

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ПЯТЫЙ.

СЕНТЯБРЬ 1891. № 9.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

ХVII.

О КОНСЕРВАТИВНОМЪ КЕСАРСКОМЪ СЪЧЕНИИ ¹⁾.

Проф. Н. В. Ястребова.

Мм. Гг. Я остановлю Ваше вниманіе на операциі, извѣстной подъ именемъ консервативнаго кесарскаго съченія. Въ основѣ настоящаго сообщенія лежатъ три случая, оперированные мною въ текущемъ учебномъ году. Каждый изъ этихъ случаевъ имѣетъ свой казуистическій интересъ, а также проливаетъ извѣстный свѣтъ на ту или другую сторону вопроса о данной операциі.

Вопросъ о кесарскомъ съченіи принадлежитъ къ вопросамъ дня современной гинекологіи. Операциа, которая въ недавнемъ прошломъ считалась по справедливости чрезвычайно рискованной, въ настоящее время, благодаря успѣхамъ внутрибрюшной хирургіи, вообще, стала давать настолько положительные результаты въ смыслѣ благопріятнаго исхода для матери, что явилась уже цѣлая литература о производствѣ этой операциі

¹⁾ Сообщено въ Русскомъ Медицинскомъ Обществѣ при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ 8-го мая 1891 года.

при относительномъ показаніи, т. е. исключительно для спасенія ребенка.

Существенные моменты кесарскаго сѣченія—чревосѣченіе, какъ таковое, и вскрытіе матки съ послѣдовательномъ наложеніемъ шва—не представляютъ опасности при соблюденіи правилъ антисептики или асептики и при современномъ развитіи оперативной техники. Не смотря на это валовой % смертности матерей при кесарскомъ сѣченіи значительно превышаетъ таковой при чревосѣченіяхъ съ другими цѣлями, напр. для удаленія кистъ яичника. Отсюда слѣдуетъ заключить, что должны существовать и существуютъ дѣйствительно особыя условія, которыя сообщаютъ кесарскому сѣченію свойственную исключительно ему опасность. Эти условія выясняютъ въ извѣстной мѣрѣ и наши случаи.

Первый случай. 24-го августа 1890 г., въ 8 час. утра изъ мѣстечка Могильницы доставлена въ клинику еврейка Ц. Б., 22-хъ лѣтъ, на 3 сутки 1-хъ срочныхъ родовъ, 46 часовъ послѣ отхода водъ. Ц. Б. въ дѣтствѣ перенесла рахитъ и тифъ. Первыя крови получила на 15-мъ году; жила до появленія ихъ въ Варшавской губерніи, питалась плохо, работала нетяжело, потомъ крови стала имѣть черезъ 4 недѣли по 3 дня. Количество крови всегда обильное. Вышла замужъ на 21-мъ году; мужу 40 лѣтъ. Послѣднія крови были въ концѣ ноября 1889 г. Беременность текла безъ осложненій. Роды начались 21-го августа 1890 г. вечеромъ, воды отошли 22-го въ 10 часовъ утра. Во время родовъ, дома многократно изслѣдована безъ соблюденія антисептическихъ мѣръ бабкой и наконецъ мѣстнымъ врачомъ, который и направилъ ее въ клинику. Б. блондинка, 137 смт. росту, умѣреннаго тѣлосложенія, t° тѣла 38,5; пульсъ 126.

Окружность живота на уровнѣ пупка 96.

Размѣры таза: Cr. il. 24,5; Sp. il. 24,5; Conj. ext. 15,5; Conj. diagonal. 7,5; Conj. vera меньше 6.

Spin. il. ant. sup. dex. do Spin. il. post. sup. sin. 20.

Spin. il. ant. sup. sin. do Spin. il. post. sup. dex. 20.

Spin. il. post. sup. dex. do Spin. il. post. sup. sin. 10,75.

Шейка матки изглажена, зѣвъ открытъ на 3 поперечныхъ пальца, пузыря нѣтъ.

Положеніе плода 2-е черепное, передній видъ. Головка надъ входомъ. Сердцебиеніе плода слышно на уровнѣ пупка, немного вправо отъ бѣлой линіи.

Принимая во вниманіе абсолютное суженіе таза (С. v. меньше 6 смт.) и жизнь ребенка, предложено было кесарское сѣченіе, на которое послѣдовало согласіе роженицы и ея мужа.

