмъ любой инструментъ, не мѣшаютъ, по мнѣнію Dührsenn'a послѣдующимъ манипуляціямъ и могутъ оставаться не снятыми до конца операци. Фиксировавъ этимъ образомъ влагалищную часть, Dührsennъ разсѣкаетъ первой заднюю губу шейки по средней линіи вплоть до мѣста прикрѣпленія свода, а затѣмъ послѣдній вскрывается. Введеннымъ въ созданное отверстіе зеркаломъ обнажается Дугласова складка, которая тупымъ путемъ отпрепаровывается и отодвигается къверху. Лишенная своего перитонеальнаго покроя задняя стѣнка шейки и отчасти тѣло матки разрѣзается въ дальнѣйшемъ по средней линіи. Разрѣзъ этотъ долженъ непремѣнно пройти черезъ внутренній зѣвъ и закончиться надъ

нимъ. Создавъ себѣ доступъ въ полость матки сзади, разсѣкаютъ переднюю губу по средней линіи тоже до прикрѣпленія свода, проводятъ продольный разрѣзъ по передней стѣнкѣ влагалища отъ переходной складки къ мочеиспускательному каналу, не доходя на 2"—3" до него, тупымъ путемъ отслаиваютъ пузырь и отодвигаютъ его къверху (на подобіе того, какъ это дѣлается при влагалищной экстирпаціи матки). Создавъ такимъ путемъ и спереди въбрюшинное операционное поле, продолжаютъ разрѣзъ, начатый на шейкѣ и разсѣкаютъ переднюю стѣнку. Черезъ созданное разрѣзомъ передней и задней стѣнки отверстие и производится родоразрѣшеніе. Для этого (въ случаѣ полной доношенной беременности и нормальной величинѣ плода) достаточно отверстия, свободно пропускающаго сложенную въ кулакъ руку. Разсѣченныя стѣнки матки и влагалища, разумѣется, кровоточатъ, но сильнымъ потягиваніемъ за наложенныя лигатуры-держалки можно въ значительной степени умѣрить кровопотерю, которая къ тому-же должна быть непродолжительной, такъ какъ вся вышеописанная процедура продолжается лишь нѣсколько минутъ. Обезпечивъ себѣ достаточный доступъ въ полость матки, приступаютъ къ ея опороженію. Dührsennъ съ этой цѣлью рекомендуетъ въ случаяхъ доношенной беременности, какъ правило, производить поворотъ и только, какъ исключеніе, зависящее отъ особенностей даннаго случая другіе методы разрѣшенія (щипцы, перфорациа). По роженіи плода въ случаѣ отсутствія кровотеченія выжидаютъ самостоятельнаго отдѣленія послѣда, способствуя ему лишь массажемъ органа. Если-же послѣдъ не отдѣляется и начинается кровотеченіе, то, не теряя времени, приступаютъ къ ручному его удаленію. Послѣ полного

опорожнения матки Dührsenn тампонирует ее довольно плотно, вводя для производства этой операции зеркала прямо въ маточный разръзъ; въ дальнѣйшемъ онъ приступаетъ къ зашиванію разръзанныхъ матки и влагалища. Для возстановленія маточной стѣнки онъ употребляетъ исключительно кѣгуты въ видѣ узловатыхъ швовъ, захватывающихъ всю толщу органа. На задней, (которая возстановляется первой), стѣнкѣ, швы завязываются со стороны шейнаго канала и маточной полости, а на передней узлы смотреть вперед, въ сторону пузыря. Влагалищныя раны закрываются непрерывнымъ кѣгутовымъ швомъ, причемъ разръзы эти не зашиваются наглухо, а въ непосредственномъ соосѣдствѣ съ маточной шейкой уголь раны остается открытымъ для введенія марлевой полоски, которая должна дренировать предматочное и заматочное пространство. Этимъ и заканчивается операция. Въ смыслѣ послѣдующаго ухода, кромѣ удаленія въ теченіе первыхъ 24 часовъ маточнаго тампона и обеихъ дренажей, онъ мало чѣмъ отличается отъ обычнаго веденія нормально протекающаго послеродоваго періода. Слѣдуетъ еще отмѣтить, что у первородящихъ Dührsenn, передъ влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ дѣлаетъ глубокій промежностно-влагалищный разръзъ (Scheidendammschnitt), исходя изъ того соображенія, что нерастянутое влагалищное и вульварное кольцо не рожавшей могутъ создать большія препятствія, какъ оперирующей рукѣ, такъ и быстрому извлеченію плода въ моментъ родоразрѣшающей операции. Влагалищно-промежностный разръзъ дѣлается обыкновенно нѣсколько сбоку отъ средней линіи и долженъ разѣкать волокна mus. levatoris ani, потому что только при этомъ условіи создается достаточное расширеніе влагалищной трубки.

Разръзъ этотъ обыкновенно мало кровоточитъ и по возстановленіи цѣлости матки и влагалища зашивается по обычнымъ правиламъ возстановленія промежности.

Кромѣ вышеназванной операции существуетъ видоизмѣненіе ея, предложенное тоже D. и названное имъ радикальнымъ влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ (Sectio caesarea vaginalis radicalis).

Особенность этой операции состоитъ въ томъ, что, по разсѣченіи и опороженіи матки цѣлостъ ея не возстановляется, а она удаляется. Главнымъ и почти единственнымъ показаніемъ къ производству является осложненіе беременности и родовъ ракомъ шейки и влагалищной части. При этой операции сперва выскабливаютъ и отжигаютъ термокаутеромъ въ возможности все новообразованіе; остановивъ могущее быть кровотеченіе, въ дальнѣйшемъ дѣлаютъ по слизистой рукава циркулярный разръзъ вокругъ шейки, проводятъ перпендикулярный къ нему дополнительный разръзъ по передней стѣнкѣ рукава и тупымъ путемъ отслаиваютъ Дугласову складку сзади и пузыря спереди. Какъ и при обычномъ влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи вскрываютъ матку, опорожняютъ и приступаютъ къ удаленію органа. Съ этой цѣлью вскрываются спереди и сзади брюшинныя складки, и сама матка при постепенномъ потягиваніи разѣкается пополамъ. Кровотеченія при этомъ почти не наблюдаются, въ особенности если точно держаться средней линіи и сильно потягивать за стѣнки матки. Каждая изъ половинокъ органа легко извлекается наружу. Остается только перевязать широкія связки и сосудистый пучекъ, что обыкновенно не представляетъ особенныхъ затрудненій, послѣ чего разсѣченный органъ легко удаляется.

Какъ сказано было выше, D. особенно настаи-

валь на точномъ соблюденіи во всёхъ деталяхъ выработанной имъ техники. Тѣмъ не менѣе вскорѣ послѣ первоначальнаго описанія операциі стали появляться ея варианты. Главное видоизмѣненіе было внесено Bumm'омъ, который довольствуется разсѣченіемъ передней маточной стѣнки на 11" — 12" и находитъ, что въ большинствѣ случаевъ уже этотъ одиночный разрѣзъ, названный имъ *hysterotomia vaginalis anterior* создаетъ достаточный для каждой родоразрѣшающей операциі доступъ въ маточную полость. На Кильскомъ съѣздѣ (1905 г.) нѣмецкаго гинекологическаго Общества онъ доложилъ о 52 случаяхъ, оперированныхъ имъ по этому видоизмѣненному методу. Примѣръ Bumm'a не остался безъ подражанія. Во многихъ позднѣе произведенныхъ случаяхъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія операторы довольствовались производствомъ *hysterotomia v. anterior*. Такъ поступалъ Orthmann¹³⁾, Henkel¹⁴⁾, Hammerschlag¹⁵⁾ (въ 6 случаяхъ изъ семи опубликованныхъ, Розенфельдъ¹⁶⁾, Rühl¹⁷⁾, и многіе другіе, описавшіе случаи влагалищнаго кесарскаго сѣченія. Нѣсколько иная еще техника рекомендовалась Krönig'омъ¹⁸⁾, который принципиально разсѣкалъ лишь заднюю стѣнку, причемъ онъ нисколько не опасался вскрытія задняго дугласа, не выжидать произвольнаго удаленія послѣда, а удалялъ его рукой и, подобно D., всегда тампонируетъ полость матки по восстановленіи ея цѣлости.

Döderlein¹⁹⁾, широко примѣняющій въ своей Мюнхенской клиникѣ влагалищное кесарское сѣченіе, еще болѣе упростилъ технику операциі. По его указаніямъ разрѣзъ производится лишь передній. Шейка разсѣкается до мѣста прикрѣпленія свода, никакихъ продольныхъ или поперечныхъ разрѣзовъ по стѣнкѣ

рукава не нужно. При сильномъ потягиваніи разрѣзъ стѣнки шейки, а затѣмъ и матки производится дальше. Прилегающій къ передней маточной стѣнкѣ пузырь не отодвигается, такъ какъ по наблюденіямъ Döderlein'a разрыхленная парацервикальная клетчатка не въ состояніи удерживать пузыря въ связи съ маткою при энергичномъ низведеніи послѣдней, и пузырь легко отходитъ кверху. Съ цѣлью защиты его отъ случайныхъ пораненій, можно въ щель образованную разрѣзомъ въ мѣстѣ прикрѣпленія свода, ввести узкій подъемникъ Симоновскаго зеркала, который и будетъ отодвигать кверху и впереди могущую прилегать и нависать заднюю стѣнку пузыря. Разрѣзъ, какъ и у Bumm'a, производится на 11" — 13". Послѣ произведенной родоразрѣшающей операциі (поворотъ съ извлеченіемъ, щипцы, перфорациа и т. д.), послѣдъ выжимается, въ случаѣ-же кровотеченія выдѣляется рукой, и матка зашивεται непрерывнымъ катгуттовымъ швомъ. Тампонируется матку Döderlein лишь въ случаѣ кровотеченія, и то лишь на время восстановленія матки, въ исключительныхъ лишь случаяхъ оставляя марлю на нѣсколько часовъ. Операцию свою называлъ онъ *hysterostomatomia*.

Самимъ Dührsen'омъ въ томъ-же 1910 г. былъ опубликованъ вариантъ техники влагалищнаго кесарскаго сѣченія, такъ называемый *Metreurynterschnitt*, во многихъ случаяхъ значительно упрощающій производство операциі. До разрѣза матки въ полость ея въ случаяхъ сохраненія шейки и малаго открытія вводится неподативый метрейринтеръ (типа *Cham-petier de Ribes*) емкостью въ 400—450 к. с. Если того требуетъ данный случай, то до введенія метрейринтера шейка расширяется гегарами. При своемъ наполненіи баллонъ растягиваетъ нижній отрѣзокъ

матки и отчасти шейку. Потягивая за отводную трубку метрейринтера, которая въ данномъ случаѣ замѣняетъ и лигатуры-держалки и другіе фиксирующие и влекущіе инструменты (пулевые щипцы, Музеух, зажимы и т. д.), матка, въ нижней своей части плотно облегающая метрейринтеръ, сильно низводится, и въ такомъ положеніи ея, шейка разсѣкается до мѣста прикрѣпленія свода. Dührsenn и здѣсь рекомендуетъ разсѣкать переднюю и заднюю губы; другіе авторы, примѣнявшіе этотъ методъ (Bumm, Döderlein), довольствуются разсѣченіемъ передней стѣнки шейки. Сводъ вскрывается небольшимъ разрѣзомъ (безъ поперечнаго сѣченія), въ образовавшуюся щель вводится подъемникъ, для защиты пузыря, матка въ дальнѣйшемъ низводится и по метрейринтеру разсѣкается, пока послѣдній, при сильномъ потягиваніи не выскользнетъ изъ полости. Разрѣзъ маточной стѣнки почти не кровоточитъ, такъ какъ ткані обезкровливаются сильнымъ влеченіемъ книзу (перегибъ маточныхъ артер.) и непосредственнымъ давленіемъ баллона на ткані. При достаточной емкости въ 450 гр. растянутой не эластической метрейринтеръ по своей величинѣ соответствуетъ приблизительно размѣрамъ головки доношеннаго плода и пропустившій его разрѣзъ маточной стѣнки (одной или обѣихъ) будетъ вполне достаточенъ и для извлеченія ребенка. Въ дальнѣйшемъ по своемъ опорожненіи маточная стѣнка восстанавливается на обихъ основаніяхъ. Что же касается тампонаціи, то Dührsenn уже не такъ категорически настаиваетъ на обязательномъ ея примѣненіи, оставляя ее лишь для подходящихъ случаевъ.

Наконецъ, Solms'омъ³⁹⁾, ученикомъ Dührsenn'a было предложено еще нѣсколько техническихъ подробностей. Онъ совѣтуетъ по разсѣченіи влагалищной

части шейки и вскрытіи передняго свода не довольствоваться тупой отслойкой пузыря, а предварительно разыскать и осторожно подрѣзать lig vesico-cervicale (?), послѣ чего уже пузырь легко отходитъ вверхъ. Въ случаяхъ, когда разрѣзъ заходитъ высоко на маточную стѣнку, онъ рекомендуетъ проводить его не по средней линіи, а вести его слегка дугообразно въ какую-нибудь сторону. Наконецъ, и, пожалуй, это самое существенное—съ цѣлью остановки кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ, а также при зашиваніи маточной стѣнки онъ накладываетъ по бокамъ сильно низведенной шейки два зажима, съ положенными на бранши тонкими резиновыми трубками, которые препятствуютъ сильному разпнанию ткані. При этомъ сжимаются идущіе въ шеечномъ параметріи сосуды, и разрѣзъ совершенно не кровоточитъ. Зажимы должны быть наложены довольно высоко, но не захватывать стѣнокъ пузыря (subvesikal, какъ выражается Solms). Этотъ способъ, по словамъ автора, особенно примѣнимъ при предлежаніи послѣда, когда нижній маточный отрѣзокъ даже по удаленіи послѣдняго сильно кровоточитъ.

Изъ вышеизложеннаго ясно, что влагалищное кесарское сѣченіе въ той или другой своей модификаціи (Dührsenn, Bumm, Krönig, Mutreuryntschikist является совершенно разработанной технически операцией, не представляющей при производствѣ какихъ-либо существенныхъ затрудненій. Не увлекаясь, подобно D., и считая его пособіемъ, доступнымъ лишь въ болыичной обстановкѣ (хотя бы и очень скромной), мы тѣмъ не менѣе держимся того взгляда, что многія акушерскія операциі, вошедшія въ обиходъ и производство которыхъ должно быть знакомо всякому современному акушеру, предста-

вляются не меньшія, а скорѣе большія трудности. Достаточно вспомнить про классическое кесарское сѣчение (Sänger, Fritsch), гебостеостомію, иные виды поворота при небольшомъ открытіи и предлежаніи дѣтскаго мѣста, зашиваніе, заходящихъ далеко въ параметрій разрывовъ шейки, и т. д., однимъ словомъ, про цѣлый рядъ пособій, производимыхъ далеко не рѣдко и всегда съ неизмѣнной надеждой на окончательный успѣхъ. Во всякомъ случаѣ, не въ способѣ производства надо искать причинъ все-же ограниченнаго количества производимыхъ влагалищныхъ кесарскихъ сѣченій. Техническая сторона разработана блестяще, но за то постановка показаній страдаетъ еще нѣкоторой расплывчатостью и неопредѣленностью.

III.

Самъ Dührsehn въ вопросѣ о показаніяхъ къ производству влагалищнаго кесарскаго сѣченія выражается слѣдующими словами: „показаніями къ производству операціи влагалищнаго кесарскаго сѣченія являются:

1) опасность для жизни матери, вызванная ненормальностями со стороны шейки и маточнаго нижняго сегмента, (ракъ, міома, нерастяжимость или стенозъ шейки, мѣшкообразное расширеніе нижняго отрѣзка матки), ненормальности, которыя дѣлаютъ невозможнымъ или очень затруднительнымъ расширеніе цервикальнаго канала физиологическими схватками;

2) опасныя для жизни матери состоянія, которыя могутъ быть устранены или по крайней мѣрѣ ослаб-

лены опороженіемъ матки (болѣзни легкихъ, сердца, почекъ, преждевременная отслойка дѣтскаго мѣста);
3) опасныя для жизни матери состоянія, которыя могутъ повести къ смерти и плода“.

Затѣмъ D. прибавляетъ, что показанія 2) и 3) являются лишь въ томъ случаѣ, если шейка закрыта или нерастяжима, или-же, какъ то бываетъ при легочныхъ и сердечныхъ заболѣваніяхъ, желательнo исключить дѣйствіе маточныхъ сокращеній (и потугъ) на организмъ матери.

Затѣмъ въ литературѣ, особенно нѣмецкой, имѣются десятки работъ, стремящихся установить показанія для влагалищнаго кесарскаго сѣченія. Перечень ихъ занялъ бы слишкомъ много мѣста, и мы ограничиваемся лишь указаніемъ на работу Rotter'a²¹⁾, который въ своемъ докладѣ о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи составилъ довольно полный списокъ показаній для производства этой операціи. Къ нимъ относятся:

- 1) ригидность зѣва,
- 2) ракъ шейки матки,
- 3) эклампсія,
- 4) сердечные пороки,
- 5) легочная чахотка,
- 6) преждевременная отслойка дѣтскаго мѣста,
- 7) предлеженіе послѣда,
- 8) производство этимъ путемъ искусственнаго выкидыша,
- 9) и 10) хорей и неукротимая рвота,
- 11) септические процессы sub partu et sub abortu,
- 12) выпаденіе петель пуповины,
- 13) созданіе условий для производства поворота,
- 14) родоразрѣшеніе у умирающихъ и внезапно умер-

64258

Ваше шихъ-МАУЧЪ И БІБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

БІБЛИОТЕКА
Харьковского Медицин. Института
№ 5047. 2
Шифр

ПЕРЕВІРНО
1936

Насколько можно судить по имѣющимся литературнымъ даннымъ, самымъ частымъ показаніемъ для производства влагалищнаго кесарскаго сѣченія являлась тяжелая эклампсія. Въ послѣднее время все больше проявляется стремленіе дѣйствовать при эклампсіи активно и стремленіе это въ свою очередь объясняется тѣмъ, что причину ея возникновенія видятъ въ самоотравленіи организма матери продуктами жизнедѣятельности и роста плоднаго яйца (въ обширномъ смыслѣ), съ удаленіемъ котораго поступленіе этихъ началъ обыкновенно прекращается.

