

618.2
3-26

БІБЛІОТЕКА
Харківського Медич. Інституту
№ 4768

Изъ клиники Профессора А. И. Лебедева.

Серія диссертаций, захищавшихся въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1887—88 учебн. году.

№ 79.

ПЕРЕВІРЕНО 1936

7-НОЯ 2012

КЪ ВОПРОСУ О КЕСАРСКОМЪ СЪЧЕНІИ

ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОМЪ ПОКАЗАНИИ.

3975
1944

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

А. И. ЗАМШИНА.

ординатора Академической Акушерско-гинекологической клиники
профессора А. И. Лебедева,
врача-экстерна С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія.

Изд. № 1-го Харьк. Мед. Института

Библиотека Читальни
Харьк. Гос. Мед. Инст. и Военно-Мед. Инст.
Мат. кн. № 17925
1456
3 "неттер 24"

Цензорами диссертации по поручению Конференции были
Профессоры:
К. Ф. Славянскій, А. И. Лебедевъ, Приватъ-Доцентъ В. Ф. Масловскій.

принят
1906 г.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Листка Объявленій Р. Лаференцъ, Литейная 88.
1888.

3975

1950

Пере, 457-60

7 - НОЯ 2012

Докторскую диссертацию лекаря Замшина, под заглавием «Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи», печатать разрѣшается съ тѣмъ чтобы по отпечатаніи оной, было представлено въ конференцію Императорской военно-медицинской академіи 500 экземпляровъ ея.

С.-Петербургъ Апрѣля 16 дня 1888 г.

Ученый Секретарь В. Пашутинъ.

Харк. Мед. Институт
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА

БІБЛІОТЕКА
Харківського Медич. Інституту
№ _____

ПЕРЕВІРЕНІ 19

Будущность всякой операции зависитъ отъ тѣхъ результатовъ quoad vitam et valetudinem, которые она даетъ или можетъ дать. Относительно кесарскаго сѣченія это положеніе тѣмъ сильнѣе можетъ быть подчеркнуто, что оно завѣдомо спасаетъ одну жизнь — жизнь плода; если это-же можно было-бы сказать и касательно жизни матери, то, конечно, не могло-бы и рождаться вопроса объ умерщвленіи плода для уменьшенія его объема. Сказать о значительности опасности этой операции, установить окончательно ея raison d'être на основаніи тѣхъ статистическихъ данныхъ новѣйшихъ случаевъ кесарскаго сѣченія, которыя имѣются въ рукахъ, является дѣломъ крайне труднымъ, вслѣдствіе той малочисленности статистическаго матеріала, который у насъ на лицо. Мы, конечно, можемъ только брать для оцѣнки данныя, касательно этой операции, произведенной въ асептическое время при относительномъ суженіи таза и по консервативному способу, безусловно показанному при относительномъ суженіи и безгнилостномъ состояніи роженицы. По этому достигъ болѣе или менѣе опредѣленнаго отвѣта въ вопросѣ о будущности кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи можно, по моему мнѣнію, разрѣшивши два вопроса:

1) По сколько современной принципъ сшиванія раны матки отвѣчаетъ идеальнымъ требованіямъ полного восстановленія цѣлости ткани ея, какъ въ смыслѣ изоляціи полости ея отъ cavum peritonei и при этомъ остановки кровотеченія такъ и въ смыслѣ стойкости рубца въ послѣдующей беременности.

2) Выяснить тѣ случаи, гдѣ кесарское сѣченіе при относительно узкомъ тазѣ можетъ быть показано и примѣняемо

Харк. Мед. Институт
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА

съ наибольшими шансами на успѣхъ *respect.*, гдѣ оно имѣетъ *raison d'être*, такъ какъ требованія, которыя могутъ быть предъявлены кесарскому сѣченію при относительно узкомъ тазѣ, понятно, несравненно строже, чѣмъ по отношенію къ этой операциі при абсолютномъ препятствіи для родовъ: въ первомъ случаѣ это *operatio electionis*, во второмъ—*necessitatis*.

Становясь лицомъ къ лицу съ вопросомъ, что дѣлать при томъ или иномъ препятствіи для окончанія родовъ, если изъ теченія послѣднихъ видно, что неуменившая въ своемъ объемѣ головка плода не пройдетъ черезъ суженное мѣсто, всякій акушеръ испытывалъ и испытываетъ гнетущее чувство безсилія при мысли, что онъ долженъ браться за операцию, имѣющую цѣлю убить живой плодъ и такимъ образомъ завѣдомо принести жизнь ребенка въ жертву интересамъ матери. Послѣдній доводъ только и остается въ утѣшеніе врачу, совершившему прободеніе живого плода. Никто не можетъ отвергать того начала, что мать, *caeteris paribus*, имѣетъ больше правъ на жизнь, нежели неродившійся еще на свѣтъ, ребенокъ. Во 1-хъ потому, что она представляетъ вполне законченнаго члена общества, приносящаго тѣмъ или другимъ образомъ ему пользу, а во 2-хъ и потому, что можетъ быть уже матерью нѣсколькихъ дѣтей, для которыхъ существованіе ихъ матери является часто вопросомъ жизни, или, если она перворождающая, то можетъ въ скоромъ времени опять сдѣлаться матерью. Что касается до шансовъ на жизнь плода, то они своею шаткостью тоже говорятъ противъ одинаковаго значенія жизни матери и плода. Стоитъ лишь вспомнить громадную смертность дѣтей въ первые годы жизни, и наше мнѣніе не потребуетъ дальнѣйшихъ поясненій. Конечно, высокая смертность дѣтей зависитъ очень много отъ неразумнаго ухода за ними, съ исправленіемъ котораго несомнѣнно понизится и самая смертность, но конечный, идеальный % послѣдней, при самыхъ оптимистическихъ взглядахъ на вещи, не можетъ дойти до

цифрѣ средней смертности взрослыхъ; причины тому находятся уже въ рамкахъ физиологіи дѣтскаго возраста.

Не смотря на все вышесказанное, вопросъ о томъ, чтобы жертвовать жизнью плода для сохраненія жизни матери, является всегда вопросомъ тяжелымъ и неимѣющимъ удовлетворительнаго отвѣта; приходится разрѣшать его выборомъ изъ двухъ золъ меньшаго. Подобное безсиліе искусства давно уже сознавалось, причемъ разрѣшалось двояко: или, въ виду преимуществъ жизни матери передъ таковою же плода, послѣдняя не принималась почти совсѣмъ въ расчетъ, какъ это мы видимъ у англійскихъ акушеровъ, или желаніе сохранить жизнь плода заставляло насильственнымъ влеченіемъ головки щипцами наносить сильное поврежденіе мягкимъ частямъ матери и извлекать, хотя иногда и живыхъ, но маложизнеспособныхъ дѣтей, вслѣдствіе сдавленія черепа во время тракцій. Это увлеченіе замѣчается во французской школѣ. Нѣмецкая школа въ этомъ случаѣ заняла золотую середину; но въ послѣднее время, благодаря блестящему успѣху кесарскаго сѣченія въ рукахъ лучшихъ нѣмецкихъ операторовъ-гинекологовъ, она склоняется до степени увлеченія въ сохраненіи жизни плода чревосѣченіемъ. Впрочемъ, уже и теперь на ряду съ горячей защитой этой операциі въ той-же нѣмецкой печати слышатся и болѣе умѣренные отзывы, обращающіе вниманіе акушеровъ на другія операциі для сохраненія жизни плода безъ той опасности для матери, которую, все-таки, представляетъ кесарское сѣченіе и до сихъ поръ. Не можетъ не встрѣтись сочувствія совѣтъ примѣнять поворотъ на ножки и извлеченіе при умѣренной степени суженія таза, преимущественно плоскаго ¹⁾. Своевременно примѣненные преждевременные роды тоже не могутъ быть оставлены безъ вниманія. Принявъ въ соображеніе, съ одной стороны, то громадное раз-

¹⁾ Winter, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, т. XIII.

нообразіе условий, при которыхъ могутъ совершаться роды, и тѣ рѣзкія индивидуальныя особенности, которыя представляютъ каждый роды въ отдѣльности, а, съ другой, разнообразіе выходовъ изъ всякаго даннаго положенія, легко понять, какъ трудно предложить въ этомъ вопросѣ какой-бы то ни было шаблонъ; и единственный исходъ для интересующагося этимъ вопросомъ является въ группировкѣ фактовъ, при тщательномъ изученіи каждаго изъ нихъ въ отдѣльности, что я и ставлю себѣ задачей.

Жгучесть даннаго вопроса характеризуется и тѣмъ замѣтнымъ положеніемъ, которое онъ занимаетъ въ литературѣ: цѣлый рядъ акушеровъ выступалъ и выступаетъ авторами работъ, въ заголовкахъ которыхъ стоятъ тѣ-же или почти тѣ-же слова, что и надъ моей работой. Важность и давность вопроса, все-таки, не сдѣлали его еще однимъ изъ тѣхъ, на которые было-бы вполнѣ научное и окончательное „да“ или „нѣтъ“.

Не стану касаться историческихъ указаній на кесарское сѣченіе, которое на мертвой примѣнялось уже въ глубокой древности, въ виду естественнаго стремленія извлечь живой плодъ изъ трупа матери, который иначе долженъ оказаться для него гробомъ—стремленіе, которое, подъ влияніемъ религіознаго фанатизма среднихъ вѣковъ, вело къ злоупотребленію кесарскимъ сѣченіемъ на „мертвой“, какъ это видно изъ слишкомъ большаго числа дѣтей, добытыхъ этимъ путемъ; упомяну только, что впервые оно произведено на живой въ 1610 г., въ Württemberg'ѣ, докторомъ Trautmann'омъ¹⁾.

Благодаря трудамъ выдающихся лицъ, какъ Levret, Stein старшій, эта операція на живой стала приобретать право гражданства, хотя многіе весьма недружелюбно относились къ ней въ виду громаднаго $\%$ смертности, связаннаго съ ней, и того тяжелаго состоянія, въ которомъ находился опе-

¹⁾ Schröder, Lehrbuch der Geburtshilfe, 6-е изд., 1886, стр. 362.

рирующий, натыкаясь при разрѣзѣ матки на колоссальное кровотеченіе и не имѣя въ то время подъ рукой никакого надежнаго способа для его остановки. Такъ, напр., предложеніе Wigand'a¹⁾ — зашивать брюшную рану, не извлекая послѣда, — можно объяснить себѣ развѣ только желаніемъ поскорѣе покончить съ операціей и не видѣть страшно кровоточащей раны матки. Операторъ, поставленный въ необходимость взяться за ножъ для открытія искусственнаго пути младенцу, дѣлалъ это, конечно, какъ *ultimum refugium* съ весьма вѣроятнымъ смертельнымъ исходомъ для матери, который, къ сожалѣнію, въ большинствѣ случаевъ дѣйствительно и не заставлялъ себя долго ждать. Очень вѣроятно, что главная причина смертности и заключалась въ томъ, что операція производилась, какъ *ultimum refugium*, на истощенной роженицѣ, которая умирала или отъ кровотечения изъ атонической вслѣдствіе истощенія матки, или отъ гнилокровія, причиненнаго уже ранѣе, при многочисленныхъ манипуляціяхъ въ родовомъ каналѣ.

Нельзя не согласиться со словами Haggis'a, которыя приводитъ проф. И. П. Лазаревичъ²⁾, что успѣхъ нѣкоторыхъ случаевъ кесарскаго сѣченія до шва и противугниlostнаго времени зависѣлъ отъ того, что матка сохраняла свою сократительную способность и не разслаблялась послѣ выхода послѣда до такой степени, чтобы допустить поступленіе лохий въ полость таза (брюшины). Я, съ своей стороны, не могу не замѣтить, что болѣе всего мы должны быть благодарны сократительной дѣятельности матки, какъ кровоостанавливающему средству; что касается до поступленія лохий въ полость брюшины, то опасенія эти, мнѣ кажется, для нормальныхъ отдѣленій нѣсколько преувеличены, хотя они

¹⁾ А. Э. Шмидтъ, Критическія и экспериментальныя изслѣдованія о маточномъ швѣ, 1881, дисс., Спб., стр. 3.

²⁾ Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней, 1887, № 12, стр. 67; приложеніе къ протоколу № 15.

отчасти и справедливы въ виду той легкости, съ которой наступаетъ разложеніе отдѣленій въ полости матки. Относительно нормальныхъ отдѣленій мы можемъ сказать приблизительно тоже, что и относительно сывороточнаго содержимаго кисты, попадающаго въ полость брюшины, т. е., что оно всасывается безъ реакціи. Это доказывается, между прочимъ, клиническими наблюденіями и микро и бактериоскопическими изслѣдованіями Отта ¹⁾ и Döderlein'a ²⁾, изъ которыхъ видно, что въ отдѣленіяхъ нормальныхъ родильницъ не имѣется никакихъ нисшихъ организмовъ и лихорадочное повышеніе температуры съ замѣчательной правильностью соотвѣтствуетъ появленію послѣднихъ въ отдѣленіяхъ; появленіе микроорганизмовъ обыкновенно за день предшествуетъ повышенію температуры, а также исчезновеніе — пониженію послѣдней до нормы (Döderlein, l. c., стр. 434).

Въ упомянутой уже статьѣ проф. И. П. Лазаревича приведены, собранные Haggis'омъ 10 случаевъ разрыва живота и беременной матки рогами животныхъ, причемъ остались въ живыхъ 7 женщинъ (70%) и 5 дѣтей (50%). Результаты эти лучше результатовъ, полученныхъ при кесарскомъ сѣченіи въ С. Штатахъ за послѣдніе 7 лѣтъ, т. е., за время уже послѣ введенія противугниlostныхъ мѣръ. За это время американскими хирургами произведено 27 кесарскихъ сѣченій, причемъ спасено всего 5 матерей (18,5%) и 10 дѣтей (37%); другими словами, результаты кесарскаго сѣченія у американскихъ хирурговъ оказались почти въ 4 раза худшими для матерей, нежели травматическія поврежденія рогами животныхъ. Это сопоставленіе проливаетъ нѣкоторый свѣтъ на причины неприглядности той картины, которую представляло кесарское сѣченіе почти до послѣд-

¹⁾ Врачъ, 1886, стр. 485.

²⁾ Archiv für Gynäkologie, т. XXXI, стр. 412.

няго времени и которая вызывала по временамъ самое яростное гоненіе на эту операцію (école anticsarienne). Все зло заключалось, повидимому, въ томъ, что, страшась приступить къ столь смѣлой операціи, акушеры медлили братья за ножъ, желая обойти его другими способами, и брались лишь тогда, когда ихъ ждала уже неудача, которая еще болѣе вооружала ихъ противъ этой операціи. Подтвержденіе безусловному значенію для исхода операціи того состоянія, въ которомъ находится роженица, мы можемъ найти и при изученіи случаевъ кесарскаго сѣченія нашего времени, когда стали пользоваться благодѣтельнымъ sero-seros'нымъ швомъ Saenger'a и всѣми благами противугниlostныхъ мѣръ; при этомъ въ рукахъ такого оператора, какъ Leopold, который произвелъ 12 кесарскихъ сѣченій по способу Saenger'a съ благополучнымъ исходомъ, умерла единственная роженица, которая до операціи представляла явленія гниlostнаго зараженія ¹⁾. Почти тоже можно сказать и о Breisk'омъ ²⁾.

И такъ, въ виду всего вышесказаннаго, кесарское сѣченіе представлялось операціей крайне опасной и рискованной, но, не смотря на это, сознание врачей не могло помириться съ мыслью завѣдомо убивать плодъ, чтобы извлечь его въ уменьшенномъ объемѣ, когда его можно спасти, выводя черезъ рану матки и брюшныхъ покрововъ. Это высокое стремленіе проявлялось какъ въ цѣломъ рядѣ предложенныхъ видоизмѣненій въ разрѣзѣ брюшныхъ покрововъ и матки, въ способахъ обхожденія съ раной, кровотеченіемъ и т. п., такъ и въ теоретическихъ соображеніяхъ въ защиту правъ на жизнь утробнаго младенца, въ сопоставленіи и оцѣнкѣ операцій, разрѣшающихъ роды при относительно

¹⁾ Centralblatt für Gynäkologie, 1885, стр. 124.

²⁾ Fleischmann, Zeitschrift für Heilkunde, т. VII, 1886.

узкомъ тазѣ: кесарскаго сѣченія, перфораци и преждевре-
менныхъ родовъ.

Еще въ началѣ прошлаго вѣка стали раздаваться го-
лоса за кесарское сѣченіе и за права на жизнь утробнаго
младенца. Slevoctius въ 1710 г. говорилъ: „*qua nunc maturus
foetus servandae matris causa occidendus?*“. Тотъ-же вопросъ под-
нимался въ 1744 г. Winslow'омъ: „*Questio medico-chirurgica an
ad servandam prae foetu matrem obstetricium hamatile minus anceps
et aequè insans, quam adservandum cum matre foetum sectio caesa-
rea*“. Среди лицъ, работавшихъ надъ нашимъ вопросомъ, мы
встрѣчаемъ имена: Gastingius'a, Hull'я, Simmons'a, Davidsohn'a,
Weiss'a, Boer'a, Marchand'a, Tillmans'a, Albert'a, Kayser'a, Meyer'a,
Luks'a, Zehner'a, Erhardt'a, Jacolucci, Jannuli, Берга, В. М. Флорин-
скаго, Hannon'a, Gerard'a, Weyl'я, Theodoresco, Guéniot, Dambre'a,
Greenhalgh'a, Guerdan'a, Гугенбергера, Kosminsk'аго, Kinkhead'a,
А. И. Лебедева, Sānger'a, Crédé, Хазина, Wiedow'a, Wyder'a.

Не смотря на это стремленіе избѣжать перерорацию,
нежеланіе идти на компромиссъ жѣртвовать жизнью плода
въ интересахъ матери, все-таки неприглядная статистика
кесарскаго сѣченія заставляла самыхъ щепетильныхъ аку-
шеровъ перфорировать живыхъ дѣтей.

Единственнымъ путемъ для разрѣшенія подобнаго во-
проса является улучшеніе прогноза для кесарскаго сѣченія,
что зависитъ отъ точнаго выясненія показаній для него и
выработки тѣхъ условій, при которыхъ операція можетъ раз-
считывать на наибольшій успѣхъ и такимъ образомъ имѣть
шансы приобрѣсти незыблемое право гражданства при отно-
сительномъ суженіи таза. Находящаяся въ настоящее время
у насъ въ рукахъ статистика ¹⁾ кесарскаго сѣченія по кон-
сервативному методу, при относительно узкомъ тазѣ, за
время антисептики даетъ 9,5% смертности, т. е. % на-

ходящійся въ колебаніяхъ тѣхъ цифръ, которыя обыкно-
венно принимаются какъ обычная норма смертности для
ляпоротомій (5—10%). Успѣхи внутри-брюшной хирургіи
заставляютъ постепенно падать эти цифры. Съ полнымъ
правомъ будущее кесарскаго сѣченія можетъ рассчитывать
на безусловную не только параллель съ судьбой чревосѣче-
ній, но даже можно сказать съ нѣкоторой увѣренностью,
что будущій % кесарскаго сѣченія при относительномъ по-
казаніи будетъ меньше такового отъ чревосѣченій вообще,
потому что туда, во-первыхъ, не будутъ входить, при строго
поставленныхъ показаніяхъ, случаи сомнительные, отъ опе-
рированія которыхъ на небеременной, напримѣръ при опу-
холяхъ, отказаться нельзя, а во-вторыхъ,—хлороформъ, роко-
вымъ образомъ уносящій въ могилу извѣстный % опери-
руемыхъ хирургическихъ больныхъ, представляется изуми-
тельно безопаснымъ для роженицы, что признается всеми
акушерами, такъ какъ, кажется, не извѣстно до сихъ поръ
ни одного достовѣрнаго случая смерти отъ хлороформа ро-
женицы, хотя наркозъ послѣднихъ производится крайне ча-
сто; помимо наркотизаціи для облегченія и урегулированія
болей, гдѣ она бываетъ обыкновенно не глубокой, она при-
мѣняется почти при всѣхъ акушерскихъ операціяхъ, часто
на крайне истощенныхъ роженицахъ, иногда на страдаю-
щихъ порокомъ сердца, и доводится обыкновенно до значи-
тельной глубины, равносильной таковой при любой хирур-
гической операціи. Эти два условія позволяютъ намъ по-
этому думать, что идеальный % смертности отъ кесарскаго
сѣченія при относительномъ показаніи, будетъ во всякомъ
случаѣ ниже возможнаго % для чревосѣченія вообще. Что
благопріятныя цифры, которыя дало кесарское сѣченіе за по-
слѣднее время не представляются случайностью, это мы
должны доказать, указавши хотя вкратцѣ историческое раз-
витіе современнаго метода консервативнаго кесарскаго сѣ-
ченія съ модификаціей Sānger'a, его научное основаніе и

¹⁾ Замшинъ, «Врачъ» 1888, № 8, стр. 147.

связь не случайную, а причинную между нимъ и тѣми результатами, которые онъ уже далъ. Сдѣлавши это, мы стараемся начертать тотъ путь, слѣдуя по которому мы, можетъ быть, въ результатѣ будемъ смотрѣть на кесарское сѣченіе, сдѣланное при извѣстныхъ опредѣленныхъ условіяхъ и показаніяхъ и по извѣстному методу, какъ на операцію почти безопасную.