Передь операціей Б. дано 2 мыльных ванны и 2 клизмы, передняя брюшная стѣнка, наружныя части и рукавъ дезинфицированы при поступленіи и затѣмъ вторично передь операціей растворомъ сулемы 1:1000 и 2°/о растворомъ карболовой кислоты. Операціонная комната приготовлена обычнымъ образомъ: окна, стѣны, потолокъ и полъ обмыты растворомъ сулемы 1:1000 и 2°/о растворомъ карболовой кислоты, которымъ промытъ и воздухъ. Двери закрыты полотномъ, смоченнымъ въ 2°/о растворѣ Acid. carbolicі.

Губки, перевязочный матеріалъ и инструменты отчасти стерилизованы, отчасти дезинфицированы обычнымъ образомъ.

Разрѣзъ брюшной стѣнки по бѣлой линіи книзу, не доходя на 3 поперечныхъ пальца до симфиза и кверху на 4 поперечныхъ пальца выше пупка, который оставленъ вправо отъ разрѣза.

Матка выведена наружу, края брюшной раны вверху сближены и закрыты марлевымъ компрессомъ, а внизу плотно прижаты къ нижнему отрѣзку матки. На матку наложенъ жгутъ, но не затянутъ. Матка вскрыта по передней поверхности въ области верхняго отрѣза, такъ что книзу разрѣзъ не переходитъ кольцо сокращенія. Вскрытъ плодный пузырь. Околоплодной жидкости нѣтъ.

Живой ребенокъ, прилегавшій къ разрѣзу лѣвымъ бокомъ, извлеченъ по общимъ правиламъ за тазовой конецъ.

Дѣтское мѣсто, прикрѣпившееся на задней стѣнкѣ, отдѣлено легко, оболочки же отдѣлялись только мѣстами, а больше рвались и расползались, такъ что пришлось соскоблить ихъ. Удаленныя дѣтскія и материнскія оболочки представлялись въ видѣ сѣрой вонючей массы.

Внутренняя поверхность матки послѣ удаленія оболочекъ и плаценты промыта растворомъ сулемы 1:3000 и 2°/о растворомъ карболовой кислоты. Матка снаружи покрыта марлевымъ компрессомъ, жгутъ затянутъ и приступлено къ закрытію маточной раны шелковыми швами. Брюшина предварительно отсепарована по краю. Швы были наложены въ 2 этажа: въ первомъ было 12 мышечно-децидуальныхъ, а во 2-мъ 9 брюшино-мышечныхъ глубокихъ и 8 брюшино-мышечныхъ поверхностныхъ. Снять жгутъ, матка обмыта и опущена въ брюшную полость.

Послѣ снятія жгута органъ сократился хорошо, но вскорѣ наступило ослабленіе и явилось кровотеченіе. Сдѣлана внутриматочная инъекція горячаго (40° R) раствора сулемы (1:3000) и затѣмъ 2°/о растворомъ карболовой кислоты. Матка сократилась хорошо, кровотеченіе остановилось. Сдѣланъ контрольный туалетъ брюшины. Брюшная рана закрыта шелковыми глубокими и поверхностными швами, засыпана іодоформомъ и покрыта обычной повязкой изъ марли и ваты, которая укрѣплена полосками липкаго пластыря. Операція продолжалась 1 часъ.

Извлечена живая дѣвочка, 3,160 грм. вѣсу; 51 см. длины; прямая окружность головки 35 см., прямой размѣръ головки 12 см. Кости головы расположены слѣдующимъ образомъ: затылочная и лобныя задвинуты подъ темяныя, лѣвая темянная подошла подъ правую.

Послѣдъ вѣсомъ въ 600 грм., размѣры дѣтскаго мѣста 17 и 18 см. Пуповина 52 см.; прикрѣпленіе ея эксцентричное.

Къ 10 час. вечера, въ первый день послѣ операціи температура поднялась до 39° (съ 38,5), а пульсъ былъ 120, дыханіе 44. Къ вечеру же явилась икота и сильныя боли въ животѣ. На 2-ые сутки температура не была выше 38,1, пульсъ 114, а дыханіе 36. Явленія общаго перитонита были рѣзко выражены.

На 3-й день послѣ операціи въ $11^{3/4}$ час. утра больная скончалась отъ общаго септического перитонита, что и подтверждено вскрытіемъ. Ребенокъ здоровъ и взятъ былъ отцомъ.