Сущность этого отравленія далеко еще не установлена, и взгляды изслѣдователей сильно расходятся въ этомъ отношеніи. Но независимо отъ того, считать ли первопричиной заболѣванія недостаточное окисленіе бѣлковыхъ веществъ въ организмѣ съ обильнымъ образованіемъ мясомолочной кислоты, какъ то полагаетъ Zweifel²² и²³, придерживать ли взглядовъ Kolmann'a²⁴ и Dienst'a²⁵, нашедшихъ у большинства экламптическихъ значительное увеличеніе количества глобулиновыхъ тѣлъ въ крови, которая не могли быть выведены изъ организма, благодаря заболѣванію почечной паренхимы, признавать ли правильной какую-либо другую теорію, напр. Zangemeister'a²⁶ о рефлекторномъ сокращеніи сосудовъ, Veit'a²⁷ объ образованіи въ организмѣ синцитіотоксина и синцитіолизина, Массена²⁸, видящаго къ эклампсіи только опредѣленный симптомокомплексъ, могущій зависѣть отъ различныхъ причинъ, или Строганова, являющагося поборникомъ инфекціоннаго происхожденія эклампсіи въ цѣломъ рядѣ работъ и статей, приходится съ несомнѣнностью установить стремленіе большинства акушеровъ къ возможно быстрому опороженію беременной матки отъ ея содержимаго —

плоднаго яйца при наличности эклампсіи. Разница между отдѣльными лицами лишь въ путяхъ, коими это опороженіе достигается и въ выборѣ момента для активного вмѣшательства. Чисто выжидательная терапія въ родѣ той, которую рекомендоваль еще не такъ давно Veit²⁹, смѣнилась значительно болѣе активной помощью. Даже такіе сторонники консерватизма въ акушерствѣ, какъ Hofmeier³⁰, Ols-hausen³¹ или Строгановъ³², стремятся теперь къ быстрому родоразрѣшенію при эклампсіи, предпочитая лишь другіе методы ускореннаго родоразрѣшенія влагалищному кесарскому сѣченію. Случаевъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія при эклампсіи описано еще не такъ много въ литературѣ, чтобы можно было этотъ методъ быстрого родоразрѣшенія окончательно сравнивать съ предложенными ранѣе: механическимъ растяженіемъ и въ особенности метрейризомъ, тѣмъ болѣе, что однородной статистики по этому вопросу не собрано и показанія въ этой операціи при эклампсіи ставятся очень различно. Одни видятъ въ ней ultimum refugium, послѣ того, какъ все, такъ называемые, консервативные способы были безрезультатно испробованы; другіе же считаютъ операцію показанной, лишь только констатированъ первый припадокъ экламптическихъ судорогъ. (Liermann³³) изъ клиники Bumm'a, Seitz³⁴) ученикъ Döderlein'a, Бекманъ³⁵). Если иногда почти безразлично, примѣнить ли тотъ, другой или третій способъ ускореннаго родоразрѣшенія, всегда будутъ случаи (и ихъ большинство), гдѣ каждый изъ перечисленныхъ способовъ является наиболѣе подходящимъ. Если считать, что съ окончаніемъ родового акта въ значительной мѣрѣ устраняется самый главный этиологическій моментъ возникновенія родовыхъ судорогъ, то нужно признать,

что стремление къ опорожнению матки является настоятельно показаннымъ. Въ случаяхъ легкихъ, когда припадки рѣдки, не слѣдуютъ быстро другъ за другомъ, пока еще нѣтъ осложнений со стороны легкихъ и сердца и поскольку можно судить, отсутствуетъ непосредственная опасность и мы располагаемъ для нашихъ дѣйствій нѣсколькими часами, наиболѣе умѣстнымъ будетъ примѣненіе метрейриза съ грузомъ или безъ онаго. Заложенный метрейринтеръ можетъ растянуть или вѣрнѣе открыть шейку въ продолженіи нѣсколькихъ часовъ, въ особенности, если родовая дѣятельность уже началась и надо ее только усилить и сдѣлать болѣе продуктивной. Тутъ одновременно со стремленіемъ къ болѣе быстрому раскрытію матки можетъ оказаться полезнымъ и симптоматическое лечение судорогъ морфіемъ, хлораломъ, хлороформомъ съ цѣлю уменьшенія повышенной возбудимости. Въ послѣднее, однако, время все чаще раздаются голоса, предостерегающія отъ введенія въ организмъ веществъ, дѣйствующихъ, несомнѣнно, неблагоприятно на измѣненную у экламптичекъ почечную паренхиму и далеко не безразличныхъ для плода. Въ случаяхъ со сглаженной уже шейкой, когда нужно только добиться большаго растяженія зѣва для примѣненія собственно родоразрѣшающей операциі съ нѣкоторымъ правомъ и надеждой на быстрый успѣхъ можетъ быть примѣненъ способъ механическаго расширения зѣва либо пальцами (по Meurer-Bonnaire'y), либо специальными металлическими расширителями (Bossi, Walcher) и т. п. Но всякое значительное растяженіе зѣва, если только оно не производится легко, а требуетъ примѣненія силы, градуировать которую не всегда бываетъ возможно, даже при наиболѣе осторожномъ ея примѣненіи, часто ведетъ къ надрывамъ и разрывамъ зѣва, какъ то показали многочисленные примѣры, разсѣянные по всей литературѣ. Глубокіе надрѣзы зѣва, предложенные въ 1890 г. Dührssen'омъ, послужившіе затѣмъ исходной точкой для выработки влагалищнаго кесарскаго сѣченія, являются методомъ болѣе скорымъ, бережнымъ и хирургически болѣе правильнымъ, чѣмъ механическое растяженіе зѣва. Единственное исключеніе представляютъ случаи, когда это растяженіе, будь то дигитальное, будь то инструментальное, происходитъ легко. Вотъ почему намъ казалось-бы умѣстнымъ въ случаяхъ, требующихъ быстрого разрѣшенія (не только при эклампсіи, но и при другихъ показаніяхъ) и когда роды настолько уже подвинулись, что шейка вполне сглажена и края зѣва истончены, попытаться расширить пальцами или инструментами зѣвъ, но всегда крайне осторожно и нѣжно. Не надо лишь забывать, что при пальцевомъ расширеніи возможность занесенія инфекции значительно увеличивается. Въ случаѣ же ощутительнаго сопротивленія, гораздо легче восприняемаго при пальцевомъ растяженіи, чѣмъ при примѣненіи металлическихъ инструментовъ, лучше не стараться его преодолѣть, а прямо приступить къ глубокимъ надрѣзамъ шейки. Этотъ способъ будетъ какъ-бы переходной стадіей къ примѣненію настоящаго влагалищнаго кесарскаго сѣченія, причемъ мы подъ этимъ словомъ, подобно автору метода Dührssen'у понимаемъ всякое заходящее за внутренній зѣвъ разсѣченіе шейки геср. нижняго сегмента беременной матки, дающее возможность свободнаго доступа къ плоду—какого-бы онъ срока ни былъ. Намъ кажется, что при нынѣшней постановкѣ вопроса объ эклампсіи, влагалищное кесарское сѣченіе будетъ вполне показаннымъ, когда мы имѣемъ дѣло съ тя-

вамъ и разрывамъ зѣва, какъ то показали многочисленные примѣры, разсѣянные по всей литературѣ. Глубокіе надрѣзы зѣва, предложенные въ 1890 г. Dührssen'омъ, послужившіе затѣмъ исходной точкой для выработки влагалищнаго кесарскаго сѣченія, являются методомъ болѣе скорымъ, бережнымъ и хирургически болѣе правильнымъ, чѣмъ механическое растяженіе зѣва. Единственное исключеніе представляютъ случаи, когда это растяженіе, будь то дигитальное, будь то инструментальное, происходитъ легко. Вотъ почему намъ казалось-бы умѣстнымъ въ случаяхъ, требующихъ быстрого разрѣшенія (не только при эклампсіи, но и при другихъ показаніяхъ) и когда роды настолько уже подвинулись, что шейка вполне сглажена и края зѣва истончены, попытаться расширить пальцами или инструментами зѣвъ, но всегда крайне осторожно и нѣжно. Не надо лишь забывать, что при пальцевомъ расширеніи возможность занесенія инфекции значительно увеличивается. Въ случаѣ же ощутительнаго сопротивленія, гораздо легче восприняемаго при пальцевомъ растяженіи, чѣмъ при примѣненіи металлическихъ инструментовъ, лучше не стараться его преодолѣть, а прямо приступить къ глубокимъ надрѣзамъ шейки. Этотъ способъ будетъ какъ-бы переходной стадіей къ примѣненію настоящаго влагалищнаго кесарскаго сѣченія, причемъ мы подъ этимъ словомъ, подобно автору метода Dührssen'у понимаемъ всякое заходящее за внутренній зѣвъ разсѣченіе шейки геср. нижняго сегмента беременной матки, дающее возможность свободнаго доступа къ плоду—какого-бы онъ срока ни былъ. Намъ кажется, что при нынѣшней постановкѣ вопроса объ эклампсіи, влагалищное кесарское сѣченіе будетъ вполне показаннымъ, когда мы имѣемъ дѣло съ тя-

желой прогрессирующей эклампсией, припадки которой не прекращаются от примѣненія той или другой консервативной терапіи, и когда быстрого родоразрѣшенія нельзя ожидать вслѣдствіе неподготовленности нижняго отрѣзка къ прохожденію плода, существованія еще не сглаженной шейки, малаго открытія. Естественно, что субъективныя впечатлѣнія лица, рѣшающагося на это пособіе, будутъ играть нѣкоторую роль при опредѣленіи тяжести случая, но все-же акушерскій опытъ создалъ цѣлую серію опознавательныхъ пунктовъ, благодаря которымъ внимательному наблюдателю удается съ вѣроятностью установить относительную тяжесть заболѣванія. При этомъ, разумѣется, для оцѣнки имѣетъ важность не тяжесть отдѣльныхъ симптомовъ, а тщательное опредѣленіе всей клинической картины: числа и силы припадковъ, потери или присутствія сознанія, частоты и напряженности пульса, возможности возникновенія отека легкихъ, измѣненій въ мочѣ, какъ въ количественномъ, такъ и въ качественномъ отношеніи и т. д. Примѣненіе въ тяжелыхъ случаяхъ влагалитичнаго кесарскаго сѣченія можетъ, намъ кажется, какъ по литературнымъ даннымъ, такъ и по клиническимъ наблюденіямъ, дать вполне удовлетворительные результаты и спасти не одну жизнь. Не слѣдуетъ лишь въ предложенной D. операціи искать панацеи при эклампсін. Сущность заболѣванія намъ все-таки неизвѣстна, и всѣ лечебныя мѣропріятія при ней основаны пока на эмпиризмѣ и тутъ не можетъ быть рѣчи о строгомъ причинномъ леченіи. Еще недавно Pfannenstiel ³⁶⁾ въ своемъ докладѣ объ оперативномъ леченіи эклампсін указалъ на цѣлый рядъ отчаянныхъ случаевъ, при которыхъ ни опороженіе матки, ни декапсуляція почекъ не принесли же-

лательнаго эффекта, и больныя погибали отъ своего страданія.

Тѣмъ не менѣе за послѣднее время стремленіе разрѣшать путемъ влагалитичнаго кесарскаго сѣченія при эклампсін дѣлается все болѣе замѣтнымъ, причемъ получаемыя результаты какъ-будто говорить въ пользу возможно быстрого родоразрѣшенія. (Schnell-Entbindung). Въ этомъ направленіи описанъ нѣкоторыми авторами довольно интересный матеріалъ. Такъ, въ статьѣ Reuber Petersen'a, ³⁷⁾ собрано 530 случаевъ влагалитичнаго кесарскаго сѣченія при эклампсін (292 ранѣе опубликованныхъ и 238 вновь собранныхъ) съ общей смертностью въ 23,4%. Относительно высокой процентъ смертности, мало чѣмъ отличающейся отъ % смертности при выжидательномъ леченіи (у того-же Reuber Petersen 28,9% на 113 собранныхъ случаяхъ, 32,9% у Бекмана на 210 случаевъ Обуховской больницы) и даже превосходящей выведенную другими, въ особенности русскими авторами, смертность. (Столыпинскій ³⁸⁾ 17,2% на 151 случ. бывшихъ въ СПб. Родовспомогательномъ заведеніи за 1907—1909 гг.; Рабиновичъ ³⁹⁾—8,9% по Маринскому Родильному Дому, Судаковъ ⁴⁰⁾—14,2% изъ Академической Акушерской Гинекологической Клиники) объясняется, пожалуй, *сборностью* матеріала. По крайней мѣрѣ, у отдѣльныхъ приводимыхъ R. Petersen'омъ авторовъ % смертности значительно ниже. Такъ, у Veit'a на 42 случ. в. кес. с. смертныхъ случаевъ было 5 (11,9%), у Winter'a на 34 вл. кес. сѣч. 3 смерти (8,8%). Низокъ также онъ у Бекмана (1. с.)—11,6% (5 случ. смерти на 43 влаг. кес. сѣч.). За болѣе быстрое родоразрѣшеніе говоритъ также статистика Fromme ⁴¹⁾, который при консервативной терапіи нашель у Zweifel'я 32,6% смертности, у Bum-

м'а—30%, у Olshausen'a 28,9%. При возможно быстромъ разрѣшеніи (Schnell-Entbindung) смертность рѣзко понизилась, давая у самого Fromme 12%, у Liepmann'a изъ клиники Bumm'a—13,9%, у Seitz'a на матеріалѣ Мюнхенской клиники—15% и на сборной сводкѣ 486 случаевъ—16,2%, и у Winter'a всего 10%.

Нѣкоторые, въ особенности германскіе, акушеры идутъ еще дальше и принципиально разрѣшаютъ каждую беременную лишь только установленъ діагнозъ эклиampsіи, и въ возможно ранней стадіи (не болѣе 2 припадковъ эклиampsіи). Это то, что въ нѣмецкой специальной литературѣ носитъ названіе Früh-Entbindung. При такомъ раннемъ родоразрѣшеніи % смертности (судя по статистическимъ даннымъ) еще понижается, и мы видимъ у Seitz'a всего 6,5% (при S—E у него 15%), у Liepmann'a—2,8%; Fromme даетъ даже 0% на 34 случая. Принципиально форсированное родоразрѣшеніе не принялось еще у насъ въ Россіи. Единственно Бекманъ является его сторонникомъ. Во всякомъ случаѣ приведенныя выше данныя, какъ бы ни относиться скептически ко всякаго рода статистикамъ, являются настолько интересными и говорящими въ пользу возможно быстрого родоразрѣшенія при эклиampsіи, что приходится желать и въ русскихъ клиникахъ и родильныхъ домахъ болѣе широкаго примѣненія hysterotomia vaginalis при этомъ тяжеломъ осложненіи беременности и родовъ.

Въ вопросѣ о показаніи къ влагалищному кесарскому сѣченію при предлежаніи дѣтскаго мѣста замѣчается два диаметрально противоположныхъ мнѣнія. Еще очень недавно противъ этой операціи при placenta praevia высказывались большинство представителей даже тѣхъ нѣмецкихъ клиникъ, гдѣ операція Dührssen-Bumm'a принципиально признавалась, какъ быстрый

и относительно безопасный способъ родоразрѣшенія. Такъ Bürger и Graff⁴²⁾ изъ клиники Schauta совершенно опредѣленно отвергли в. к. с. при предлежаніи дѣтскаго мѣста; отрицательное-же мнѣніе высказано было Zweifel'емъ⁴³⁾ Jung'омъ⁴⁴⁾, ученикомъ Martin'a въ Greifswald'ѣ. Послѣ бывшихъ у него 2 несчастныхъ случаевъ отказался отъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія Krönig⁴⁵⁾, ставшій сторонникомъ классическаго и экстратрионеального к. сѣч. Bumm', который раньше пропагандировалъ hysterotomia anterior и произвелъ ее не разъ при placenta praevia тоже измѣнить свой взглядъ и устами своего ученика Sigwart'a⁴⁶⁾ предостерегаетъ отъ производства этой операціи (при предлежаніи дѣтскаго мѣста) въ виду бывшихъ и у него несчастныхъ случаевъ. Въ общемъ слѣдуетъ отмѣтить, что нѣмецкіе авторы высказывались довольно воздержанно о вл. кес. сѣч. при предлежаніи дѣтскаго мѣста, довольствуясь испытанными уже методами, главнымъ образомъ метреїзмомъ при разорванныхъ оболочкахъ, и поворотомъ по Braxton Hicks'у. Но за послѣдніе два года, главнымъ образомъ послѣ работъ Dührssen'a (Metreurynterschnitt) и мюнхенскихъ акушеровъ съ Döderlein'омъ во главѣ, интересъ къ вл. кес. сѣченію при предлежаніи дѣтскаго мѣста видимо возросъ. Достаточно сказать, что на томъ-же 82 съѣздѣ нѣмецкихъ естественноиспытателей и врачей, бывшемъ въ Кенигсбергѣ въ сентябрѣ 1910 г.⁴⁷⁾ и въ одновременно появившейся статьѣ⁴⁸⁾ Döderlein говоритъ о 34 случаяхъ предлежанія дѣтскаго мѣста, систематически и подробно (исключены лишь были случаи, гдѣ послѣ вскрытія плоднаго яйца кровотеченіе длительно останавливалось и больше не возобновлялось) разрѣшенныхъ при помощи разсѣченія передней стѣнки. Сооб-

чение Döderlein'a вызвало на създѣ оживленныя пренія и, не смотря на противоположныя взгляды, высказанныя Pankow'ымъ, Jung'омъ, Sellheim'омъ, блестящіе результаты, достигнутыя Döderlein'омъ, у котораго на 34 предлежанія дѣтскаго мѣста быть только одинъ случай смерти и 2 случая болѣе или менѣе серьезныхъ послѣ-родовыхъ осложнений, по-видимому, побуждаютъ къ пересмотру всего вопроса о помощи при предлежаніи дѣтскаго мѣста. Крайне благоприятны данныя Döderlein'a о судьбѣ плодовъ, извлеченныхъ при вл. кес. сѣщеніи. Изъ означенныхъ 34 случаевъ—въ 3 дѣти были завѣдомо мертвы, въ 15 вѣсь ихъ, какъ то оказалось послѣ операциі не превышала 2000,0, что Döderlein считаетъ низшимъ предѣломъ жизнеспособности, въ остальныхъ 16—плоды были живы и достаточнаго развитія. И вотъ путемъ hysterostomatoma извлечено и выписано изъ клиники живыми 14 (87,5%). Результатъ, по истинѣ, болѣе, чѣмъ удовлетворительный и, въ сочетаніи съ малой смертностью и заболѣваемостью матерей, очень подкупающій въ пользу влагалищнаго кесарскаго сѣченія при предлежаніи дѣтскаго мѣста. Намъ кажется, что Döderlein заходитъ нѣсколько далеко, рекомендуя, какъ правило, разрѣшать во всѣхъ случаяхъ предлежанія дѣтскаго мѣста путемъ разсѣченія передней маточной стѣнки и въ большинствѣ случаевъ метрейризы будетъ достаточнымъ, а результаты, получаемые при примѣненіи этой операциі, пока удовлетворительными (Hannes' ⁴⁰⁾ 6,6% смертности матерей, Hofmeier ⁵⁰⁾—3%, Sigwart ⁴⁶⁾ изъ клиники Вимма даже 0,8%, Столыпинскій ²⁸⁾ 5,8%. Но въ случаяхъ сильныхъ, угрожающихъ жизни кровотеченій при небольшомъ на 1—1½ пальца открытіи и сохранившейся шейкѣ, едва-ли какой-либо другой способъ позволяетъ такъ-

же быстро, и смѣло можно сказать бережно, разрѣшить большую. Предложенный Dührssen'омъ Metreureynterschnitt сыграетъ, вѣроятно, при placenta praevia видную роль. Помѣщенный въ полость яйца баллонъ, имѣвшій первоначальной своей задачей остановку кровотечения и раскрытіе путей при несостоятельности этого мѣропріятія можетъ съ успѣхомъ быть использованъ для производства при облегченныхъ условіяхъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія. Высказывавшіяся ранѣе опасенія очень обильнаго кровотечения изъ разрывленнаго отъ непосредственнаго сосѣдства дѣтскаго мѣста, разсѣкаемаго при операциі нижняго отрѣзка матки, едва-ли, при сколько нибудь быстро совершаемой операциі (5—8 минутъ), вполнѣ обоснованы, разумѣется, при непремѣнномъ условіи производства достаточной длины разрѣза, исключаящаго возможность дальнѣйшаго разрыва стѣнокъ. Непосредственно и какъ правило, въ подобныхъ случаяхъ слѣдующее за выхожденіемъ плода удаленіе послѣда должно повести къ дальнѣйшему сокращенію опорожненнаго органа. Въ случаяхъ-же, когда и по удаленіи послѣда кровотеченіе продолжается и съ одной стороны мѣшается возстановленію цѣлости матки, съ другой—обезкровливаетъ анемичную больную, мы въ примѣненіи жгута Momburga имѣемъ всегда прекрасное средство временнаго гемостаза.

Тампонація, къ которой, какъ выяснится изъ дальнѣйшаго, мы относимся скорѣе отрицательно, въ случаяхъ кровотеченія изъ полости матки, здѣсь будетъ тоже вполнѣ у мѣста, такъ какъ тампонируютъ (притомъ туго) приходится плацентарное мѣсто, находящееся въ нижнемъ отрѣзкѣ органа, по физиологическимъ функціямъ вполнѣ отличномъ отъ главной мышечной массы органа—полной мышцы.

Еще большую пользу, чѣмъ при предлежаіяхъ дѣтскаго мѣста можетъ hysterostomatia принести при преждевременной отслойкѣ нормально сидящаго дѣтскаго мѣста, если оно совершается до начала родовой дѣятельности и при еще закрытой маточной шейкѣ. Въ случаяхъ отслойки дѣтскаго мѣста на значительномъ протяженіи, сопровождающемся цѣлымъ рядомъ вполне установленныхъ клиническихъ симптомовъ не остается ничего другого, какъ быстро опорожнить матку и способствовать въ дальѣйшемъ сокращенію опорожненнаго уже органа и остановкѣ этимъ путемъ кровотеченія. Отъ состоянія и степени открытія маточнаго зѣва будетъ только зависѣть тотъ методъ, при помощи котораго мы будемъ стремиться къ родоразрѣшенію. Но ни при одномъ изъ нихъ доступъ въ полость матки не можетъ быть совершенъ такъ быстро, какъ при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи. Этотъ путь избрали въ подходящихъ случаяхъ Bumm¹¹⁾, Dührssen¹²⁾, Rühl¹³⁾, Fabre¹⁴⁾, Regnol¹⁵⁾, Seitz¹⁶⁾, Kr. Brantd¹⁷⁾, Скробанскій¹⁸⁾, Вербовъ¹⁹⁾ и мн. др.

Влагалищное кесарское сѣченіе неоднократно производилось при стенозѣ и ригидности шейки, не поддающихся растягивающему дѣйствию физиологическихъ маточныхъ схватокъ.

Нерастяжимость шейки можетъ зависѣть либо отъ врожденныхъ особенностей даннаго субъекта, либо, и послѣднее чаще, отъ приобретенныхъ измѣненій въ строеніи нижняго отрѣзка матки, ея шейки и влагалищной части, являющихся результатомъ ранѣе бывшихъ патологическихъ родовъ, осложненнаго воспалительными процессами послѣ-родового періода и, наконецъ, какъ нежелательный эффектъ, нѣкоторыхъ оперативныхъ пособій (ампутация шейки, энергичное

прижиганіе ея и т. д.). Въ большинствѣ случаевъ пропитываніе тканей, наступающее къ концу беременности и началу родовъ, дѣлаетъ имѣющуюся рубцу достаточно растяжимыми, не смотря на бѣдность ихъ мышечными и эластическими элементами, и актъ родовъ, хотя и медленнѣе и съ болѣею затратой силы для роженицы, происходитъ самопроизвольно или требуетъ нашего вмѣшательства, лишь когда пути въ значительной степени уже подготовлены. Но въ иныхъ случаяхъ рубцовые ткани представляютъ столь большое сопротивленіе, что физиологическія схватки являются недостаточными, чтобы преодолѣть создавшееся препятствіе. Въ особенности это бываетъ, если рубцы существуютъ давно, занимаютъ большое пространство или-же если сократительная дѣятельность матки ослаблена.