Основа современнаго метода операціи кесарскаго сѣченія—метода Säger'a лежитъ въ примѣненіи шва на матку. Такое въ наше время естественное стремленіе сблизить края раны и достигъ такимъ образомъ *prima intentio*, требовало многихъ усилій, многихъ примѣровъ, чтобъ сдѣлаться достояніемъ большинства, если не всѣхъ акушеровъ. Боязнь накладывать на матку швы основывалась съ одной стороны на теоретическомъ соображеніи, что они не будутъ отвѣчать своей задачѣ, будутъ расслабляться въ виду того, что матка послѣ родовъ представляетъ изъ себя органъ обладающій сократительной способностью, въ рѣзкихъ границахъ измѣняющій свою форму и объемъ, соображеніе, которое съ другой стороны подтверждалось и фактическими данными: вскрытіе оперированныхъ указывало на прорѣзываніе швовъ и расхожденіе краевъ раны матки. Хотя фактическая сторона и была неоспорима, но съ объясненіемъ ея нельзя безусловно согласиться, а надо допустить, что здѣсь причина расхожденія краевъ раны и прорѣзыванія швовъ лежитъ въ инфекціи, вызывающей нагноеніе вокругъ швовъ и прорѣзываніе ими подлежащей размягченной ткани. Въ случаяхъ-же очень ранней смерти оперируемой, расхожденіе краевъ раны приходится объяснить сравнительно медленной реакціей въ смыслѣ слипчиваго воспаленія со стороны мышечной ткани матки, не плотнымъ примыканіемъ одного края къ другому, вслѣдствіе слишкомъ малаго количества лигатуръ (какъ это мы и замѣчаемъ у прежнихъ операторовъ) и образованія между краями сгустковъ, а въ

виду этой нестойкой связи между краями разрѣза внутри маточное давленіе, достигши извѣстной высоты, могло преодолѣть сопротивленіе въ швахъ и дать содержимому свободный доступъ въ брюшину. При этомъ шелковые и серебряные швы прорѣзывали ткань. Кэнгутовые-же, разбухая и разсасываясь, развязывались подъ вліяніемъ давленія со стороны полости матки или даже только сократительной дѣятельности ея, въ виду наклонности перерѣзанныхъ кольцеобразныхъ мышечныхъ пучковъ своимъ сокращеніемъ вызывать зіяніе матки. Указаніе на это мы видимъ у Шмидта ¹⁾, который собралъ извѣстныхъ въ литературѣ 86 случаевъ кесарскаго сѣченія съ наложеніемъ маточнаго шва, въ его 51-мъ случаѣ (Spiegelberg'a) статистики кесарскаго сѣченія съ наложеніемъ шва, гдѣ въ протоколѣ вскрытія, между прочимъ, значитсѣ: „матка хорошо сокращена, но губы раны расходятся и покрыты свертками. Нити изъ кэтгута лежали еще въ ткани матки, но узлы ихъ совсѣмъ распустились, либо образовали большія петли и т. д.“. Тоже относится и къ его 41-му (Martin'a), 43-му (Штольца), 49-му (Martin'a): „всѣ швы (изъ кэтгута) разошлись, узлы растворились, нити разбухли, но цѣлы. Часть швовъ лежала въ своихъ каналахъ“. (Смерть чрезъ 18 часовъ послѣ операціи)“ и 65-му случаю (Litzmann'a).

Шмидтъ выводитъ изъ собранныхъ имъ въ литературѣ 86 операцій кесарскаго сѣченія съ примѣненіемъ шва 33,7% выздоровленій, или 66,3% смертности, что далеко не говорить въ пользу послѣдняго при сравненіи съ слѣдующей таблицей % смертности послѣ обыкновеннаго классическаго кесарскаго сѣченія, т. е. безъ шва:

Pihan Duffeillay	87	случ.;	смертел.	исх.	26,0%
Michaelis	258	”	”	”	54%
Churchill	80	”	”	”	71%

¹⁾ I. e., стр. 69.

Churchill.	381	случ.; смертел. исх.	41,9 ⁰ / ₁₀₀
Figuera	790	" " "	53,6 ⁰ / ₁₀₀
West	409	" " "	61 ⁰ / ₁₀₀
Kayser	338	" " "	62 ⁰ / ₁₀₀
Constantin	135	" " "	40,8 ⁰ / ₁₀₀
Murphy	447	" " "	63,3 ⁰ / ₁₀₀
Gueniot	156	" " "	66,6 ⁰ / ₁₀₀
Бредовъ.	88	" " "	51 ⁰ / ₁₀₀
Harris.	80	" " "	52,5 ⁰ / ₁₀₀
De-Waard	100	" " "	70 ⁰ / ₁₀₀

Средній ⁰/₁₀₀ смерт. исх. 54,9⁰/₁₀₀

Такой, повидимому, неожиданный, неблагоприятный результат для шва может найти себѣ объясненіе въ томъ обстоятельствѣ, что при отсутствіи противугниlostныхъ мѣръ, что имѣло мѣсто въ громадномъ большинствѣ случаевъ, цитируемыхъ Шмидтомъ, не было дано условій для перваго натяженія, а разъ наступало нагноеніе, швы оказывались лишними. Поэтому, съ одной стороны, условія заживленія съ наложеніемъ шва, приравнивались таковымъ безъ шва, съ другой-же стороны, продолжительность манипуляцій безъ антисептическихъ предосторожностей при накладываніи швовъ на матку, внесеніе необъезараженного субстрата въ видѣ швейнаго матеріала въ ткань послѣдней, не могло не споспѣшествовать инфекціи. Не явись одновременно съ введеніемъ въ хирургию антисептики методъ Porro, кесарское сѣченіе съ прежнимъ швомъ дало-бы несравненно лучшіе результаты, относительно заживленія раны матки, не говоря уже о ⁰/₁₀₀ выздоровленій, что наглядно доказало-бы что дѣло не въ сократительности матки, съ чѣмъ напрасно боролись операторы, примѣняя, напр., эластическія лигатуры (Silvestri и друг.).

Первый наложилъ на матку шовъ Lebas, въ 1769 году,

хирургъ въ Moulleçon ¹⁾. Онъ былъ призванъ къ роженицѣ, находившейся въ родахъ уже въ теченіи 4-хъ сутокъ. Считаю кесарское сѣченіе неизбѣжнымъ, онъ сдѣлалъ въ поперечномъ направленіи разрѣзъ, начинавшійся немного ниже пупка до реберъ. Такъ какъ этотъ разрѣзъ былъ сдѣланъ слишкомъ высоко, то Lebas его продолжилъ въ болѣе косомъ направленіи, начиная на 1 дюймъ ниже пупка до наиболѣе выдающагося края подвздошной кости, вслѣдствіе этого получило полное выпаденіе кишекъ. Матка была перерѣзана почти поперегъ и зашита 3-мя швами, которые съ наступленіемъ нагноенія при раскрытой брюшной ранѣ были удалены. Черезъ 42 дня послѣ операции больная совершенно оправилась. Не смотря на такія, крайне неблагоприятныя условія, больная выздоровѣла, тѣмъ не менѣе этотъ случай не вызвалъ симпатій къ маточному шву, такъ, напр., Levret ²⁾ говоритъ: „je n'ai garde de parler de faire une Suture à le Matrice, parce que tous les Chirurgiens savent qu'outre qu'elle seroit très préjudiciable, elle devient absolument inutile, à cause de la prodigieuse contraction qui arrive à cet organe très peu de tems après l'extraction de l'enfant“. Въ томъ-же духѣ высказывались и позднѣйшіе авторы: Cazeau (Traité théorique et pratique de l'art des accouchemens etc.) говоритъ, что маточная рана не нуждается ни въ какомъ леченіи, только должна быть содержимой въ чистотѣ. Въ «Dictionnaire de Médecine», изданной Adélon, Bichard и др. въ 1834 г., есть положеніе: рана матки не требуетъ дальнѣйшаго леченія, хотя не опытный хирургъ вродѣ Lebas и накладывалъ швы, которые пришлось опять снять. При такомъ общемъ взглядѣ ничего нѣтъ удивительнаго, что Lebas нашелъ себѣ послѣдователя только почти черезъ 70 лѣтъ, въ лицѣ Wiefel'я, который въ

¹⁾ Singer. Der Kaiserschnitt bei Uterus fibromen nebst vergleichender Methodik der Sectio Caesarea und der Porro-Operation. Leipzig, 1882, стр. 79.

²⁾ Observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux etc. 4-ème edition. Paris. 1770, стр. 448.

1836 г. ¹⁾ наложилъ одинъ шовъ на нижній зіявшій уголъ раны и завязалъ его бантикомъ, отрѣзавши одинъ конецъ, а другой вывелъ наружу черезъ нижній уголъ брюшной раны съ цѣлью въ послѣдствіи потягиваніемъ за этотъ конецъ развязать и удалить лигатуру. Попытки въ этомъ направленіи, производившіяся съ 8-го дня послѣ операци, были неудачны, такъ что на 14-й день Wiefel рѣшился по зонду, проведенному до узла, пройти пуговчатымъ бистуреемъ и, разрѣзавши узлы, извлекъ лигатуры. Больная выздоровѣла.

Случай Wiefel'я демонстративенъ въ томъ смыслѣ, что указываетъ, какъ боялись прежніе операторы оставлять въ ткани какое-либо постороннее тѣло, какъ напр. лигатуры, что объяснялось, конечно, тѣмъ, что обыкновенно онѣ бывали не асептичными, а потому неминуемо вызывали нагноеніе.

Въ 1856 г. Hasse собралъ 6 случаевъ маточнаго шва съ 4 хорошими исходами, т. е. 33,33% смертности, при чемъ авторъ насчитываетъ изъ 478 случаевъ кесарскаго сѣченія, бывшихъ съ 1750 г. до его времени, 288 летальныхъ случаевъ, т. е. 60,28%. При чемъ онъ, на основаніи своихъ цифръ (крайне незначительныхъ для какихъ-бы то ни было выводовъ), говоритъ: «Unde uteri vulnus consuendum elucet» ²⁾ Sānger присоединая къ 13-ти случаямъ Harris'a, за время 1867—1878 г., еще 4 случая, составилъ (I. c., стр. 86) таблицу 17-ти случаевъ, давшихъ 47% выздоровленій, что превышаетъ цифру выздоровѣвшихъ вообще отъ кесарскаго сѣченія, выведенную Harris'омъ-же изъ 128 случаевъ, а именно 41 2/3%, при чемъ не смотря на то, что послѣдній придаетъ

¹⁾ По даннымъ, собраннымъ Шмидтомъ (I. c., стр. 51) еще до Wiefel'я былъ послѣдователь Lebas въ лицѣ Conty въ 1828 г., который наложилъ 2—3 шва на маточную рану, брюшная рана тоже закрыта швами, причемъ: «до 10-го дня оперированная чувствовала себя хорошо. Послѣ того, какъ она поѣла мяса и выпила яблочнаго вина, появился перитонитъ, отъ котораго бо́льшая и умерла чрезъ 48 часовъ».

²⁾ Sānger, I. c., стр. 84.

громадное значеніе маточному шву, называя его: «the vital question of the day», тѣмъ не менѣе рекомендуетъ его примѣненіе не во всѣхъ случаяхъ кесарскаго сѣченія, а только:

1) Послѣ продолжительной родовой дѣятельности матки и при атоніи ея съ зіяніемъ раны (для избѣжанія кровотеченія, ущемленія кишекъ, выхода крови и лохий).

2) Въ виду опасности вторичной, послѣдующей угрожающей атоніи матки и зіянія прежде закрытой раны.

3) При кровотеченіи изъ разрѣзанныхъ синусовъ, гдѣ прямая перевязка затруднена.

Нельзя никоимъ образомъ согласиться съ Harris'омъ въ ограниченіи показаній для наложенія шва, такъ какъ наша цѣль возстановить цѣлость матки ad integrum, да и 2-й пунктъ противорѣчитъ ограниченію, такъ какъ за отсутствіе вторичнаго расслабленія матки никто sub operatione поручиться не можетъ.

Не останавливаясь надъ авторами, описывающими свои случаи съ наложеніемъ шва на матку, или собиравшими таковыя, не входя въ оцѣнку швейнаго матеріала на основаніи статистическихъ данныхъ % выздоровленій, считая такую оцѣнку преждевременной и не доказательной, вслѣдствіе сравнительно бѣднаго казуистическаго матеріала съ одной стороны, а съ другой стороны слишкомъ большаго разнообразія условій, отъ которыхъ зависитъ тотъ или другой исходъ операци, условій, часто очень далеко стоящихъ отъ матеріала, взятаго для шва—я не могу обойти молчаніемъ введенія эластическаго шва, которому современники готовы были приписывать образованіе новой эры въ интересующемъ насъ вопросѣ.

Въ 1873 г. Grandesso-Silvestri ¹⁾ первый наложилъ на матку эластическій шовъ (каучуковая нитка), въ которомъ

Имя. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института
5) Sānger, I. c., стр. 94.
БИБЛИОТЕКА
Харьковского Медицинскаго Института
№ 4768
ПЕРЕВѢРЕНО 1936

онъ видѣлъ надежное избавленіе отъ постоянного врага успѣха шва — сократительной дѣятельности матки. Выздоровленіе оперированной какъ будто подтвердило это предположеніе и Grandesso-Silvestri нашелъ себѣ послѣдователя въ Veuger'ѣ, неудача котораго заставила позабыть и это предположеніе.

Случаи вскрытій послѣ кесарскаго сѣченія не могли не обратить вниманія наблюдателей на то явленіе, которое замѣчалось со стороны брюшины, а именно, она въ области разрѣза склеивалась съ перитонеальнымъ листкомъ, образуя болѣе или менѣе стойкое сращеніе.

Вскрытія ¹⁾ оперированныхъ, умершихъ черезъ нѣсколько лѣтъ, отъ какихъ либо причинъ, въ большинствѣ случаевъ указывали на образованіе стойкихъ сращеній между маткой и брюшной стѣнкой, причемъ патолого-анатомическое изслѣдованіе указывало на первичное обособленіе зиявшей раны матки отъ полости брюшины посредствомъ стойкихъ перитоническихъ сращеній съ брюшной стѣнкой и сосѣдними органами. Sānger (l. c., стр. 115) говоритъ по этому поводу: „freilich erfolgte die Verwachsung, nicht als bald nach der Operation, sondern erst Tagen und Wochen etc...“ хотя миѣ удалось найти указаніе, гдѣ уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи была констатирована склейка брюшинныхъ листковъ, такъ въ вышеуказанной статистикѣ Шмидта (l. c. стр. 53) описывается случай Malgaigne'я 1844 г., гдѣ смерть произошла черезъ 22 ч. послѣ операціи и, не смотря на это, при вскрытіи было уже констатировано сращеніе между передней поверхностью матки, брюшной стѣнкою и кишками.

Произвольное заживленіе раны матки по всей линіи разрѣза принадлежало къ самымъ рѣдкимъ явленіямъ, досто-

¹⁾ E. Martin. Ueber die Heilung d. Wunde nach dem Kaiserschnitte etc. M. f. Geburtskunde. Bd. 24.

вѣрнымъ въ этомъ отношеніи является случай Fulda ¹⁾, гдѣ женщина умерла черезъ 22 года послѣ операціи и слизистая оболочка матки не представляла даже слѣдовъ отъ разрѣза, рубецъ повсюду былъ „мышечнаго характера“. Иногда встрѣчалось образованіе каллознаго рубца, который противостоялъ разрыву матки въ то время, когда она разрывалась въ задней своей стѣнкѣ (см. у Martin'a l. c.). Чаше встрѣчался тонкій, неправильной формы рубецъ соединительно-тканнаго характера безъ мышечныхъ волоконъ (Kaufmann, 1851 г., diss.), бывшій часто поводомъ разрыва.

Воспользоваться этимъ свойствомъ брюшинныхъ листковъ склеиваться такъ быстро, первый сталъ настаивать Pilloge ²⁾, причемъ предложилъ способствовать этому, наложеніемъ шва (металлическаго) соединяющаго соответственно губы брюшной и маточной раны въ области нижней трети первой и зашиванія верхней ²/₃ ея обвивнымъ швомъ. По автору достигается такимъ образомъ: 1) соединеніе брюшинныхъ листковъ матки и брюшныхъ стѣнокъ, 2) сохраненіе брюшной и маточной раны въ одномъ положеніи, 3) сохраненіе ранъ въ открытомъ состояніи въ нижней трети брюшной раны и препятствіе поворачиванію маточной раны въ сторону, 4) прекращеніе сообщенія между брюшной и маточной полостями, 5) излитіе наружу отдѣленій, 6) предотвращеніе гдѣ-бы то ни было ущемленія.

Этотъ способъ встрѣтилъ упреки главнымъ образомъ въ виду, съ одной стороны, тѣхъ стѣсненій, въ обратномъ развитіи, въ которыя онъ ставитъ матку, съ другой стороны, возможности прорѣзыванія лигатуръ, вслѣдствіе натяженія со стороны уменьшающагося органа (Zweifel, Veit, Gusserew), не смотря на упреки, Pilloge имѣлъ сторонниковъ и послѣдователей (Olshausen, Barnes, Guis. Tasta, Braxton-Hicks), предлагавшихъ съ своей стороны нѣкоторыя усовершенствованія,

¹⁾ Sānger, l. c., стр. 141.

²⁾ Curr. méd. 31—XII, 1854.

о которых мы не будем упоминать въ виду ихъ несущественности. На почвѣ предложенія Pillore'a, имѣя въ виду возможную гарантію не допущенія содержимаго матки въ полость брюшины, Lestoquoy въ 1859 г. наложилъ utero-parietal'ный шовъ на не опорожненную еще матку ¹⁾, причемъ разрѣзъ былъ сдѣланъ до оболочекъ яйца и по мѣрѣ увеличения раны матки, губы ея сшивались съ брюшнымъ покровомъ. Случай окончился выздоровленіемъ.

Съ тою-же цѣлью полного обособленія полости матки отъ брюшинной, Frank придумалъ свой методъ, гдѣ онъ послѣ опорожненія матки черезъ возможно болѣе низко проведенный продольный разрѣзъ, соединяя *ligg. rotunda*, производитъ такимъ образомъ сильную *anteflexio* и круглыя связки сшиваетъ съ перитонеальнымъ листкомъ брюшины.

Происходитъ, такимъ образомъ, треугольное обособленное пространство, вершина котораго соотвѣтствуетъ соединенію круглыхъ связокъ, а основаніе *excavatio vesico uterina*, которую онъ дренируетъ черезъ нижній уголъ раны и передній сводъ, равно также и полость матки, вводя дренажи: одинъ черезъ нижній уголъ брюшной и маточной раны и проводятъ его чрезъ каналъ шейки до *introitus vaginae*, другой, болѣе тонкій, черезъ брюшную рану и передній сводъ. Первый разъ онъ примѣнилъ свой способъ на умирающей отъ ожоги (Sänger, l. c., стр. 126).

На живой съ удачнымъ результатомъ свой способъ Frank примѣнилъ впоследствии ²⁾.

Такой сложный методъ придумалъ Frank для возможно большаго обезпеченія себя отъ попаданія содержимаго матки въ полость брюшины, такъ какъ онъ на шовъ матки совершенно не рассчитываетъ (...wird auf eine Vereinigung durch die Naht nicht rechnen...).

¹⁾ Dusart. De la suture viscéro-pariétale (application à l'opération césarienne). 1867. Diss. Paris.

²⁾ Berliner Med. Wochenschrift. 1885, стр. 349.

Всѣ вышеупомянутые методы, стремящіеся эксплуатировать наклонность серозы къ слипчивому воспаленію, имѣютъ каждый свои крупныя недостатки: методъ Pillore'a заставляетъ держать открытой брюшную рану, что уже само по себѣ противорѣчитъ современному принципу хирургіи, заживленіе достигается нагноеніемъ, не говоря о томъ, что ткань матки претерпѣваетъ сильное раздраженіе со стороны швовъ, въ виду инволюціи органа, равно также и препятствія первой, въ виду фиксаціи *uterus'a* въ ранѣ живота. То же можно сказать, только гораздо въ большей степени, и относительно метода Lestoquoy, прибавивъ къ тому, что лучшее средство (сокращеніе матки) для остановки кровотеченія задержано наложеніемъ швовъ до ея опорожненія, причемъ выполненіе условія, поставленнаго Lestoquoy, дѣлать разрѣзъ для избѣжанія попаданія содержимаго матки въ полость *peritonae*, не задѣвая оболочекъ яйца, чрезвычайно трудно.

Относительно метода Frank'a, можемъ сказать, что онъ слишкомъ сложенъ, ставитъ матку въ слишкомъ искусственныя условія, послѣоперационное леченіе до крайности усложнено и трудно выполнимо.

Sänger'y (l. c., стр. 135) принадлежитъ громадная заслуга, что онъ проводя полную параллель между маткой и другими органами покрытыми *peritoneo* напр. кишками, сталъ настаивать чтобы и пуэрпэральная матка при кровавомъ поврежденіи своею была сшиваема по примѣру кишечнаго шва. Поступая такимъ образомъ, мы пользуемся при зашиваніи матки испытаннымъ уже свойствомъ серознаго покрова давать, быстро наступающее слипчивое воспаленіе, и этимъ даемъ мѣсто, при соединеніи краевъ разрѣза матки и достиженіи ихъ сращенія, кромѣ полной изоляціи полости матки отъ *cavum peritonae*, нормальному отношенію ея къ окружающимъ органамъ и при хорошо возстановившемся рубцѣ благополучной дальнѣйшей беременности.