Казуистическій интересъ даннаго случая заключается въ томъ, что спустя 51 часъ послѣ отхода водъ при бурной дѣятельности матки и при рѣзко выраженномъ заболѣваніи внутренней поверхности ея, ребенокъ былъ живъ.

Второй случай. 12-го октября 1890 г. въ 1 часъ пополудни тремя врачами доставлена въ клинику варшавская уроженка М. М., 21-го года отъ роду, на 3-и сутки первыхъ родовъ.

М. первая дочь у матери, съ рожденія жила въ Варшавѣ, питалась хорошо, тяжелымъ трудомъ не занималась. Первые крови получила на 15 году и затѣмъ она стала имѣть ихъ черезъ 4 недѣли по 4—5 дней.

Замужъ вышла на 21-мъ году. Мужъ 25-ти лѣтъ. Послѣднія крови были 23-го января 1890 года. Въ первой половинѣ беременности страдала отекомъ ногъ. Роды начались 9-го октября вечеромъ.

М. блондинка, 150 см. росту; слабаго тѣлосложенія, t° тѣла $37,4$, пульсъ 88; дыханіе 30.

Окружность живота на уровнѣ пупка 88 см. Размѣры таза. Ст. 26; Sp. 25, С. ext. 18,5.

Зѣвъ открытъ на $2^{1/2}$ поперечныхъ пальца. Матка сокращается сильно. Плодный пузырь цѣль. Положеніе плода 2-е черепное, передній видъ. Сердцебіеніе ясно слышно справа отъ срединной линіи, сейчасъ подъ пупкомъ.

Полость малаго таза занята опухолью, которая располагалась въ правой половинѣ ея, смѣщая рукавъ совершенно влѣво. Опухоль кругловата, плотна при ощупываніи черезъ рукавъ даетъ впечатлѣніе кости, или камня; кверху она доходитъ до безымянной линіи, влѣво до середины мыса, а книзу до нисходящей вѣтви лонной и восходящей вѣтви сѣдалищной кости. Опухоль представляется совершенно неподвижной и какъ бы выходящей изъ правой стѣнки таза, которую она закрываетъ и дѣлаетъ недоступной для изслѣдованія. Клѣтчатка, окружающая рукавъ, сочна; въ ней прощупываются узлы различной величины и плотности, подвижные по поверхности опухоли. Узлы эти, располагаясь по поверхности опухоли, особенно книзу, дѣлаютъ ее какъ бы бугристой. Впечатлѣніе при ощупываніи этихъ узловъ такое же, какъ при прощупываніи черезъ заднюю стѣнку рукава сильно развитыхъ геморроидальныхъ узловъ.

Между опухолью и лѣвой стѣнкой таза въ просвѣтѣ рукава проходить только 2 поперечныхъ пальца. Такое суженіе въ значительной степени за-
виситъ и отъ утолщенія влагалищныхъ стѣнокъ и набухлости клѣтчатки.

Тщательное изслѣдованіе было произведено вторично подѣ глубокимъ наркозомъ. При пункціи опухоли иглой Праваца подтверждено предположеніе о костной или каменной натурѣ ея центра, причеиъ въ шприць не удалось втянуть ни капли какой-либо жидкости и даже крови.

Мочепускательный каналъ удлиненъ, изогнутъ и смѣщенъ влѣво. Мочевой пузырь на нормальномъ мѣстѣ. При изслѣдованіи металлическимъ катетеромъ ничего ненормального въ полости и стѣнкахъ пузыря не замѣчалося. Моча совершенно нормальна.

(Какихъ либо указаній на разстройство мочеиспусканія, ненормальность мочи или страданіе мочевого пузыря вообще при самомъ тщательномъ разсирсѣ больной не обнаружено).

Принимая во вниманіе наличность суженія таза (обще суженный тазъ), полость котораго занята неподвижной опухолью съ плотнымъ ядромъ, рѣшено родоразрѣшить помощью кесарскаго сѣченія, на которое больная и мужъ ея изъявили полное согласіе.