Возникающія при этомъ опасности для роженицы могутъ быть двоякаго рода. Неподатливость шейки ведетъ къ растягиванію нижняго сегмента матки, напряженію круглыхъ связокъ, образованію кольца Band'a иными словами, грозитъ разрывомъ плодово-мѣстища со всеми его послѣдствіями. А такъ какъ единственная разумная терапія — опорожненіе матки затруднена пространственнымъ несоотвѣтствіемъ извлекаемаго объекта-плода и тѣмъ суженымъ путемъ, по которому онъ долженъ пройти, то мы стоимъ передъ очень трудной задачей. Но это лишь одна изъ опасностей. Вторая, не меньшая — это возможность, мы бы даже сказали вѣроятность, инфекціи, какъ слизистой матки (endometritis sub partu) такъ и яйца и его содержимаго. Возникающіе при этомъ процессы, къ счастью, чаще гнилостнаго (сапритического) чѣмъ гнойнаго (септического) характера могутъ сдѣлать цѣлесообразность нашей помощи, за-

висимой не только от характера ея, имѣющей всегда (какъ и при растяженіи нижняго отрѣзка) главной цѣлью опорожненіе матки отъ ея содержимаго, и созданіе естественнаго стока инфицированныхъ отдѣлений и уменьшеніе всасывающей поверхности путемъ послѣродового сокращенія органа, но также и отъ той быстроты, съ какой опорожненіе матки можетъ совершиться. Родовой эндометритъ, протекающей сперва какъ заболѣваніе мѣстное, сказывающаеся на организмѣ лишь въ видѣ повышенія температуры изъ-за всасыванія продуктовъ жизнедѣтельности возбудителей воспаленія, можетъ со-временемъ перейти въ общее септическое заболѣваніе съ его тяжелыми для роженицы послѣдствіями. Развитіе инфекціи облегчается еще носомѣнно тѣмъ обстоятельствомъ, что затянувшіеся роды заставляютъ насъ чаще, чѣмъ обыкновенно, контролировать путемъ изслѣдованія ходъ ихъ, а также побуждаютъ къ различнаго рода мѣропріятіямъ для болѣе быстрого и успѣшнаго раскрытія стенозированныхъ путей.

Въ виду этихъ опасностей, возникающихъ при большой неподатливости нижняго маточнаго отрѣзка, вполне естественно, что лишь только операція влагаліщнаго кесарскаго сѣченія стала достояніемъ болѣе обширныхъ врачебныхъ круговъ, ее начали примѣнять при стенозахъ и ригидности шейки, въ особенности если явленія инфекціи беременной матки и ея содержимаго, а также растяженіе ея нижняго отрѣзка грозили какой-нибудь серьезной опасностью. Слѣдуетъ имѣть въ виду, что кромѣ спасенія матери естественно является у акушера стремленіе получить и при этихъ неблагоприятныхъ для него условіяхъ рожденія живого и жизнеспособнаго ребенка.

Уже въ первой сводной статистикѣ Dührssen'a¹²⁾ не мало случаевъ влагаліщнаго кесарскаго сѣченія, произведенныхъ при этого рода показаніяхъ. Затѣмъ опубликованы были какъ отдѣльные случаи Fuchs'a¹³⁾, Wenzel'a¹⁴⁾, Baccus'a¹⁵⁾, Simon¹⁶⁾ и др., такъ и цѣлая серія (Seitz)¹⁷⁾. Послѣдній авторъ, принадлежащій къ Мюнхенской школѣ Döderlein'a описалъ 19 случаевъ затянувшихся изъ за неподатливости шейки родовъ, гдѣ, съ цѣлью родоразрѣшенія примѣнена была hysterostomatomia. У пяти роженицъ была уже tympania uteri (?). Всѣ матери выздоровѣли, а изъ 10 живыхъ до начала операціи дѣтей—9 родились живыми.

Среди многочисленныхъ случаевъ влагаліщнаго кесарскаго сѣченія описано не мало такихъ, которые производились уже въ первые мѣсяцы беременности при самыхъ разнообразныхъ показаніяхъ. Рѣшающимъ моментомъ для примѣненія означеннаго метода было обыкновенно какое-нибудь серьезное осложненіе, возникающее во время самаго производства искусственныхъ выкидышей или преждевременныхъ родовъ, какъ-то тяжелая инфекція, кровотеченіе, нерастяжимость шейки. Оканчивались также влагаліщнымъ кесарскимъ сѣченіемъ затянувшіеся и осложнившіеся произвольные выкидыши при невозможности или трудности другими методами добиться опорожненія матки. Успѣхъ, полученный при такомъ образѣ дѣйствій, побудилъ нѣкоторыхъ авторовъ расширить показанія для производствъ влагаліщнаго кесарскаго сѣченія въ томъ смыслѣ, что рекомендуется оно ими уже не какъ операція необходимости въ случаяхъ, не терпящихъ отлагательства, а какъ методъ выбора, къ которому приступаютъ непосредственно, не испытывъ ранѣе обычно примѣняемыхъ

болѣ консервативныхъ методовъ—бужирования, тампонаціи, метрейриза, создающихъ путемъ вызванія схватокъ и слѣдующаго за ними раскрытія зѣва достаточный доступъ въ полость матки. Означенный методъ пропагандируется Klein'омъ⁶²⁾, при выкидышахъ свыше 2-хъ мѣсяцевъ, Amann'омъ, Wiener'омъ⁶³⁾, Rosner'омъ⁶⁴⁾, Jahreiss'омъ⁶⁵⁾. Jahreiss производилъ влагалищное кесарское сѣченіе даже на 6-ой недѣлѣ беременности.

Среди показаній къ влагалищному кесарскому сѣченію значатся и многія общія заболѣванія беременных и роженицъ. Въ таблицѣ Rotter'a²¹⁾ говорится о сердечныхъ порокахъ, легочной чахоткѣ, хоревѣ. Среди нашихъ случаевъ имѣется hysterotomia anter, сдѣланная по поводу тяжелаго нефрита. Затѣмъ встрѣчаются литературныя указанія на производство ея при полиневритѣ, случай Frenkel'я, когда показаніемъ служилъ увеличивающійся при беременности зобъ и т. д.

Вполнѣ естественно, что съ распространеніемъ операціи влагалищнаго кесарскаго сѣченія расширились и ея показанія. Операція сравнительно легкая, она привлекала своей быстротой и удачей непосредственнаго эффекта—окончаніемъ беременности resp. родовъ. Но не слѣдуетъ забывать, что когда мы при общихъ заболѣваніяхъ рѣшаемся почему-либо прервать беременность или закончить роды, то у насъ въ большинствѣ этихъ, относительно не часто встрѣчающихся, случаевъ нѣтъ нужды очень спѣшить и на первомъ планѣ стоитъ не быстрота опорожненія беременной матки, а лишь прекращеніе беременности; послѣдняго результата можно добиться и болѣе осторожными приѣмами: тампонаціей, бужированіемъ, метрейризомъ и вообще всѣми тѣми способами, которые

употребляются для искусственнаго вызванія родовой дѣятельности.

Лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда по состоянію больной желательно совершенно исключить всякое повышение кровяного давления при возникновеніи родовой дѣятельности, главнымъ образомъ, при не компенсированныхъ порокахъ сердца или обширныхъ легочныхъ кавернахъ съ явно выраженной наклонностью къ кровотеченію, можно говорить о показаніяхъ къ производству в. к. с., но и то лишь наравнѣ съ другими методами искусственнаго родоразрѣшенія. Равнымъ образомъ, несомнѣнно, могутъ встрѣтиться случаи, когда чисто акушерскіе методы не достигаютъ цѣли—матка не реагируетъ на примѣняемыя раздраженія и намъ, въ виду общаго угрожающаго состоянія больной, остается лишь хирургическій путь вскрытія и опорожненія плодовмѣстности. Такія показанія будутъ всегда исключительными и случаи примѣненія *sectio caesarea vaginalis* единичными. Дѣлать на ихъ основаніи какіе-нибудь общіе выводы не представляется возможнымъ.

Къ случаямъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія, произведеннымъ по поводу общихъ тяжелыхъ заболѣваній, осложняющихъ беременность и самъ актъ родовъ, близко примыкаетъ производство этой операціи на умирающей.

Основываясь на кардинальномъ принципѣ non posse в подобныя обстоятельствахъ, едва-ли умѣстна какая бы то ни было операція, а тѣмъ болѣе влагалищное кесарское сѣченіе для достиженія очень гадательнаго результата—спасенія ребенка, находящагося тоже на краю гибели, въ виду безнадежнаго состоянія матери. Борющійся послѣдними силами организмъ ея подвергается новой опасности, связан-

ной какъ съ самымъ оперативнымъ вмѣшательствомъ, такъ и съ необходимыми приготовлениями къ нему (переноской, измѣненіемъ положенія и т. д.). Но даже не касаясь этической стороны и въ чисто медицинскомъ отношеніи в. к. с. по производству своему совершенно не подходитъ къ экстренной помощи, которую врачъ считаетъ себя въ правѣ, не смотря ни на что, примѣнить у умирающей женщины. Путь черезъ брюшные покровы будетъ всегда быстрее и надежнее для достиженія конечнаго результата—рожденія ребенка, а производство, хотя-бы на обыкновенной постели, разрѣза брюшной и маточной стѣнокъ, неизмѣримо проще, чѣмъ требующее помощниковъ приведеніе больной въ соответствующее положеніе, раскрытіе рукава зеркалами, низведеніе влагалищной части и т. д., необходимыхъ для того, чтобы опорожнить матку со стороны влагалища. Едва ли правы поэтому тѣ, которые увѣряютъ, что согласіе лицъ, окружающихъ умирающую скорѣе послѣдуетъ для влагалищнаго, чѣмъ для простаго кесарскаго сѣченія. Вѣроятно же всего, этого согласія или вовсе не послѣдуетъ, или же лицо, подающее помощь, возьметъ на себя въ исключительныхъ случаяхъ всю отвѣтственность за самостоятельное рѣшеніе вопроса объ безотлагательности той или иной родоразрѣшающей операци. Въ литературѣ, однако, случаи влагалищнаго кесарскаго сѣченія на умирающей описаны. Такъ поступили Rotter²¹⁾ сдѣлавшей влагалищное кесарское сѣченіе у женщины, умиравшей отъ некомпенсированнаго порока митральнаго клапана, Dührsenn¹²⁾ (стенозъ митральнаго клапана) Strassmann⁶⁶⁾ (агонія въ эклампсін) и, вѣроятно, нѣкоторые другіе. Наконецъ, въ 1908 г. въ Giessen'ѣ вышла специальная работа Böhmer'a⁶⁷⁾, рекомендующая и этотъ

способъ разрѣшенія у умирающихъ беременныхъ съ живымъ плодомъ.

Изъ болѣе рѣдкихъ показаній къ производству в. к. с. слѣдуетъ упомянуть о выпаденіи петель пуповиной стѣнокъ и созданіи путемъ разсѣченія маточныхъ стѣнокъ условий для поворота при поперечномъ положеніи. Оба эти показанія проводятся, главнымъ образомъ, Мюнхенской школой (Döderlein, Seitz) и широко примѣняются, повидимому, не получивъ, хотя и у Bumm'a встрѣчаются указанія на производство hysterotomia anterior при поперечномъ положеніи и недостаточномъ открытіи. Естественно, что и при поперечномъ положеніи и при выпаденіи петель пуповины операція производится въ интересахъ плода.

Наконецъ, беременность съ живымъ и жизнеспособнымъ плодомъ, осложненная ракомъ, является показаніемъ для такъ называемаго радикальнаго влагалищнаго кесарскаго сѣченія (послѣ рожденія ребенка и выхожденія послѣда, пораженный ракомъ органъ удаляется влагалищнымъ путемъ). Уже первая большая статистика D., опубликованная въ Winkel'евскомъ учебникѣ акушерства и относящаяся къ 1906 г., знакомитъ насъ съ 47 случаями радикальнаго влагалищнаго кесарскаго сѣченія (съ 10% смертности). Съ тѣхъ поръ опубликовано было ихъ не мало еще, такъ что безъ преувеличенія можно говорить о сотнѣ и болѣе подобныхъ операций. За послѣднее время, впрочемъ, появляется наклонность замѣнить Dührsenn-Bumm'овскую операцію классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ съ послѣдующимъ удаленіемъ по типу Wertheim'a матки, придатковъ, тазовой кляпчатки и железъ, въ ней заключающихся. Sarwey⁶⁸⁾ въ своей статьѣ „Uterusclainom und Schwangerschaft

говорить уже о 13 подобных операциях (без единой смерти). Въ какомъ направленіи въ будущемъ пойдеть терапия въ случаяхъ беременности, осложненной ракомъ влагалищной части или шейки, предсказать трудно. Споръ сторонниковъ влагалищнаго способа удаленія карциноматозно-пораженныхъ матокъ съ послѣдователями операциі Wertheim'a далеко не разрѣшенъ, несовершенная статистика служить пока только для утверждения своихъ собственныхъ взглядовъ, и личное предпочтеніе оператора является самымъ существеннымъ мотивомъ для выбора того или другого пути. Намъ кажется все-же, что удаленіе влагалищнымъ путемъ въ смыслѣ техническомъ, въ общемъ, представляется болѣе простымъ и болѣе доступнымъ для врача, подающаго пособіе. Экстирпациа только что опорожненной матки совершается даже легче, чѣмъ обычно, растянутое прохожденіемъ плода влагалище даетъ возможность широкаго доступа къ сводамъ, а разрыхленные ткани создаютъ большую подвижность и низводимость удаляемой матки. Кровотеченіе, при тщательномъ и систематическомъ наложеніи лигатуръ, не грозитъ излившей потерей крови, а „вязкость“ пуэрперальной матки дѣлаетъ прохожденіе очень объемистаго органа вполне возможнымъ чрезъ расширенное влагалище, въ особенности если разсѣчь ее по средней линіи пополамъ, что, какъ мы убѣдились на опытѣ, не должно сопровождаться значительнымъ кровотеченіемъ. Не отрицая всей предпочтительности удаленія возможно большаго количества параметральной и тазовой клѣтчатки, а также лимфатическихъ железъ при операциі Wertheim'a, влагалищный путь кажется намъ болѣе простымъ и доступнымъ въ рукахъ не корифеевъ нашей науки, а средняго хирургически образованнаго современнаго акушера.

Каковы-же, кромѣ достигнутаго въ теченіе нѣсколькихъ минутъ родоразрѣшенія, непосредственные результаты влагалищнаго кесарскаго сѣченія и какъ высокъ % смертности этой операциі. На этотъ вопросъ почти невозможно отвѣтить, такъ какъ тѣ осложненія родового акта и беременности, которыя вызываютъ производство этой операциі—эклампсія, предлежаніе дѣтскаго мѣста, преждевременная отслойка его и т. д.—уже сами по себѣ имѣютъ большую смертность, независимо совершенно отъ пособія, которое они вызываютъ. По литературнымъ даннымъ, очень трудно точно отдѣлить тѣ случаи, гдѣ смерть зависѣла отъ основнаго страданія, отъ тѣхъ, гдѣ виною могло быть влагалищное кесарское сѣченіе. Затѣмъ статистическія цифры даютъ сколько-нибудь правильные выводы только если онѣ касаются большого количества наблюденій, производимыхъ въ одинаковыхъ условіяхъ. По отношенію къ влагалищному кесарскому сѣченію это значило-бы при большихъ серияхъ, обнародованныхъ однимъ и тѣмъ-же авторомъ, или по крайней мѣрѣ, одной и той-же школой. Такихъ цифръ нѣтъ и не скоро будутъ, такъ какъ операциа эта, какъ ни ставить широко къ ней показанія, все-же должна быть отнесена къ разряду не часто при-мѣняемыхъ.

Поэтому, хотя здѣсь и приводятся нѣкоторыя статистическія данныя, но мы имъ не придаемъ первостепеннаго значенія въ смыслѣ оцѣнки самой операциі.

Въ первой своей большой работѣ о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи Dührsenn¹²⁾ собралъ 201 случай съ 28-ю смертными исходами, что составляетъ 13,93%. Въ сборной статистикѣ Reuber Petersen'a, касающейся 530 случаевъ исключительно эклампсией, разрѣшенныхъ

путем влагалищного кесарскаго сѣченія, смертность достигаетъ высокой цифры 23,4%. Федоровъ ⁽⁵⁾ въ своей недавно вышедшей работѣ на 330 собранныхъ случаевъ выводитъ уже 8,2%, но дѣлаетъ оговорку, что только въ 3-хъ случаяхъ (0,87%), смерть послѣдовала въ связи съ операцией, а если исключить двухъ больныхъ, повидимому инфицированныхъ и лихорадившихъ еще до операции, то % падаетъ до 0,3. Въ серияхъ болѣе однообразныхъ (одного автора) %-ое отношеніе подвергается тоже значительнымъ колебаніямъ, вѣроятно, въ зависимости отъ постановки показаній; у Bumm'a въ 1905 г. на 52 случая были 12 смертей—23%, у Seitz'a на 70 влагалищныхъ кесарскихъ сѣченій было всего 2 смерти—2,86%, причемъ, по словамъ автора, одна больная скончалась отъ тяжелой эклампсiи; вторая была оперирована in extremis при пневмоніи. Döderlein на 82 сѣздахъ въ Кенигсбергѣ привелъ 120 влагалищныхъ кесарскихъ сѣченій (hysterostomatia) съ 6 случаями смерти. Въ диссертациі Lang'a ⁽⁶⁾ приведено 23 влагалищныхъ кесарскихъ сѣченій, произведенныхъ по самымъ разнообразнымъ показаніямъ, безъ единого смертнаго случая (0%). Какъ мы видимъ, статистическія данныя различныхъ авторовъ совершенно не могутъ указать намъ приблизительнаго даже процента смертности. Теоретически онъ не долженъ быть высокъ, такъ какъ, при правильномъ производствѣ операции, опасностей, сопряженныхъ со вскрытіемъ брюшины, нѣтъ, околоматочная клѣтчатка легко можетъ быть дренирована марлевыми полосками, и стокъ послѣродовыхъ выдѣленій вполне обезпеченъ. Тѣмъ не менѣе указаніе на возможность возникновенія смертельнаго сепсиса имѣются и въ литературныхъ данныхъ и, къ сожалѣнію, на нашемъ даже небольшомъ матеріалѣ. Такъ, Dührssen вы-

дѣлаетъ въ первой своей статистикѣ 4% смертности на долю септическихъ осложненій послѣ влагалищнаго кесарскаго сѣченія. Schwabe ⁽⁷⁾ приводитъ въ своей диссертациі тѣ-же 4% смертности отъ послѣоперационнаго сепсиса. Изъ 15 произведенныхъ въ Р. З. влагалищныхъ кесарскихъ сѣченій въ одномъ случаѣ смерть, какъ то показало вскрытіе, произошла, несомнѣнно, отъ септическаго процесса, возникшаго послѣ операции.

Кромѣ непосредственныхъ результатовъ при оцѣнкѣ влагалищнаго кесарскаго сѣченія существенное значеніе имѣютъ тѣ измѣненія, которыя операция эта производитъ, или можетъ производить въ половомъ аппаратѣ женщины. Особенно интереснымъ является вопросъ о послѣдующихъ за влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ беременностяхъ и родахъ. Противники этой операции высказывали не разъ опасенія, что въ случаѣ заживленія путемъ грануляціи маточнаго и влагалищнаго разрывовъ и даже, когда на мѣстѣ сѣченія получается линейный рубецъ, образованія эти, состоящія изъ соединительной ткани, не могутъ въ достаточной степени растягиваться при возникновеніи маточныхъ сокращеній и создаютъ, такимъ образомъ, затрудненіе при послѣдующихъ родахъ, угрожающее осложненіями въ видѣ затяжныхъ родовъ со всѣми ихъ опасностями, разрывами, отрывами шейки и т. д. Въ такомъ смыслѣ высказались Hofmeier ⁽⁸⁾, Ahlfeld, ⁽⁹⁾ Kromer ⁽¹⁰⁾. Однако, наблюдавшіеся послѣ влагалищнаго кесарскаго сѣченія случаи родовъ не подтвердили этихъ опасеній. Olow ⁽¹¹⁾ въ своей появившейся въ 1910 г. работѣ говоритъ о тридцати ему извѣстныхъ случаяхъ беременности и родовъ послѣ въ к. с., хотя приводитъ литературныя ссылки только для 14 случаевъ и описываетъ 3 собственныхъ. Изъ не-

отмѣченныхъ имъ случаевъ мы знаемъ еще нѣсколько: 2 случая Liepmann'a ⁷⁵⁾, 2 случая Bardeleben'a цитированные у Felix Humbert ⁷⁶⁾, равно какъ и два собственныхъ случая самого Humbert'a, 2 случая Goldberg'a ⁷⁷⁾, случай Бекмана ⁷⁸⁾, 2 случая Богданова (IV съѣздъ), 1 случай Кг. Brandt'a ⁷⁹⁾, случай Weiss wange ⁷⁹⁾, доложенный въ Дрезденскомъ Гинекологическомъ обществѣ, нѣсколько случаевъ американскихъ авторовъ, о которыхъ говоритъ Dührssen. За исключеніемъ одного случая Humbert'a, кончившагося летально, всѣ остальные роды протекли, если иногда и не совсѣмъ физиологически, то вполне благополучно. У вышеупомянутой Humbert'омъ больной наложены были при несовершенномъ зѣвѣ полостные щипцы съ цѣлью спасти жизнь ребенка, сердцебіеніе котораго стало рѣзко падать. При тракціяхъ лопнулъ рубецъ на передней стѣнкѣ матки и началось обильное кровотеченіе, остановленное тампонаціей. Тѣмъ не менѣе состояніе больной послѣ остановки кровотечения не улучшилось, сердечная дѣятельность продолжала быть слабой, появились указанія на острое заболѣваніе почекъ (бѣлокъ и кровь въ мочѣ, головныя боли, затѣмъ потеря сознания, одышка и т. д.) и на 4-ый день родильница скончалась при явленіяхъ полного упадка сердечной дѣятельности. На вскрытіи найденъ былъ, кромѣ разрыва передней стѣнки матки въ области стараго рубца, острѣйшей нефритъ и очень далеко зашедшее жировое перерожденіе печени, что заставляетъ автора предположить у больной эклампсію безъ припадковъ, приведшую больную къ смерти. Возникновеніе разрыва въ данномъ случаѣ, хотя до нѣкоторой степени и подтверждаетъ опасенія Hofmeiera и Ahlfelda, но, по всей вѣроятности, зависѣло отъ примѣненія щипцовъ при

неполномъ зѣвѣ (раскрытіе было „hauttellergross“), когда и безъ ранѣ, нанесенной и зажившей травмы, нерѣдки большіе разрывы въ области шейки, такъ что, въ смыслѣ осложненій, едва-ли можетъ быть поставлено въ вину предшествовавшему влагалищному кесарскому сѣченію.