Еще знаменитый Spencer Wells ¹⁾ придавал громадное значение сшиванию серозы съ серозой (симператонеальный шовъ) при операцияхъ на маткѣ. Sānger настаивая на плоскостной спайкѣ серозы, а не линейной, въ виду непрочности послѣдней, выразилъ свою задачу такъ: нужно сшивать всю рану матки и притомъ серозу такимъ образомъ, чтобъ она также относительно скоро склеивалась, какъ въ ранахъ и другихъ органахъ съ гладкими мышцами. Подъ охраной, покрывающей и скорѣе всего склеивающейся серозы, должна и остальная поверхность раны придти къ единению.

Предположеніе противнаго, въ виду постоянной подвижности матки, легко опровергается успѣхомъ кишечнаго шва, между тѣмъ движенія кишекъ не могутъ быть по своей интенсивности даже сравниваемы съ таковыми, производимыми маткой. Тоже самое можетъ быть отнесено и къ шву накладываемому на мочевой пузырь, опыты чего на животныхъ, Sānger'у вполне удавались. Тоже можно сказать и о Vincent ²⁾, который накладывалъ два ряда швовъ (шелковыхъ или серебрянныхъ): поверхностный по способу Lember't'a и глубокой черезъ всю толщю стѣнки пузыря ³⁾.

Переходя къ частностямъ самаго метода, мы должны отмѣтить, что Sānger въ началѣ (l. c.) предложилъ для достиженія заворачиванія брюшиннаго покрова матки резецировать мышечныя стѣнки матки и отслаивать серозу, затѣмъ накладывая рядъ глубокихъ швовъ, но отнюдь не проходя чрезъ deciduam, соединять листки завороченой серозы плашмя,

¹⁾ Observations on recent improvements in the mode of removing uterin tumours. Brit. med. Journ. 1881. № 1067.

²⁾ Revue de Chirurgie 1881 г. 6 и 7.

³⁾ Позволю себѣ привести аналогичный фактъ, наблюдавшійся мною. Дѣлая у собаки искусственную есторию пузыря для обнаженія отверстій мочеточниковъ вшиваніемъ въ брюшную рану, вскрытаго по передней стѣнкѣ, пузыря, я получилъ очень быструю склейку между серозой пузыря и перитонеальнымъ листкомъ брюшной стѣнки.

посредствомъ Lember't'овскаго шва. Decidua не проникается швомъ въ виду того, чтобы каналы уколовъ и сама нитка или проволока не служили путемъ инфекціи со стороны полости матки въ полость peritonei. Встрѣчая упреки въ сложности способа, соединеннаго съ резекціей мышечной стѣнки, онъ въ послѣдствіи отказался отъ необходимости таковой и ограничиваетъ ее исключительными случаями сильнаго расхожденія serosae и неровностью разрѣза ¹⁾.

Создатель серознаго шва пуэрпэральной матки встрѣтилъ довольно сильную оппозицію со стороны Schroöder'a ²⁾, который отвергаетъ всякое значеніе этого шва, въ виду того, что peritoneum покрытъ кубическимъ эпителиемъ и при простомъ соприкосновеніи никакого сращенія давать не можетъ, во всякомъ случаѣ большаго, по его словамъ, можно ожидать отъ свѣжей раневой поверхности, каковой представляется плоскость разрѣза матки. По этому поводу Sānger замѣчаетъ ³⁾, что эпителий брюшины весьма чувствителенъ къ разнымъ агентамъ: термическимъ (охлажденіе во время операціи), механическимъ (обмываніе матки во время операціи, раздраженіе инструментами), химическимъ (антисептическія вещества), а по этому брюшина легко ставится въ условія освѣженной раны; впрочемъ, еслибы не достаточно было вышеприведенныхъ раздражителей, можно было бы достигнуть цѣли соскабливаніемъ скальпелемъ серознаго покрова матки въ области разрѣза, но этого до сихъ поръ не понадобилось въ виду тѣхъ благоприятныхъ результатовъ, которые получились вслѣдъ за введеніемъ модифицированнаго шва; равно также и вскрытіемъ умершихъ даже отъ сепсиса подтвердилась надежность этого метода, давъ и въ этихъ

¹⁾ Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. Erst. Congress abgehalten zu München 1886. von 17—19 Juni. Ueber Vereinfachung der Technik des Kaiserschnittes von D. Sānger.

²⁾ Centralblatt f. Gyn. 1886. № 4, стр. 58.

³⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. XXVI, стр. 208.

случаяхъ (Leopold ¹⁾), Breisky ²⁾, Morisani ³⁾, Biegansky ⁴⁾, Münster ⁵⁾, Jewett ⁶⁾, Beumer ⁷⁾, Garrigues ⁸⁾), самое интимное соединеніе краевъ раны.

Кромѣ того Sānger въ доказательство, защищаемаго имъ положенія, приводитъ свои эксперименты, состоявшіе въ томъ, что онъ сшивалъ тонкимъ шелкомъ по типу Lembert'овскаго шва наружными поверхностями петли кишекъ у кроликовъ и находилъ уже черезъ 18 часовъ крѣпкую склейку, а черезъ 3 недѣли резорбировавшіяся нити и органическую связь между сшитыми петлями кишекъ.

Въ виду всѣхъ весьма демонстративныхъ результатовъ какъ клиническихъ, патолого-анатомическихъ, такъ и экспериментальныхъ, мы должны придти къ убѣжденію въ несомнѣнной цѣлесообразности и благотѣльности Sānger'овскаго метода сшиванія раны матки въ смыслѣ полной и быстрой изоляціи ея полости отъ *suo peritonei*.

Существенное значеніе Sānger'овскаго шва для остановки кровотеченія изъ разрѣза матки вытекаетъ само собою изъ предъидущаго, доказывающаго ту интимную связь, которую онъ восстанавливаетъ между раневыми поверхностями матки, что рѣзче всего даетъ себя чувствовать при атоническомъ ея состояніи, причемъ наступаетъ сильное кровотеченіе, но „только изъ влагалища“, т. е. являются условія атоническаго кровотеченія изъ не разрѣзанной пуэрперальной матки, (А. И. Лебедевъ (см. ниже), Fehling ⁹⁾) и др.).

Вторая половина вопроса, намѣченнаго нами, состоитъ

¹⁾ Centr. f. Gynäk. 1885. стр. 124.

²⁾ Fleischmann. Zeitschrift. f. Heilkunde. Bd. VII. 1886. стр. 336 и 342.

³⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. XXX, стр. 331.

⁴⁾ Ibid.

⁵⁾ Centr. f. G. 1886, стр. 86.

⁶⁾ The New-York Med. Journ. 1885. Aug. 29.

⁷⁾ Arch. f. G. XX, стр. 421.

⁸⁾ The Amer. Journ. of Obst. 1883, стр. 349.

⁹⁾ Sānger. Ueber Vereinfachung der technik d. Kaiserschnitt Verhandlungen etc. I. c.

въ томъ, чтобы рѣшить будущность забеременѣвшей послѣ кесарскаго сѣченія матки. Отвѣтъ на этотъ вопросъ главнымъ образомъ заключается въ изученіи рубца ея, причемъ доказано опытами на животныхъ (Захаровъ, дисс. 1871, Шмидтъ, I. c.), что мышечная ткань матки вполне восстанавливается въ области рубца, а потому, нужно полагать, относится къ растяженію какъ и остальная ткань этого органа. Случаи, встрѣчающіеся въ казуистикѣ заживленія раны матки *per primam*, тоже даютъ на мѣстѣ рубца мышечную ткань, какъ выше упомянутый случай Fulda (см. стр. 19).

Статистика частоты разрывовъ матки, собранная Kückenberg'омъ ²⁾—27 случаевъ разрывовъ послѣ кесарскаго сѣченія, изъ нихъ одинъ не въ мѣстѣ рубца, въ 3-хъ случаяхъ мѣсто не указано—не доказательна, такъ какъ тутъ взяты случаи кесарскаго сѣченія прежняго времени, гдѣ образовывался рубецъ неправильный тонкій, соединительно тканый или матка заживала путемъ всевозможныхъ воспалительныхъ перемичекъ и сплошныхъ сращеній между нею и брюшной стѣнкой.

Такъ что мы теперь съ высокой степенью вѣроятности можемъ сказать, что и въ будущемъ матка, подвергнувшаяся кесарскому сѣченію, обезпечена отъ возможности разрыва, при наступившей беременности.

Выяснивши по мѣрѣ силъ и возможности тѣ шансы на успѣхъ, которыя мы приобретаемъ, сохраняя матку и зашивая ее по Sānger'у, мы можемъ приступить къ разбору втораго интересующаго насъ вопроса—выясненію тѣхъ случаевъ, гдѣ мы можемъ приступить къ операци, возможно болѣе расчитывая на успѣхъ, имѣя въ виду относительное показаніе.

Нѣтъ сомнѣнія, что тѣмъ болѣе мы можемъ расчитывать на успѣхъ, чѣмъ мы болѣе обезпечены въ смыслѣ асептического состоянія роженицы, наименьшей степени ея исто-

²⁾ Ueber das Verhalten alter Kaiserschnittnarben bei nachfolgender Schwangerschaft. Erster Congress in München. I. c.

щения, что мы можем имѣть въ самомъ началѣ родовъ, до отхода водъ, при отсутствіи бывшихъ до этого ненадежныхъ въ смыслѣ антисептики изслѣдованій. Что касается насъ самихъ и обстановки, то тутъ можно сказать тоже, что и относительно всякой ляпаротоміи.

Всѣ эти условія могутъ быть выполнены только по отношенію къ кесарскому сѣченію при безусловномъ показаніи въ тѣхъ случаяхъ, когда роженицу удастся увидѣть во время, предупредить ее и является возможность приступить къ операциіи въ самомъ началѣ родовой дѣятельности. При этомъ, тутъ тѣ или другія условія, въ которыхъ находится роженица, являются не въ смыслѣ показанія къ операциіи, а только въ смыслѣ прогноза; чѣмъ условія дальше отъ выше нами намѣченныхъ тѣмъ хуже прогнозъ, и на оборотъ.

Совсѣмъ другое дѣло въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ у насъ рождается вопросъ: дѣлать или не дѣлать кесарскаго сѣченія, когда можно его и не дѣлать, прибѣгнувъ къ перфорациіи, т. е., когда передъ нами роженица съ относительно узкимъ тазомъ. Тогда врачъ рискуетъ съ одной стороны сдѣлать кесарское сѣченіе тамъ, гдѣ роды могли бы окончиться силами природы, съ другой стороны—долгимъ выжиданіемъ потерять значительную часть шансовъ на успѣхъ.

Передъ нами рождается, такимъ образомъ, самый трудный вопросъ въ основномъ ученіи въ акушерствѣ—ученіи о терапіи узкаго таза. Трудность данной задачи обуславливается тѣми довольно шаткими данными, которыя мы можемъ добыть даже при всестороннемъ, самомъ тщательномъ изслѣдованіи роженицы по отношенію къ соотношенію между родовымъ объектомъ — головкой плода и тазовымъ кольцомъ. Если мы и можемъ добыть нѣкоторыя довольно точныя данныя относительно размѣровъ таза гersp. передне-заднихъ, то этого мы ни коимъ образомъ не можемъ сказать относительно головки плода. Предлагавшіеся способы

(Лазаревичъ Ahlfeld, Сутугинъ) измѣрять ее объемъ, даютъ далеко не точныя результаты.

Трудность задачи усложняется еще тѣмъ, что головка плода величина не постоянная, слѣдовательно, еслибы мы и получили какія-нибудь положительныя данныя относительно ее величины въ началѣ родовъ, то это могло бы говорить только приблизительно за тѣ измѣненія, то уменьшеніе, которыя она можетъ претерпѣть въ теченіи родовъ.

Клиническій опытъ убѣдилъ насъ въ той замѣчательной приспособляемости, съ которой головка относится къ родовому каналу, той неожиданной легкости и быстротѣ, съ которой иногда рождаются доношенные плоды при значительной узкости таза и твердости черепныхъ костей. Много примѣровъ подобныхъ родовъ мы могли бы привести, какъ изъ личныхъ наблюденій, такъ и изъ данныхъ, имѣющихся въ статистическихъ матеріалахъ родовспомогательнаго заведенія и клиники.

Говоря о твердости костей черепа, который можетъ путемъ конфигураціи приспособляться къ размѣрамъ таза, уменьшаясь не только относительно въ своемъ объемѣ, а—какъ доказалъ это Перлисъ¹⁾, на основаніи точныхъ и многочисленныхъ измѣреній измѣненій въ размѣрахъ головки, наступающихъ вслѣдъ за родами,—и абсолютно, я этимъ хочу подчеркнуть тѣмъ болѣе легкую возможность окончанія родовъ при тонкихъ гибкихъ черепныхъ костяхъ, что встрѣчается сравнительно довольно часто даже у вполне доношенныхъ плодовъ. Я неоднократно замѣчалъ черепныя кости, которыя вслѣдствіе своей тонкости преимущественно въ области темянныхъ костей со стороны сагитального шва гнулись какъ пергаментъ, и давали ощущенія треска, хруста, похожаго на крепитацию при переломѣ, по этому, на основаніи

¹⁾ Наблюденія надъ конфигураціею дѣтской головки во время родовъ. Дисс. Спб. 1879.

личнаго опыта, могу присоединиться къ мнѣнію Перлиса (I. с. стр. 25), который находитъ сравнительно довольно частымъ подобное явленіе, другими авторами, напр. Küneke ¹⁾ отрицаемое.

Опредѣленіе границъ относительности узкости таза уже само по себѣ представляется крайне труднымъ. Если будемъ понимать подъ крайней границей относительнаго суженія, переходящаго въ абсолютное, такое, когда и перфорированный плодъ не можетъ пройти черезъ родовой каналъ или безусловно, или путемъ только дальнѣйшаго расчлененія или безъ расчлененія, но съ нанесеніемъ тяжелаго травматизма родовымъ путямъ матери, то тутъ мы уже натываемся на значительныя разногласія со стороны разныхъ авторовъ.

Такъ, Scanzoni ²⁾, допускаетъ перфорацию доношеннаго плода безъ вреда для матери при сѣж. $vera = 6,2$ ctm. Tarnier ³⁾ за предѣльную цифру принимаетъ 5 ctm. Barnes ⁴⁾ — 3,8 ctm. Гугенбергеръ ⁵⁾ — 4 — 4,5 ctm. Litzmann ⁶⁾ ставитъ границы, гдѣ онъ предполагаетъ наступленіе возможности только перфорацией кончить роды, между $5\frac{1}{2}$ — $7\frac{1}{4}$ ($7\frac{1}{2}$) ctm., а при равномерномъ общесуженномъ тазѣ расширяетъ эти границы до $8\frac{1}{2}$ ctm., при чемъ самъ приводитъ два случая, гдѣ онъ одинъ разъ при 5,7 ctm. съ громадными усилиями черезъ 24 часа послѣ перфорации извлекъ недоношенный плодъ, въ другомъ же случаѣ при 6 ctm. при такихъ же условіяхъ, послѣ долгихъ бесплодныхъ попытокъ со стороны его ассистентовъ, извлеченъ имъ плодъ, хотя и доношенный, но крайне малый. Въ обоихъ случаяхъ послѣдовала смерть роженицы, при чемъ Litzmann высказываетъ сожалѣніе, что не

¹⁾ Die vier Factoren d. Geburt. Berlin. 1869.

²⁾ Lehrbuch der Geburtshilfe. 1887, стр. 543.

³⁾ Traité des accouchements. 1887, стр. 1058.

⁴⁾ Lectures of obstetric opérations. 1871, стр. 290.

⁵⁾ «Московский Врачебный Вѣстникъ», 1874. №№ 13—14.

⁶⁾ Die Geburt bei engem Becken. 1884, стр. 127 и 130.

сдѣлалъ въ этихъ случаяхъ кесарскаго сѣченія. Schroeder ¹⁾ приводитъ минимумъ для с. v. равный $6\frac{1}{2}$ ctm., Credé ²⁾, какъ видно изъ его выводовъ по поводу собранныхъ имъ случаевъ кесарскаго сѣченія, принимаетъ 6 ctm., А. Я. Красовскій ³⁾ $5,5$ ctm., при этой же цифрѣ и Spiegelberg ⁴⁾ признаетъ абсолютную невозможность родовъ. Прибавивъ къ колебаніямъ, которые представляютъ границы относительности узкаго таза, ту индивидуальность въ величинѣ головки resp. способности ее приспособляться, то разнообразіе въ ходѣ родовъ (такъ, напр., слишкомъ раннее излитіе водъ, что имѣетъ мѣсто обыкновенно при узкомъ тазѣ, оказываетъ на нихъ огромное вліяніе) и принявъ все это въ соображеніе, мы увидимъ, какъ трудно поставить показаніе къ кесарскому сѣченію при относительномъ суженіи. При этомъ оно доступно не на основаніи даже самыхъ возможно точныхъ измѣреній, тщательнаго изслѣдованія, а также анамнеза большой касательно прежнихъ родовъ, если она многорождающая, а путемъ непосредственнаго наблюденія хода родовъ и установки, только этимъ путемъ диагноза невозможности разрѣшенія отъ бремени не перфорированнымъ плодомъ.

Иллюстраціей подобнаго отношенія къ дѣлу служатъ 2 случая кесарскаго сѣченія, произведенные проф. А. И. Лебедевымъ ⁵⁾ въ завѣдуемой имъ клиникѣ.

А. И. Лебедеву принадлежитъ заслуга совершенія 3 октября 1886 г. первой въ Россіи операціи кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи.

Перехожу теперь къ этимъ наблюдавшимся мною случаямъ.

¹⁾ I. с. стр. 539.

²⁾ Arch. f. Gynäk. Вѣ. XXX, стр. 327.

³⁾ «Оперативное акушерство». 1886, стр. 559.

⁴⁾ «Учебникъ акушерства». 1887, стр. 504.

⁵⁾ А. И. Лебедевъ «Клиническая Газета», 1886. №№ 36, 37 и 38. Arch. f. Gyn. XXXI, стр. 218.

Замининъ. «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней». 1887, стр. 461.

1-й случай. 2-го октября, 1887 г., въ 11 ч. утра, въ клинику проф. А. И. Лебедева прибыла роженица М. П., 26 л., I пара, брюнетка, малаго роста (140 ctm.), хорошаго питанія и тѣлосложенія, скелеть не представляетъ ни какихъ неправильностей. Первая менструація появилась на 21 году и приняла 5-ти дневный типъ съ 3-хъ недѣльнымъ промежуткомъ. Ходить начала только на пятомъ году. Послѣднія регулы были въ декабрѣ 1885 г.; времени перваго движенія плода не помнитъ.

Родовыя боли появились, по словамъ роженицы, въ 2 часа ночи, т. е., за 7 часовъ до поступленія въ клинику. Изслѣдованіе роженицы, при поступленіи ея въ клинику, дало слѣдующіе результаты:

Размѣры живота: наибольшая окружность—96 ctm., на уровнѣ пупка—94 ctm., ниже пупка 91 ctm. Разстояніе отъ лобка до мочевиднаго отростка—44 ctm. Высота дна матки надъ лобкомъ—37 ctm., надъ пупкомъ—17 ctm.

Размѣры таза:

- 1) D. Sp. = 24 ctm.
- 2) D. Cr. = 24,75 ctm.
- 3) Conj. ext. = 16,5 ctm.
- 4) D. tr. = 27 ctm.
- 5) Conj. diag. = 10 ctm. (C. vera приблиз. = 8 ctm.).
- 6) Высота симфизы = 5 ctm.
- 7) Поперечникъ выхода между tubera ischii = 8 ctm.
- 8) Прямой діаметръ выхода таза = 10 ctm.
- 9) Ширина крестцовой кости на уровнѣ Sp. il post. Sup. = 7 ctm.
- 10) Окружность таза = 75 ctm.
- 11) Длина задней поверхности крестцовой кости = 14 ctm.

Задняя поверхность крестца весьма мало искривлена, но направлена сверху внизъ, такъ что верхушка крестца обращена кзади. Копчикъ представляется крючкообразно загнутымъ внутрь, но соединенъ съ крестцовой костью под-

вижно. Нисходящія вѣтви лобковыхъ костей сходятся между собою подъ не большимъ угломъ, почему лонная дуга уже нормальной. При изслѣдованіи подъ хлороформомъ, произведенномъ впослѣдствіи, въ теченіе родовъ, добыты еще слѣдующія дополнительныя данныя, относительно свойства тазовыхъ костей нашей роженицы. Вогнутость безъимянныхъ линий выражена весьма мало, такъ что они имѣютъ гораздо болѣе прямолинейное направленіе, чѣмъ нормально. Крылья крестцовой кости развиты слабо. Promontorium вдается незначительно, excavatio sacralis выражена не рѣзко. На основаніи всѣхъ добытыхъ, относительно таза данныхъ, былъ поставленъ діагнозъ общеравномѣрно-суженнаго таза съ слабо выраженными признаками рахитическаго характера.