Въ 4 часа дня произведено было мноу кесарское сѣченіе. Приготовленія къ операциі тѣ же, что и въ первомъ случаѣ. Брюшная полость вскрыта разрѣзомъ по бѣлой линіи, недоходящимъ до симфиза на 3 поперечныхъ пальца и поднимающимся на 4 поперечныхъ пальца выше пупка. По вскрытіи изъ брюшной полости вылилось около 1 унціи серозной жидкости. Матка выведена, подведена жгутъ. Края брюшной раны вверху сближены и закрыты марлей. Матка вскрыта по передней поверхности, выше кольца сокращенія, до оболочекъ, послѣднія прорваны, при семъ выдѣлилось много мутной околоплодной жидкости. Плодъ извлеченъ за тазовой конецъ по общимъ правиламъ. Дѣтское мѣсто, сидѣвшее на задней стѣнкѣ, удалено легко съ оболочками. Внутренняя поверхность матки промыта, жгутъ затянутъ. Швы на маточную рану наложены въ 2 этажа: 8 мышечно-децидуальныхъ, 10 брюшино-мышечныхъ глубокихъ и 5 брюшино-мышечныхъ поверхностныхъ. При наложеніи швовъ на брюшную рану, чтобы убѣдиться, что нижній шовъ не захватываетъ стѣнки мочевого пузыря, въ полость послѣдняго былъ введенъ металлическій катетеръ, и мочевой пузырь былъ тщательно объислѣдованъ мноу изъ брюшной полости, причеиъ ничего ненормального со стороны стѣнокъ и содержимаго не оказалось.

При изслѣдованіи опухоли со стороны брюшной полости кромѣ того, что она занимаетъ правую половину таза, и верхняя граница ея не поднимается выше безъимянной линіи, ничего сказать нельзя, такъ какъ остальное изслѣдованіе я считалъ излишнимъ въ интересахъ больной.

Операциа продолжалась 1 часъ.

Ребенокъ—живая дѣвочка 2950 грм. вѣсу; 50 см. длины; прямая окружность головки 34. Послѣдъ вѣсомъ 550 грм., размѣры его 15—19 см. Длина пуповины 52 см.

Послѣ операціи температура въ первые сутки поднялась до 38,5; а на 2-е достигла 39,2; затѣмъ повышеніе температуры наблюдалось на 5-е сутки до 38,6; на 9-е до 38 и на 19-е до 38,8. Въ остальное время t° была совершенно нормальна. Повышеніе температуры въ 1-е и 2-е сутки зависѣло отъ чрезвычайнаго переполненія кишечника, который передъ операціей не могъ быть достаточно очищенъ за недостаткомъ времени (дано только 2 клизмы).

На 3-й день послѣ операціи приемъ *ol. ricini* и масляная клизма вызвали нѣсколько послабленій, изъ которыхъ одно было очень обильно: твердыхъ каловыхъ массъ выдѣлилось болѣе 3-хъ литровъ! Повышеніе температуры на 5-е сутки было вызвано быстро развившимся ограниченнымъ капиллярнымъ бронхитомъ, который скоро прекратился. Повышеніе t° на 9-й и 19-й день находилось въ связи съ кишечными расстройствами. Пульсъ все время былъ отъ 70 до 100 ударовъ въ минуту, только при повышеніи t° на 1-е и 2-е сутки онъ поднимался по временамъ до 120 ударовъ. Дыханіе колебалось отъ 20 до 30 въ минуту.

Молоко появилось на 6-е сутки, и съ этого времени груди функционировали правильно.

На 8-е сутки снято 13 швовъ съ брюшной раны, а на 11-е сутки и остальные 5 швовъ.

Рана зажила первымъ натяженіемъ.

Моча выпускалась катетеромъ 3 дня, а затѣмъ больная мочилась сама. Моча во все время пребыванія больной въ клиникѣ, была совершенно нормальна, а равно не замѣчалось какихъ либо неправильностей мочеиспусканія.

На 23 сутки послѣ операціи, 4-го ноября, М. выписалась изъ клиники совершенно здоровою съ ребенкомъ, котораго сама кормила.

При изслѣдованіи въ день выписки половые органы найдены удовлетворительно обратно развившимся. Матка лежала на оси входа таза, была невелика; влагалищная часть ея плотна, хорошо сформирована, стояла высоко во входѣ таза. Рукавъ удлиненъ, изогнутъ, выпуклость его обращена влѣво, стѣнки довольно тонки. Клѣтчатка таза представлялась менѣе сочной. При данномъ состояніи органовъ и клѣтчатки таза опухоль казалась меньше. Въ просвѣтѣ рукава, между опухолью и лѣвой стѣнкой таза можно было теперь провести не 2, а 3 поперечныхъ пальца. Плотное ядро опухоли не измѣнило своего положенія, но оно представлялось имѣющимъ нѣкоторую (ничтожную) подвижность относительно стѣнки таза.