Въ общемъ-же слѣдуетъ предположить, что перенесенное влагалищное кесарское сѣченіе не предрасполагаетъ къ осложненіямъ во время послѣдующихъ родовъ. Правы поэтому тѣ, которые считаютъ въ этомъ отношеніи операцію безопасной. При сотняхъ произведенныхъ за послѣднее десятилѣтіе в. к. с. навѣрное наблюдалось-бы извѣстное количество неблагополучныхъ послѣдовательныхъ родовъ, и существующіе еще, несомнѣнно, противники этой благодѣтельной и во многихъ случаяхъ незамѣнимой операціи, навѣрное, подкрѣпляли бы свою аргументацію соотвѣтственно собранной статистикой.

Остался незамотрѣннымъ у насъ весьма существенный вопросъ о вліяніи влагалищнаго кесарскаго сѣченія на судьбу рожденныхъ при помощи этой операціи плодовъ. Не отрицая его важности и крайняго интереса, который онъ можетъ возбудить, мы считаемъ главнымъ показаніемъ къ этой операціи тѣ исключительныя, опасныя для жизни матери положенія, возникающія у нея въ связи съ беременностью или родами, отъ которыхъ она можетъ быть освобождена лишь путемъ быстрого опорожненія своего плодывѣстия. При такомъ взглядѣ судьба ребенка не можетъ играть значенія сколь-нибудь равнаго жизни матери, которую мы собираемся спасти. Естественно, что при наличности живого и жизнеспособнаго плода, крайне желательно получить и его живымъ послѣ произведеннаго влагалищнаго кесарскаго сѣ-

чения. Но это обстоятельство может быть лишь приходящим, и въ оцѣнкѣ самой операціи не играющимъ рѣшительной роли. И на литературномъ и на небольшомъ собственномъ матеріалѣ мы убѣдились, что независимо отъ срока беременности (плоды жизнеспособные и нежизнеспособные), независимо отъ того, живъ-ли находящійся въ маткѣ ребенокъ, есть цѣлая серия случаевъ, когда влагалищное кесарское сѣченіе ничѣмъ другимъ замѣнено быть не можетъ. Это идеально задуманное и практически вполне разработанное современное *accouchement forcé*, имѣющее все достоинства нужнаго въ отдѣльныхъ случаяхъ быстрого опорожненія матки, безъ тѣхъ тяжелыхъ осложнений, которыя когда-то такъ пугали акушеровъ старыхъ временъ. Вопросъ-же о примѣненіи этой операціи, какъ правила и системы — оставляется нами открытымъ. Естественно, что если примѣнять ее, какъ Döderlein и Seitz при всѣхъ случаяхъ предлежанія дѣтскаго мѣста или, какъ у насъ въ Россіи Бекманъ при всѣхъ случаяхъ эклампси, то судьба плодовъ должна играть въ оцѣнкѣ обычно примѣняемаго при извѣстныхъ осложненияхъ беременности и родового акта акушерскаго пособия первостепенное значеніе, и тотъ или иной % дѣтской смертности представлять первоклассный интересъ.

IV.

Переходимъ теперь къ описанію бывшихъ въ Р. З. случаевъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія. Часть изъ нихъ была вкратцѣ опубликована въ отчетахъ по Р. З., и въ докладѣ на IV Всероссійскомъ съѣздѣ гинекологовъ и акушеровъ Л. А. Гусакова, часть является впервые.

1) № 182 Мар. Гинек. Отдѣл. за 1906 г. У. Ф. 33 л. III—gravida. Крестьянка Петербургской губ. Начала менструировать 15 л. Типъ черезъ 23 дня по 3—4 дня. 26 лѣтъ вышла замужъ. Рожала вполне благополучно два раза. Послѣ послѣднихъ родовъ (въ 1904 г.) начала показываться кровянистыя выдѣленія, а въ послѣднее время и кровь (помимо менструальнаго періода). Беременной себя не считаетъ. Пришла за совѣтомъ отъ ослабляющихъ ее кровотеченій.

Status praesens. Женщина средняго роста, правильнаго тѣлосложенія. Наружные покровы блѣдые, подкожной жировой кѣлочки мало. Легкія и сердце здоровы. Кишечникъ работаетъ правильно. При осмотрѣ кромѣ несомнѣнной 4-мѣсячной беременности найденъ ракъ влагалищной части въ видѣ грибовиднаго разрастанія на передней и задней губѣ, подтвержденный микроскопическимъ послѣдованіемъ. Матка подвижна, инфилтративъ въ сводахъ не прощупывается. Установивъ діагнозъ 4-мѣсячной беременности, осложненной ракомъ влагалищной части, не перешедшимъ, повидному, на около-маточную кѣлчатку, рѣшено было, не ожидая далекаго еще конца беременности, опорожнить сперва матку отъ содержимаго, а затѣмъ удалить ее влагалищнымъ путемъ. 22/IX послѣ ампутаціи пораженной влагалищной части термокаутеромъ, вскрытъ передній сводъ, отслоенъ и отодвинутъ пузырь, и сдѣлана hysterotomia anterior. Разрѣзъ длиной 7—8 сант. 4-мѣсячный плодъ легко удаленъ. Кровотеченіе довольно сильное, но по опорожненіи матки оно быстро прекратилось. По удаленіи плода приступлено къ экстирпаціи органа. Такъ какъ матка значительно сократилась, то продолжать разрѣзъ передней стѣнки не представлялось необходимымъ и по перевязкѣ маточныхъ сосудовъ и широкихъ связокъ органъ цѣлкомъ удаленъ по обычному способу. Хотя беременность была только 4-мѣсячная, но по типу произведенной операціи это была, несомнѣнно, *sectio caesarea vaginalis radicalis*. Послѣ операціонное теченіе безъ осложнений и на 24-ый день больная выписана вполне оправившейся послѣ операціи и съ хорошимъ влагалищнымъ рубцомъ. Дальнѣйшихъ свѣдѣній о больной не имѣется.

2) № 2526 (1906 г.) (Родильное отдѣленіе). Е. П. крестьянка Архангельской губ. 37 л. VIII—gravida поступила 18 сентября. До настоящей беременности чувствовала себя хорошо. Вышла замужъ 19 лѣтъ до начала менструацій. Вскорѣ забеременѣла и, такъ какъ одна беременность сдѣлала за другой и больная

кормила всѣхъ дѣтей сама, то первая кровь появились на 32-мъ году, полъ-года спустя послѣ 7-хъ родовъ. Типъ черезъ 4 недѣли по 4—5 дней. Въ продолженіе всей настоящей беременности часто кровоточила, кровотечения бывали и раньше (послѣдніе 2 года), но въ болѣе слабой степени. Предыдущіе роды нормальны.

Status praesens. Истощенный субъектъ высокаго роста и правыяго тѣлосложенія; поступила въ Родовспомогательное заведеніе въ концѣ девятаго мѣсяца беременности. Элементы таза: 30, 28, 26, 20, 11. Матка соответствуетъ по величинѣ предполагаемому сроку беременности, сердцебіеніе плода выслушивается хорошо слыва, предлежащій головка. Маточная шейка занята раковымъ инфильтратомъ, причѣмъ процессъ локализируется, главнымъ образомъ, на лѣвой сторонѣ задней губы. Нѣкоторая плотность ощущается и въ лѣвомъ сводѣ. Диагнозъ подтвержденъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ вырѣзаннаго въ инфильтрованного мѣста кусочка. Шейка совершенно закрыта и пальца не пропускаетъ. Почти доношенная беременность при живомъ и жизнеспособномъ плодѣ, лишь очень незначительно суженномъ тазѣ, не могущемъ, повидному, служить препятствіемъ для быстрого родоразрѣшенія и наличности точно установленнаго рака шейки привело къ соображенію о желательности производства операциі влагалищнаго кесарскаго сѣченія немедленно, не ожидая начала родовой дѣятельности. Лишь только пути были достаточно дезинфицированы, приступлено было къ операциі. 26/IX—послѣ отжиганія раково-измѣненной шейки, сдѣланъ Т-образный разрѣзъ на передней влагалищной стѣнкѣ, которымъ и вскрытъ былъ передній сводъ. Пузырь отсепарованъ, передняя маточная стѣнка вскрыта, начиная отъ основанія культи шейки на 10—11 сантиметровъ. Въ образовавшееся отверстіе вставился плодный пузырь, который немедленно былъ разорванъ. Повернутъ плодъ на правую ножку, извлекли его. Родился живой, доношенный ребенокъ въ 3500 гр. вѣсомъ и 52 сантимет. длинѣ. Изъ легкой асфиксій, въ который онъ былъ въ моментъ появленія на свѣтъ, оживить его не представило трудности. Послѣдъ выжать по Créde, послѣ чего сдѣланъ горячій въ 39° влагалищно-маточный душъ, такъ какъ матка была нѣсколько вялой и кровоточила. Послѣ останковъ кровотечения вскрытъ задній сводъ и дугласть, перевязаны маточно-крестцовыя связки и по очерченію круговымъ разрезомъ сизистой рукава перевязаны обѣ маточныя артеріи. По вскрытіи, брюшины спереди при сильномъ потягиваніи и не продолжал раз-

рѣза передней стѣнки, благодаря большой пластичности органа, удалось перевязать круглыя связки съ заключенными въ нихъ трубами и сосудами, послѣ чего матка встѣчена.

Въ послѣоперационномъ теченіи было нѣсколько дней съ повышенной температурой (максимумъ 38,5°), но въ общемъ послѣоперационный періодъ протекъ благоприятно и 18/Х на 23-й день больная выписалась вѣздѣть съ ребенкомъ.

Къ сожалѣнію, у этой больной въ мартѣ 1907 г. констатированъ рецидивъ въ культѣ.

3) № 3718/1906 г. М. П. мѣщанка 36 лѣтъ УП—рага поступила въ Родовспомогательное Заведеніе 8/ХІІ 1906 г., въ 9 часовъ утра для родоразрѣшенія. Роды срочные. Слабыя бои начались за сутки до поступленія. Съ 11 часовъ вечера 7/ХІІ начала кровоточить. Во время беременности кровотеченій не было. Менструаціи съ 16-лѣтняго возраста, черезъ 4 недѣли по 3 дня. Предыдущія беременности протекали нормально, роды заканчивались благополучно силами природы. Послѣдніе роды 5 лѣтъ тому назадъ.

Здоровая на видъ женщина. Легкія и сердце нормальны. Кишечникъ работаетъ прекрасно. Элементы таза: 30, 28, 25, 20. Схватки слабыя и рѣдкія. По наружному изслѣдованію—черепное предлежаеніе. Сердцебіеніе плода выслушивается хорошо. При влагалищномъ изслѣдованіи: раскрытіе мѣла на 3 пальца, предлежащій хорошо напавшійся пузырь, за которымъ ясно прощупывается балотирующая головка. Края мѣла спереди тонкія растяжимыя, на задней-же губѣ плотная опухоль съ сосочковыми разраженіями. Уплотненіе распространяется нѣсколько на правый сводъ. Опухоль кровоточить при дотрагиваніи и не поддается растяженію. При осмотрѣ глазомъ представляеть знакомую картину раковаго новообразованія. Съ момента (9 ч. утра) поступленія до 3-хъ часовъ дня, несмотря на значительно участившіяся и усилившіяся бои, раскрытіе нисколько не подвижилось. Около 3-хъ часовъ кровотеченіе, бывшее до того очень незначительнымъ, вдругъ замѣтно усилилось. Приходилось думать о болѣе быстромъ разрѣшеніи и рѣшено было сдѣлать радикальное влагалищное кесарское сѣченіе. Hysterotomia anterior. Разрѣзъ по передней стѣнкѣ на 12", послѣ предварительнаго Т-образнаго влагалищнаго разрѣза и отслойки пузыря создалъ широкій доступъ къ плодному яйцу. Облобки разорваны и произведенъ поворотъ на правую ножку. Послѣдованіе за поворотомъ измѣненіе не представило никакихъ за-

трудней. Родилась вполне доношенная и живая дѣвочка въ 3500 грм. вѣсомъ и 52¹/₂ дюны, закрывшая тотчасъ по рожденіи. Послѣродовое кровотеченіе остановлено выдѣленіемъ плаценты по Сгедѣ. Лишь только полость опорожнилась, приступлено было къ удаленію матки. Задній сводъ вскрытъ, и вскрытъ задній дуглазъ, перевязаны и перерѣзаны крестцово-маточныя связки и маточные сосуды. Затѣмъ продолжено отдѣленіе пузыря до появленія переходной складки, которая и разрѣзана. Вскрытъ, такимъ образомъ, брюшину спереди, въ дальнѣйшемъ продолженъ при постепенномъ потягиваніи разрѣзъ передней стѣнки матки вплоть до дна. Последнее легко выведено наружу и нѣсколькими лигатурами защежены широкія связки, послѣ чего органъ окончательно удаленъ.

Въ послѣоперационномъ періодѣ съ 4-го по 8-й день Т° повышалась, достигнувъ къ вечеру 5-го дня—39°. Общее состояніе и дѣятельность сердца были все это время вполне удовлетворительными. Въ дальнѣйшемъ Т° вернулось къ нормѣ; на 18 день сняты швы съ культи, а на 23-й больная выписана въ отличномъ состояніи, съ хорошо образованнымъ рубцомъ. Произведенное послѣ удаления матки микроскопическое изслѣдованіе опухоли подтвердило клинической діагнозъ.

4) № 3885/1906. М. П. 18 лѣтъ I—gravid. Привезена въ Родовспомогательное Заведеніе 17/XII на 8-мъ мѣсяцѣ беременности послѣ 4-хъ припадковъ эклампсиса, бывшихъ у нея на дому. При поступленіи, благодаря почти полному сознанію, удалось собрать събѣдующія анамнестическія данныя: рождаетъ первый разъ, регулы носить съ 13-лѣтняго возраста черезъ 4 недѣли по 7—8 дней безъ болей. Послѣднія крови въ началѣ Мая текущаго года. Первое движеніе почувствовала 15-го IX. За недѣлю до поступления замѣтила отекъ ногъ. Утромъ 17/XII появилась рвота, а около 11 часовъ первый припадокъ судорогъ, по окончаніи котораго больная, по словамъ привезшихъ ее, быстро очнулась. Въ 2 часа былъ второй, вскорѣ третій припадокъ. Въ моментъ поступления—четвертый.

Больная средняго роста, удовлетворительнаго питанія, лицо одутловатое, синюшное. Тоны сердца чистыя, пульсъ мягкій, 80 въ минуту. Въ легкихъ ничего ненормальнаго. Тазъ: 30, 28, 25, 19, 10½. Дно матки посредній между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ. Первое черепное предлежаніе. Шейка существуетъ, хотя и укорочена. Зѣвъ какъ наружный, такъ и внутренній, пропускаетъ палецъ. Предежащая головка баллотируетъ надъ во-

домъ. Боли рѣдкія и слабыя. Сердцебиеніе плода выслушивается хорошо—140 въ минуту. Въ выпущенной катетеромъ мочѣ много бѣзку (какъ въслѣдствіи оказалось, 6‰ по Эссбаху). Черезъ часть послѣ поступления въ Родовспомогательное Заведеніе пятый сильный припадокъ эклампсиса, послѣ котораго больная уже не приходила въ сознаніе. Тутъ-же пришлось наблюдать рѣзкое ухудшеніе сердечной дѣятельности. Тоны стали глуше, число ударовъ сразу повысилось до 110, пульсъ напряженъ. Рѣшено форсировать родоразрѣшеніе, и, въ виду существованія еще шейки и малаго открытія, произвести влагалищное кесарево сѣченіе.

Hysterotomia anterior (безъ наложенія лигатуръ-держалокъ), края разрѣза раститивались мюзеумскими щипцами. Тупая отслойка пузыря и продолженіе разрѣза за область внутренняго зѣва. Въ образовавшемся отверстіи вылитыя плодный пузырь. Оболочки разорваны, и введенный въ полость матки правой рукой легко совершить поворотъ на лѣвую ножку, послѣ чего приступлено было къ извлеченію. Последнее оказалось довольно труднымъ. Нѣсколько суженный тазъ, а главнымъ образомъ, узкое и неподатливое влагалище настолько замедлили операцию, что ребенокъ извлеченъ былъ въ глубокой асфиксиса, изъ которой оживить его не удалось. Послѣ операциа матка быстро сократилась и при легкомъ примѣненіи Сгедѣ послѣдъ вышелъ спустя 10'. Вслѣдъ за этимъ несильное атоническое кровотеченіе, остановленное горячимъ душемъ. Передній маточный разрѣзъ зашитъ узловатымъ шелковымъ швомъ, влагалище тоже восстановлено, за исключеніемъ верхняго угла раны, куда вставленъ дренажъ (кесороформенная марля). Послѣ родоразрѣшенія припадки не возобновились. Больная черезъ 2 часа очнулась и оставалась въ дальнѣйшемъ въ полномъ сознаніи. Послѣоперационное теченіе осложнилось колихтомъ. Т° въ это время держалась выше 38° (максимумъ 38,7). На третій день вынуть дренажъ, а лишь только констатирована была наличность налетовъ во влагалищѣ, какъ стали примѣнять смазываніе ихъ перекисью водорода, и длительныя влагалищныя орошенія изъ 1:2000 раствора марганцево-кислаго калия. Подъ влияніемъ этихъ хлорпріятій въ восьмомъ дню, когда влагалищныя швы были сняты, влагалище очистилось, и Т° стала нормальной. На 17-й день больная выписалась изъ Родовспомогательнаго Заведенія. При изслѣдованіи матки небольшая, хорошо сократившаяся шейка почти сформирована, влагалищныя раны зарубцевались, общее состояніе удовлетворительное.

5) 369/1907 г. М. А. 45 лѣтъ крестьянка XV—gravida поступила въ палату беременныхъ 22/1 1907 г., въ началѣ восьмого мѣсяца беременности съ жалобами на кровотечение и боли въ правомъ боку. Начала менструировать на 14-мъ году, обычный типъ черезъ 4 недѣли по 4—5 дней. Рожала всѣ предыдущие 14 разъ вполнѣ благополучно, въ послѣдній разъ 3 года назадъ. Послѣдняя менструація въ юнѣ 1906 г., шевеленіе въ началѣ ноября. Съ третьяго мѣсяца беременности стала по временамъ терять кровь; сперва эти кровотечения были незначительными, затѣмъ дѣлались все сильнѣе, такъ что больная нѣсколько разъ думала, что у нея выкидышъ. Живя въ отдаленной отъ всякаго врачебнаго пункта мѣстности Финляндіи, долго не обращалась за помощью. Наконецъ, въ январѣ рѣшилась отправиться за врачебнымъ совѣтомъ въ Петербургъ и пошла въ амбулаторію Родовспомогательнаго Заведенія, гдѣ былъ констатированъ *ракъ шейки матки*, при наличности 7-мѣсячной беременности.

Status praesens. Женщина крѣпкаго сложенія и достаточнаго питания, наружные покровы и видимыя слизистыя блѣдны. Легкіе здоровы, въ сердцѣ асимметрической шумъ. Матка увеличена. Дно ея заходитъ на 8 сантиметровъ надъ пупкомъ, чрезъ истонченные брюшные покровы и стѣнки матки очень легко прощупывается лежащей въ 1 черепномъ положеніи плодъ, сердцебиеніе котораго хорошо выслушивается. Размеры таза вполнѣ нормальны—31, 28, 25, 21. При бимануальномъ изслѣдованіи на мѣстѣ шейки опухлаеетъ сосочковая грибовидно-разрастательная опухоль съ твердымъ инфильтратомъ въ окружности. Зѣвъ опредѣляется съ трудомъ, пальца не пропускаетъ. При осмотрѣ зеркалами видно, что грибовидное разрастеніе величиной съ мелкое яблоко исходить изъ передней губы. Плотность матки почти полная, нѣкоторая ригидность замѣтна въ лѣвомъ сводѣ; опухоль легко кровотоичитъ. Не оставившая никакихъ сомнѣній и подтвержденная микроскопическимъ изслѣдованіемъ находка рака, осложненная беременностью и далеко зашедшее малокріеное (количество кровяныхъ шариковъ понижилось до 2,300,000, содержание гемоглобина 60%) заставило, не дожидаясь нормальнаго конца беременности, приступить къ опороженію матки съ послѣдующимъ затѣмъ ея удаленіемъ. Это гѣмъ болѣе было показаннымъ, что плодъ могъ уже считаться вполнѣ жизнеспособнымъ.