Дальнѣйшее изслѣдованіе роженицы доставило намъ слѣдующія данныя:

Надъ входомъ таза опредѣляется подвижно стоящая головка плода. Сердцебиеніе выслушивается ясно, вправо, ниже пупка (128 ударовъ въ 1 мин.). Родовыя боли часты и сильны. Темп.—37; пульсъ—68.

Шейка матки сглажена, зѣвъ открытъ на 1½ пальца, края его тонки, пузырь цѣль, наливается. Въ виду предупрежденія рановавременнаго отхожденія водъ, былъ примѣненъ кольпейринтеръ.

Въ 3 ч. 10 м. веч. пузырь при сильныхъ боляхъ опустился почти до половой щели и былъ вскрытъ при зѣвѣ открытомъ на 4½ пальца, послѣ чего зѣвъ спался, головка же осталась подвижной подъ входомъ таза въ переднемъ видѣ втораго затылочнаго положенія. Головка очень объемиста, кости ея плотны, швы и роднички имѣютъ нормальную ширину этихъ частей у доношеннаго плода. Боли сильны и часты.

7 ч. вечера. Предлежащая часть вколочена во входъ; незначительный caput succedaneum. Боли часты и сильны, съ потужнымъ характеромъ. Сердцебиеніе плода слышно хо-

рошо. Назначена ванна (28° R.) и клизма съ *tra opii simpl.* Gtt. XV.

10 ч. 30 м. вечера. Головная опухоль больше. Края зѣва отечны, Предлежащая часть въ томъ же положеніи. Боли сильны, съ прежнимъ характеромъ. Незначительно выраженный *constrictionsring*. Назначена: клизма съ *Chloral-hydrat'*омъ и повторныя клизмы съ *tra opii* по 10 капель.

9³⁰ ч. утра. Отекъ зѣва и головная опухоль увеличились. Предлежащая часть въ томъ же видѣ и положеніи. *Caput succedaneum* значительно увеличилось. Т-ра Нормальна. Сердцебиеніе плода правильно по прежнему 128 въ минуту, но слышно глуше.

Кольцо сокращенія выражено рѣзко. Боли по прежнему часты, съ рѣзкимъ спазматическимъ характеромъ.

Въ 10 ч. 5 м. утра наложены подъ хлороформомъ щипцы Брейса въ поперечномъ размѣрѣ таза. Сдѣлано 6 сильныхъ тракцій безъ малѣйшаго поступательнаго движенія головки, послѣ чего щипцы сняты.

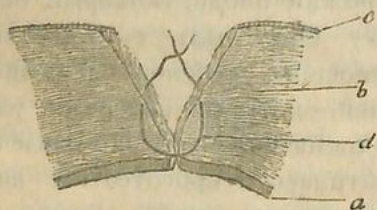
Въ виду отсутствія какого-бы ни было поступательнаго движенія, предлежащей части, все болѣе и болѣе рѣзко выражающейся ретракціи мускулатуры матки, (кольцо сокращенія передвинувшись выше и находясь на $2\frac{1}{3}$ —3 п. ниже пупка, обозначается все рѣзче и рѣзче), а равно также заглупленія сердцебиенія плода, стало яснымъ, что роды уменьшеннаго въ объемѣ плода въ данномъ случаѣ совершиться не могутъ, а потому въ 1 ч. 30 м. дня т. е. черезъ 41 час. съ начала родовъ и 32 ч. съ отхода водъ приступлено къ операциі кесарскаго сѣченія.

Послѣ произведенной, по принятому въ клиникѣ способу, дезинфекціи живота (обмываніе теплымъ карболовымъ (3%) растворомъ съ мыломъ Джейса, орошеніе лимоннымъ сокомъ и затѣмъ опять обмываніе такимъ же карболовымъ растворомъ) сдѣланъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, длиною въ 18 сент., по *linea alba*. Положеніе разрѣза было таково, что

одна половина его длины приходилась надъ пупкомъ, а другая—ниже пупка, причемъ нижній уголь разрѣза оканчивался почти на ширину 4-хъ поперечныхъ пальцевъ (6 сент.) надъ лобкомъ. Это отклоненіе отъ обычнаго при всякомъ другомъ чревосѣченіи положенія разрѣза брюшныхъ стѣнокъ обуславливалось тѣмъ, что, вслѣдствіе ретракціи мускулатуры матки и вслѣдствіе значительнаго растяженія нижняго сегмента ея, мочевого пузыря и передняя дугласова складка стояли выше обыкновеннаго. По вскрытіи полости брюшины, введенною въ нее рукою было опредѣлено положеніе угловъ матки (мѣсто отхожденія отъ нея фаллопиевыхъ трубъ), чтобы начать разрѣзъ нѣсколько выше ихъ уровня. Лишь только стѣнка матки широкимъ взмахомъ была разрѣзана (16 сент.), какъ изъ разрѣза показался участокъ плаценты, она также однимъ широкимъ взмахомъ бистури была разсѣчена, причемъ оказалось, что разрѣзъ прошелъ какъ разъ рядомъ съ мѣстомъ прикрѣпленія пуповины. Такъ какъ все это время ассистентъ плотно прижималъ края брюшной раны къ поверхности матки, то этимъ вполне было предупреждено попаданіе въ полость брюшины околоплодной жидкости, истеченіе которой наступило въ этотъ моментъ. Быстро введенною вслѣдъ за этимъ рукою, были захвачены ножки плода, который безъ труда и былъ извлеченъ наружу. Онъ былъ въ глубокой асфиксіи. Послѣ перерѣзки пуповины, ребенокъ переданъ былъ на руки одного изъ врачей, который напередъ уже принялъ на себя всѣ заботы по оживленію его. По извлеченіи плода, матка тотчасъ сократилась и кровотеченіе значительно уменьшилось. Выпятившаяся въ разрѣзъ плацента, при легкомъ потягиваніи за нее вскорѣ была удалена вмѣстѣ съ оболочками. Матка вслѣдъ за тѣмъ извлечена наружу, а на мѣсто ея въ брюшную полость введена широкая плоская губка для предупрежденія выпаденія кишекъ. На нижній сегментъ матки наложена провизорная эластическая лигатура, которая окончательно остановила кровотеченіе изъ разрѣза стѣнокъ ея.

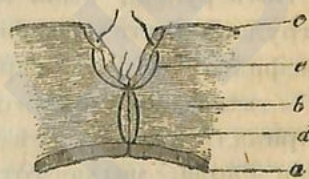
Сшиваніе краевъ маточной раны произведено было по принципу этажного шва, введеннаго Schroeder'омъ, и употребляемаго при надвлагалищной ампутациі тѣла матки. Нѣкоторое видоизмѣненіе состояло только въ томъ, что для субперитонеального и перитонеального соединенія краевъ маточной раны былъ примѣненъ непрерывный шовъ изъ кѣтгута, обработанный въ ol. juniperi. Вся эта процедура по порядку состояла въ слѣдующемъ. Безъ резекціи muscularis и безъ отпрепаровыванія серознаго покрова на краяхъ разрѣза (способъ, который теоретически былъ разработанъ Sānger'омъ, а практически 1-й разъ примѣненъ Leopold'омъ въ его первыхъ случаяхъ кесарскаго сѣченія, а въ послѣднихъ совсѣмъ уже оставленъ), наложенъ былъ глубокій рядъ шелковыхъ узловатыхъ швовъ, не проникавшихъ въ полость матки (см. рис. 1-й). Вслѣдъ за этимъ, послѣ тщательной дезинфекціи послѣдней, швы эти завязаны и коротко обрѣзаны въ глубинѣ раны. Этотъ рядъ швовъ можетъ быть названъ мышечно-субдецидуальнымъ въ отличіе отъ слѣдующаго, который, близко подходя къ серозному покрову матки, можетъ быть названъ мышечно-субсерознымъ (см. рис. 2-й). Швы и

Рис. 1.



а) Decidua. б) Muscularis. в) Peritoneum.
д) Мышечно-субдецидуальный рядъ шелковыхъ швовъ.

Рис. 2.

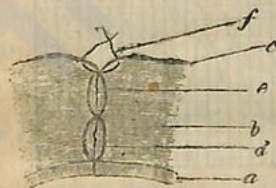


а) б) в) и д) обозначаютъ то же, что и на рис. 1. Кромѣ того: е) мышечно-субсерозный рядъ кѣтгутовыхъ швовъ.

въ этомъ ряду лежали исключительно въ мышечномъ слоѣ, нигдѣ не проникая черезъ серозный покровъ матки. При затягиваніи этого ряда швовъ, края раны такъ прилаживались другъ къ другу, что нигдѣ не получалось выворота

ихъ наружу. Наоборотъ, серозный покровъ ихъ слегка завертывался внутрь. Въ нижнемъ углу маточной раны, переходившей здѣсь сант. на 2 $\frac{1}{2}$ въ область истонченнаго нижняго сегмента матки, края ея были настолько тонки, что подсерозно-мышечный рядъ швовъ переходилъ здѣсь въ поверхностный серозный, откуда онъ и продолжался на всю остальную рану до самаго верхняго угла. Такимъ образомъ, нижній уголъ раны былъ закрытъ двухэтажнымъ швомъ, тогда какъ остальная ея часть зашита въ 3 этажа. Поверхностный или серозный непрерывный (см. рис. 3-й, f.), наложенъ былъ такимъ образомъ, что разстояніе между сосѣдними турами его было не болѣе 4—5 мм. Кро-

Рис. 3.



воосстанавливающій эффектъ наложенныхъ такимъ образомъ швовъ былъ настолько полонъ, что, по удаленіи провизорной лигатуры, не выступило ни одной капли крови на серозную поверхность матки которая сократилась очень хорошо. Закрытіе брюшной раны и повязка сдѣланы, какъ при всякой ляпаротоміи. Подъ кожу былъ впрыснутъ тотчасъ послѣ операціи шприцъ Верниховскаго эрготипа.

Къ этому времени ребенокъ совершенно оправился уже отъ асфиксіи и хорошо кричалъ. Вѣсъ и размѣры его слѣдующіе: мальчикъ 3750 грм. вѣсомъ, длиною 50 см. Размѣры головки: прямой = 13 см., большой косою = 15, малой косою = 11, большой поперечной = 10,5, малый поперечной = 7, вертикальный = 10. Прямая окружность головки = 39 см. косая = 42, вертикальная = 33. Плечики: окружность = 40, поперечный діаметръ = 15. Ягодицы: окружность = 33, поперечный діаметръ = 10,5. Наибольшій передне-задній размѣръ грудной клѣтки = 9 сант. Значительной величины родовая опухоль. Соотвѣтственно положенію ложекъ щипцовъ находятся поверхностныя ссадины и экхимозы на затылочной части головки и верхней губѣ.

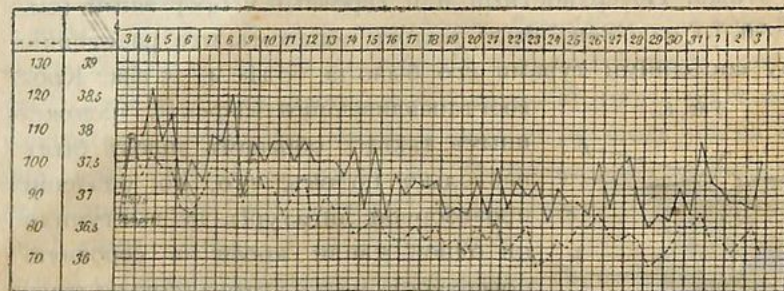
Послѣдъ вѣсилъ 560 грм., размѣры плаценты $20 \frac{21}{21}$, прикрѣпленіе пуповины центральное. Операционнымъ разрѣзомъ плацента раздѣлена была на двѣ, почти равныя, половины, такъ что въ нашемъ случаѣ мы имѣли дѣло съ такъ называемой *placenta praevia centralis caesarea*.

Послѣоперационное выздоровленіе нашей пациентки прошло такъ гладко, что оно весьма мало отличалось отъ нормального послѣродоваго періода (см. кривую t^0 и пульса).

Пульсъ. Темп.

Октябрь 1886.

Ноябрь.



Только на 2-й и 6-й день вечеромъ наблюдалось повышеніе t^0 до 38,6 (наивысшая t^0); въ остальные же дни она колебалась въ предѣлахъ отъ 37,2 до 38,3, пока наконецъ, къ 12 дню не упала до нормы. Пульсъ за все время ни разу не учащался больше 108 ударовъ въ минуту. Мало беспокоилъ оперированную даже обычный въ послѣродовомъ періодѣ метеоризмъ; впрочемъ, въ первые дни ей дѣлали клизмы *cum ol. terebinthinae*. Что касается послѣродовыхъ очищеній, то въ первые дни кровянистое очищеніе (*lochia sanguenta*) было довольно обильно и дало 2—3 большихъ сгустка, обусловившихъ довольно продолжительныя и болѣзненныя сокращенія матки. На 11-й день сняты были швы съ брюшной раны, а на 21-й день оперированной позволено ходить. Произведенное около этого времени изслѣдованіе показало, что матка стоитъ высоко и сращена съ передней брюшной стѣнкой. Обратное развитіе ея нѣсколько задержано. Не-

смотря на перитонеальныя сращенія, оперированная не испытываетъ въ животѣ при ходьбѣ никакихъ болей. Назначено: *pulv. sec. cogn. gr. jiiij* по 2 порошка въ день. Къ 30-му дню обратное развитіе матки подвинулось значительно впередъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ, она опустилась ниже. На 5-й недѣлѣ послѣ операціи пришли регулы, сопровождавшіеся легкими болями въ животѣ, продолжались около 6—7 дней и окончились благополучно. Въ настоящее время оперированная чувствуетъ себя вполне здоровою.

Такъ какъ, по недостатку молока, мать не могла кормить ребенка, то онъ, какъ незаконнорожденный, былъ отправленъ въ воспитательный домъ. Здѣсь онъ скоро совершенно оправился отъ той ничтожной травмы, которую получилъ при наложеніи щипцовъ. Лишь только исчезъ кровоподтекъ на верхней губѣ, онъ хорошо началъ брать грудь и развивался вполне правильно. Черезъ 6 недѣль онъ достигъ 4150 грм. вѣса.

При выпискѣ нашей оперированной изъ клиники (черезъ 6 недѣль послѣ операціи— $22 \frac{1}{2}$ 86 г.), изслѣдованіемъ ея было констатировано слѣдующее: брюшной рубецъ плотенъ; брюшныя стѣнки приподнимаются въ этомъ мѣстѣ въ складку надъ лежащею подъ ними маткою, такъ что между ними и этою послѣднею не существуетъ никакого сращенія; дно матки стоитъ высоко (только на 2 попер. пальца ниже пупка). При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: влагалище вытянуто вверхъ, своды его смѣщены слегка вправо. Тамъ опредѣляется небольшая влагалищная часть матки, зѣвъ овальной формы, надрыловъ на краяхъ его не видно. Правый параметрій, точась надъ сводомъ влагалища, представляетъ рубцовое уплотненіе, фиксирующее шейку матки на уровнѣ *lineae innominatae*. Тѣло матки вполне подвижно по всѣмъ направленіямъ, полость ея равна $11 \frac{1}{2}$ сант.

2-й случай. Въ 12 час. 15 м. ночи, 26 января 1887 г., въ Академическую акушерскую клинику поступила роже-

ница, мѣщанка А. И., 34 лѣтъ, Трага, блондинка, малаго роста (138 см.), слабаго тѣлосложенія и плохаго питанія, слизи- стья оболочки блѣдны, скелеть не представляетъ видимыхъ неправильностей. Первая менструація появилась на 16-мъ году и приняла 3-хъ дневный типъ съ 4-хъ недѣльнымъ промежуткомъ. Послѣднія регулы были 14 апрѣля 1886 г. Родовыя боли появились приблизительно за 14 часовъ до поступления въ клинику.

Размѣры живота; окружности на уровнѣ пупка—87 см., выше—88 см., ниже—87 см.; разст. отъ лобка до мечев. отростка—37 см. Высота дна матки надлобкомъ—30 см., надъ пупкомъ—13 см.

Размѣры таза: окружность=78 см., D. Tr.=27 см. D. Cr.=24 см., D. Sp.=21 см.; Conj. ext=15,5 см., Conj. diag.=10 см., Conj. vera=8 см..

На основаніи этого измѣренія былъ наставленъ діагнозъ общесъуженнаго плоскаго таза.

Измѣреніе роженицы при ея поступленіи въ клинику дало слѣдующіе результаты: надъ входомъ таза опредѣляется подвижно стоящая головка плода, вправо и вверху мелкія части. Сердцебиеніе выслушивается ниже пупка почти одинако ясно съ той и другой стороны. Родовыя боли часты и сильны. Т-ра—37°, п. 76. Шейка сглажена, края ея тонки. Зѣвъ открытъ на 1½ пальца. Пузырь цѣль, напряженъ.

При сильныхъ боляхъ и зѣвѣ открытомъ на 4 пальца отошли воды въ 4 час. 5 м. ночи, послѣ чего зѣвъ спался до 2½ пальцевъ и головка осталась подвижной надъ входомъ таза со стрѣловиднымъ швомъ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ и большимъ родничкомъ у лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія. Малый родничекъ недостижимъ. Стрѣловидный шовъ приближенъ къ promontorium'у, при чемъ въ проводной оси таза находится лѣвая темянная кость—второе темянное положеніе съ Негелевскимъ наклоненіемъ. Боли, постепенно

усиливаясь, приняли спазмотическій характеръ. Назначены: теплая ванна, опій въ клизмѣ.

Въ 11 час. утра сердцебиеніе плода выслушивается съ обѣихъ сторонъ, рѣзче справа на уровнѣ и ниже пупка, неправильное, матка плотна съ рѣзкимъ перехватомъ въ области пупочной линіи. Внутреннее изслѣдованіе, произведенное подъ хлороформомъ, дало слѣдующіе результаты: зѣвъ на 4½ п. Головка надъ входомъ, стрѣловидный шовъ по прежнему въ лѣвомъ косомъ, большой родничекъ влѣво и взади, малый впередъ и вправо, высоко надъ l. innominata. Надъ симфизой прощупывается лѣвое ухо плода. На лѣвой темянной кости большая родовая опухоль, Выливающаяся околоплодная жидкость содержитъ очень значительную примѣсь меконіум'а.

Измѣреніе, произведенное въ 1 час. 30 м. дня, дало тѣ же результаты. Caput succedaneum выраженъ рѣзче. Меконіумъ выдѣляется по прежнему. Сердцебиеніе плода рѣже. Перехватъ матки выраженъ сильнѣе. Схватки съ рѣзкимъ спазмотическимъ характеромъ. Замѣчается упадокъ силъ роженицы.