Принимая во вниманіе эту теперь появившуюся, ничтожную подвижность опухоли и отношеніе послѣдней къ тазовымъ органамъ, можно было разсматривать ее какъ окаменѣвшую фиброму тазовой клѣтчатки или какъ конгломератъ венныхъ камней паравагинальнаго сплетенія. При данныхъ положенія и отношенія опухоли къ окружающимъ частямъ, при наличности

нормальной мочи и при отсутствіи какихъ либо припадковъ со стороны мочевого пузыря и наконецъ при отрицательныхъ данныхъ изслѣдованія полости его металлическимъ катетеромъ разсматривать ее какъ мочевой камень было трудно въ то время.

Больная выписана съ совѣтомъ явиться въ клинику черезъ мѣсяць для изслѣдованія опухоли и, если возможно, и удаленія ея.

Больная не послѣдовала этому совѣту и 8-го апрѣля, т. е. почти черезъ 6 мѣсяцевъ, поступила въ хирургическую клинику проф. *Косинскаго*.

Изъ исторіи болѣзни хирургической клиники видно, что М. 5 мѣсяцевъ слишкомъ послѣ кесарскаго сѣченія пользовалась хорошимъ здоровьемъ, кормила сама своего ребенка и занималась обычными домашними работами. Только недѣли за 3 до поступленія въ хирургическую клинику, т. е. послѣ 15-го марта, она почувствовала сильныя боли въ области мочевого пузыря; боли эти были особенно рѣзки при мочеиспусканіи. Одновременно съ этими болями М. стала замѣчать ежедневныя повышенія температуры и сильную жажду.

При поступленіи больной въ клинику, вечеромъ температура была 38,2, а утромъ 9-го 37,4.

При изслѣдованіи *per vaginam*, сейчасъ у входа во влагалище, прощупывалась твердая опухоль, величиной «въ головку новорожденного», чрезвычайно болѣзненная при дотрогиваніи, которая была ничто иное, какъ камень, выполнявшій весь мочевой пузырь. Стѣнки таза, какъ передавалъ мнѣ профессоръ *Косинскій*, въ это время были совершенно доступны для изслѣдованія повсюду.

14-го апрѣля профессоромъ *Косинскимъ* было произведено камнесѣченіе *per vaginam*. Операция была трудна: пришлось сначала снять болѣе мягкую кору камня, толщиною въ палець, и затѣмъ расколоть его, послѣ чего удаленіе камня по частямъ сдѣлалось возможнымъ. Мочевой пузырь, по удаленіи камня, промытъ, и на рану наложены шелковые швы.

Тщательно сложенные осколки образуютъ камень въ длину 8,5 см., въ ширину 8 см. и въ толщину 6 см., состоитъ онъ изъ слоистаго темнокоричневаго ядра, вѣсомъ въ 350 грм., и сѣрой, слоистой, сравнительно мягкой коры, вѣсомъ около 130 грм. Такимъ образомъ весь камень вѣсилъ 480 грм.

Ядро камня, по изслѣдованію профессора *Ментина*, состоитъ изъ мочевой кислоты, а кору образовалъ фосфорно-кислый кальцій и ураты въ небольшомъ количествѣ.

Послѣ операции, въ тотъ же день, вечеромъ больная жаловалась на сильныя боли въ животѣ при температурѣ 37° и слабомъ пульсѣ. Ночь почти

не спала и на другой день послѣ камнеотсѣченія, т. е. 15-го апрѣля въ 4 часа пополудни скончалась отъ общаго перитонита.

Вскрытіе произведено однимъ изъ ординаторовъ хирургической клиники, причѣмъ констатированъ общій перитонитъ, какъ причина смерти.

Половые органы, вырѣзанные вмѣстѣ съ мочевымъ пузыремъ и прямой кишкой на другой день осмотрѣны мною вмѣстѣ съ профессоромъ *Косинскимъ*, который любезно предложилъ мнѣ этотъ препаратъ для подробнаго изслѣдованія.

Изслѣдованіе было произведено моимъ ассистентомъ д-ромъ *Федоровымъ* совмѣстно съ прозекторомъ при кафедрѣ патологической анатоміи докторомъ *Пржевожскимъ*.