Послѣ предварительной подготовки путей и удаленія по возможности всѣхъ канкрозныхъ массъ Раеволин'омъ вскрыты пе-

редній сводъ, пузырь отслоенъ, разсѣчена передняя стѣнка. Затѣмъ въ видѣ опыта разрѣзъ былъ проведенъ и на задней стѣнкѣ (5^н—6^н). Поворотъ и извлеченіе удались хорошо, но гѣмъ не менѣе родившейся въ глубокой асфиксіи недоношенный (2200) плодъ къ жизни не возвратился. Одной изъ причинъ, обуславливавшихъ печальный исходъ для плода было облитіе пуповины вокругъ шеи. Послѣдъ непосредственно вызвать по роженію ребенка и приступлено къ удаленію органа, причѣмъ послѣ перевязки маточныхъ артерій, матка была разсѣчена до дна по передней своей стѣнкѣ, что въ значительной мѣрѣ упростило ея извлеченіе. Крототеченіе какъ во время кесарскаго сѣченія, такъ и при экстирпаціи ужрѣненное. Послѣоперационный періодъ протекъ безъ какихъ-либо осложненій и на 24 день послѣ операціи больная оставила Заведеніе, вполнѣ поправившись отъ перенесенной травмы. Въ маѣ 1908 г., т.-е. спустя 1 г. 4 м. послѣ операціи больная была еще безъ рецидива. Общее состояніе ея тоже было прекрасное.

6) № 414/1907 г. П. Ш. мѣщанка 28 лѣтъ II—gravida поступила въ Родовспомогательное Заведеніе 27/1 1907 г. въ концѣ IV мѣсяца беременности для производства искусственнаго выкидыша. Предыдущіе роды были 6 лѣтъ тому назадъ и закончили кесарскимъ сѣченіемъ изъ-за абсолютнаго суженія таза.

Беременная на IV мѣсяціи причѣмъ матка по величинѣ соответствуетъ указываемому сроку. Край 10 хъ реберъ почти соприкасаются съ гребнями подвздошныхъ костей; размеры таза Тг. 26, Sp. 25½. Сг. 24, С. Ех. 16½ Cd. 10, безмянная линия всюду легко опухивается, лонная дуга клявовидно выгнута, кончикъ согнутъ по направлению кпереди, такъ что прямой размѣръ выхода меньше 7 сант. Расстояніе между сѣдальными бурами меньше 6½ с. Не смотря на преподанный совѣтъ дожидаться конца беременности, подвергнуться повторному к. с. съ послѣдующей стерилизаціей, больная настояла на производствѣ ея законнаго выкидыша изъ-за абсолютнаго суженія таза. Предпологалось добиться опороженія матки обычными способами, но изъ-за очень ригиднаго зѣва ни расширеніе гегарами до 17 № съ послѣдующей тампонажей, ни метрейризмъ успѣхомъ не увѣнчались. Черезъ 12 часовъ послѣ введенія метрейригера Т'сгала повыващаться, достигнувъ въ 24 часа послѣ начала операціи 39,29. Пульсъ 110, общее лихорадочное состояніе. Явились показанія къ быстрому окончанію родовъ и такъ какъ шейка не сглажи-

вазаль, внутренней зѣвы не пропускала палеца и схватокъ не было, то рѣшено было сдѣлать hysterotomia anterior. По обычной дезинфекціи влагалища была разсѣчена передняя маточная стѣнка, послѣ предварительнаго вскрытія передняго свода. Разрѣзъ передней стѣнки проходитъ за область внутренняго зѣва. Выдѣлать при этихъ условіяхъ плодное яйцо не представляло уже никакихъ затрудненій. Затѣмъ матка, въ виду очень грязныхъ и вонючихъ выдѣленій, была нѣсколько разъ промыта растворомъ марганцово кислаго калия, а затѣмъ 75° спиртомъ. Полость ея затампонирована, а на разрѣзъ передней стѣнки наложены катгутовые швы. Небольшой разрѣзъ влагалища, въ виду имѣющейся инфекции, оставляетъ открытымъ и только затампониранъ. Уже къ вечеру того же дня T° упала до нормы, поднявшись еще разъ на слѣдующій день до 38° . Въ дальнѣйшемъ повышеній больше не наблюдалось, выдѣленія на второй день потеряли всякій запахъ; на третій день удались тампона. Самочувствіе на столько хорошее, что на десятый день больная вышла по собственному настоятельному желанію съ отлично гранулирующей поверхностью на мѣстѣ бывшаго разрыва.

7) № 806/1907 г. А. П., крестьянка 42 лѣтъ X—gravidā привезена 23/III 1907 г. въ 5 дней въ Родовспомогательное Заведеніе въ безсознательномъ состояніи. Изъ разрозненныхъ записокъ виднѣхъ больную лицъ удается установить, что въ 8 часовъ утра того же дня у больной на дому былъ припадокъ судорогъ, послѣ котораго она потеряла сознаніе. Затѣмъ уже не приходила въ себя, больная имѣла еще 4 припадка. Въ теченіе настоящей беременности чувствовала себя хорошо; всѣ предыдущія беременности и роды протекали вполне нормально. Крѣпкій, упитанный субъектъ, на нижнихъ конечностяхъ незначительный отекъ. Въ легкихъ отдѣльные хрипы, сердце работаетъ удовлетворительно. Пульсъ напряженъ, 96 ударовъ. Полное отсутствіе сознанія. Величина матки соответствуетъ концу беременности. Тазъ нормальный 31, 29, 27, 21. При влагалищномъ изслѣдованіи: шейка цѣла, наружный зѣвъ пропускаетъ палецъ, внутренней закрытъ, пузырь цѣлъ, предлежитъ баллотирующая головка. Замѣтной родовой дѣятельности нѣтъ. Сердцебиеніе плода выслушивается глухо стѣво у пупка. 0,015 морфия подъ кожу. Черезъ часъ послѣ поступленія 6-ой припадокъ эклампсін, очень тяжелый, съ ясно выраженной арное. Въ мочѣ очень много бѣлу, осѣдшаго цѣлыми хлопьями въ пробиркѣ при кипяченіи. Рѣшено по воз-

можности скорѣе закончить роды, съ каковой цѣлью и произведено влагалищное кесарское сѣченіе на этотъ разъ съ разсѣченіемъ сперва передней, а затѣмъ задней маточныхъ стѣнокъ. Предварительно, какъ пузыри, такъ брюшина дугласа тупымъ путемъ отсепарованы и отодвинуты въ сторону свободной брюшной полости. Оба разрѣза окачивались непосредственно за внутреннимъ зѣвомъ. Пузыри разорваны и совершено попоротъ на обѣ ножки, послѣ чего извлечены находящіеся въ асфиксін, доношенный мальчикъ 3000 гр. вѣсомъ и 52 сан. длины, оживленный по Schultze.

При производствѣ операціи довольно сильное кровотеченіе, продолжающееся и послѣ рожденія ребенка. Crédé, послѣ котораго сдѣланы горячіи влагалищныи душъ, послѣ чего кровотеченіе прекратилось. Разрѣзъ маточныхъ стѣнокъ зашитъ катгутовымъ швами, сперва по задней стѣнкѣ, а затѣмъ по передней. На разрѣзъ влагалища шелковые узловые швы. Углы обѣихъ ранъ у шейки оставлены открытыми и околоматочное пространство дренировано спереди и сзади узкими марлевыми полосками. Съ опороженіемъ матки припадки эклампсін прекратились нѣкоторое безпокойство продолжалось еще около 36 ч. Со второго дня лишь слѣды бѣла въ мочѣ. Тампона извлечены на третій день. Послѣ операціонный періодъ протекалъ гладко. T° не была выше $37,4^{\circ}$. На 16 день при осмотрѣ зеркалами сформированнаея шейка, сросшаяся на всемъ протяженіи видимаго разрыва. Углы ранъ гранулируютъ хорошо. Самочувствіе прекрасное. Больная по собственному желанію вышла послѣ 18 дней послѣ операціи.

8) № 947/1907 А.А., крестьянка 19 лѣтъ, замужняя I—gravidā доставлена въ Родовспомогательное Заведеніе въ 8 ч. 45 м. веч. 5/III 1907 года, въ безсознательномъ состояніи послѣ 3 припадковъ эклампсін на дому, VIII-й мѣсяцъ беременности. При поступленіи T° $37,5^{\circ}$. Первое затылочное положеніе, шейка совершенно закрыта, схватокъ нѣтъ, сердцебиеніе не выслушивается. Сейчасъ же по прибытіи 0,015 морфия подъ кожу. Вездѣ за этимъ 2 припадка эклампсін. Желая по возможности быстрѣе опорожнить матку, зѣвъ расширенъ гегарми, введенъ метрейриньеръ, емкостью въ 250,0; при этихъ манипуляціяхъ плодный пузырь разорванъ. Не смотря на эти мѣры, родовой дѣятельности никакой. Припадки продолжались. Со времени поступленія до 5 ч. утра ихъ было 6, а съ бывшими дома—9. Положеніе больной становилось тяжелѣе, T° повысилась до 38° , пульсъ

стать чаще (свыше 100), почему и рѣшено было форсировать родоразрѣшеніе. Въ 5 часовъ утра послѣ обычной подготовки путей, подѣ хлороформнымъ наркозомъ сдѣано влагалищное кесарское сѣченіе. Разрѣзана только передняя стѣнка на 8 сантиметровъ. Такъ какъ сердцебіеніе плода вовсе не выслушивалось, и съ громадной вѣроятностью можно было предположить, что плодъ мертвый, рѣшено было закончить роды перфорацией. Головка плода подхвачена Доуевскими двузубцами, подтянута, кожа на ней надрѣзана и она перфорирована Феноменовскимъ перфораторомъ, послѣ чего наложено кровоостанов. Не смотря на уменьшеніе объема головки, маточный разрѣзъ оказался чрезчуръ малымъ для проведенія ея, вслѣдствіе чего подѣ руководствомъ пальца разрѣзъ былъ еще нѣсколько продолженъ. Черезъ увеличенное отверстіе младенецъ легко извлеченъ. Изъ-за появившагося послѣдоваго кровотеченія Сгелѣ, послѣ чего разрѣзъ матки зашитъ катгутowymi швами, рукавная рана шелкомъ, а въ верхній уголокъ раны вставленъ небольшой марлевый дренажъ. Съ опорожненіемъ матки припадки прекратились. Послѣоперационное теченіе осложнилось развившимся кольпитомъ. Т° до 9-го дня была повышенной (на 6-й день 38,6); на 10-й день швы сняты. Вагалищные швы въ большей своей части зажили *per secundam*. Ко дню выписки на 19-й день рана совершенно зарубцевалась, рубецъ очень не широкій. Шейка съ небольшой перетяжкой въ сагитальномъ направленіи. Общее состояніе вполне удовлетворительное.

9) № 1689/1907 г. Е. О., мѣщанка 23 лѣтъ I—рага поступила въ Родовспомогательное Заведеніе 24/IV 1907 года въ 9 ч. 20 м. утра, послѣ 5 бывшихъ дома и констатированныхъ врачомъ припадковъ эклимпсін. Больная прибыла еще съ признаками сознания, но съ 6-мъ припадкомъ, случившимся вскорѣ по поступленіи, наступило коматозное состояніе.

Хорошо упитанная женщина, высокаго роста, съ ясно выраженнымъ отекомъ нижнихъ конечностей. Т°—36,9. Высота стоянія дна матки соответствуетъ концу беременности. Тазъ нѣсколько стуженный—плоскій 32, 28, 26, 19. Сердцебіеніе плода глуховато, около 120, выслушивается у пупка сѣвна. При внутреннемъ изслѣдованіи: шейка существуетъ, зѣвъ пропускаетъ палецъ, пузырь чѣтъ, предлежитъ подвижная головка. Родовая дѣятельность слабая, схватки рѣдкія и не сильныя. Послѣ бывшего непосредственно при поступленіи припадка больная лежитъ покойно.

Выпущенная катетеромъ въ большомъ количествѣ моча содержитъ много бѣлка (по Эссбаху 1 $\frac{1}{2}$ о). Морфій 0,015 подѣ кожу, и черезъ полъ-часа 1,5 хлоралъ-гидратъ въ клизмѣ. Около 12 часовъ, т.-е. 2 $\frac{1}{2}$ часа послѣ поступленія новый припадокъ, довольно сильный, а затѣмъ съ все укорачивающимися промежутками въ 40, 30 и 25 минутъ еще три припадка. Родовая дѣятельность не усилилась и при изслѣдованіи въ 2 часа дня status quo ante. Hysterotomia anterior. Согласно совѣту Dührssen'a передъ разрѣзомъ маточной стѣнки наложены на влагалищную часть по обѣимъ бокамъ средней линіи двѣ лигатуры изъ толстаго шелка, которыя должны были замѣнить употребившіяся для извезенія органа во всѣхъ предыдущихъ случаяхъ двузубцы Museux. Тупая отсколка пузыря. При проведеніи разрѣза маточной стѣнки нечаянно вскрытъ плодный пузырь. Въ образовавшееся отверстіе свободно вошла рука. Сдѣланъ поворотъ на зѣвную кожу и приступлено къ извлеченію. Неодатливость родовыхъ путей въ значительной степени затруднила послѣдную операцію, результатомъ чего была тяжелая асфиксія плода, изъ которой его вынести не удалось. Извлеченъ крупный ребенокъ въ 52 сант. длины и 3500 гр. вѣсомъ. Кровотеченіе во время операціи умирное, послѣ рожденія ребенка прекратилось совсѣмъ. Послѣдъ вышелъ самостоятельно по прошествіи десяти минутъ. Маточная стѣнка зашита катгутомъ, а влагалищная рана шелкомъ, въ околomаточной пространствѣ вставленъ дренажъ изъ ксероформенной марли. Наложены лигатуры-держалки не вполне оправдали свое назначеніе. Одна изъ нихъ при потягиваніи прорѣзалась и пришлось ее замѣнить двузубцемъ.

Послѣ операціи больная скоро пришла въ себя. Припадки болѣе не повторялись, но со второго дня Т° стала повышаться и начали наблюдаться явленія со стороны брюшины: тошнота и рвота, вздутіе живота, чувствительность брюшныхъ стѣнокъ. Не смотря на принятія мѣръ, явленія эти все усиливались и на 4-й день больная скончалась при явленіяхъ септического перитонита. При вскрытіи найдена брюшная флегмона околomаточной кѣбчатки, переходящая и на кѣбчатку, выстилающую стѣнку костного таза и периперитальную кѣбчатку. Брюшина септически поражена, въ брюшной полости серозно-гноинный экссудатъ. Край маточной раны инфильтрованы, разошлись. Пузырь не повреденъ, не вскрыта также брюшина, гдѣ-нибудь въ окрестности операціонной раны. Инфекція шла, повидному, изъ раневой поверхности.

10) № 2821, 1907 г. М. Л. Жена офицера I—gravida 28 лѣтъ поступила въ Родовспомогательное Заведеніе 25/IX 1907 г. въ 10 ч. 50 м. утра въ безсознательномъ состояніи. По разсказамъ близкихъ, привезшихъ больную, наканунѣ вечеромъ начались припадки судорогъ. Всѣхъ припадковъ на дому 10, послѣ второго, бывшаго въ 11 ч. вечера, больная впала въ безсознательное состояніе, изъ котораго уже не выходила. Помощь ограничилась троекатрымъ впрыскиваніемъ 0,015 морфия подъ кожу. На утро, въ виду тяжелаго состоянія больной, она была отправлена въ Родовспомогательное Заведеніе. Больная въ безсознательномъ состояніи; непосредственно за поступленіемъ сильный припадокъ типичной эclamпсії. Лицо больной одутловатое, зрачки сильно сужены, на свѣтъ не реагируютъ. Пульсъ около 120. T° —37,8. Дыханіе прерывистое до 35 въ минуту. Дно матки на 15'' надъ пупкомъ. Сердцебіеніе плода (по наружному изслѣдованію 1 черепное предлежаніе) не выслушивается. Схватки рѣдкія—каждыя 12—14 минутъ. На ногахъ отеки. Изъ выпущенной въ небольшомъ количествѣ мочи (100,0) много бѣлка. Общее впечатлѣніе тяжелой комы. Матка по своей величинѣ соответствуетъ VIII мѣсяцу беременности. Тазъ нормальный—31, 27, 25, 20. При внутреннемъ изслѣдованіи: шейка укорочена, наружный зѣвъ пропускаетъ два пальца, внутренней легко проходитъ для одного; пузырь отсутствуетъ—предлежаніе опустившаяся въ тазъ головка, легко отодвигаемая вверхъ. Головка въ правомъ косомъ. Во время изслѣдованія—12-ый по счету припадокъ судорогъ. По временамъ ясно слышатся хрипы при дыхательныхъ экскурсіяхъ, а при аускультации выслушивается много хриповъ въ нижнихъ доляхъ легкаго. Тяжелое состояніе больной, признаки надвигающагося отека легкиихъ, безуспѣшность примѣненной на дому выжидательной терапіи (морфій подъ кожу) требовали возможно энергичной и быстрой помощи въ смыслѣ быстрого опороженія матки. Влажная кесарское сѣченіе подъ хлороформнымъ наркозомъ; захвачена шейка пупевыми щипцами и разсѣчена по средней линіи до мѣста прикрѣпленія свода, затѣмъ послѣдній вскрытъ, пузырь отсоединенъ и отодвинутъ вверхъ. Шейка разрезана въ своей надвлагалитичной части еще на нѣсколько ($\frac{3}{4}$ —4) сантиметровъ. Въ образовавшееся отверстие, свободно пропускающее 4 пальца, вставилась головка. Убѣдившись еще разъ въ отсутствіи сердечныхъ тоновъ у плода, Феноменовскимъ перфораторомъ сдѣлано прободеніе, послѣ чего плодъ легко извлеченъ

краниокластомъ. Кровотеченіе, какъ во время кесарскаго сѣченія, такъ и въ продолженіе разрывающей операціи, не сильное. Вслѣдъ за рожденіемъ ребенка вышелъ (легкій Crêdè) послѣдъ, кровотеченія при этомъ тоже не было. Разрѣзанная шейка защита 4-ми узловатыми катгутновыми швами; на сводъ наложено три шва, а въ оставшееся незакрытымъ, ведущее въ околоматочную клетчатку отверстіе вставленъ небольшой марзевый дренажъ. На образовавшейся на шейкѣ сѣтца небольшой разрывъ (не болѣе 2'') наложень одинъ шовъ. Вся операція продолжалась 25 минутъ. Извлеченный ребенокъ безъ мозга вѣсилъ 2180 гр., длина его съ вытянувшейся головкой—48 сантиметровъ.

Родоразрѣшеніе не прекратило, однако, припадковъ, которыми до 12 часовъ ночи ($\frac{1}{2}$ сутокъ) насчитывалось 17. Положеніе все время было очень серьезнымъ, а по временамъ даже оставляющимъ мало надежды на благополучный исходъ. Изъ-за остановки дыханія трижды примѣнялось искусственное дыханіе съ пресасыпаніемъ больной большихъ дозъ кислорода. Банки на спину. Къ 6 часамъ вечера подъ вліяніемъ горячихъ обкладываній начался нѣкоторый дурезъ (выпущено около 120 гр. насыщенной мочи съ $\frac{4}{100}$ содержаніемъ бѣлка). Къ ночи состояніе стало улучшаться. Въ 11 $\frac{1}{2}$ час. вечера послѣдній легкій припадокъ, послѣ котораго постепенно стало возвращаться сознаніе. Въ дальнѣйшемъ, кромѣ кратковременнаго возбужденія, послѣдородовой періодъ протекалъ нормально, T° не повышалась. На третій день удаленъ тампонъ. На 8-й день удалены шелковые швы съ влагалитца—заклѣивание первымъ натяженіемъ, бывшее дренажное отверстіе гранулируетъ хорошо. На 11-й день больная выписалась. Мѣсяцъ послѣ операціи больная была изслѣдована: матка нормальной величины, выдѣленія скудныя, шейка сформировалась вполне, сослалась на всемъ, достигаемомъ пальцемъ, протяженіи, рубецъ линейный, самочувствіе хорошее.