Въ 1 ч. 50 м. дня приступлено къ операциі кесарскаго сѣченія, спустя приблизительно 30 ч. съ начала болей и 9¾ часа послѣ отхожденія водъ, причемъ съ поступленія роженицы въ клинику прошло 13 час. 35 м. Разрѣзъ по l. alba длиною въ 21 см., причемъ ⅓ его длины пришлось надъ пупкомъ, а остальныя ⅔ ниже пупка, не доходя на 4 поперечныхъ пальца до симфизы. Показавшіяся въ верхнемъ углу раны, петли кишекъ вправлены въ брюшную полость и удержаны введенною въ нее плоскою губкою. Въ то время, какъ края брюшной раны были ассистентомъ плотно прижаты къ маткѣ, послѣдняя вскрыта однимъ разрѣзомъ бистури, проведеннымъ отъ дна матки къ шейкѣ ея, длиною около 18 сант. Довольно сильное кровотеченіе. Въ разрѣзѣ появилась спинка плода, который немедленно былъ извлеченъ

за ножки, причемъ тѣло его оказалось покрытымъ густымъ слоемъ мессоніи. Ребенокъ не представлялъ однако явленій асфиксіи и вскорѣ громко закричалъ, будучи переданъ послѣ перерѣзки пуповины на руки акушерки. По опорожненіи содержимаго матка спалась, но нисколько не сократилась, оставаясь вялою до самаго конца операціи, несмотря на настойчивое механическое раздраженіе и на впрыскиваніе подъ кожу эрготина Wegnich'a въ количествѣ $1\frac{1}{2}$ грана. Сдѣлано ручное отдѣленіе и выдѣленіе послѣда, который прикрѣплялся къ задней стѣнкѣ матки и у дна ея. Довольно сильное кровотеченіе остановлено наложеніемъ эластическаго жгута на нижній отрѣзокъ матки, причемъ первый обхватывалъ послѣдній 2-мя круговыми ходами, закрѣпленными крѣпкимъ Негар'овскимъ пинцетомъ. Внутренняя поверхность матки, принявшая отъ обильнаго количества мессоніи сѣрозеленоватый цвѣтъ, промыта 2% растворомъ карболовой кислоты, послѣ чего приступлено къ наложенію швовъ на матку, причемъ послѣдняя у дна и съ боковъ была прикрыта теплыми губками для защиты отъ охлаждения. Сшиваніе раны матки произведено наложеніемъ швовъ въ 3 этажа, при этомъ нижняя $\frac{1}{4}$ раны защита только однимъ рядомъ въ три шелковыхъ узловатыхъ шва, захватывавшихъ мышечную стѣнку и peritoneum, такъ какъ она находилась въ области крайне тонко-стѣннаго, растянутаго сегмента матки. Первый внутренний или мышечно-субдецидуальный этажъ состоялъ изъ ряда въ 15 шелковыхъ, сулемованныхъ (№ 10) узловатыхъ швовъ, причемъ каждый изъ нихъ проводился такимъ образомъ, что игла вкалывалась на срединѣ мышечнаго слоя одной стороны разрѣза и выкалывалась какъ разъ надъ слизистой оболочкой внутренней поверхности матки; переходя на другую сторону разрѣза, игла вводилась соответственно послѣдней точкѣ, выводилась же соответственно первой. Послѣ проведенія вышеупомянутыхъ швовъ полость матки была промыта 5% карболовымъ растворомъ

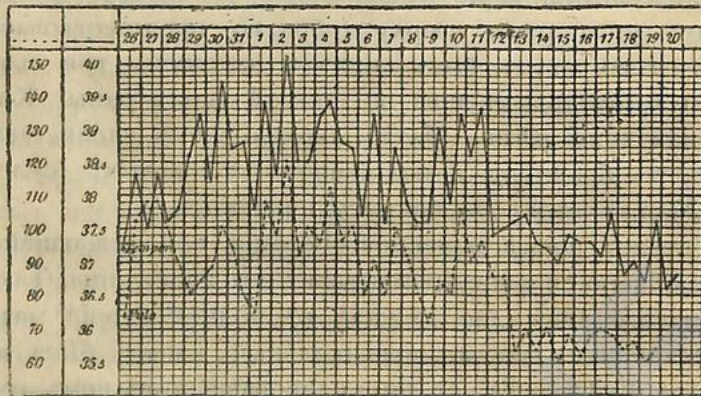
и швы затянуты. Слѣдующіе 2 ряда швовъ наложены изъ кэтгута (№ 4, обработаннаго въ ol. juniperi) по методу непрерывнаго шва. Внутренній изъ нихъ, мышечно-субсерозный проведенъ такимъ образомъ, что игла вкалывалась на одной сторонѣ, также подъ слоемъ peritonei, и выводилась въ срединѣ мышечнаго слоя матки, на другой же сторонѣ мѣсто вкола соответствовало послѣднему пункту, а выкола—первому. При наложеніи этого ряда швовъ наблюдалось, чтобы мѣсто вкола и выкола приходилось въ срединѣ разстоянія между швами глубже лежащаго—нижняго этажа. Поверхъ втораго этажа наложенъ 3-й рядъ швовъ—собственно перитонеальныхъ, тоже непрерывный изъ кэтгута, идя отъ нижняго угла раны кверху (обратно предшествовавшему). Послѣ этого жгутъ былъ снятъ и наложены три вышеупомянутыхъ шелковыхъ шва на нижній уголъ раны. Кровотеченія изъ раны нѣтъ. Матка, по прежнему вялая, опущена въ полость брюшины и наложено 18 шелковыхъ (сулемованныхъ № 12) швовъ на брюшную рану.

Тотчасъ послѣ окончанія операціи, продолжавшейся 1 ч. 10', замѣчено сильное кровотеченіе изъ влагалища. Такъ какъ причина его, очевидно, лежала въ полной атоніи матки, то для остановки его въ цервикальный каналъ былъ введенъ аппаратъ Heitzmann'a, съ циркулировавшею въ немъ 40°-ю (R) водою. Такимъ образомъ тотчасъ удалось остановить кровотеченіе. Послѣ наложенія обычной антисептической повязки, укрѣпленной слоями крахмального бинта, больная перевезена въ палату. Извлеченная дѣвочка вѣситъ 2900 грм., длина ея = 44 см., окружность головки прямая — 32, косая—37, вертикальная—31, размѣръ головки: прямой—10, большой косой—13, малый косой—10, большой поперечный—9, малый поперечный—6, вертикальный—8; окружность плечиковъ—34 $\frac{1}{2}$, размѣръ ихъ—13 $\frac{1}{2}$, окружность ягодицъ—29, размѣръ ихъ—9 см. Значительная головная опухоль на лѣвой темянной кости и сильно выраженная конфигурація го-

ловки. Послѣдъ вѣсилъ 550 grm., размѣры его $17/13$. Пуповина, длиною 46 сант., прикрѣплялась близъ края *placentae*.

Состояніе оперированной въ первые дни послѣ операциі было довольно удовлетворительно. Болѣе всего беспокоили родильницу боли въ животѣ и метеоризмъ, затруднявшій дыханіе, въ силу чего крахмальная повязка была разрѣзана; кромѣ того была незначительная рвота. Температура хотя и была повышена съ перваго дня послѣ операциі, но пульсъ держался при этомъ на не очень высокихъ цифрахъ, (какъ это видно изъ кривой температуры и пульса). Подъ конецъ

Пульсъ Темп. Январь 1887. Февраль.



же третьихъ сутокъ и особенно 4-ыя сутки больная начала кашлять и вмѣстѣ съ этимъ жаловаться на боль въ правой сторонѣ груди. На 5-й день объективно была констатирована крупозная пневмонія, занявшая значительную часть праваго легкаго, причѣмъ проф. А. И. Лебедевымъ было высказано предположеніе объ эмболии, какъ этиологическомъ моментѣ данной пневмоніи. Больная сильно кашляла, причѣмъ выдѣлялось большое количество густой, тягучей сѣрой мокроты, съ примѣсью крови. Назначена была соотвѣтственная терапия. Пневмонія съ рѣзкими колебаніями температуры продолжалась двѣ недѣли и сильно истощила больную. На

14-й день послѣдовало паденіе температуры, что совпало и съ объективными явленіями разрѣшенія пневмоніи. Мѣстный процессъ протекъ безъ осложнений, хотя инволюція матки шла медленно, не смотря на примѣнявшееся въ первые дни послѣродоваго періода впрыскиваніе эрготина Wernich'a. На 12-й день сняты швы — *prima intentio*. На 5-й недѣлѣ послѣ родовъ больная стала вставать. Черезъ 11 недѣль появились весьма скудныя крови, сопровождавшіяся незначительною болью въ поясницѣ и продолжавшіяся три дня. При выпискѣ больной, т. е. черезъ 12 недѣль послѣ операциі, матка была инволютирована удовлетворительно, наклонена впередъ и нѣсколько фиксирована въ этомъ положеніи.

Ребенка кормила сначала мать, но вслѣдствіе заболѣванія пневмоніей кормить перестала и ребенокъ на 9-й день былъ отправленъ въ Воспитательный Домъ, гдѣ пробылъ, согласно полученной нами справкѣ, до 1 апрѣля, т. е., почти 2 мѣсяца. Съ того же времени находился на воспитаніи въ деревнѣ.

Разсматривая данныя случаи съ точекъ зрѣнія:

1) Постановки показаній къ операциі, 2) выбора оперативнаго метода и 3) оперативной техники, мы видимъ, что:

1) показаніе къ операциі какъ въ одномъ такъ и въ другомъ случаѣ было поставлено при тазѣ съ относительнымъ суженіемъ, поэтому оно представлялось сопряженнымъ съ тѣми трудностями, о которыхъ мы выше уже имѣли случай говорить, и къ операциі было приступлено только тогда, когда изъ хода родовъ ясно было видно, что они ни силами сократительной дѣятельности матки, ни инструментальной помощью не могутъ окончиться рожденіемъ неуменьшеннаго въ объемѣ плода. При этомъ рѣшающимъ моментомъ для начала операциі была очевидность того, что дальнѣйшая выжидательная терапия можетъ оказаться губельной, какъ для матери, такъ въ особенности для плода. Въ обоихъ случаяхъ замѣчалась ретракція мускулатуры нижняго отрѣзка

матки въ видѣ рѣзко выраженнаго кольца сокращенія (Bandl'я) какъ извѣстно, угрожающая разрывомъ матки, съ другой стороны сердцебіеніе плода становилось неправильнымъ и менѣе яснымъ, что сопровождалось (во второмъ случаѣ) обильнымъ выдѣленіемъ меконіум'а.

Въ первомъ случаѣ были наложены щипцы, которыя были примѣнены здѣсь, какъ пробный инструментъ, подтвердившій наше предположеніе о невозможности родовъ *per vias naturales* не перфорированнаго младенца.

Если смотрѣть на щипцы какъ на инструментъ замѣняющій собою недостаточную силу сокращеній матки, исправляющій отчасти положеніе головки плода, но никакъ не способствующій уменьшенію ея объема, то наложеніе щипцовъ въ нашемъ случаѣ было только провѣркой силы сократительной дѣятельности матки, которую она можетъ выработать въ данномъ случаѣ. Такое показаніе для наложенія щипцовъ между прочимъ рекомендуется Schroeder'омъ ¹⁾, который совѣтуетъ въ этихъ случаяхъ послѣ нѣсколькихъ безуспѣшныхъ тракцій немедленно переходить къ перфорации. Оказалось въ виду 6-ти сильныхъ тракцій и отсутствія какого-бы то ни было поступательнаго движенія головки, что возможный максимумъ сократительной силы матки не можетъ протолкнуть предлежащую часть черезъ тазовое кольцо. Во второмъ случаѣ терапия была выжидательной до того времени пока не явилась значительная опасность для плода, причемъ не понадобилось пробнаго наложенія щипцовъ въ виду весьма интенсивной родовой дѣятельности матки, рѣзко выраженной конфигураціи головки и большаго риска потерять плодъ отъ промедленія, а тѣмъ болѣе отъ травмы инструментомъ. Подтверженіемъ той предварительной работы, которую, хотя безуспѣшно совершила matka, было весьма значительное кровотеченіе черезъ влагалище,

¹⁾ Lehrbuch d. Geburtshilfe. 1886, стр. 591 и 601.

которое наступило вслѣдъ за снятіемъ эластическаго жгута съ шейки матки, остававшейся совершенно вялой, не смотря на всевозможныя раздраженія и впрыскиванія подъ кожу *ergotin'a*—кровотеченіе, которое прекратилось уже послѣ операціи подъ вліяніемъ аппарата Heitzmann'a.

И такъ какъ въ первомъ такъ и во второмъ случаѣ была самая строгая постановка показаній къ кесарскому сѣченію, ближайшимъ толчкомъ къ которому служила возможность весьма скорого наступленія смерти плода и разрыва матки.

2) Переходя теперь къ выбору метода операціи мы видимъ, что былъ предпочтенъ консервативный способъ. Нельзя не согласиться всецѣло съ тѣмъ, что если мы имѣемъ дѣло съ относительнымъ суженіемъ таза и хотимъ сохранить плодъ, давая ему выходъ черезъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ въ виду невозможности прохожденія его черезъ тазовое кольцо, то мы не вправѣ, безъ особыхъ для этого причинъ, лишать женщину дальнѣйшей возможности зачатія избирая для этого другой методъ, не консервативный, а именно операцію Poggio. Не будемъ входить въ разборъ деталей тѣхъ условій, которыя вносятся въ организмъ женщины вслѣдъ за кастраціей, сопряженной съ операціей Poggio, въ виду того, что они еще не достаточно изучены, но все-таки, судя по словамъ наблюдавшихъ кастрированныхъ женщинъ и на сколько самому пришлось видѣть, можемъ сказать, что операція эта повидимому не безразлична для организма (приливы къ головѣ, притупленіе полового чувства, измѣненія въ нервной и кровеносной системѣ).

Нельзя, напримѣръ, согласиться съ Зворыкинымъ ¹⁾, что явленія, замѣчаемыя у кастрированныхъ женщинъ («сильно потѣютъ, жалуются на головныя боли, дѣлаются раздражительными или, наоборотъ, вялы и апатичны; нерѣдко появляется кашель и поносъ; появлялись конвульсіи, разстрой-

¹⁾ Къ вопросу о кастраціи при фиброміомахъ матки. Дисс. 1887 г., стр. 9.

ство сердечной дѣятельности, потеря сознанія, рвота и т. п. неприятныя осложненія») относятся исключительно къ числу первыхъ, послѣ кастраціи, сопутствующихъ явленій, а затѣмъ, прежнія страданія смѣняются чувствомъ благосостоянія. Frank ¹⁾ же, наоборотъ, уже въ очень яркихъ краскахъ рисуетъ у кастрированныхъ женщинъ *gesp.* послѣ операціи Porro—отсутствіе полового чувства, недовольство, нравственное и физическое разстройство (головныя боли, головокруженія, сердцебіенія).

Подобная неполнота и разнорѣчивость нашихъ свѣдѣній относительно вліянія кастраціи на организмъ женщины объясняется отчасти тѣмъ, что намъ рѣдко удается послѣ операціи долго слѣдить за одной и той же больной, съ другой же стороны обыкновенно заболѣваніе, бывшее показаніемъ къ оперативному вмѣшательству, на столько нарушаетъ функцію яичниковъ, что и до операціи организмъ находится въ состояніи, гдѣ болѣе или менѣе исключена нормальная функциональная дѣятельность ихъ.

Кромѣ вышеупомянутыхъ неблагоприятныхъ для организма условий, связанныхъ съ операціей Porro, эта послѣдняя отнимаетъ производительную способность у женщины, которая съ наступленіемъ слѣдующей беременности, при небольшой степени суженія ($7\frac{1}{2}$ —9 *cm.* с. v.), можетъ родить при помощи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ на 32 й и 36-й недѣлѣ беременности живаго плода, который, при тщательномъ уходѣ и при возможно болѣе подвинувшейся беременности, можетъ остаться въ живыхъ. Затѣмъ, и доведенная до конца слѣдующая беременность можетъ окончиться безъ уменьшенія объема плода, если отношенія между родовымъ объектомъ и тазомъ будутъ болѣе благоприятны, чѣмъ въ подлежащемъ случаѣ, вспомнимъ сказанное выше (см. стр. 27 и слѣд.).

¹⁾ Centr. f. Gynäk. 1881. № 25.

Наконецъ, у насъ всегда остается возможность дать искусственный выходъ младенцу, у насъ въ рукахъ возможность сдѣлать повторно кесарское сѣченіе, что не представляетъ никакихъ особенныхъ затрудненій.

Въ прежнее еще время были случаи благопріятно примѣнявшихся кесарскихъ сѣченій по 2, по 3 и даже 4 раза (Michaelis ¹⁾, Oetler ²⁾ на одной и той же женщинѣ, въ настоящее время, съ примѣненіемъ шва Säger'a и антисептики, тоже есть случай повторнаго кесарскаго сѣченія съ благопріятнымъ исходомъ: Kohn'a ³⁾. Опасность разрыва за беременѣвшей послѣ кесарскаго сѣченія матки также исключается при Säger'овскомъ зашиваніи uterus'a, о причинахъ чего нами было сказано выше (стр. 25).

Въ тѣхъ случаяхъ, когда мы имѣемъ дѣло съ септическимъ эндометритомъ, рѣзко выраженномъ, и показаніе является абсолютнымъ, то дѣйствительно рождается вопросъ объ удаленіи инфицированнаго органа. Но и въ этихъ случаяхъ, удаляя матку, мы далеки еще отъ увѣренности въ удаленіи всего зараженнаго, такъ какъ мы знаемъ, что любимымъ мѣстомъ локализациі заразы является параметральная клѣтчатка, не удалимая операціей Porro, а исходнымъ пунктомъ травмы шейки.

Совсѣмъ другое дѣло, когда мы можемъ опорожнить матку, хотя и убивая плодъ, *per vias naturales*, когда мы имѣемъ возможность кончить роды перфорацией. Къ числу фактовъ повседнежнаго акушерскаго наблюденія относятся явленія рѣзкаго повышенія температуры до довольно высокихъ цифръ (39—40⁰) и частоты пульса, сопровождающіяся болѣе или менѣе зловонными отдѣленіями, извѣстныя у насъ подъ названіемъ *endometritis sub partu*, которыя часто проходятъ вслѣдъ за опорожненіемъ матки, (въ особенности

¹⁾ N. Zeitschrift f. Geb. V, стр. 1.

²⁾ Monatschrift. f. Geb. XXXIV, стр. 441.

³⁾ Cent. f. Gyn. 1888, стр. 11.

послѣ промыванія ея дезинфицирующимъ растворомъ непосредственно послѣ родовъ), или ведутъ къ болѣе или менѣе легкимъ послѣродовымъ заболѣваніямъ.

Этого, къ сожалѣнію, нельзя сказать о тѣхъ случаяхъ, когда мы вмѣсто перфорации приступаемъ къ кесарскому сѣченію, на что указываютъ случаи Leopold'a, Breisk'аго (см. выше стр. 9), окончившіеся смертию.

Подобный печальный исходъ, повидимому, долженъ быть отнесенъ не къ инфекціи всего организма изъ полости матки посредствомъ проложенія изъ нея операционнымъ ножомъ пути въ полость брюшины, такъ какъ это могло быть избѣгнуто при современной техникѣ вскрытія матки и зашиванія ея—вскрытіе подтвердило совершенное заживленіе раны,—а внесеніемъ посредствомъ ляпоротоміи, истощающаго момента, въ виду котораго организмъ не могъ справиться съ внесенной въ него до операции инфекціей.

Въ виду вышесказаннаго, мы можемъ выразить убѣжденіе, что операція кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи на лихорадящей больной можетъ быть замѣнена перфорацией. Операція Roggo не всегда можетъ въ этомъ случаѣ насъ выручить на основаніи ея ненадежности въ смыслѣ удаленія всего зараженнаго и отнятія у женщины дальнѣйшей производительной способности.

Въ видѣ исключенія операція Roggo можетъ быть показана при неудержимомъ атоническомъ кровотеченіи изъ матки (*atonia viscosa*), какъ это было въ случаѣ Fehling'a (см. выше стр. 24) и тогда на эту операцію нужно смотрѣть какъ на оперативный приѣмъ при осложненіи, явившемся со стороны пуэрпѣральной матки, приѣмъ, который могъ-бы быть рекомендованъ, какъ *ultimum refugium* въ подобныхъ случаяхъ *atoniae viscosae* и безъ предшествовавшей операціи кесарскаго сѣченія.

Относительно другихъ способовъ родоразрѣшенія при

невозможности родовому объекту пройти черезъ тазовое кольцо, какъ *elytrotomia*, *symphyseotomia*, полная экстирпація матки (Bischoff ¹⁾) мы останавливаться не будемъ, такъ какъ они не имѣютъ никакой будущности.

Переходимъ теперь къ оперативному методу, котораго держался проф. А. И. Лебедевъ, при производствѣ описанныхъ кесарскихъ сѣченій. Разрѣзъ матки, а соотвѣтственно этому и брюшныхъ стѣнокъ дѣлался въ области дна и верхнихъ $\frac{2}{3}$ *uterus'a*, причемъ избѣгался нижній сегментъ его въ виду того, что онъ во первыхъ включаетъ въ себѣ *venae circumlares* довольно широкія, раненіе которыхъ можетъ вызвать трудно остановимое кровотеченіе, во вторыхъ въ виду плохой сократительной способности этого участка матки. въ чемъ можно убѣдиться изслѣдуя родильницу непосредственно послѣ родовъ, въ третьихъ—рыхлаго прикрѣпленія въ этомъ мѣстѣ брюшины, ведущаго къ кровоподтекамъ, болѣе или менѣе обширнымъ гѣматомамъ ²⁾. Все это можно поставить какъ противопоказаніе къ выбору того метода, который состоитъ въ проведеніи разрѣза въ этой избѣгаемой нами области матки, идущаго въ поперечномъ направленіи, т. е. метода Kehrera ³⁾.

Главный вопросъ въ успѣхѣ кесарскаго сѣченія, какъ мы объ этомъ говорили выше, заключается въ наложеніи шва, причемъ идеальнымъ въ этомъ отношеніи принципомъ сшиванія матки является предложенный Saenger'омъ, который и былъ принятъ А. И. Лебедевымъ, внесеннымъ въ него крайне полезную модификацію завязываніемъ узловъ глубокихъ швовъ мускульно-децидуальнаго ряда въ глубинѣ раны (см. выше рис. 1—3, взятые изъ статьи А. И. Лебедева 1. с., что даетъ возможность этимъ лигатурамъ элиминироваться внос-

¹⁾ Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1880 № 6.

²⁾ А. И. Лебедевъ Arch. f. Gyn. XXXI, стр. 282.

³⁾ Arch. f. Gyn. XXVII, стр. 227.

лѣдствіи черезъ полость матки (1. с. стр. 234), какъ это часто замѣчается послѣ hysteromyotomіи. Это обстоятельство представляется важнымъ потому, что мы пока еще не имѣемъ вполне надежнаго резорбирующагося швейнаго матеріала, который могъ-бы исключить шелкъ, взятый въ данныхъ случаяхъ только для основнаго ряда швовъ.

По почину проф. А. И. Лебедева у насъ въ Россіи операція кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи встрѣтила горячее сочувствіе, что выразилось, какъ въ дебатахъ, посвященныхъ этому вопросу, происходившихъ въ Акушерско-гинекологическомъ Обществѣ въ Петербургѣ ¹⁾, такъ и въ рядѣ операций кесарскаго сѣченія, произведенныхъ при этомъ показаніи (А. Я. Красовскій—2 опер. ²⁾, К. Ф. Славянскій—1, И. Ф. Баландинъ—1).

Исходя изъ той точки зрѣнія, чтъ перфорация представляетъ изъ себя невинную операцію только тогда, когда она предпринята при невысокомъ суженіи таза и только тогда можетъ быть противопоставляема кесарскому сѣченію въ смыслѣ прогноза для матери, мы, собирая случаи кесарскаго сѣченія, причисляли къ операциямъ сдѣланнымъ при относительномъ показаніи только тѣ, гдѣ наименьшій размѣръ таза во всякомъ случаѣ былъ больше $6\frac{1}{2}$ ctm., причемъ на основаніи вышесказаннаго взяли только случаи оперированные по способу Säger'a.

¹⁾ Протоколы Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ, №№ 11, 12, 15, 17, за 1887 г.

²⁾ Даниловичъ, «Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней», 1887 года, стр. 446, А. Я. Красовскій, тамъ же 1888 г., стр. 75.

СЛУЧАИ КЕСАРСКАГО СѢЧЕНІЯ

при относительномъ суженіи таза оперированные по методу Säger'a:

№ №	Операторъ Время и мѣсто опера- ции.	Возрастъ матери и который разъ рожасть.	Характеръ таза и предшествовав- ших родовъ.	Общее со- стояние ро- женницы и плода до операции.	Продолжительность бо- лезни и время отхода воды до операции.	Предшествовав- шія манипуляціи.	Оперативный методъ.
1	Prochownik. 27—II 1884 г Гамбургъ.	38 л. I р.	Рахитически-пло- скій. Conj vera 8 ctm.	T-ра нормал. Истощеніе. Сердцебіеніе плода—100.	44 ч.	—	Разрѣзъ нѣсколько ко- со, placenta въ раз- рѣзъ не попала. При- жатіе руками. 7 глубо- кихъ, 3 поверхост- ныхъ шелковыхъ, 5 поверхностныхъ кэт- гутовыхъ съ заворачи- ваніемъ серозы въ складку.
2	Sänger. 2—VIII 1885 г. Лейпцигъ. Клиника.	32 г. IV р.	Общеслуженныйра- хитическій тазъ. C. diag. 9 C. v. 7 3 раза мертвыя дѣ- ти послѣ продол- жительной родовой дѣятельности.	Вполнѣ удо- влетворител. Сердцебіеніе плода ясно, правильно	Около 36 ч. 13 ч. 45 м.	—	Резекція маленькихъ, полосокъ muscularis (1—1,5 mm), отдѣленіе serosae (3—4 mm), 7 глубокихъ серебря- ныхъ и 16 шелковыхъ поверхности. швовъ.
3	Obergmann. 2—VIII 1885 г. Тамъ же.	42 г. I р.	Анкилотическій лѣвосторонне- служенный тазъ. Conj. diag. 11 5.	Вполнѣ удо- влетворител. Сердцебіеніе ясно, правила.	Около 36 ч. Пугать цѣль.	—	Отдѣленіе брюшиннаго покрова матки на 3— 5 mm. 8 глубокихъ и 68 по- верхностныхъ шелко- выхъ швовъ.
4	Sänger. 20—X 1885 г. Тамъ же.	38 л. IV р.	C. d. 10. C. и 8. (3 раза Краниото- мія).	Удовлетво- рительно.	Около сутокъ. Отсутствіе болей.	—	Незначительная ре- зекція въ нижнемъ углу раны. Отдѣл. (3—4 mm.) serosae 8 глуб. сер., 19 поверхн. шелков. швовъ, край раны проткнутъ по 2 раза.

Промывание, акуратное введение бужей
для малюга послѣдн. предшр. родовъ
безъ результатовъ 10 дней 5, н., нака-
нутъ промыв. пунжа тазъ безъ послѣдств.

Результаты операции для:	Послѣоперацион- ное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ опе- рации.	П р и м ѣ ч а н і я.	Кѣмъ и гдѣ опублико- вано.	
					мате- ри.
Выз- доров.	Жи- вой.	Безъ повышенія температуры.	—	Черезъ 4 мѣсяца послѣ операции матка подвижна, только тонкое сращеніе съ брюшной стѣнкой.	Credé. Arch. f Gy- nak. XXVIII стр. 328.
Выз- доров.	Жи- вой.	Повышеніе темпе- ратуры на 5-й день 38,6, на 11—14 (выс- шая t° 39,2), вслѣд- ствіе расхожденія брюшной раны въ верхнемъ углу ея и выпаденія кишекъ.	52 ctm. длина. Размѣры головки: прямой—11,5, по- перечный—11, ок- ружность наибольшая—34, наимен- шая—31. 3850 grm. Мальчикъ. Въ глубокой асфик- си, оживленъ че- резъ 20'.	На 22-й день выписана вполнѣ здоровой съ не- значительной retroversio. Реб. здоров. 4000 grm.	Obergmann. Arch. f. Gyn. XXVII. стр. 266.
Выз- доров.	Жи- вой.	Пѣвышеніе т-ры въ теченіи первыхъ 10 дней (bronchitis). Высш. t°—39,8, в п.—115. Нагноеніе въ швахъ.	53 ctm. длина. головка: прям. 12 поперечной. 10 окружн. наиб. 34,5 > наим. 33 Мальчикъ. Въ асфикси, но оживленъ.	При внутреннемъ изслѣ- дованіи на 9-й день вы- дѣлялось около 9 ложекъ густого гноя безъ запаха. На 19-й день б. выписана съ подвижной маткой, нигдѣ не фиксированное.	Тамъ же, стр. 273
Выз- доров.	Жи- вой.	Безлихорадочное. За исключеніемъ 2-хъ первыхъ дней (в. t° 38,7, вп. 112,	50 ctm. 2900 grm. Мальчикъ сейчасъ же закричалъ.	—	Тамъ же, стр. 278.

№ М.	Операторъ. Время и мѣсто опера- ции.	Возрастъ матери и который разъ рожасть.	Характеръ таза и предшествовав- шихъ родовъ.	Общее со- стояніе ро- женицы и плода до операции.	Продолжительность бе- лей и время отхода водъ до операции.	Предшествовав- шія манипуляціи.	Оперативный методъ.						
								Выходъ	Живой.	Температура	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ опе- рации.	Примѣчанія.	Кѣмъ и гдѣ опублико- вано.
5	Sänger. 9—XII 1885 г. Тамъ же.	35 л. IV р.	C. d. 8,5—9. C. v. прибл. 7,5. Плоскій рахитиче- скій тазъ 2-й степе- ни, 3-е родовы мертвыми дѣтми, послѣдніе при по- мощи щипцовъ.	Удовлетвор. Замедленіе, сердцебіенія плода обиль- ное, отдѣл. mesonim'a.	3 ч. 45 м. Около 3 хъ сутокъ. От- крытіе зѣва на 2 п.	—	Резекція одного вы- ступавш. мышечнаго кусочка. Отдѣлен. se- gatae (3 mm.) 7 глуб. серебр.. 19 поверхн. шелков. швовъ, края раны протянута по 2 раза; послѣ наложенія швовъ еще 1 проме- жуточный.	Выздор.	Живой.	Съ нормальной температурой.	50 см. 3000 grm. Мальчикъ. Рѣзкая конфигур. и больш. головная опу- холь.	—	Credé. Arch. f. Gyn. XXVIII. стр. 144.
6	Krukenberg. 21—XII 1885 г. Боннъ.	23 л. I р.	Обще неравнобѣр. суженный тазъ C. diag. 9 3/4 C. v. 6 3/4—7.	Неблагопр. т° 38,3 п. 110. Истощеніе.	Слишкомъ 1 сутки.	—	Незначител. отслоеніе серозы, незначит. ре- зекція muscul. Эгак- ный шовъ на матку, 19 глуб. шва остальн. поверхн. шелковые.	Выздор.	Живой.	Pelvi peritonitis ret- roterina «вслѣдствіе сдавлен. шейки».	51 см. Размѣры головки: поперечн. 9 см., окружность 35,5. 2900 grm. Мальчикъ въ легкой асфиксіи.	Plac. praevia caesarea. Значит. кровотеченіе.	Krukenberg. Тамъ же, стр. 416.
7	Donat. 13—II 1886 г. Лейпцигъ. Клиника.	34 г. IV р.	C. diag. 8—8,5. C. v. 7. Плоскій рахитиче- скій тазъ 2-й степ. 1-е роды крайне продолжит. окончились произ- вольнымъ рожд. мертв. плода. 2-ые Выкидываемъ на 5-мъ мѣсяцѣ. 3-ьи Окончены ке- фалотрипсіей.	Удовлетвор	14 ч. 7 ч. 15 м.	—	Резекція нѣсколькихъ кусочковъ muscularis (3 mm.), 7 глубок. се- ребр., 19 поверхн. шелковыхъ швовъ, 5 промеж. тоже шел- ковыхъ.	Выздор.	Живой.	Безъ повышенія температуры.	51 см. 3200. Мальчикъ.	—	Credé. Тамъ же, стр. 147.
8	Leopold. 3—III 1886 г. Дрезденъ. Родильный домъ.	29 л. III р.	Conj. diag. 8 3/4. Conj. vera—6 1/2—6 3/4.	Удовлетвор.	Около 7 ч. 7 часовъ.	—	Глубокие серебр., по- верхн. шелков. швы безъ отдѣлен. segatae и резекціи muscularis, но со складкой segatae.	Выздор.	Живой.	Безъ повышенія температуры.	—	Черезъ 7 недѣль матка плотная, безболѣзанна, нѣсколько приращена къ передней брюшн. стѣнкѣ.	Leopold. Arch. f. Gyn. XXVIII, стр. 112.

Результаты операции для:		Послѣоперацион- ное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ опе- рации.	Примѣчанія.	Кѣмъ и гдѣ опублико- вано.
мате- ри.	пло- да.				
Выздор.	Живой.	Съ нормальной температурой.	50 см. 3000 grm. Мальчикъ. Рѣзкая конфигур. и больш. головная опу- холь.	—	Credé. Arch. f. Gyn. XXVIII. стр. 144.
Выздор.	Живой.	Pelvi peritonitis ret- roterina «вслѣдствіе сдавлен. шейки».	51 см. Размѣры головки: поперечн. 9 см., окружность 35,5. 2900 grm. Мальчикъ въ легкой асфиксіи.	Plac. praevia caesarea. Значит. кровотеченіе.	Krukenberg. Тамъ же, стр. 416.
Выздор.	Живой.	Безъ повышенія температуры.	51 см. 3200. Мальчикъ.	—	Credé. Тамъ же, стр. 147.
Выздор.	Живой.	Безъ повышенія температуры.	—	Черезъ 7 недѣль матка плотная, безболѣзанна, нѣсколько приращена къ передней брюшн. стѣнкѣ.	Leopold. Arch. f. Gyn. XXVIII, стр. 112.

№ №	Операторъ. Время и мѣсто опера- ции.	Возрастъ матери и котораго разъ рожаема.	Характеръ таза и предшествовав- ших родовъ.	Общее со- стояніе ро- женницы и плода до операции.	Продолжительность боля и время отхода воды до операции.	Предшествова- вши манипуляци.	Оперативный методъ.	Результаты операции дли:		Послѣоперацион- ное теченіе.	Размѣры плода, весь его, полъ и состояніе послѣ опе- рации.	П р и м ѣ ч а н і я.	Кѣмъ и гдѣ опублико- вано.
								мате- ри.	пло- да.				
9	Breisky. 7—III 1886 г. Прага. Клиника.	26 л. I р.	Sр. 23,6 Сг. 26. Tr. 28,6 С. ext. 18. C. diag. 10,4 С. v. 8, 5—9 общеслуженный илоскій тазъ.	На 4 й день родовъ т-ра, бывшая до этого норм., достигла 39,4.	3 1/2 сутокъ, все время сильныи боли при «Vorderscheitelbeinstellung». 57 ч.	—	6 глубокихъ сереб- рян., 18 sero-seros- ныхъ шелк. швовъ, 4 обкалыванія катгутомъ широкихъ венозныхъ отверстій, слизистая матки покрыта гу- стымъ слоемъ желто- вато-зеленоватаго на- лета, трудно удали- маго.	†	Жи- вой.	Septicäm. ex endo- metritide suppur. et perit. sero purulenta fronto - occip. 11,6 Смерть наступила черезъ 60 часовъ послѣ операции.	53,5 длина, размѣ- ры головки: Diam. gracvia caesarea. 11,6 Vit. 9, 5 Вір. 10,3. Circmf. fronto-occ. 37. 4000 grm. Дѣвочка. Глубокая асфиксія, черезъ 10' оживл.	Частичная (въ верхнемъ углу разрѣза) placenta gracvia caesarea. Смерть черезъ 2 1/2 дня послѣ опе- рации. Давныя вскрытія; Рана матки по всей длинѣ и глубинѣ вполне закры- та, микроскопич. изслѣ- дованіе рубца показало: (стр. 343) въ наружныхъ частяхъ раны брюшинныя листки соединены фибри- нознымъ экссудатомъ, въ мускульномъ отдѣлѣ руб- ца соединеніе частью не- посредственнымъ, частью посредствомъ экстрава- зата.	Fleischman. Zeitsch. f. Heilk. VII стр. 337.
10	Leopold. 5—III 1886 г. Дрезденъ.	24 г. IV р.	Услов. показаніи.	Благополуч.	—	—	Глубок. узловая по- верх. непр. изъ катгут.	Выз- доров.	Жи- вой.	—	—	—	Credé. Arch. XXX, стр. 330.
11	Gönnér. Boхель 6—VIII 1886 г. Клиника Bischoffa.	36 л. III р.	Рахитич. плоскій тазъ сop. v. = 7—7,5. D.sp. — 26 1/3, D. cr. — 28 1/4. C. diag. 8. 1 роды оконченны перфорацией, 2—эм- бриотоміей.	Удовлетвор. Сердцебіеніе плода пра- вильное, яс- ное 146.	Исправлено двѣ легкія боли, съ отход. воды руб- но утолщенъ. Дл. на 1 л. Около 6 час.	Безусловное выжиданіе пресекр. родовъ введе- ніемъ булавъ и собреу- гиперга.	7 только muscularis захватывающихъ шел- ков. швовъ, 17 sero- seros'ныхъ изъ тон- чайшаго шелка. Послѣ снятія катгута наложе- ны 2 шва.	Выз- доров.	Жи- вой.	Первые 7 дней т-ра 37,6—38,4, осталь- ное время нормаль- ная.	Дѣв. 2650 grm. 47 cm.	Черезъ 4 нед. послѣ опе- рации матка д. подвижна, хотя немного сращена съ передней брюшн. стѣнкой. Потеря крови съ частью водъ 900 grm. во время операции и 40 grm. по- слѣ—черезъ vagin'y.	Widmer. Arch. XXX, стр. 128.
12	А. И. Лебе- девъ. 8 (15)—X 1886 г. Петербургъ. Академич. Клиника.	26 л. I р.	Обще - равномер- нослужащий тазъ со- слабо выраженными признаками рахи- тическ. характера. C. v. = 8.	Истощена. Рѣзко выра- жено кольцо сокращенія. Сердцебіеніе плода заглу- щено, 128 въ 1 мин.	41 ч. и 32 час.	Фор- сера.	Шелков. швы, не про- никающіе въ полость матки, субперитон. и перитон. катгут. (обра- ботан. ol. juniperi) (см. выше стр. 30).	Выз- доров.	Жи- вой.	Нормальн. рюегре- rium.	50 cm. 3750 grm. Мальчикъ. Легкая асфиксія.	Плас. gracvia caesarea.	А. И. Лебе- девъ. Еженед. кли- нич. газета. 1886 г.

№ №	Операторъ. Время и мѣсто опера- ции.	Возрастъ матери и котораго разъ рожаема.	Характеръ таза и предшествовав- ших родовъ.	Общее со- стояніе ро- женницы и плода до операции.	Продолжительность боля и время отхода воды до операции.	Предшествова- вши манипуляци.	Оперативный методъ.	Результаты операции дли:		Послѣоперацион- ное теченіе.	Размѣры плода, весь его, полъ и состояніе послѣ опе- рации.	П р и м ѣ ч а н і я.	Кѣмъ и гдѣ опублико- вано.
								мате- ри.	пло- да.				
9	Breisky. 7—III 1886 г. Прага. Клиника.	26 л. I р.	Sр. 23,6 Сг. 26. Tr. 28,6 С. ext. 18. C. diag. 10,4 С. v. 8, 5—9 общеслуженный илоскій тазъ.	На 4 й день родовъ т-ра, бывшая до этого норм., достигла 39,4.	3 1/2 сутокъ, все время сильныи боли при «Vorderscheitelbeinstellung». 57 ч.	—	6 глубокихъ сереб- рян., 18 sero-seros- ныхъ шелк. швовъ, 4 обкалыванія катгутомъ широкихъ венозныхъ отверстій, слизистая матки покрыта гу- стымъ слоемъ желто- вато-зеленоватаго на- лета, трудно удали- маго.	†	Жи- вой.	Septicäm. ex endo- metritide suppur. et perit. sero purulenta fronto - occip. 11,6 Смерть наступила черезъ 60 часовъ послѣ операции.	53,5 длина, размѣ- ры головки: Diam. gracvia caesarea. 11,6 Vit. 9, 5 Вір. 10,3. Circmf. fronto-occ. 37. 4000 grm. Дѣвочка. Глубокая асфиксія, черезъ 10' оживл.	Частичная (въ верхнемъ углу разрѣза) placenta gracvia caesarea. Смерть черезъ 2 1/2 дня послѣ опе- рации. Давныя вскрытія; Рана матки по всей длинѣ и глубинѣ вполне закры- та, микроскопич. изслѣ- дованіе рубца показало: (стр. 343) въ наружныхъ частяхъ раны брюшинныя листки соединены фибри- нознымъ экссудатомъ, въ мускульномъ отдѣлѣ руб- ца соединеніе частью не- посредственнымъ, частью посредствомъ экстрава- зата.	Fleischman. Zeitsch. f. Heilk. VII стр. 337.
10	Leopold. 5—III 1886 г. Дрезденъ.	24 г. IV р.	Услов. показаніи.	Благополуч.	—	—	Глубок. узловая по- верх. непр. изъ катгут.	Выз- доров.	Жи- вой.	—	—	—	Credé. Arch. XXX, стр. 330.
11	Gönnér. Boхель 6—VIII 1886 г. Клиника Bischoffa.	36 л. III р.	Рахитич. плоскій тазъ сop. v. = 7—7,5. D.sp. — 26 1/3, D. cr. — 28 1/4. C. diag. 8. 1 роды оконченны перфорацией, 2—эм- бриотоміей.	Удовлетвор. Сердцебіеніе плода пра- вильное, яс- ное 146.	Исправлено двѣ легкія боли, съ отход. воды руб- но утолщенъ. Дл. на 1 л. Около 6 час.	Безусловное выжиданіе пресекр. родовъ введе- ніемъ булавъ и собреу- гиперга.	7 только muscularis захватывающихъ шел- ков. швовъ, 17 sero- seros'ныхъ изъ тон- чайшаго шелка. Послѣ снятія катгута наложе- ны 2 шва.	Выз- доров.	Жи- вой.	Первые 7 дней т-ра 37,6—38,4, осталь- ное время нормаль- ная.	Дѣв. 2650 grm. 47 cm.	Черезъ 4 нед. послѣ опе- рации матка д. подвижна, хотя немного сращена съ передней брюшн. стѣнкой. Потеря крови съ частью водъ 900 grm. во время операции и 40 grm. по- слѣ—черезъ vagin'y.	Widmer. Arch. XXX, стр. 128.
12	А. И. Лебе- девъ. 8 (15)—X 1886 г. Петербургъ. Академич. Клиника.	26 л. I р.	Обще - равномер- нослужащий тазъ со- слабо выраженными признаками рахи- тическ. характера. C. v. = 8.	Истощена. Рѣзко выра- жено кольцо сокращенія. Сердцебіеніе плода заглу- щено, 128 въ 1 мин.	41 ч. и 32 час.	Фор- сера.	Шелков. швы, не про- никающіе въ полость матки, субперитон. и перитон. катгут. (обра- ботан. ol. juniperi) (см. выше стр. 30).	Выз- доров.	Жи- вой.	Нормальн. рюегре- rium.	50 cm. 3750 grm. Мальчикъ. Легкая асфиксія.	Плас. gracvia caesarea.	А. И. Лебе- девъ. Еженед. кли- нич. газета. 1886 г.