11) № 2775, 1910 г. М. III, 26 л., крестьянка, русская I—рага, поступила въ Р. З. 20 сентября въ безсознательномъ состояніи въ концѣ срочной беременности, послѣ бывшихъ у нея дома 10 припадковъ эclamпсії. Больная синюшна; дыханіе учащено и поверхностно, до 40 экскурсій въ минуту, много хриповъ, пульсъ напряженный, 112 ударовъ. Матка по величинѣ соответствуетъ концу беременности; родовая схватка рѣдкія и не сильныя, 1 положеніе, сердцебіенія не выслушивается изъ-за хриплаго дыханія больной. Тазъ: 31, 28, 25, 21. Отекъ наруж-

ных частей и нижних конечностей. Шейка укорочена, зъвъ пропускает палецъ. за вилымъ пузырьемъ предлежитъ баллотирующая головка. Т° нормальная. Послѣ поступления, не смотря на примѣненный подъ кожу морфій (0,015 × 2) и хлоралъ-гидратъ въ клизмѣ припадки продолжались. Послѣ 3-го (13-го) очень сильного рѣшено было быстро закончить роды путемъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія. Въ 9 ч. утра hysterotomy anterior съ небольшимъ продольнымъ разрѣзомъ влагалища. Отсколка пузыря; разрѣзъ передней стѣнки на 12"—13". Поворотъ и извлечение живого доношеннаго плода въ 3000 гр. Изъ-за наступившаго послѣдоваго кровотечения послѣдъ удаленъ рукой. Матка и влагалище зашиты катгуттомъ. Дренажъ околоматочной кѣлѣтки. Катгуттовые швы на образовавшейся при извлеченіи небольшой разрывѣ промежности. Уже вскорѣ послѣ разрѣшенія постепенно стало возвращаться сознание, припадки прекратились. На третій день нормально протекающаго послѣродоваго періода удаленъ тампонъ; отекъ нижнихъ конечностей почти исчезъ, въ мочѣ слѣды бѣлка и единичные цилиндры. Въ дальнѣйшемъ роженица быстро поправилась и была выписана на 15-й день. При осмотрѣ зеркалаи хорошо зарубцевавшийся разрѣзъ шейки и рукава. Промежность зажила вполне удовлетворительно. Ребенокъ живой.

12) № 3469, 1910 г. А. Л., жена купца, итальянка, 25 лѣтъ, II—para, поступила въ Р. З. 5/XI въ 11 ч. утра въ состояніи крайней анеміи, со слѣдующимъ анамнезомъ: послѣдніе регулы 8/І, первое движеніе въ концѣ іюня со второй половины настоящей беременности частыя кровотечения. Въ 3 ч. ночи 5/XI начались родовыя боли, сопровождавшіяся потерей крови. Въ 7 час. утра сильное кровотеченіе, кровь выходила изъ влагалища большими сгустками. Жалобы на потемнѣніе въ глазахъ, сильное головокруженіе. Больная очень поблѣднѣла, пульсъ нитевидный; по временамъ исчезаетъ. Приглашенный врачъ нашелъ все влагалище наполненнымъ сгустками, не сглаженную шейку, пропускающую палецъ, концомъ котораго пропущивается предлежащій послѣдъ, закрывающій весь зъвъ. Кровотеченіе продолжается. Больная затампонирована и перевезена въ Р. З.

Status praesens: тѣлобеременія крѣпкая, кожа и слизистыя оболочки очень блѣдны. Беременность срочная на сносяхъ. Размѣры таза—32, 28, 26, 21. Положеніе плода по наружному изслѣдованію: спинка влѣво, мѣлкія части вправо. Сердцебѣненіе

выслушивается слѣва ниже пупка. Открытіе зъва на 1 палецъ. Предлежитъ повсоду послѣдъ. Т° 37°. Пульсъ очень слабый—160. Диагнозъ. Placenta praevia centralis. Anaemia gravis. 5/XI въ 1 часъ дня сдѣлано влагалищное кесарское сѣченіе по типу Metreurenterschnitt. Въ полость матки введенъ метрейригтеръ емкостью въ 350,0; потягивая за его отводную трубку, удалось извести шейку матки ко входу влагалища и сдѣлать болѣе доступнымъ передній сводъ. Сдѣлавъ поперечный разрѣзъ передняго свода, оператор отодвинулъ пальцемъ пузырь къверху и затѣмъ разрѣзавъ ножницами переднюю стѣнку шейки и внутренней зъвъ. Послѣ этого извлеченъ метрейригтеръ. Затѣмъ сдѣлавъ поворотъ и извлеченъ живой ребенокъ (дѣвочка въ 3100 гр.) въ глубокой асфиксіи; черезъ 1/2 часа искусственнаго оживленія ребенокъ сталъ кричать. Послѣдъ выдѣленъ изъ матки рукой. Шейка и сводъ зашиты шелковыми швами. Въ послѣродовомъ періодѣ было нѣсколько дней повышеніе Т°, въ зависимости отъ осложненій (colpitis et parametritis dextra). Пациентка оставалась послѣ операциі въ больницѣ 17 дней и выписана здоровой вмѣстѣ съ ребенкомъ.

13) М. К., № 4085, 22 года, I—gravida, поступила въ Р. З. 17/XII 1910 г., въ 5 ч. 55 м. ночи. Размѣры таза—31, 28, 26, 20. Положеніе плода—второе затылочное. Маточная шейка существуетъ. Зъвъ пропускаетъ палецъ. Воды цѣлы, предлежитъ головка. Больная поступила съ эклампсией. Дома было, по словамъ доставившихъ больную, 3 припадка. Положена въ отдѣльную палату, вперынуто 0,01 морфія. Въ 7 часовъ утра припадокъ повторился. Въ 8 1/2 ч. вставленъ подъ хлороформнымъ наркозомъ метрейригтеръ. Припадки повторились въ 9 1/2 ч., въ 12 1/4 ч., въ 12 1/2 ч., въ 1 ч. 25 м., въ 2 часа; припадки были очень тяжелые съ потерей сознания и рѣзко выраженнымъ цианозомъ, пульсъ довольно частый 120—140, неправильный. Въ 2 1/2 ч. дня Т° 38,4°. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: вставленный метрейригтеръ цѣлкомъ находится въ полости матки и не произвелъ видимаго раскрытія зъва; зъвъ пропускаетъ, какъ и до метрейригтера, 1—1 1/2 пальца. Сердцебѣненіе плохо прослушать не удается, въ виду того, что пациентка очень беспокойна, все время стонетъ и крипитъ. Hysterotomy anterior. Поперечный разрѣзъ въ области прикрѣпленія передняго свода, затѣмъ пальцемъ отдѣленъ къверху пузырь, что удалось сдѣлать довольно легко. Сдѣлавъ сагиттальный разрѣзъ шейки по метрейригтеру къверху до внутренняго зъва, пока ме-

трейринтеръ не вышелъ изъ маточной области. Тогда введенной въ матку рукой былъ разорванъ плодный пузырь и введена ножка, потягивая за которую, извлекли плодъ. Кровотечение незначительное. Послѣ 10-минутнаго выжиданія выхода послѣда Crédé, а затѣмъ приступили къ послойному зашиванію раны. Въ пространство между пузырями и шейкой введена полоска марли. Ребенокъ родился въ глубокой асфиксiи и оживить его не удалось. Припадки, послѣ разрѣшенія, однако, не прекратились даже стали чаще (въ 4 ч. 45 м.; 5 ч.; 5 ч. 40 м.; 5 ч. 45 м.; 6 ч. 15 м.; 7 ч.; 8 ч.; 9 ч. 5 м.; 9 ч. 30 м.; 11 ч. 25 м.). Пациентка получала морфiй подкожно и хлоралъ-гидратъ въ клизмѣ. Не смотря на всѣ принятія мѣры, въ 12 час. ночи, не приходя въ сознаніе, она скончалась. Вскрытіе не обнаружило, между прочимъ, специфической картины, описанной Schmorl'емъ, Lubarsch'емъ и другими при эклампсiи. Эпикризь вскрытія таковъ:

Hyperaemia meningum, oedema cerebri, pleuritis aethaesia chronica partialis bilateralis, bronchopneumonia catarrhalis dextra, degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum, corpus luteum ovarii dexteri.

14) № 1730, 1911 г. М. Л., 28 л., жена студента, русская поступила въ палату беременныхъ Р. З. 23-го Апрѣля 1911 г. Принята для производства искусственнаго законнаго выкидыша по случаю тяжелаго, прогрессирующаго сердечнаго порока. Больная небольшого роста, плохого питанія, на видъ очень малокровна, жалуется на сильную одышку, сердцебиеніе и общую слабость. Довольно ясно выраженный сколосозъ, грудная кѣтка уменьшена въ объемѣ. Insufficiencia mitralis, Anaemia gravis (консультантъ д-ръ Кнохъ). Въ мочѣ $19/_{00}$ бѣлку, цилиндровъ нѣтъ. Беременность на V—въ мѣсяцѣ, (последніе регулы въ серединѣ Декабря 1910 г.); дно матки у пупка, чрезъ своды предлежащая часть не прощупывается, шейка длинная совершенно закрытая. Тазъ плоско суженный—30, 27, 25, 17, с. d. 10. Т° 36,8 П. 90. Послѣ двукратной консультаціи съ терапевтомъ, настоятельно рекомендовавшимъ производство выкидыша, приступлено къ такому (29/IV) Предполагалось ввести въ полость матки метрейринтеръ, добившись этимъ путемъ начала родовой дѣятельности и нѣкотораго открытія, а затѣмъ рукой удалить плодъ. Приступлено къ предварительному расширенію тегарами, но при введеніи № 14 появилось сильное кровотеченіе. Въ теченіе нѣсколькихъ минутъ большая потеряла массу крови. Попытки разорвать пузырь не увѣщались, успѣхомъ.

Быстро вложенъ метрейринтеръ, но кровь продолжала просачиваться и только при сильномъ изведеніи матки наружное кровотеченіе прекращалось. Общее состояніе рѣзко ухудшилось, больная очень блѣдная. Пульсъ около 140, малаго напряженія. Дигаленъ. Камфора. Такъ какъ матка увеличилась въ объемѣ (внутреннее кровотеченіе), общее состояніе еще ухудшилось, ex tempore рѣшено сдѣлать съ дѣлью опороженія матки hysterotomia vaginalis, разсѣлка по метрейринтеру шейку до свода; послѣдній разсѣченъ въ сагиттальномъ направленіи, пузырь отсоединъ на небольшомъ участкѣ, для дальнѣйшей зашиты введенъ въ разрѣзъ свода подклявикъ и подъ контролемъ зрѣнія, при сильномъ потягиваніи разсѣчена передняя стѣнка на 3—4" выше внутренняго зѣва. Метрейринтеръ извлеченъ. Пузырь разорванъ. Двумя пальцами захвачены предлежащая ножка и извлеченъ плодъ въ 25" длины. При этомъ значительное изліеніе сконпилось въ полости матки крови. Послѣдъ немедленно удаенъ, маточная стѣнка зашита кѣгутновыми узловатыми швами, на небольшой разрѣзъ свода 2 шелковыхъ шва, околomatочная кѣтчатка дренирована, въ матку вложенъ небольшой отсасывающій тампонъ. Къ концу операціи кровотеченіе прекратилось. 800,0 солевого раствора подъ кожу. Дигаленъ. Послѣродовой періодъ гладкій (высшая Т° 37,3 на 3-й день). Тампоны удалены чрезъ 24 часа, швы съ рукава сняты на 8-й день. Выписана на 14-й день съ линейнымъ рубцомъ на шейкѣ.

15) № 384, 1912 г. О. Б., 22 л., жена фельдшера I—gravidâ поступила 23/1 на IX мѣсяцѣ беременности послѣдствіе являющагося у нея тяжелаго нефрита (у. в. 1,030, бѣлку $89/_{00}$ до 20 зернистыхъ и гліануловыхъ цилиндровъ въ полѣ зрѣнія), признаковъ начинающейся уреміи, водянки, отековъ половыхъ частей и т. д. Больная очень блѣдная, въ сонномъ состояніи, неохотно отвѣчаетъ на вопросы, жалуется на сильную головную боль и упорную рвоту. Тоны сердца чисты, 2-ой съ яснымъ акцентомъ. Асцитъ, окружность живота 102, матка контурируется плохо, высота стоянія дна соответствуетъ IX мѣсяцу беременности (это подтверждается анамнестическими данными—последнія крови въ Маѣ 1911 г.). Сердцебиеніе не выслушивается, шевеленія больная не воспринимаетъ уже нѣсколько дней. Отекъ половой щели и нижнихъ конечностей. Шейка существуетъ. Зѣвъ не пропускаетъ пальца; предлежитъ баллотирующая головка. Назначены: Adonis vernalis (4: 180) горячія припарки на область почекъ. Наблю-

давшаяся въ теченіе послѣднихъ сутокъ до поступления въ Р. З. аурия смѣшилась незначительнымъ отдѣленіемъ мочи (400,0 въ 24 г.) съ $8\frac{1}{100}$ бѣлка и многочисленными цилиндрами. Приглашенный терапевтъ, въ виду очень тяжелого состоянія больной, рекомендовалъ вызвать искусственные преждевременные роды. 26/1 въ 12 ч. дня шейка расширена и въ полость матки введенъ не эластическій метрейриетеръ въ 350,0 пролежавшій до 7 ч. вечера, не вызвавъ ни одной схватки. Общее состояніе ухудшилось; вновь поднялась прекратившаяся было рвота; мочи за 6 ч.—50,0. Такъ какъ разрѣшить больную было необходимо, и метрейриетеръ не вызвалъ даже намека на начинающуюся родоную дѣятельность, произведено влагалищное кесарское сѣченіе по метрейриетеру съ переднимъ лишь разрѣзомъ, отстойкой пузыря и защитой его подъемникомъ. Послѣ рожденія черезъ разрѣзъ баллона пузырь разорванъ, головка плода прижата наружными приемами ко входу и такъ какъ имѣлись опредѣленные указанія на его смерть, приступлено къ перфорациі, которая совершена Феноменовскимъ прободникомъ. Извлеченіе краіюкастомъ, Crédé. Матка зашита катгутомъ, рана рукава—шелкомъ; въ верхній уголъ—марлевой дренажъ. Послѣ-родовой періодъ безъ осложненій. Высшая Т° 37,7 на 5-й день. Общее состояніе больной постепенно улучшалось, отеки и асцитъ стали уменьшаться и, наконецъ, совсѣмъ исчезли, выдѣленіе мочи все нарастало (1-я сутки 400,0, а на 5-я уже 2000,0) бѣлку на 3-и сутки всего $2\frac{1}{100}$ цилиндровъ значительно меньше, на 8-ую—лишь сѣды бѣлка. Тампонъ вынуть послѣ 24 час. Швы сняты на 8-й день, а на 15-ый день большая выписана. При осмотрѣ хорошій линейный рубецъ. Ощее состояніе удовлетворительное.

V.

Всѣхъ приведенныхъ случаевъ—15. Въ 4 случаяхъ изъ нихъ произведено было радикальное влагалищное кесарское сѣченіе съ послѣдующимъ удаленіемъ пораженной ракомъ матки. Въ остальныхъ 11 сдѣлано было обычное влагалищное кесарское сѣ-

ченіе. Изъ этихъ 11 только въ одномъ былъ произведенъ двойной разрѣзъ (передней и задней маточныхъ стѣнокъ), въ остальныхъ мы довольствовались hysterotomia anterior, причемъ въ 4-хъ послѣднихъ случаяхъ (XII, XIII, XIV, XV) съ успѣхомъ воспользовались предложеннымъ Dührssen'омъ разрѣзомъ по метрейриетеру, дѣйствительно значительно облегчающимъ низведеніе матки и, что изъ этого слѣдуетъ, разрѣзъ ея стѣнки. При этомъ способѣ устраняется обычно наблюдаемое срываніе съ разрыхленныхъ тканей инструментовъ, накладываемыхъ на края разрѣза для дальнѣйшаго низведенія органа¹⁾ (Muzeux, пулевые щипцы, двузубцы и т. д.). Несомѣнно также, что кровотеченіе при Metreurynterschnittъ меньше, благодаря сдавленію сосудовъ. Способомъ этимъ мы намѣрены пользоваться и впредь.

Исходной точкой для предпочтенія модификаціи, предложенной Bumm'омъ (одинъ лишь передній разрѣзъ) послужило то соображеніе, что главнымъ преимуществомъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія является внѣбрюшное проведеніе разрѣза, достигаемое тупой отстойкой и отодвиганіемъ въ сторону свободной брюшной полости перитонеального покрова матки. Эта отстойка отъ подлежащей маточной ткани совершается значительно легче и на гораздо большемъ протяженіи по передней стѣнкѣ органа, нежели по задней. Согласно даннымъ Waldeyer'a²⁾ при нормальныхъ условіяхъ и опорожненномъ пузырьѣ впереди маточной шейки лежитъ лишь пузырь, и переходная брюшинная складка крайне рѣдко спускается ниже

¹⁾ Проведеніе черезъ нижнюю часть шейки толстыхъ шелковыхъ лигатуръ, при посредствѣ которыхъ производилось влеченіе тоже не достигло своей цѣли: лигатуры держалки эти сплошь да рядомъ срывались при сильномъ потягиваніи.

линии, проходящей чрез область внутреннего зъва, оставляя, следовательно, непокрытой спереди всю шейку. Кроме того подбрюшинный слой, состоящий из рыхлой клетчатки, заложенной между брюшной и мышечной тканью матки подымается спереди довольно высоко—вплоть до мѣста отхождения круглыхъ связокъ и верхняя граница его, хотя и образуетъ вѣкторую дугу, обращенную къ низу, но выпуклость ея очень незначительна и спускается по средней линіи лишь на небольшой участокъ. Со всей этой площади брюшина отдѣляется легко, именно въ силу рыхлаго соединенія, и для обнаженія этого участка маточной стѣнки достаточно нарушить рыхлую связь шейки съ пузыремъ и отодвинуть послѣдній вверхъ. При этомъ вся переходная складка легко перемѣщается до линіи рыхлаго соединенія брюшины съ маткой. Не то замѣчается на задней маточной стѣнкѣ. Брюшина здѣсь, какъ правило, покрываетъ не только всю заднюю стѣнку тѣла, но и верхній отрѣзокъ шейки, спускаясь ниже плоскости, проведенной через внутренній зъвъ. Рыхлой клетчатки здѣсь меньше, подвижность брюшиннаго покрова, следовательно, тоже меньше, и граница плотнаго соединенія серозной оболочки съ мышцею идетъ по полулунной линіи, соединяющей мѣсто отхождения ligamenta utero—ovaria съ значительно выраженнымъ изгибомъ въ сторону Дугласовой складки. При такихъ анатомическихъ условіяхъ нежелательное при влагаліищномъ кесарскомъ сѣченіи вскрытіе полости брюшины спереди, почти невозможно, а сзади можетъ случиться относительно легко. Руководствуясь этими соображеніями и не испытавъ на первыхъ случаяхъ техническихъ неудобствъ, въ смыслѣ возможности быстро опорожнить матку, мы и въ дальнѣйшемъ

предпочитали, какъ правило, разсѣкать лишь переднюю стѣнку матки.

Опасенія Dührssen'a, что при одномъ переднемъ разрѣзѣ можетъ наступить разрывъ стѣнки матки, какъ продолженіе линіи сѣченія не подтвердилось, по крайней мѣрѣ, въ нашихъ случаяхъ. Затѣмъ увѣреніе его, что при одномъ переднемъ разрѣзѣ надо проводить его выше, едва-ли вполне вѣрно. Главнымъ условіемъ для удобнаго проникновенія въ полость матки должно служить разсѣченіе стѣнки вплоть до полой мышцы и только при соблюденіи этого условія рука или инструментъ могутъ съ удобствомъ для оператора и безопасною для оперируемой проникнуть въ полость матки. Намъ кажется, что разсѣченіе этого участка достаточно въ одномъ мѣстѣ. Если-же говорить о большемъ удобствѣ при разсѣченіи его спереди и сзади, то слѣдуетъ признать необходимость доведенія разрѣза задней стѣнки *до того-же уровня, что и передней*. Не говоря уже о лишней травмѣ, возможность вскрытія брюшины при этомъ значительно возрастаетъ, а вскрытіе ея совершенно мѣняетъ всю физиономію операциі, рассчитанной для экстра-перитонеальнаго производства.

Разумѣется, всегда могутъ встрѣтиться случаи, когда необходимо будетъ разсѣчь и заднюю стѣнку или одну лишь заднюю, какъ у больныхъ Wennershöm'a⁸⁰) или Bennecke⁸¹), который оперировать при ущемленіи въ заднемъ дугласѣ беременной матки. Естественно, что въ этихъ случаяхъ дойти до передней стѣнки было значительно труднѣе и опаснѣе (возможно было пораненіе пузыря) и онъ избралъ вполне правильный путь въ полость, разсѣкая заднюю маточную стѣнку.

Оставляя въ сторонѣ случаи производства опе-

рации въ первую половину беременности, и въ остальных наших случаяхъ доступъ создавался вполне достаточный, для производства послѣдующей родо-разрѣшающей операціи (извлечение, перфорация) и ни разу мы не пережили крайне неприятнаго дальнѣйшаго разрыва маточной стѣнки.

Извѣстные въ литературѣ случаи такого разрыва, описанные Rühl'емъ⁸²⁾, Thorn'омъ⁸³⁾, Stähler'омъ⁸⁴⁾, Seitz'омъ⁸⁵⁾ и другими, произошли, вѣроятно, не отъ того, что была разсѣчена передняя лишь стѣнка, а по всей вѣроятности, въ виду недостаточной длины разрѣза вообще, не допускавшаго выхождения плода.