№ №	Операторъ. Время и мѣсто опера- ции.	Возрастъ матери и котораго раз- рощаетъ.	Характеръ таза и предшествовав- ших родовъ.	Общее со- стояніе ро- женницы и плода до операции.	Продолжительность. Бояль и время отхода воды до операции.	Предшествовав- шія манипуляціи.	Оперативный методъ.
13	Weber. 18—X 1886 г. Лейпцигъ. Клиника.	26 л. V р.	C. d. 9. C. v. 7,5. 2-ое первыхъ ро- довъ очень продол- жит., окончены пер- форацией. 2-ое слѣдующихъ окончены прежде- времен. искусствен. род. одни—экстрак- ція мертв., другіе— живымъ плодомъ (щипцы).	Удовлетвор.	Слишкомъ 3-е сут. Около 7 часовъ.	—	Глубок. серебр. поверх. шелк швы.
14	Kogn. XI 1886 г. Дрезденъ. Родильный домъ.	36 л. III р.	Обще - суженный рахитически - пло- скій тазъ. C. diag. 9.	Удовлетвор.	—	—	Какъ въ № 10.
15	A. Я. Крас- совскій. 8 (20)—XII 1886 г. Родовспомог. заведеніе. Спб.	30 л. II р.	Плоскій ассиметр. тазъ C. v. 8 1/2. D. inter Tubera Jsch. = 6 1/2—7 cm. Предш. роды оконч. perforatione.	Удовлетвор.	30 ч. 18 ч.	—	9 сам. глуб. } 7 менѣе } шелк. шв 15 верх. }
16	Zweifel. 28—I 1887 г. Erlangen. Клиника.	24 л. II р.	Обще - суженный плоскій тазъ с. d.— 10, с. v.—8 cm. Прежніе роды труд- ны, плодъ оживл.	Истощеніе, t-ра не повы- шена, сердце- біеніе плода нормальное.	26 ч. 9 ч.	—	14 глубокихъ шелков. швовъ, пов. непрерывн. шовъ изъ катгута, об- работаннаго въ ol. juniperi.
17	A. И. Лебе- девъ. 26—I (7—II) 1887 г. С.-Петербур. Академич. Клиника.	34 г. I р.	Обще - суженный плоскій. C. v. при- близит. 8 cm.	Истощена. Неправильн. сердцебіеніе плода, обиль- ное выдѣлен. мессоніума.	30 ч. 9 3/4 ч.	—	По тому же типу (см. № 12 и стр. 37).

Результаты операции для:	Польза операціон- ное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, польза и состояніе послѣ опе- раціи.	Примѣчанія.	Кѣмъ и гдѣ опублико- вано.	
					матери.
Выз- доров.	Жи- вой.	Безлихорадочное.	Черезъ 2 1/2 мѣс. матка совершенно подвижна.	Credé. Archiv f. Gyn. XXX, стр. 322.	
Выз- доров.	Жи- вой.	Гладкоз.	Выпис на въ концѣ 3-й недѣли.	Centr. f. Gyn. 1887 г., стр. 28.	
Выз- доров.	Жи- вой.	Почти безъ пов. t ^o , выш t ^o —38,7 > n.—90	48 cm. 3300 grm. Дѣвочка. Въ глубокой ас- фиксіи.	Даниловичъ. Ж. ак. и ж. бол. 1887 стр. 446.	
Выз- доров.	Жи- вой.	Безлихорадочное только 2 раза пов t ^o до 38,2, вслѣд- ствие нагноенія въ 2 швахъ).	50 cm. 3300 grm.	3 завязанныхъ шелковыхъ лигатуры матки элимини- ровались вслѣдствіе наг- ноенія.	Zweifel. Arch. f. Gyn. XXX стр. 316
Выз- доров.	Жи- вой.	Осложн. крупозной пневмоніей.	44 cm. 2900 grm. Дѣвочка. Сейчасъ же закри- чала.	Заминь. Журн. аку- шер. и жен. бол. 1887 г., стр. 461.	

№ №	Операторъ. Время и мѣсто опера- ции.	Возрастъ матери и которыи разъ рожаетъ.	Характеръ таза и предшествовав- шихъ родовъ.	Общее со- стояніе ро- женницы и плода до операции.	Продолжительность блоты и время отхода воды до операции.	Предшествовав- шия манипуляци.	Оперативный методъ.	Результаты операции для:		Послѣоперацион- ное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ опе- рации.	П р и м ѣ ч а н і я.	Кѣмъ и гдѣ опублико- вано.
								мате- ри.	пло- да.				
18	Lusk. 1887 г. New-York.		Косо-сѣуженный тазъ. С. в. = 7,5.	—	—	—	Способъ Sānger'a.	Выз- доров.	Жи- вой.	Незначит. повыш. температ.	—	—	Centr. f. Gyn. 1887 г., № 52.
19	Chiara. 9—II 1887 г. Флоренція.		Рахитич. тазъ. С. в. 72—74 мм.	Удовлетвор.	—	—	Разрѣзъ матки insitu. Резекція выступающей muscularis въ нижнихъ 2/3 раны, 10 глубокихъ, 36 серо - серозныхъ швовъ катгутовыхъ.	Выз- доров.	Жи- вой.	Выздоровѣла, на 14-й день выписана.	—	—	Credé. Arch. f. Gyn., XXX, стр. 330.
20	Hofmeier. 22 II 1887 г. Berlin.	31 г. V р.	С. diag. 9,5. Рахитич. плоскій тазъ. 1 роды—перфора- ція, 2-ые—щипцы (смерть плода отъ поврежден. черепа), 3-ьи—искусствен. преждевр. роды на 36-й нед., высок. щипцы, смерть пло- да, 4-ые, искусств. преждевремен. роды на 35 нед. берем., поворотъ и экстрак- ція, плодъ умеръ на 7-й день послѣ ро- довъ.	Удовлетвор.	1 1/2 ч. тоже 1 1/2 ч.	—	Въ разрѣзъ попали послѣдъ, 8 глубокихъ швовъ на матку, за- хватывающихъ только muscularis. Сероза за- щита этажнымъ кат- гутовымъ швомъ. Ато- нія матки.	Выз- доров.	Жи- вой.	Три первые дня t° несколько выше 38°, затѣмъ нор- мальна.	3300 grm. Мальчикъ.	—	Zeitschr. f. Geburts- hülfe, 1887 г., XIV. H. 1. стр. 97.
21	Chiara. 1887 г. Флоренція.	29 л.	Рахитич. плоскій тазъ. С. в. 72—74 мм.	—	—	—	Мышечлатура резини- ровалась по сколько она выпячивалась, 10 глубок., 36 пов. (кат- гут.) швовъ.	Выз- доров.	Жи- вой.	Безлихорадочное.	3500 grm. Дѣвочка.	Большая встала на 14-й день.	Centr. f. Gyn. 1887 г. № 31.
22	Weber. 11—IV 1887 г. Лейпцигъ. Клиника.	IV р.	С. d. 9—9,5 С. в. 7,5. рахитическій пло- скій тазъ. 1-ья роды — перфор. 2-ья — искусств. преждевр. роды на 7-мъ мѣс. ребенокъ вскорѣ умеръ. 3-и—перфо- рація и кефалотрип.	Удовлетвор.	—	—	Разрѣзъ и отдѣленіе placentae, отъ которой остались значительныя куски. 8 глубокихъ и 15 поверх. шелковыхъ швовъ.	†	Жи- вой.	Черезъ 2 ч. t° 38,5 п. 96; на 4-й день смерть. Гной въ брюшной полости содержитъ стрепто- кокковъ.	—	—	Zweifel Archiv. f. Gyn. XXXI стр. 211.

№ №	Операторъ. Время и мѣсто опера- ции.	Возрастъ матери и которыи разъ рожаетъ.	Характеръ таза и предшествовав- шихъ родовъ.	Общее со- стояніе ро- женницы и плода до операции.	Продолжительность блоты и время отхода воды до операции.	Предшествовав- шия манипуляци.	Оперативный методъ.	Результаты операции для:		Послѣоперацион- ное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ опе- рации.	П р и м ѣ ч а н і я.	Кѣмъ и гдѣ опублико- вано.
								мате- ри.	пло- да.				
18	Lusk. 1887 г. New-York.		Косо-сѣуженный тазъ. С. в. = 7,5.	—	—	—	Способъ Sānger'a.	Выз- доров.	Жи- вой.	Незначит. повыш. температ.	—	—	Centr. f. Gyn. 1887 г., № 52.
19	Chiara. 9—II 1887 г. Флоренція.		Рахитич. тазъ. С. в. 72—74 мм.	Удовлетвор.	—	—	Разрѣзъ матки insitu. Резекція выступающей muscularis въ нижнихъ 2/3 раны, 10 глубокихъ, 36 серо - серозныхъ швовъ катгутовыхъ.	Выз- доров.	Жи- вой.	Выздоровѣла, на 14-й день выписана.	—	—	Credé. Arch. f. Gyn., XXX, стр. 330.
20	Hofmeier. 22 II 1887 г. Berlin.	31 г. V р.	С. diag. 9,5. Рахитич. плоскій тазъ. 1 роды—перфора- ція, 2-ые—щипцы (смерть плода отъ поврежден. черепа), 3-ьи—искусствен. преждевр. роды на 36-й нед., высок. щипцы, смерть пло- да, 4-ые, искусств. преждевремен. роды на 35 нед. берем., поворотъ и экстрак- ція, плодъ умеръ на 7-й день послѣ ро- довъ.	Удовлетвор.	1 1/2 ч. тоже 1 1/2 ч.	—	Въ разрѣзъ попали послѣдъ, 8 глубокихъ швовъ на матку, за- хватывающихъ только muscularis. Сероза за- щита этажнымъ кат- гутовымъ швомъ. Ато- нія матки.	Выз- доров.	Жи- вой.	Три первые дня t° несколько выше 38°, затѣмъ нор- мальна.	3300 grm. Мальчикъ.	—	Zeitschr. f. Geburts- hülfe, 1887 г., XIV. H. 1. стр. 97.
21	Chiara. 1887 г. Флоренція.	29 л.	Рахитич. плоскій тазъ. С. в. 72—74 мм.	—	—	—	Мышечлатура резини- ровалась по сколько она выпячивалась, 10 глубок., 36 пов. (кат- гут.) швовъ.	Выз- доров.	Жи- вой.	Безлихорадочное.	3500 grm. Дѣвочка.	Большая встала на 14-й день.	Centr. f. Gyn. 1887 г. № 31.
22	Weber. 11—IV 1887 г. Лейпцигъ. Клиника.	IV р.	С. d. 9—9,5 С. в. 7,5. рахитическій пло- скій тазъ. 1-ья роды — перфор. 2-ья — искусств. преждевр. роды на 7-мъ мѣс. ребенокъ вскорѣ умеръ. 3-и—перфо- рація и кефалотрип.	Удовлетвор.	—	—	Разрѣзъ и отдѣленіе placentae, отъ которой остались значительныя куски. 8 глубокихъ и 15 поверх. шелковыхъ швовъ.	†	Жи- вой.	Черезъ 2 ч. t° 38,5 п. 96; на 4-й день смерть. Гной въ брюшной полости содержитъ стрепто- кокковъ.	—	—	Zweifel Archiv. f. Gyn. XXXI стр. 211.

№ №	Операторъ Время и мѣсто опера- цій.	Возрастъ матери и который разъ рожасть.	Характеръ таза и предшествовав- ших родовъ.	Общее со- стояние ро- женицы и плода до операции.	Продолжительность бо- лей и время отхода воды до операции.	Предшествовав- шія манипуляціи.	Оперативный методъ.
23	Hegar. 15—IV. 1887 г. Фрейбургъ. Клиника.	26 л. III р.	C. d. 10. Общесъуженный плоскій тазъ. 1-ые роды — мертвый плодъ. 2-ые пово- ротъ и экстр. съ последующ. пер- форацией.	Истощена.	Около 36 час. 30 час.	—	Матка извл. нар. Mus- cul. зашитъ узлов. шелков. швами, также сверху ихъ и serosa Serosa брюши. стѣнки зашита обв. катгут- вымъ, остальн. стѣнка глубок. шелковыми швами.
24	Zweifel. 1—V 1887 г. Лейпцигъ. Клиника.	41 г. VI р.	Рахитическій пло- скій тазъ. Conj. diag. 8. C. vera 6,5. «Условное показаніе къ кесарскому сѣченію». 3 перв. родовъ—перфораци. 4-ые роды (двойни) поворотъ и экстрак- ція, живы.	Удовлетвор.	Около сутки тоже.	—	Матка извл. нар. Послѣ предваритель- наго тщательнаго уда- ленія deciduae зашив. нитками (14), каждая вооружена 2 иглами, снаружи и внутри, избѣ- гая deciduae и serosam. Рядъ поверхностныхъ (14) швовъ по типу Lembert'овскаго слу- жилъ покровомъ для глубокаго ряда (см. выше сл. А.И.Лебедева
25	Zweifel. 3—V 1887 г. Лейпцигъ. Клиника.	32 г. VII р.	Рахитически пло- скій тазъ 2-й ст. Conj. diag. 9—9,5. — vera 7—7,5. 4 раза—перфорац. 2—искусств. преж- девременные роды.	Воплнѣ удов- летворитель- ное.	Около 12 час. по- средств. передъ операц.	—	Потому же типу какъ въ предыдущемъ слу- чаѣ. 12 глубок. и 12 поверхности. катгутов. швовъ (изъ хромовой кислоты).
26	Olshausen. 12—VI 1887 г. Галле. Клиника.	33 л. II р.	C. d. 8,25. C. ext. 17,5. 1-е роды—перфо- рация.	Удовлетвор.	Воды отшли на 2 ч. до операции, затѣмъ отшли на 10 минутъ.	—	11 шелковыхъ швовъ черезъ muscularis. 20 катгутовыхъ на peritoneum.
27	Zweifel. 21—IV 1887 г. Лейпцигъ. Клиника.	VII р.	Общесъуженный плоскій тазъ. 2-ой степени C. d. 9,5 с. v. 7,5. 4 родовъ — перфорации, 1— искусств. прежде- времен. роды, двой- ни (1250 grm. и 1350 grm.), 1—щип- цы, мален. плодъ черезъ 6 мѣс. умеръ.	Воплнѣ удов- летворител.	Операция съ пово- ротомъ болей, Цѣпный пучокъ.	—	Разрѣзъ дѣтскаго мѣ- ста. Запиваніе матки потому же типу катгу- томъ, обработ. въ хромовой кислотѣ.

Результаты операции для:	Послѣоперацион- ное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ опе- рации.	П р и м ѣ ч а н і я.	Кѣмъ и гдѣ опублико- вано.
Выз- доров.	Жи- вой.	Безлихорадочное.	—	Wiedow. Cent. f. Gyn. 1887 г. № 39.
Выз- доров.	Жи- вой.	Безлихорадочное.	54 cm. 3650 Мальчикъ.	Zweifel. Arch. f. Gyn. XXXI стр. 209.
Выз- доров.	Жи- вой.	Безлихорадочное	Мальчикъ.	Была выписана на 23 день матка фиксирован. къ брюшной стѣнки.
Выз- доров.	Жи- вой.	Незначит. повыше- нія температуры.	2200 grm. въ легкой асфикси	Послѣ запиванія раны матки, незначительное кровотеченіе, но только изъ влагалища. Ребенокъ черезъ 14 ч. умеръ.
Выз- доров.	Жи- вой.	Безлихорадочное послѣ операции до- вольно значитель- ное кровотеченіе.	50 cm. 3050 grm. Дѣвочка.	Zweifel. Arch. f. Gyn. XXXI стр. 209.

№	Операторъ. Время и мѣсто опера- цин.	Возрастъ матери и котораго разъ рожасть.	Характеръ таза и предшествовав- шихъ родовъ.	Общее со- стояніе ро- женницы и плода до операции.	Продолжительность Се- суток. Около 12 час.	Применяемость Се- ла и время отхода воды до операции.	Презинструман- тны манипуляци.	Оперативный методъ.
28	Hegar. 8—VII 1887 г. Фрейбургъ. Клиника.	27 л. I р.	C. d. 10. C. v. 8.	Удовлетвор.	Около суток. Около 12 час.	—	—	Промыв полости мат- ки хлорной водой, оо- пшеніе краевъ разреза слабымъ растворомъ судельмы. Зашив. маточ- ной и брюшной раны какъ въ № 25.
29	Döderlein. 22—VIII 1887. Лейпцигъ. Клиника.	II р.	C. d. 10. C. v. 8. Предшест. ованшіе роды мертвымъ плодомъ.	—	2 1/2 сутокъ. Воды ото- шли, оставъ на 1 1/2 п., го- лорте злая около длина пупъ вѣсомъ въ 2 стн. Магнелие съомъ. накалн.	—	—	Потому же методу 10 глубокихъ, много по- верхностныхъ зего- сего'ныхъ. Слизистая полости матки при- сыпана іодоформомъ.
30	Korn. 9—IX 1887. Dresden. Родильный домъ.	31 г. V р.	2-е первыхъ ро- зовъ—перфорация, 3-и роды—кесар- ское сѣченіе 1886, 3—III. 4—абортъ на 3-мъ мѣсяцѣ.	Удовлетвор.	29 ч. 38 м. Ог- пашъ, обва на 1 1/2 п., го- лорте злая около длина пупъ вѣсомъ въ 2 стн.	—	—	Разрѣзъ справа пара- дельно рубцу. попалъ на дѣтское мѣсто. Пос- лѣ удаленія его выну- ты не покрытые рети- тономъ 4 серебряные шва. Рана зашита 7 глубокими и пов. не прерывнымъ катгути- нымъ швами.
31	Obermann. 23—IX 18-7. Тамъ-же.	IV р.	Рахитическій пло- скій тазъ 2-й степ. C. d. 9 C. v. 7,5 1-е роды—недо- ношен. мертвый плодъ, 2—перфери- ція, кефалотрипсія, 3—искусств. пре- ждеврем. роды, шви- цы. Живой плодъ (2300—45).	Удовлетвор.	1 ч. 35 м.	—	—	Разрѣзъ дѣтскаго мѣ- ста, 11 глубок. 14 пов. швомъ изъ «хромова- го котгута».
32	A. И Крис- совскій. 29—XII 1887 г. Родильномъ з. Сиб.	23 л. I р.	Общесъуженный плоскій тазъ C. v.—8—8 1/2.	—	33 ч 44 ч. Отослн при злннъ на 1 п.	—	—	19 глуб. } шевл. швомъ. 9 пов. }
33	K. O. Славян- скій. Госпит. Клиника. Сиб.	—	—	—	—	—	—	—
34	И. Ф. Бала- динъ. II 1883 г. Повнмд. Инстит. Сиб.	—	—	—	—	—	—	—

Результаты операци для:	Послѣоперацион- ное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ опе- раци.	Примѣчанія.	Кѣмъ и гдѣ опублико- вано.	
					мате- ри.
Выз- доров.	Жи- вой.	Безлихорадочное, единичное пов. до 38,3.	Окружи. головки 36 стн. D. Bip.—9,5 стн., больш. голов опухоль. Захожден. костей. Хор. раз- витый плодъ въ легкой асфиксн.	—	Centr. f. Gyn. 1887, стр. 620.
Выз- доров.	Жи- вой.	Осложнено инток- сикаціей судемой (parotitis), нагноені- емъ въ 3 нижнихъ швахъ брюшной раны, lochiometr'ой.	51,7 стн. 3750 grm. Дѣвочка.	—	Zweifel. Arch. f. Gyn. XXXI стр. 214.
Выз- доров.	Жи- вой.	Гладкое.	47 1/2 стн. 3040 grm. Дѣвочка.	Черезъ брюшную стѣнку прощупы- ваются 8 сереб. швомъ отъ передней опер., на большомъ пространствѣ передняя стѣнка матки сращена съ сальникомъ, такъ что видны только 4 нижнихъ сереб. шва, покрытыхъ гладкимъ листкомъ брюшины. Кон- цы верхнихъ 4 лигатуръ сильно выступаютъ впередъ. Рубецъ шири- ною 1 стн., представляется углуб- леннымъ но оти шенію къ остальной поверхности матки, приблизительно на 2 мм. Внутр. поверхн. рубца окрашена блѣловато и ясно поди- мается надъ сосед. поверхн. слизи- стой оболочки.	Cent f. Gyn. 1888, стр. 11.
Выз- доров.	Жи- вой.	Безлихорадочное.	51,5 стн. 3400 grm. Мальчикъ.	—	Zweifel. Arch. f. Gyn. XXXI стр. 246.
Выз- доров.	Жи- вой.	Част. перитонитъ.	—	—	Журн. ак. и жен. болѣзн. 1888, стр. 75.
†	Жи- вой.	—	—	—	Неопублико- вано.
Выз- доров.	Жи- вой.	Безлихорадочное, осложнен. желтухой и гриппознымъ состояніемъ съ сильными наплетомъ.	—	—	Лично со- общено опе- раторомъ.

Изъ приведенныхъ 34 случаевъ 3 случая (№№ 9, 22, 33) окончились летально т. е. дали $\frac{0}{100}$ смертности равный 8,82 ¹⁾.

Причемъ въ случаѣ Breisk'аго, окончившемся смертию, операція была произведена на инфицированной ранѣ роженицѣ.

Дѣти всѣ были извлечены живыми и продолжали хорошо питаться; большинство рождалось въ большей или меньшей степени асфиксии, отъ которой обыкновенно легко оправлялось; въ одномъ только случаѣ (Olshausen'a) ребенокъ прожилъ всего 14 часовъ, и то потому, что былъ недоношенный—2220 грм. Такимъ образомъ, $\frac{0}{100}$ смертности дѣтей вскорѣ послѣ операціи = 2,3; но и этотъ $\frac{0}{100}$ легко было бы обойти, не дѣлая операціи кесарскаго сѣченія на недоношенномъ плодѣ при относительномъ суженіи таза.

Что касается другихъ деталей этихъ случаевъ, то:

1) всѣ почти операціи сдѣланы въ клиникахъ и родо-вспомогательныхъ заведеніяхъ,

2) опытными операторами или, подѣ непосредственнымъ наблюденіемъ послѣднихъ (Credé), ихъ ближайшими учениками.

3) Обстановка была вполне удовлетворяющей всякой липаротоміи.

4) Роженицы находились во всѣхъ почти случаяхъ въ вполне асептическомъ состояніи, съ нормальной температурой и пульсомъ.

5) Истощеніе матки продолжительной родовой дѣятельностью не отражалось сколько нибудь рѣзко на послѣоперационномъ теченіи, давая только въ нѣкоторыхъ случаяхъ атоническое кровотеченіе вслѣдъ за операціей.

6) Въ большинствѣ случаевъ кесарское сѣченіе было

¹⁾ Эти цифры немного разнятся отъ приведенной мною равѣе (Врачъ I. с.) вслѣдствіе измѣненій въ статистическомъ матеріалѣ.

предрѣшено и потому заблаговременно принимались соответствующія мѣры предосторожности.

7) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (№№ 20, 25, 26, 27) кесарское сѣченіе примѣнялось слишкомъ поспѣшно.

8) Роженицы, представлявшія (№№ 6 и 9) пов. t-ру и пульсъ, зловонное отдѣленіе и т. п. признаки инфекции, заболѣли въ послѣродовомъ состояніи, причемъ 2-я умерла, 1-я же представлявшая крайне незначительныя явленія инфекціи (t-ра 38,3 въ gestum, п. 110), перенесши pelvi-peritonitis выздоровѣла.

9) Вскрытія умершихъ больныхъ подтвердили блестящее значеніе метода шиванія Säger'a—маточная рана не смотря на септический перитонитъ, погубившій оперированныхъ была вполне закрыта.

10) Въ громадномъ большинствѣ случаевъ матка при выздоровленіи оперированной становилась въ совершенно нормальныя условія въ тазу и оставалась, хотя немного сращенной съ передней брюшной стѣнкой, но довольно подвижной и безболѣзненной.

Приведенные выводы изъ изученія собранныхъ нами случаевъ позволяютъ поставить тотъ весьма малый $\frac{0}{100}$ смертности, который дало кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи въ зависимость отъ тѣхъ крайне благоприятныхъ условій, въ которыхъ находились операторы и оперируемыя.

Такимъ образомъ принимая въ соображеніе только опубликованныя случаи (они только и могутъ подвергаться оцѣнкѣ) и изъ нихъ тѣ, въ которыхъ роженицы до родовъ были безусловно асептичны, мы получимъ на 30 случаевъ кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи одинъ смертный исходъ (№ 22, отъ инфекціи во время операціи) т. е. 3,33⁰%. Болѣе краснорѣчивой цифры едва-ли понадобится!

Не увлекаясь заблаговременно такимъ блестящимъ результатомъ, мы должны замѣтить, что для общихъ выводовъ основанныхъ на полученномъ $\frac{0}{100}$ выздоровленій не инфицированныхъ оперированныхъ мы еще не имѣемъ достаточныхъ



оснований, въ виду незначительности статистическаго матеріала. Мы должны допустить, что, хотя оперируя только въ случаяхъ надежныхъ въ смыслѣ асептичности, но при соблюденіи строго выжидательной терапіи т. е. тогда, когда дѣйствительно только уменьшеннымъ плодомъ могутъ кончиться роды, мы будемъ имѣть и неблагоприятные исходы въ зависимости отъ тѣхъ или другихъ случайностей, какъ напр. заболѣванія эмболическими процессами въ легкихъ, shock и тому под. Но насколько много будетъ жертвъ этихъ случайностей можно уже сказать и на основаніи нашей статистики, такъ какъ извѣстно, что первые годы операціи, по извѣстному методу, всегда бывають во всякомъ случаѣ не лучше послѣдующихъ, когда методъ успѣваетъ усовершенствоваться.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда роженица находится въ условіяхъ, допускающихъ легкой поворотъ на ножки съ послѣдующей экстракціей, эта операція не должна быть игнорируема въ тѣхъ случаяхъ, когда у насъ на лицо небольшое суженіе таза, особенно въ формѣ плоскаго (Winter I. c.); она можетъ замѣнить чисто выжидательную терапію, которая при несвоевременномъ излитіи водъ, неправильномъ вставленіи головки могла-бы въ нѣкоторыхъ случаяхъ повести къ наступленію состоянія, требующаго разрѣшенія родовъ перфорацией. При суженіи таза болѣе значительномъ мы рискуемъ, сдѣлавши поворотъ, тяжелой экстракціей убить плодъ.

Когда роженица находится подъ нашимъ наблюденіемъ еще во время беременности, то у насъ есть еще одно средство пойти въ обходъ перфорации гесп. кес. сѣченію—вызвать искусственные преждевременные роды.

Держась даже того взгляда, что вызываніе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ представляетъ вполне невинную операцію для матери ¹⁾,—хотя на самомъ дѣлѣ она

¹⁾ За время моего пребыванія въ Родовспомогательномъ Заведеніи съ 1886 г. на 15 случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ не получилось ни одного смертнаго исхода.

таковой не оказывается (на это напр. указываетъ статистика Wyder'a ¹⁾), состоящая изъ 225 случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, произведенныхъ въ противогнилозное время при уз. т. и дающая 5,3% смертности для матерей)—мы не можемъ не удерживаться отъ этой операціи при высокихъ и даже среднихъ степеняхъ суженія таза, въ виду той громадной смертности, которую даютъ преждевременно родившіяся при этихъ суженіяхъ дѣти (55,1%). Прибавивъ сюда ту высокую смертность, которая впослѣдствіи наблюдается у дѣтей недоносковъ (Миллеръ ²⁾), въ чемъ согласны всѣ педиатры, мы придемъ къ убѣжденію, что если не хотимъ приравнять для ребенка искусственныя преждевременныя роды перфорации, то можемъ приступить къ нимъ развѣ только въ послѣднія недѣли беременности, при суженіи не менѣе 9 см. въ наименьшемъ размѣрѣ таза и увѣренности, что новорожденный будетъ окруженъ возможно лучшимъ, рациональнымъ уходомъ, что особенно существенно для дѣтей недоносковъ.

Что касается перфорации, то эту операцію мы не можемъ ставить въ параллель съ кесарскимъ сѣченіемъ при относительномъ показаніи, такъ какъ она представляется операціей necessitatis, а кесарское сѣченіе при относительномъ суженіи, какъ мы говорили выше,—операція electionis, причемъ первая сама по себѣ представляетъ для матери почти невинную операцію, поэтому она если и даетъ смертность довольно значительную даже въ наше антисептическое время (Merckel 5,3% ³⁾, Thoirn 5,7% ⁴⁾, Wyder 8,4% ⁵⁾, А. Я.

¹⁾ Arch. f. XXII. стр. 1.

²⁾ Дѣти недоноски и особенности ихъ болѣзней. 1886. Москва.

³⁾ Arch. f. Gyn. XXI. 1.

⁴⁾ Arch. f. Gyn. XXIV. стр. 437.

⁵⁾ I. c. стр. 81.

Крассовскій 18,7%¹⁾, Э. Ф. Биддеръ 12,6%²⁾, то даетъ не какъ оперативный пріемъ, а какъ результатъ тѣхъ условий, въ которыхъ находится роженица. Тѣмъ болѣе эти двѣ операціи представляются величинами несравнимыми, что они преслѣдуютъ разныя цѣли въ терапіи относительно узкаго таза: перфорация исключительно имѣетъ въ виду интересы матери, кесарское сѣченіе — и плода.

Изъ всего вышесказаннаго мы можемъ притти къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Модификація въ способѣ зашиванія матки, внесенная Saenger'омъ, должна считаться рациональной, имѣющей существенное значеніе въ благопріятномъ исходѣ операціи кесарскаго сѣченія, въ особенности при атоніи матки.

2) Временное наложеніе на матку жгута во время операціи кесарскаго сѣченія даетъ возможность рациональнаго наложенія швовъ, что въ свою очередь ведетъ къ полной изоляціи полости матки отъ полости peritonei и совершенной остановки кровотеченія изъ разрѣза.

3) Показаніе къ производству кесарскаго сѣченія при относительномъ суженіи таза наступаетъ въ тотъ моментъ, когда изъ хода родовъ уже сдѣлалось вполне ясно, что головка плода никоимъ образомъ не родится не уменьшенной и когда окончательно наступаетъ показаніе къ искусственному окончанію родовъ.

4) Продолжительная родовая дѣятельность матки не вноситъ существеннаго вреда въ исходъ операціи.

5) Кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи является обязательнымъ для врача, обладающаго подходящей ассистенціей и находящагося въ обстановкѣ удовлетвори-

¹⁾ Оперативное акушерство 1885 стр. 549. (данныя взяты за 1883—1884 гг.).

²⁾ Изъ данныхъ, любезно мнѣ имъ сообщенныхъ, оказывается, что это общій % смертности, собственно же къ перфорации и именно трудной краіноклозіи (vistula recto et vesico-uterina) можетъ быть отнесенъ только одинъ случай изъ 39 перф., наблюдавшихся въ С.-Петербур. Родовсп. Заведеніи за 1885—1887 гг., е. т. 2, 5%.

тельной для ляпаротоміи, причеиъ имѣющаго дѣло съ асептической роженицей; конечно, при ея согласіи на операцію.

6) Кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи должно быть замѣнено перфорацией въ тѣхъ случаяхъ, когда роженица не можетъ быть переведена въ обстановку благопріятную для ляпаротоміи или когда она инфицирована, причеиъ врачъ имѣетъ научное право выждать смерти плода.

7) Операція Рого при септическомъ эндометритѣ не всегда гарантируетъ полное удаленіе всего зараженнаго фокуса.

8) Поворотъ и извлеченіе могутъ имѣть мѣсто при незначительно суженныхъ (не менѣе 9 см. с. в.) плоскихъ тазахъ.

9) Преждевременные роды имѣютъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, когда могутъ быть вызваны не ранѣе 36-й недѣли беремености т. е. при слабыхъ суженіяхъ таза.

10) Перфорация и кесарское сѣченія при относительномъ суженіи таза величины не сравнимы, такъ какъ каждая изъ этихъ операцій имѣетъ свои собственные показанія и преслѣдуетъ не одинаковыя цѣли.

11) Операція Рого можетъ быть примѣнена какъ *ultimum refugium* въ случаяхъ неудержимаго послѣродоваго кровотеченія, напр. при параличѣ мѣста прикрѣпленія послѣда, впрочемъ въ подходящемъ случаѣ можно прибѣгнуть къ ободосторонней перевязкѣ приводящихъ сосудовъ.

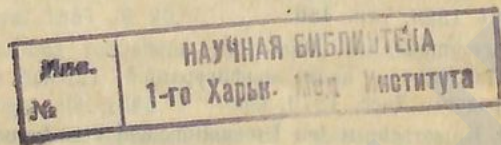
Считаю своимъ пріятнымъ долгомъ высказать здѣсь мою, сердечную признательность глубокоуважаемому профессору Алексѣю Ивановичу Лебедеву за научное руководство и теплое участіе, которыя я всегда встрѣчалъ съ его стороны.

ЛИТЕРАТУРА.

- Albert.* Kaiserschnitt u. Perforation N. Zeitschrift f. Geb. 1836 III. 294—300.
- Barnes.* Lectures of obstetric operations. 1871.
- Бергъ.* Мед. Вѣстникъ 1863 III. стр. 345—348.
- Beumer.* Arch. f. Gyn. XX, стр. 421.
- Boer.* Gedanken über Kaiserschnitt u. Ekthirn. der Frucht im Mutterleibe. Wien. 1793.
- Credé.* Arch. f. Gyn. XXVIII, 1.
- Овъ-же " " " XXX, стр. 322.
- Davidsohn.* Historia sectionis caesareae. Regimenti 1827.
- Dambre.* Bull. Acad. royal de med. de Belge 1860 стр. 796—816.
- Döderlein.* Arch. f. Gyn. XXX, стр. 412.
- Даниловичъ.* Журналъ акушерства и женск. бол. 1887, стр. 446.
- Dusart.* De la suture visceroparietale, 1867. Diss. Paris.
- Erhardt.* Ztschft. d. Staatsarzok. Erlangen II. 337—344.
- Fleischmann.* Ztschft. f. Heilk 1886.
- Frank.* Berliner Med. Wochenschrift 1885, стр. 349.
- Овъ-же Centr f. Gyn. 1881 № 25.
- Gastigius.* De rationibus sectionem. caesaream in usum vocandi. 1791 Iena.
- Gerard.* De l'avortment etc. 1863.
- Guéniot.* Parallele entre la céphalotripsie et l'opération césarienne, Paris 1866.
- Greenhalgh.* The obst. soc. London 1865 VII p. 270—189.
- Guerdan.* Mitth. d. badisch. ärzlich Ver. 1858 XII 185—190.
- Гуренбергъ.* St. Petersburg. Med. Ztschft. 1873—74, стр. 232—250.
- Овъ-же Московск. Врач. Вѣстн. 1874 №№ 13, 14.
- Garrigues.* The Amer. Journal of obst. 1883, стр. 349.
- Hull.* A defence of the caesarean operation etc. Manchester 1799.
- Hofmeier.* Ztschr. f. Gebtrk. u. Gyn. XIV 1, стр. 95.
- Хазанъ.* Журналъ акуш. и женск. бол. 1887, стр. 967.
- Iacoluci.* Paragone della sinfisiotomia col. part. prematuro etc Napoli 1858.
- Iewet.* The New-York. med. Journ. 1885, Aug. 29.
- Kauser.* De eventu sectionis caesareae. Havniae 1841.
- Kinhead.* Journ. med. sc. 1880, стр. 445—484.

- Krukenberg.* Über das Verhalten alter Kaiserschnittnarben bei nachfolgender Schwangerschaft. Erster Congress in München 1886.
- Овъ-же Arch. f. Gyn. XXVIII, 3.
- Küneke.* Die vier Factoren der Geburt. Berlin. 1869.
- Красовскій.* А. Я. Оперативное Акушерство 1885.
- Kehrer.* Arch. f. Gyn. XXVII, 227.
- Лебедевъ.* А. И. Ежед. клинич. газета 1886.
- Овъ-же Arch. f. Gyn. XXXI, стр. 218
- Luks.* De indicationibus sectionis caesareae. Regimenti. 1849.
- Leopold.* Arch. f. Gyn. XXVIII, 1.
- Лазаревичъ.* И. П. Журн. акуш. и женск. бол. 1887 № 12.
- Levet.* Observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux etc. Paris 1770.
- Litzmann.* Die Geburt bei engem Becken 1884.
- Marchand.* Diss. sur les causes qui exigent l'opération Césarienne. Paris 1816.
- Meyer.* Die Indicationen z. Kaiserschnitte u. zur Perforation in ihrer Beziehung etc. Würzburg 1845.
- Michaelis.* N. Zeitschrift f. Geb. V, стр. 1.
- Миллеръ Н. О.* Дѣти недоноски и особенности ихъ болѣзней 1886. Москва.
- Merckel.* Arch. f. Gyn. XXI 1.
- Martin.* E. Monatschrift f. Geburtst. XXIV.
- Oettler.* Monat. f. Geb. XXXIV, стр. 441.
- Obermann.* Arch. f. Gyn. XXVII. 266.
- Оттъ.* Врачъ 1886, стр. 488.
- Pillorg.* Courr. med. XII, 1854.
- Перлисъ.* Наблюдения надъ конфигураціей дѣтской головки во время родовъ. Дисс. 1879. Спб.
- Sänger.* Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen etc. Leipzig. 1882.
- Овъ-же Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. f. Gyn. Erst. Congress. abgehalten zu München 1886. Ueber Vereinfachung der Technik d. Kaiserschnittes.
- Овъ-же Arch. f. Gyn. XXVI, стр. 163.
- Замшинъ.* Журналъ акуш. и женск. бол. 1887, стр. 461.
- Овъ-же «Врачъ» 1888, стр. 147.
- Scanzoni.* Lehrbuch der Geburtshilfe 1887.
- Simmons.* An detestation of the fallacy of d-r Hull's defence of caesarean operation.
- Spencer Wells.* Brit. med. Journ. 1881 № 1067.
- Зворыкинъ.* Къ вопросу о кастраціи при фиброміомахъ матки. Дисс. 1887.
- Schröder.* Lehrbuch d. Geburtsh. 1886.

- Опъ-же Centr. f. Gyn. 1886. № 6.
Шмидтъ А. Э. Критическія и экспериментальныя изслѣдованія о маточномъ швѣ. 1887. Дисс.
Tillmans. De lethaltate sectionis Caesareae. 1833.
Theoderesko. Ueber die Indicationen zum Kaiserschnitte an Lebenden. Würzburg. 1864.
Tarnier. Traité des accouchements. 1887, стр. 1058.
Thorn. Arch. f. Gyn. XXIV. 437.
Vincent. Revue de Chirurgie 1881. 6 и 7.
Weyl. Essai de philosophie obstetricale del'operation césarienne et du faeticide comparés. Paris 1864.
Weiss. An licet vivo foetu perforationem faceret si femina Sectionem Caesaream recusaverit. Monachii 1831.
Wiedow. Cent. f. Gyn. 1887. № 39.
Wyder. Arch. f. Gyn. XXXII, стр. 1.
Winter. Zeitschrift f. Geburts u. Gyn. XIII.
Widmer. Arch. f. Gyn. XXX. 1.
Zehner. De sectio caesarea et perforatione. Turici 1850.
Zweifel. Arch. f. Gyn. XXXI, стр. 193.



ПОЛОЖЕНІЯ.

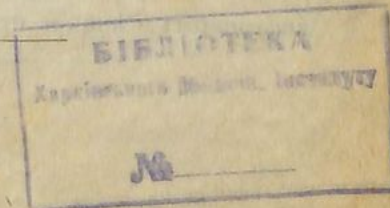
- 1) Терапія узкаго таза должна значительно измѣниться подѣ вліяніемъ благоприятныхъ результатовъ консервативнаго кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи.
- 2) Только строгая постановка показаній къ кесарскому сѣченію при относительномъ суженіи таза можетъ обезпечить этой операціи при теперешней технику прочную будущность.
- 3) Комбинированный способъ удаленія значительно увеличенной въ объемѣ матки per vaginam et per laparotomiam долженъ быть предпочтенъ насильственному извлеченію этого органа при влагалищной его экстирпаціи ¹⁾.
- 4) Прижиганіе ol. Martis полости матки и цервикальнаго канала приносить иногда существенную пользу въ тѣхъ упорныхъ endometrit'ахъ, гдѣ другія средства оказывались безуспѣшными.
- 5) Кромѣ общепринятыхъ условий вліяющихъ на время появленія первой менструаціи, несомнѣнное вліяніе на нее имѣетъ наследственность ²⁾.
- 6) Мочеточники, какъ у человѣка, такъ и у животнаго, выбрасываютъ мочу въ пузырь не равными порціями и не въ одинаковые промежутки времени ³⁾.
- 7) Отсутствие въ Академіи кафедры исторіи медицины представляетъ существенный пробѣлъ въ дѣлѣ преподаванія.

¹⁾ Замшинъ. Случай полной экстирпаціи матки при фиброміомѣ, осложненной ракомъ шейки ея. (Сообщено съ демонстраціей больной 5 ноября 1887 г. въ Общ. Русскихъ Врачей въ С.-Петербургѣ).

²⁾ Опъ-же, «Врачъ», 1884, стр. 469.

³⁾ Опъ-же. «Еженедѣльная клиническая газета», 1887 г. № 1.

Примчаніе. Уже во время печатанія вашей работы появилась монографія Leopold'a, затрогивающая интересующій насъ вопросъ: «Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei engem Becken. 1888.



CURRICULUM VITAE.

Лекарь, Андрей Ивановичъ Замшинъ, сынъ полковн., род. въ 1862 г. По окончаніи гимназическаго курса въ Варшавѣ поступилъ въ 1880-мъ году на медицинскій факультетъ ИМПЕРАТОРСКАГО Варшавскаго Университета. Въ 1882-мъ году перешелъ въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академію, гдѣ въ 1885-мъ году окончилъ курсъ вторымъ съ отличіемъ и преміей Иванова, и по конкурсу оставленъ при Академіи для научнаго усовершенствованія. Съ того же 1885 года состоитъ ординаторомъ Академической акушерско-гинекологической клиники профессора А. И. Лебедева. Въ маѣ 1886 г. сдалъ экзамены на доктора медицины, съ того же времени занимается въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи, гдѣ въ октябрѣ 1887 г. утвержденъ врачомъ-экстерномъ, и ведетъ амбулаторію женскихъ болѣзней при Покровской Общинѣ Сестеръ Милосердія. Состоитъ дѣйствительнымъ членомъ Общества Русскихъ Врачей и Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ. Имъ опубликованы работы и сдѣланы научныя сообщенія:

1) Beobachtungen über die Function der Ureteren, an einer Frau mit grosser Recto-vesico-vaginal—Fistel (Centralblatt für Gynäcologie 1887, № 19, Еженедѣльная клиническая газета 1887. № 1).

2) Случай кесарскаго сѣченія по консервативному методу съ модификаціей Sänger'a, оперированный А. И. Лебедевымъ. (Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней. 1887 г. № 6).

3) Случай полной экстирпации матки при фиброміомѣ, осложненной ракомъ шейки ея. («Врачъ» 1887 г., стр. 902).

4) Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи. («Врачъ» 1888 г., № 8).

Въ настоящее время представляетъ диссертацию на степень доктора медицины подъ заглавіемъ: «къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи».