Не слѣдовали мы также Dührssen'у въ вопросѣ объ обязательномъ тампонированіи маточной полости послѣ ея опорожненія. По его мнѣнію, тампонація должна предупреждать возможность возникновенія атоническаго кровотеченія, а затѣмъ способствовать болѣе совершенному стоку послѣродовыхъ выдѣленій изъ матки. Въ случаяхъ оперированныхъ въ Родильномъ Заведеніи ни разу не пришлось прибѣгать къ такой тампонаціи. Временно, въ теченіе самой операціи для того, чтобы операціонная рана, на которую накладывались швы, не заливались истекающей изъ полости кровью, закладывались въ полость матки марлевые компрессы, но съ восстановленіемъ органа, удалялся всегда тампонъ. Онъ не оставался прежде всего потому, что ни въ одномъ изъ нашихъ случаевъ не было сильнаго атоническаго кровотеченія. Весьма возможно, что встрѣтивъ такое и тщетно испытывъ другіе способы его остановокъ пришлось-бы прибѣгнуть и къ тампонаціи, но это далеко не то-же, что профилактически закладывать въ полость матки тампонъ съ цѣлью предупрежденія послѣродового кровотеченія. Намъ кажется, что съ

тампонаціей матки можно *миришься* въ случаяхъ опасныхъ послѣродовыхъ кровотеченій, но тампонировать *профилактически* едва-ли вполне цѣлесообразно. Въѣ остановка кровотеченія въ затампонированной послѣродовой маткѣ происходитъ не за счетъ физиологическаго сокращенія органа, съ его сильно развитой сосудистой стѣтью, а путемъ непосредственнаго прижатія кровоточащей поверхности. Сокращенія послѣродовой матки тампонъ не вызываетъ, напротивъ есть основаніе предполагать, что, какъ всякое инородное тѣло, онъ ему до нѣкоторой степени препятствуетъ. Если и предпринимается тампонація то въ надеждѣ на непосредственное и временное устраненіе кровотеченія, пока природа не вступитъ въ свои права и матка самостоятельно или подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ нашихъ мѣропріятій и помимо тампона достаточно сократится. Завѣдомо-же ставить органъ въ болѣе неблагоприятныя условія, создавать пути для внесенія въ полость матки инфекции для того, чтобы устранить несуществующую еще опасность — не представляется намъ желательнымъ. Намъ кажется, что въ словахъ Dührssen'a кроется нѣкоторое недоразумѣніе, когда онъ говоритъ объ обязательной тампонаціи. Нельзя одновременно преслѣдовать двухъ цѣлей. Если тампонъ заложенъ съ цѣлью кровоостанавливающей, то марлю приходится закладывать туго и плотно, набивать ею полость, „пломбировать матку“ и тогда о дренирующемъ эффектѣ тампона едва-ли приходится говорить; напротивъ, смоченный тампонъ и свернувшаяся въ его петляхъ и складкахъ кровь можетъ лишь мѣшать дальнѣйшему оттоку жидкости. А рыхло заложенная марлевая полоса, дренирующая полость, не окажетъ никакого кровоостанавливающаго эффекта. Въ

последнемъ, впрочемъ, особенной нужды и нѣтъ, такъ какъ стокъ обыкновенно вполне достаточенъ послѣ прохождения чрезъ разрѣзанную шейку такого крупнаго объекта, какимъ является плодъ. (Подразумѣвается, разумѣется, производство влагалищнаго кесарскаго сѣченія во второй половинѣ беременности и во время родовъ, а не sub abortu. Въ последнемъ случаѣ условія совершенно измѣняются и дѣйствительно, можетъ понадобиться капиллярный дренажъ).

Въ тѣхъ-же случаяхъ, когда плотная, рубцово-измѣненная шейка подаетъ мало надеждъ на достаточный стокъ, заслуживаетъ на нашъ взглядъ вниманія предложеніе Rühl'a¹⁷⁾, поддержанное также Hammerschlag'омъ¹⁸⁾, рекомендующихъ въ подобныхъ случаяхъ предъ операцией влагалищнаго кесарскаго сѣченія расширять предварительно шейку гегаровскими расширителями. Противъ длительной тампонаціи въ случаяхъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія по поводу эклампсии говорятъ также крайне любопытныя наблюденія того-же Hammerschlag'a. Онъ приводитъ случаи, гдѣ присутствіе въ полости матки инороднаго тѣла, какимъ является тампонъ, вызывало уже post-partum повтореніе экламптическихъ припадковъ, но лишь только тампонъ удаленъ, какъ припадки прекращались. Вуммъ же въ случаяхъ суженія или незначительнаго раскрытія шейки вставляетъ въ матку съ цѣлью обезпеченія стока послѣродовыхъ выдѣлений стеклянную трубку.

Проведеніе у первородящихъ, подвергающихся влагалищному кесарскому сѣченію влагалищно-промежностнаго разрѣза (Scheidendammschnitt) кажется намъ весьма цѣлесообразнымъ указаніемъ Dührssen'a. Соображенія наши въ этомъ вопросѣ являются, къ сожалѣнію, чисто теоретическими, такъ какъ въ нашихъ

случаяхъ мы этого разрѣза не производили. Но тѣ затрудненія, которыя являлись у первородящихъ, разрѣшаемыхъ путемъ в. к. с., заставляютъ насъ допустить, что правъ D. рекомендующей не стѣбняться съ этимъ разрѣзомъ. Травма, наносимая при этомъ, касается лишь мягкихъ частей тазаго дня, возстановленіе котораго не представляетъ затрудненій, кровотеченіе, могущее быть при этомъ, останавливается механически прижатіемъ раневой поверхности введенными во влагалище зеркалами, необходимыми для дальнѣйшаго производства операциі. Преимущества же расширенія влагалищной трубки и вульварнаго кольца у первородящихъ очень существенны не только въ моментъ рожденія ребенка, когда неподатливыя и мало-растяжимыя стѣнки рукава не рожавшей еще женщины создаютъ препятствіе прохожденію извлекаемаго плода, но и въ моментъ производства самаго влагалищнаго кесарскаго сѣченія. Чѣмъ шире доступъ къ операционному полю, тѣмъ техническія затрудненія уменьшаются и тѣмъ быстрее дѣлается операциа. По личному наблюденію могу категорически заявить, что влагалищное кесарское сѣченіе значительно легче у многородящихъ, влагалище которыхъ болѣе растянато и не представляетъ того мышечнаго тонуса, который наблюдается у 1—рага и который не удается преодолѣть сильными даже растяженіемъ стѣнокъ рукава ложнообразными зеркалами. А такъ какъ при этой операциі болѣе, чѣмъ гдѣ-либо, нужно работать увѣренно и быстро, чтобы, по возможности, въ короткое время создать достаточный доступъ къ плоду, то проведеніе вспомогательнаго влагалищно-промежностнаго разрѣза является вполне показаннымъ у первородящихъ.

Разрѣзъ этотъ, извѣстный въ литературѣ и опе-

ративной практикѣ подѣ названіемъ Schuchardt'овскаго сѣченія—противъ чего протестуетъ D., доказывающій довольно убѣдительно свой приоритетъ проводится сбоку отъ средней линіи и долженъ разсѣчь кромѣ поверхностныхъ мышцъ тазоваго дна, также и лежащій болѣе глубоко levator ani. Только при этомъ условіи наступаетъ достаточное зніеи влагалищной трубки. Въ случаяхъ-же, когда мягкіе пути у первородящихъ кажутся достаточно податливыми, D. считаетъ возможнымъ ограничиться лишь разсѣченіемъ промежности. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ, по рожденіи плода и возстановленіи цѣлости матки накладываются швы на разрѣзанную промежность, что не представляетъ техническихъ затрудненій, являясь ни чѣмъ инымъ, какъ обычной перинеографіей, производимой къ тому-же при благоприятныхъ условіяхъ не рваной, какъ то бываетъ обыкновенно, а рѣзаной раны тазоваго дна. Dührssen съ обычной своей страстностью упоминаетъ объ этомъ своемъ разрѣзѣ и въ одной изъ послѣднихъ работъ⁸⁵⁾, причемъ предлагаетъ для болѣе тщательнаго его проведенія очень остроумный способъ. Во влагалище вводится большой кольцеобразный, диаметръ котораго въ наполненномъ состояніи соответствуетъ приблизительно диаметру головки плода. При влеченіи кольцеобразный напираетъ, подобно врывающейся головкѣ, на тазовое дно и промежность, которая совершенно аналогично совершающемуся при физиологическихъ условіяхъ, растягивается и въ значительной степени обезкровливается. Въ такомъ состояніи тканей и производится разрѣзъ. Если затѣмъ нѣсколько ослабить потягиваніе, то кровотокащія сосуды легко замѣчаются и при желаніи перевязываются. Постепенно разрѣзая мягкія ткани—разрѣзъ

производится на срединѣ разстоянія между заднимъ проходомъ и tuber ischii операторъ разсѣкаетъ настолько тазовое дно, что наполненный баллонъ выскальзываетъ изъ влагалища. Такъ какъ объемъ его приблизительно соответствуетъ размѣрамъ дѣтской головки, то есть полная увѣренность, что прохожденіе послѣдней не встрѣтитъ никакихъ препятствій въ мягкихъ частяхъ. Свой видоизмѣненный разрѣзъ D. предлагаетъ называть Kolpeuryse—Elythrotomia (Kolpeurynterschnitt).

Показаніями въ приводимыхъ 15 случаяхъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія было:

Эклямпсія—7 разъ (IV, VII, VIII, IX, X, XI, XIII).

Предлежаніе дѣтскаго мѣста—1 разъ (XII).

Осложненія при позднемъ выкидышѣ—2 р. (VI, XIV).

Тяжелый нефритъ при наличіи берем.—1 р. (XV).

Беременность, осложненная ракомъ—4 (I, II, III, V).

Во всѣхъ 7 случаяхъ эклямпсіи была тяжелая, со многими припадками (отъ 6 до 14); родовая дѣятельность или не начиналась, или-же была выражена слабо—у всѣхъ больныхъ существовала еще шейка и зѣвъ былъ или вовсе закрытъ или пропускалъ 1—1½ пальца, не смотря на то, что отъ перваго припадка проходило отъ 6 до 18 часовъ. У всѣхъ больныхъ предварительно употреблялись наркотическія: морфій и хлораль-гидратъ, но купирующаго эффекта на теченіе эклямпсіи отъ этихъ средствъ не наблюдалось, напротивъ судороги повторялись, общее состояніе ухудшалось, и приходилось думать о возможно быстромъ опорожненіи матки. Въ VIII и XIII случаяхъ до этого была сдѣлана попытка добиться раскрытія матки путемъ метрейриза, но тщетно, такъ какъ вложенный баллонъ, не смотря на длительное пребы-

ваніе, нисколько не раскрытъ зѣва, послѣ чего и было приступлено къ операциі влагалищнаго кесарскаго сѣченія. Въ остальныхъ пяти случаяхъ предварительнаго метрейриза не было.

Изъ семи экламптичекъ у 5, вслѣдъ за разрѣшеніемъ, прекратились припадки, у 2-хъ же (X, XIII) они продолжались. Въ случаѣ X ихъ было 17 въ теченіе первыхъ 12 часовъ послѣ родовъ. Больная была въ очень тяжеломъ состояніи, но въ концѣ концовъ оправилась и выписалась здоровой. Въ случаѣ XIII припадки тоже не прекратились и черезъ 9 часовъ послѣ операциі, не приходя въ сознание, больная скончалась. Эта смерть не можетъ быть отнесена за счетъ произведенной операциі и зависѣла всецѣло отъ основнаго страданія—еклампсиса, продолжавшейся, не смотря на родоразрѣшеніе. Не такъ дѣло обстояло въ случаѣ IX, гдѣ послѣ разрѣшенія припадки эклампсиса прекратились и гдѣ летальный исходъ наступилъ на 4-й день отъ септического процесса, осложниваемаго послѣ-родовой или вѣрнѣе послѣ-операционный періодъ, такъ какъ по даннымъ вскрытія слѣдуетъ предположить, что инфекция исходила изъ маточной раны. Этотъ случай, проведенный въ обычной нашей больничной обстановкѣ, безъ какихъ-либо погрѣшностей противъ выработанныхъ въ Р. З. правилъ асептического веденія родовъ и хирургическихъ пособій во время нихъ, указываетъ, что даже и при благоприятныхъ условіяхъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія—операциі, которая можетъ осложняться тяжелыми септическими процессами. Это заставляетъ насъ думать, что въ домашней, иногда совершенно не подходящей обстановкѣ, когда трудно бываетъ соблюсти строгую асептику, съ помощниками, часто случайными и всегда недостаточными, операциі эта производится не

должна, всецѣло относясь къ области „больничнаго“ акушерства.

У означенныхъ 7 больныхъ было извлечено всего 2 живыхъ плода (VII, XI); въ 2-хъ случаяхъ вслѣдъ за влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ производилась перфорациі (VIII, X) на завѣдомо умершихъ и не вполне доношенныхъ плодахъ, въ 3-хъ—дѣти, несомнѣнно живые до начала операциі (IV, IX, XIII), извлекались послѣ поворота мертвыми или въ асфиксисіи, не проходившей при попыткахъ къ оживленію.

Смерть этихъ дѣтей можетъ быть съ большей долей вѣроятія поставлена въ вину пособія. Извѣстную роль сыграла въ этихъ случаяхъ неподготовленность путей (все больныя первородящія). Вѣроятно, слѣдующимъ указаніямъ Dührssen'a, настойчиво рекомендующаго въ такихъ случаяхъ производство влагалищно-промежностнаго разрѣза, облегчающаго извлеченіе, у насъ бы было болѣе шансовъ на полученіе живыхъ плодовъ.

На основаніи 7 случаевъ трудно дѣлать опредѣленные выводы, но общее впечатлѣніе отъ операциі, не смотря на 2 печальныхъ исхода для матерей—слѣдуетъ признать очень подкупающимъ. Относительная безопасность ея въ рукахъ вышколеннаго персонала и въ обстановкѣ благоустроеннаго лечебнаго заведенія, должна, по нашему мнѣнію, нѣсколько расширить показанія къ этой операциі при эклампсисіи. Повидимому, въ Россіи мы находимся на этомъ пути, по которому давно слѣдуютъ германскіе акушеры.

Пренія, возникшія на IV Съѣздѣ Гинекологовъ и Акушеровъ въ декабрѣ 1911 г. доказали, что влагалищное кесарское сѣченіе при эклампсисіи заслужено приобретаетъ все большую популярность въ Рос-

еи и прекрасные результаты Бекмана, Холмогорова, Скробанского, Окничица, Побѣдинскаго и др. подтверждаютъ данныя иностранныхъ авторовъ о желательности широкаго примѣненія метода hysterotomia vaginalis при леченіи этого тяжелаго осложненія беременности и родового акта.

Въ единственномъ оперированномъ путемъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія случаѣ центрального предлежанія дѣтскаго мѣста (XII) мы могли убѣдиться, что при такъ называемомъ Metreurenterschnitt, даже и при условіяхъ разрыленія и обильнаго кровенаполненія нижняго маточнаго отрѣзка, не происходитъ излишняго кровотеченія, тѣмъ болѣе, что время, нужное на операцию, считается минутами. Потягиваніе за отводную трубку внутриматочнаго баллона съ цѣлью низведенія матки, выгодно отличалось отъ накладыванія съ той-же цѣлью какихъ-либо захватывающихъ инструментовъ, тупыхъ или острыхъ, которые навѣрное срывались-бы, не удерживая сильно васкуляризованной, рыхлой ткани измененной близостью послѣда шейки и нижняго участка маточной стѣнки. Случай этотъ, прошедшій для матери вполне благополучно и давшій ей живаго ребенка, является хорошей иллюстраціей пользы примѣненія влагалищнаго кесарскаго сѣченія при предлежаніи дѣтскаго мѣста, можетъ быть, не въ столь широкомъ масштабѣ и не такъ систематически-настойчиво, какъ предлагаютъ это Döderlein и Seitz, но во всякомъ случаѣ и безъ излишнихъ опасеній за угрожающее жизни кровотеченіе при разрѣзѣ матки.

Имѣвшіеся у насъ два случая поздняго выкидыша, потребовавшіе быстро окончанія, блестящимъ образомъ доказали пригодность влагалищнаго кесарскаго сѣченія въ раннія стадіи беременности. Оба

раза мы имѣли дѣло съ беременностью на пятомъ мѣсяцѣ, прерываемой разъ изъ-за абсолютнаго суженія таза (VI), разъ изъ-за тяжелаго сердечнаго порока. (XIV). Предполагалось, какъ обычно принято въ Р. З., добиться путемъ метрейриза достаточнаго открытія матки, чтобы затѣмъ удалить пальцами плодное яйцо, но у обоихъ больныхъ наступили осложненія, заставившіе насъ прибѣгнуть къ болѣе радикальнымъ мѣропріятіямъ.

Непосредственнымъ показаніемъ къ ускоренному родоразрѣшенію были:—въ первомъ случаѣ возникшій эндометритъ sub abortu при условіи рубцово-измѣненной шейки, не реагировавшей въ теченіе нѣсколькихъ часовъ на введенный метрейринтеръ, во второмъ— сильнѣйшее кровотеченіе при длинной, закрытой шейкѣ. Оба раза опорожненіе матки закончилось очень быстро; въ теченіе нѣсколькихъ минутъ создавался достаточный доступъ въ полость матки, плодъ и дѣтское мѣсто удалялись рукою, и матка зашивалась. Въ первомъ случаѣ операциа была затруднена большимъ суженіемъ выхода костнаго таза и рубцами подтягивающими шейку кверху; во второмъ-же случаѣ, гдѣ примѣненъ былъ разрѣзъ по баллоу, hysterotomia vag. совершена была очень легко, причемъ въ виду экстренности случая, не позволявшаго терять вовсе времени, ассистировали двѣ акушерки Р. З. и только къ моменту зашиванія маточной стѣнки подошла вторая врачъ. Эффектъ въ обоихъ случаяхъ получился полный: въ первомъ черезъ нѣсколько часовъ Т^о спала, во второмъ — съ удаленіемъ яйца кровотеченіе сразу-же остановилось.

Въ случаѣ XV введенный съ цѣлью вызвать преждевременные искусственные роды на IX мѣсяцѣ метрейринтеръ, пролежавъ 7 часовъ, не вызвалъ ни

одной схватки. Так как показанием к досрочным родам была сопутствующая беременности тяжелый нефрит с указывающими на возможность возникновения уремий симптомами, то пришлось отказаться от дальнѣйшаго выжиданія и произвести влагалищное кесарское сѣченіе, воспользовавшись находившимся въ полости матки баллономъ для Metreurynterschnitt, послѣ чего завѣдомо мертвый плодъ былъ перфорированъ и извлеченъ краниокластомъ. И въ этомъ случаѣ почти доношенной беременности мы убѣдились, насколько разрѣзъ по баллону облегчаетъ производство операціи.

Четыре случая радикальнаго кесарскаго сѣченія доказали полную пригодность въ *техническомъ* отношеніи этой операціи при беременности, осложненной ракомъ. И въ случаяхъ доношенной беременности (II и III) и на VIII мѣсяцѣ (V) и въ болѣе раннія стадіи (I) — операція совершалась очень легко. Кровотеченіе было неслышное, и въ моментъ разрѣза матки и родоразрѣшающей операціи, и затѣмъ, когда экстирпировали матку. Разрыхленные беременностью ткани позволяли низводить органъ ad maximum и облегчали перевязку сосудовъ, такъ что экстирпація, не смотря на большой объемъ органа, въ особенности въ случаяхъ II, III, V, не представляла никакихъ затрудненій.

Подводя итоги нашимъ 15 случаямъ, мы можемъ сказать, что операція влагалищнаго кесарскаго сѣченія, произведенная 13 разъ по типу hysterotomia anterior и два раза (V—VII) съ разсѣченіемъ передней и задней стѣнокъ, въ *техническомъ* отношеніи ни разу не представила существенныхъ затрудненій. Ни въ одномъ случаѣ не наблюдалось неудобства одного только передняго разрѣза, и оба раза, когда сдѣланъ былъ разрѣзъ и задней стѣнки, то было это

произведено скорѣе ради опыта, какъ уступка настойчивымъ указаніямъ автора метода Dührssen'a. Тѣмъ не менѣе даже у первородящихъ со срочной беременностью передняго разрѣза въ 12"—13" было вполне достаточно для производства послѣдующей родоразрѣшающей операціи. Какихъ-либо дальнѣйшихъ разрывовъ маточной стѣнки, пораненія пузыря, вскрытія брюшины, къ счастью, мы не переживали, что также утвердило насъ въ полной пригодности одного лишь передняго разрѣза для огромнаго большинства случаевъ, требующихъ экстреннаго кесарскаго сѣченія. Въ послѣднихъ четырехъ случаяхъ примѣненъ былъ разрѣзъ по баллону, введенному въ полость матки, и мы должны сказать, что при не видѣвшейся въ полости головки Metreurynterschnitt, дѣйствительно, значительно упрощаетъ производство операціи, такъ какъ облегчаетъ низведение подлежащихъ разсѣченію тканей, дѣлая ихъ значительно болѣе доступными зрѣнію и рукъ. Преимуществомъ этого метода слѣдуетъ считать и значительное обезкровливаніе тканей, зависящее отъ сдавленія ихъ. Въ особенности пришлось оцѣнить это въ случаѣ центральнаго предлежанія дѣтскаго мѣста. Во всѣхъ нашихъ случаяхъ тщательно отслаивался пузырь, а въ послѣднихъ онъ заицился кромѣ того введеннымъ узкимъ Симоновскимъ подъемникомъ, который удерживалъ его отъ возможнаго нависанія и соскальзыванія, такъ что въ этомъ отношеніи мы не слѣдовали совѣту Döderlein'a, считающаго отслойку пузыря излишней и утверждающаго, что при сильномъ потягиваніи книзу матки, пузырь самостоятельно отходитъ вверху.

Въ смыслѣ родоразрѣшающихъ операціи мы въ случаяхъ беременности съ живымъ и жизнеспособ-

нымъ плодомъ примѣняли поворотъ и извлечение. Въ 5 случаяхъ дѣти родились живыми, въ четырехъ остальныхъ—ихъ извлекали мертвыми, причемъ у 3-хъ первородящихъ извлечение черезъ мало подготовленное влагалище, вѣроятно, осталось не безъ вліянія на судьбы плодовъ. Тампонація матки на первые 12—24 час. примѣнялась лишь въ случаяхъ в. к. с. въ первую половину беременности, когда трудно было рассчитывать на достаточный стокъ; соображенія-же, по которымъ мы воздерживались отъ примѣненія ея въ остальныхъ случаяхъ—уже изложены раньше.

Послѣродовой періодъ въ большинствѣ случаевъ протекалъ гладко. У трехъ больныхъ наблюдался кольпитъ, быстро проходившій подъ вліяніемъ соответственной терапіи, въ одномъ случаѣ былъ послѣродовой параметритъ (больная была тампонирована до принятія въ Р. З.—такъ что считать ее стерильной нельзя) и наконецъ, въ одномъ наступила довольно быстро (на 4-й день) смерть отъ инфекціоннаго послѣродового процесса, захватившаго не только околоматочную кѣтчатку, но и полость брюшины, не смотря на то, что послѣдняя была не вскрыта. Эта смерть должна быть отнесена къ послѣоперационнымъ осложненіямъ. Во второмъ, имѣвшемся у насъ, случаѣ смерти, летальный исходъ долженъ быть всецѣло отнесенъ на счетъ тяжелой эклампсии, продолжавшейся и послѣ родоразрѣнія. И клиническое теченіе и данныя вскрытія подтверждаютъ это.

На основаніи всего, что было сказано въ этомъ очеркѣ объ операціи влагалищнаго кесарскаго сѣченія, мы можемъ придти къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Технически—предложенная Dührssen'омъ (съ позднѣйшими видоизмѣненіями Bumm'a, Döderlein'a

и др.) операція влагалищнаго кесарскаго сѣченія въ болыничной обстановкѣ совершается легко, и въ рукахъ сколько-нибудь привыкшаго оперировать хирургически акушера не представляетъ значительныхъ затрудненій.

2) Какихъ-либо существенныхъ преимуществъ отъ разсѣченія обѣихъ маточныхъ стѣнокъ, какъ-то утверждаетъ Dührssen, мы не наблюдали. Въ большинствѣ случаевъ вполне достаточно hysterotomia anterior (Bumm, Döderlein), совершающейся и быстрѣе и безопаснѣе.

3) Предложенный въ 1910 г. Metreurynterschnitt значительно упрощаетъ въ подходящихъ случаяхъ производство операціи.

4) Созданный тѣмъ или другимъ путемъ (разсѣченіемъ одной передней или передней и задней стѣнокъ) экстраперитонеальный доступъ въ полость беременной матки достаточенъ для немедленно слѣдующаго затѣмъ родоразрѣшенія.

5) Рекомендованный Dührssen'омъ, какъ дополненіе къ влагалищному кесарскому сѣченію промежуточно-влагалищный разрѣзь (Scheidendammschnitt), нарушающій цѣлость m. levatoris ani является вполне показаннымъ у первородящихъ, съ цѣлью облегченія какъ производства разсѣченія маточной стѣнки, такъ и послѣдующей родоразрѣшающей операціи (извлечения, щипцовъ и т. д.).

6) Представляя собою технически форсированное родоразрѣшеніе, влагалищное кесарское сѣченіе уже въ силу этого не можетъ имѣть вполне ясно-поставленныхъ и строго-ограниченныхъ показаній. Ни одно изъ встрѣчаемыхъ въ литературѣ показаній (эклампсія, предлежаніе посылда, рубцовое суженіе шейки, общія заболѣванія, поздній выкидышъ и т. д.) само

по себѣ не можетъ еще служить достаточнымъ основаниемъ для производства этой операціи. Но вмѣстѣ съ тѣмъ ни при одномъ акушерскомъ пособіи, за исключеніемъ кесарскаго сѣченія per abdomen, не выступаетъ такъ рельефно возможность во всякій срокъ беременности или родовъ создать пути для немедленнаго родоразрѣшенія, при единственномъ условіи легкой проходимости для плода костнаго таза.

7) По сравненію съ классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ (Sänger, Fritsch) hysterotomia vaginalis обладаетъ преимуществомъ своего экстраперитонеальнаго производства, что, не смотря на всѣ побѣды асептического метода оперирования, является пока еще существенной выгодой. Отъ послѣдующихъ модификацій кесарскаго сѣченія чрезъ брюшныя стѣнки, преслѣдующихъ тотъ-же принципъ охраненія полости брюшины отъ инфекціи (операціи Frank'a, Sellheim'a, Lazko) влагалищное кесарское сѣченіе выгодно отличается тѣмъ, что для его производства не нужно вовсе выжидать развитія родовой дѣятельности.

8) Влагалищное кесарское сѣченіе какъ по своему теоретическому замыслу, такъ и по практической исполнимости, должно несомнѣнно занять почетное мѣсто среди другихъ акушерскихъ операцій.

Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется быстрое родоразрѣшеніе при неподготовленныхъ еще мягкихъ родовыхъ путяхъ, влагалищное кесарское сѣченіе, производимое съ цѣлью спасти мать (въ нѣкоторыхъ случаяхъ и плодъ) должно приниматься въ расчетъ при выборѣ того или другого акушерскаго пособия.

9) Радикальное влагалищное кесарское сѣченіе, показанное почти исключительно при беременности, осложненной ракомъ шейки, не отличааясь въ акушерскомъ отношеніи отъ обыкновенной hysterotomia

vaginalis во всемъ остальномъ должно быть разсматриваемо, какъ обычное влагалищное удаленіе раковой матки, обладающее всеми достоинствами и недостатками этой операціи.

Въ заключеніе приводимъ краткія свѣдѣнія о случаяхъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія произведенныхъ въ Россіи. Всѣхъ ихъ, насколько удалось намъ собрать, — 194. Первый изъ нихъ относится къ 1902 г. и былъ произведенъ Д-мъ Веберомъ въ Петербургъ.

По авторамъ, ихъ опубликовавшимъ, они распределяются слѣдующимъ образомъ:

Веберъ ⁸⁶⁾ 1	Селицкій ⁸⁷⁾ " ¹⁰⁰⁾	
Вастень ⁸⁷⁾ 1	(Побѣдинскій) 7	
Розенфельдъ ⁸⁸⁾ 1	Федоровъ ⁹⁶⁾ 5 (1)	
(Александровъ) 2	Вербовъ ⁸⁷⁾ (Отгъ) 8	
Чернеховскій ⁸⁹⁾ 1	Сазоновъ ⁹⁹⁾ 6 (2)	
Кайзерлингъ ⁹⁰⁾ 4	Гольдбергъ ⁹⁷⁾ 3 (1)	
" ⁸⁷⁾ 4	Рабиновичъ ⁹³⁾ 2	
Кнорре ⁹¹⁾ 2	Михайловъ ¹⁰⁰⁾ 5 (1)	
Китнеръ ⁹²⁾ " ⁸⁷⁾ 4 (1)	Рашкешъ (ibid) 7	
Личкусъ ⁹³⁾ 1	Новиковъ (ibid) 10 (2)	
Орловъ ⁹⁴⁾ 4 (1)	Богдановъ (ibid) 10	
Окинчицъ ⁹⁵⁾ 11 (3)	Розенфельдъ ¹⁰¹⁾ 2	
Скробанскій ⁹⁶⁾ " ¹⁰⁰⁾ 12 (2)	и въ настоящемъ	
Холмогоровъ ⁹⁶⁾ " ¹⁰⁰⁾ 22 (5)	описано 15 (2)	
Бекманъ ⁹³⁾ 49 (8)		
	Итого 194 (29)	

Изъ 194 больныхъ подвергшихся влагалищному кесарскому сѣченію скончалось 29 (14,8%—цифра приближающаяся къ выведенной Dührssen'омъ въ первой его сводкѣ¹²⁾). Причиной смерти была въ 15 случ. эклампсія, въ 2 сердечный порокъ, въ 2—нефритъ; по 1 разу: острая анемія при предлежаніи дѣтскаго мѣста, желтая атрофія печени и кровоизліяніе въ мозгъ, въ 4-хъ случаяхъ сепсисъ (2 Бекманъ, 1 Сазоновъ, 1 Подгоречій) и въ 3-хъ случаяхъ причина смерти не указана. Какъ видно въ громадномъ большинствѣ случаевъ смерть зависѣла отъ того осложненія родового акта, которое являлось показаніемъ къ производству влагалищнаго кесарскаго сѣченія, а не отъ самаго пособия.

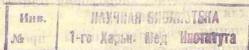
Показаніями же къ производству служили въ 133 случ.—еклампсія; въ 14 беременность, осложненная ракомъ, въ 8—placenta praevia, въ 8—общія заболѣванія, въ 8—поздній выкидышъ, въ 4—неподатливость зѣва, въ 1 sepsis sub partu, въ 1 затянувшіеся роды послѣ бывшей вентрофиксаціи, въ 2 преждевременная отслойка дѣтскаго мѣста, и въ 15 случ. причина производствa операции не указана точно.

ЛИТЕРАТУРНЫЯ ССЫЛКИ.

1. Цитировано по: Красовскій, Оперативное акушерство. Изд. III, стр. 654.
2. *Kilian*. Die operative Geburtshülfe. Т. II. S. 830.
3. *Kрасовскій*. Л. с.
4. *Bossi*. Первой публикаціей, въ которой В. говоритъ объ инструментальномъ расширеніи, слѣдуетъ считать отчетъ акуш.-гинекол. клиники въ Генуѣ за 1890—1891, въ *Rivista di Ostetricia e Ginecologia* 1892, № 27—29.
5. *Leopold*. Arch. f. Gyn. LXVI. s. 198.
6. *Schaebe*. Beitrag zur Beurteilung d. Entbindungsverfahren nach *Bossi* u. s. v. J.-D. Iena 1907.
7. *Hammerschlag*. Monat. f. G. u. G. XXIII, s. 123.
8. *Bardleben*. Zent. f. G. 1905. s. 454.
9. *Столѣтній* Медицинскій отчетъ по Имп. Сиб. Родовспомогательному Заведенію за 1901—1903 гг. с. 103.
10. *Dührssen*. Sam. klin. Vorträge. N. F. № 232.
11. *Buonn*. Zent. f. G. 1905. № 26 (отчетъ о Кильскомъ сѣздѣ).
12. *Dührssen*. *Winckel's Handbuch f. Geburt. B. III*, s. 758.
13. *Orthmann*. Mon. f. G. u. G. XVIII, s. 744.
14. *Henckel*. Zeits. f. G. u. G. LVI. s. 592.
15. *Hammerschlag*. Zeits. f. G. G. B. LVI. s. 361.
16. *Розеубергъ*. Русс. Врачъ. 1903. № 29.
17. *Rühl*. Zent. f. G. 1903. № 34.
18. *Krönig*. Monat. f. G. XXIII, s. 303.
19. *Döderlein*. Münch. med. Wochens. 1910. s. 2109.
20. *Söms*. Zent. f. G. 1910. № 43.
21. *Rotter*. Zent. f. G. 1907. № 39. s. 1183.
22. *Zweifel*. Ar. f. Gyn. B. 74. s. 1.
23. *Idem*. *Ibidem*. B. 76. s. 539.
24. *Kollmann*. Cent. f. G. 1897. № 13.
25. *Dienst*. Ar. f. G. B. 65 u. *ibidem*. B. 86. s. 314.
26. *Zangemeister*. Zeit. f. G. u. G. B. XLII. s. 580.
27. *Veit*. Zeit. f. G. u. G. XLIX. n. 2.
28. *Массекъ*. Акушерскіе вопросы дня. 1899. с. 108.
29. *Veit*. M. f. G. u. G. V. s. 93.
30. *Hofmeier*. Deut. med. Woch. 1903. № 5.
31. *Olshausen*. Zeit. f. G. u. G. LVIII. s. 11 (приводитъ 77,6% operative Frequenz при эклампсии).

32. *Строгозов*. Новое въ медицинѣ. 1908. № 2—3.
 33. *Liepmann*. Münch. medic. Woch. 1905. № 51.
 34. *Seitz*. Arc. f. G. B. 87. n. 1.
 35. *Бен-макс*. Mon. f. G. u G. XXXV. n. 2.
 36. *Pfannenstiel*. Z. f. G. 1908. № 13.
 37. *Beuber Petersen*. Amer. J. of Obstetrics a. Diseases of women. LXVI. № 1.
 38. *Столминскій* Отчетъ по Имп. Слб. Родовсп. Заведенію 1907 — 1909.
 39. *Рабиновичъ*. Русс. Врачъ. 1911. № 7.
 40. *Судаковъ*. Жур. Акуш. и Ж. В. 1910. Январь.
 41. *Egmonte*. Praktische Ergeb. d. Geb. V. П. 2. s. 291.
 42. *Bürger u Graff*. Mon. f. G. u G. XXV. s. 49.
 43. *Zweifel*. Münch. med. Wochens. 1907. s. 2361.
 44. *Jung*. Deut. med. Wochens. 1906. № 31.
 45. *Krönig*. Zent. f. G. 1908. № 46.
 46. *Sigwart*. Ibidem. 1910. № 46.
 47. *Döderlein*. Ibidem. 1910. № 43.
 48. *Idem*. Arc. f. G. B. 92. s. 41.
 49. *Hannes*. Zent. f. G. 1909. № 3.
 50. *Hofmeier*. Münch. med. Woch. 1910. № 26.
 51. *Rühl*. Zent. f. G. 1903. № 10.
 52. *Fabre*. Lyon. médical. 1906 octobre 10. Цит. по Zent. f. G. 1907. s. 1491.
 53. *Regnoli*. Цит. по Jahresbericht. 1909. s. 1063.
 54. *Seitz*. Arc. f. G. B. 90. n. 1.
 55. *Kr. Brandt*. Цит. по Jahresbericht. 1909. s. 870.
 56. *Скрябинскія*. Жур. Акуш. и Ж. Бол. 1911. Май—Іюль.
 57. *Вербова*. Ibidem. 1911. Апрельъ.
 58. *Fuchs*. Mon. f. G. u G. XXVI. s. 275.
 59. *Wenzel*. Zent. f. G. 1907. № 14.
 60. *Baccus*. Цит. по Jahresbericht. 1903. s. 1082.
 61. *Simon*. Münch. med. Woch. 1903. № 21.
 62. *Klein*. Monat. f. G. u G. XXIII. s. 145.
 63. *Ibid.* s. 244.
 64. *Rosner*. Gynekol. Rundschau. 1911. № 23.
 65. *Jahress*. Zent. f. G. 1910. № 32. s. 1075.
 66. *Strassmann*. Zeit. f. G. u G. B. L. s. 370.
 67. *Böhmer*. Ueber d. Kaiserschnitt an den Toten und Sterbenden, J.-D. Giessen. реф. Z. f. G. 1910. s. 1334.
 68. *Sargoy*. Veit's Handb. d. Gynäk. V. III.
 69. *Одоровъ*. Практич. Врачъ. 1911. № 50—51.
 70. *Lang*. Der. Vaginale Kaiserschnitt. J.-D. München. 1509.
 71. *Hofmeier*. Münch. med. Wochens. 1904. № 3.
 72. *Ahlfeld*. Z. f. G. 1904. № 10. s. 323.
 73. *Kromer*. Ibidem. 1904. № 19. s. 607.
 74. *Olow*. Ibidem. 1910. № 31. s. 1047.
 75. *Liepmann*. Реф. Jahresbericht. 1906. s. 1000.
 76. *Felix Humbert*. Der Vaginale Kaiserschnitt u. s. w. J.-D. Strasburg. 1909.
 77. *Goldberg*. Z. f. G. 1910. № 52. s. 1676.

78. *Weiswange*. Ibid. 1910. s. 383.
 79. *Waldeyer*. Das Becken. s. 456. ff.
 80. *Wennerström*. Zent. f. G. 1903. № 10.
 81. *Beuncke*. Ibid. 1906. № 21.
 82. *Rühl*. Ibid. 1904. № 3.
 83. *Thorn*. Münch. medic. Wochens. 1900. № 46.
 84. *Stähler*. Zent. f. G. 1902. № 7.
 85. *Dührssen*. Gynekol. Rundschau. 1911. № 21. s. 791.
 86. *Велеръ*. Жур. Акуш. и Ж. В. 1902.
 87. *Василья*. Протоколы науч. засѣданій врачей Обуховской больницы. 1907—1908. От. от. изв. „Рус. Врача“.
 88. *Розенфельдъ*. Русс. Врачъ. 1903. стр. 1046.
 89. *Череховскій*. Ibid. 1904. стр. 793.
 90. *Kaisersingh*. Zent. f. G. 1907. s. 711.
 91. *Knorre*. Mon. f. G. u G. XIX. s. 642.
 92. *Kutner*. S. Peters. medic. Wochens. 1907. s. 301.
 93. *Ливуховъ*. Жур. Акуш. и Ж. Бол. 1907. Ноябрь.
 94. *Орловъ*. Рус. Врачъ. 1910. ст. 289.
 95. *Окунинъ*. Ibid. 1910. ст. 443.
 96. *Холмогоровъ*. Ibid. 1910. ст. 721.
 97. *Селицкій*. Жур. Акуш. и Ж. Бол. 1912. ст. 163.
 98. *Одоровъ*. См. 69.
 99. *Сазоновъ*. Медиц. Обзорніе. 1911. № 7.
 100. *Дейтлинъ*. Рефератъ IV Съезда Россійскихъ Гинекологовъ и Акушеровъ. Врачеб. Газета. 1910. № 1.
 101. *Розенфельдъ*. Zent. f. G. 1910. № 49.



ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по Pannestiel'ю въ неинфицированныхъ случаяхъ даетъ лучшія условія заживленія раны по сравненію съ обычнымъ разрѣзомъ по бѣлой линіи.

2. При послѣродовыхъ заболѣваніяхъ септического характера внутриматочныя промыванія должны быть по возможности ограничены.

3. Вытяжка шипковидной железы часто является отличнымъ средствомъ для усиленія родовыхъ схватокъ и потужной дѣятельности.

4. 5% мазь Scharlachroth обладаетъ яснымъ эпителизирующимъ дѣйствіемъ при смазываніи ею грапуляціонныхъ поверхностей.

5. Гедональ въ количествѣ 2,0—3,0, не вызывая осложненій со стороны сердца и легкихъ, уменьшаетъ при наркозѣ количество хлороформа или эфира, необходимое для полной анестезіи.

6. Капельныя солевая клизмы представляютъ очень разумный способъ введенія искусственной сыворотки въ организмъ.

7. Правильное функционированіе большинства Петербургскихъ больничныхъ учреждений возможно лишь при широкомъ пользованіи бесплатнымъ трудомъ врачей-добровольцевъ.

CURRICULUM VITAE.

Евгеній Діонисьевичъ Подгорецкій, потомственный дворянинъ, родился 22 августа 1872 года въ г. Острогѣ, Вольнской губ. Вѣроисповѣданія римско-католическаго. Обучался сперва въ Острожской шестиклассной прогимназіи, а затѣмъ въ Ковенской гимназіи, гдѣ и получилъ аттестатъ зрѣлости въ іюнѣ 1892 г. Въ томъ-же году поступилъ въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію, которую и окончилъ лекаремъ съ отличіемъ въ 1897 г. Непосредственно по окончаніи поступилъ младшимъ врачомъ въ Морское Вѣдомство. Въ 1899—1900 г. выдержалъ докторантскіе экзамены при Императорской Военно-Медицинской Академіи. Въ 1900 г. вышелъ изъ Морскаго Вѣдомства. Въ томъ же году въ теченіе одного семестра слушалъ лекціи пр. Kehreга и Czerny въ Гейдельбергскомъ университетѣ. По возвращеніи изъ заграницы сталъ заниматься въ Императорскомъ Спб. Родовспомогательномъ Заведеніи сперва въ качествѣ экстерна, затѣмъ сверхштатнаго врача (1906), наконецъ младшаго врача (1910). Съ 1904 г. состоитъ репетиторомъ по гинекологіи въ Повивальномъ Институтѣ при Родовспомогательномъ Заведеніи.

Кромѣ того съ 1906 по 1912 г.г. занималъ должность помощника секретаря при Медицинскомъ Инспекторѣ Вѣдомства Учрежденій Императрицы Маріи.

Съ 1903 г. состоитъ дѣйствительнымъ членомъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербурѣ.

Имѣеть слѣдующіе печатные труды:

1. Програмные вопросы на IV международномъ сѣздѣ гинекологовъ и акушеровъ въ Римѣ. Русскій Врачъ 1902. № 49—53.

2. Beitrag zur Frage der gemischten Hedonal-Chloroform Narkose Deutsche medicinische Wochenschrift. 1904. № 50.

3. Kurzer Uebersicht über 1000 von Prof. Feinenoft-ausgeführte Laparotomien. Arch. f. Gynäkologie B. 74. H. 3.

4. Въ сотрудничествѣ съ В. А. Столыпинскимъ: 1000 чрезсѣченій произведенныхъ проф. Н. Н. Феменовымъ. Журналъ Акуш. и Ж. Б. 1903 г.

5. Къ вопросу о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи (hysterotomia vaginalis).

Последняя работа представляется въ качествѣ диссертациі на соисканіе степени доктора-медицины.