При этомъ изслѣдованіи препарата оказалось, что мочевой пузырь увеличенъ, брюшинный покровъ на передней его поверхности совершенно гладкій, а на задней срощенъ ложными перепонками отчасти съ салъникомъ, отчасти съ передней поверхностью матки. Ложныя перепонки образуютъ тяжъ длиною около 3 см. Ниже тяжа, по дну пузырно-маточнаго углубленія можно свободно провести палецъ. Влѣво отъ верхушки пузыря на задней поверхности на брюшинѣ находится отверстіе около 3 мм. въ діаметрѣ. Въ окружности этого отверстія брюшина инъецирована и отдѣлена отъ подлежащаго слоя.

Отверстіе это ведетъ черезъ толщю стѣнки пузыря въ полость послѣдняго. Мочевой пузырь вскрытъ по передней поверхности. Стѣнки его утолщены, отечны; слизистая оболочка изъязвлена. Позади и въ области *trigoni Leutaudii* пузыря находится продолговатое углубленіе до $2\frac{1}{2}$ см. въ діаметрѣ; края этого углубленія ворсистые, неровные, представляютъ мѣстами лоскутки слизистой оболочки (такъ сказать *caucus mirtif.* той перепонки, которая когда то отгораживала это углубленіе отъ полости пузыря), мѣстами изъязвлены, такъ что мышцы представляются обнаженными. Боковыя стѣнки углубленія и дно его покрыты гладкою, блестящею перепонкою, которая при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась слизистой оболочкою пузыря съ плоскими эпителиальными клѣтками. Въ углубленіяхъ этой оболочки находятся частицы камня. Дно углубленія и задняя его стѣнка очень тонки и непосредственно прилегаютъ къ правому вагинальному своду въ передней его части. Вдоль этой стѣнки, уклоняясь вправо, проходитъ линейный хирургическій разрѣзъ со швами. На нѣкоторомъ разстояніи отъ описаннаго углубленія, вправо, находятся на слизистой оболочкѣ 2 небольшихъ ямки—зачаточныя дивертикулы пузыря.

Матка имѣетъ въ длину 7 см. Брюшинный покровъ сзади безъ измѣненій, а спереди отъ дна до шейки по срединной линіи, въ окружности бывшей раны матки, имѣются вышеупомянутыя ложныя перепонки, соединяющія матку съ мочевымъ пузыремъ и салъникомъ. Ложныя перепонки совершенно закрываютъ наложенныя на матку послѣ кесарскаго сѣченія шелковые швы.

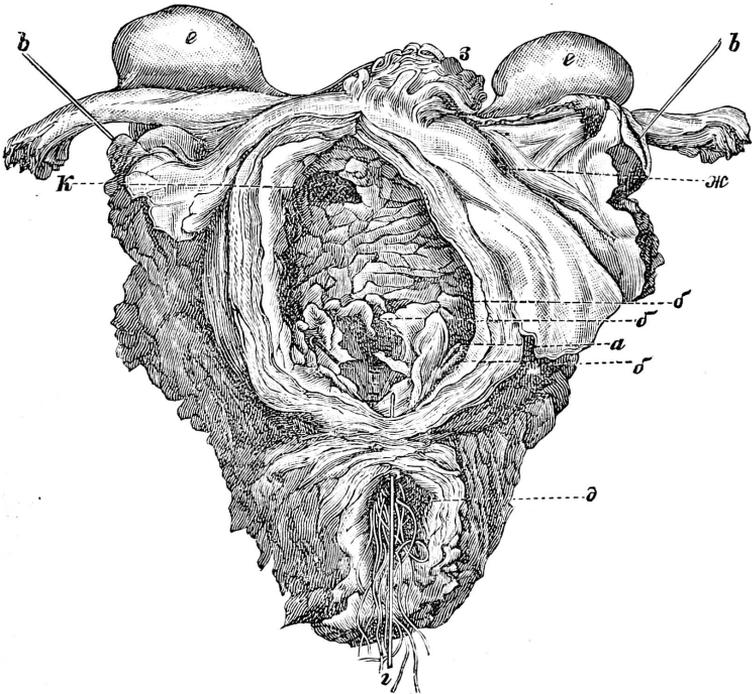
Полость матки вскрыта разрѣзомъ по задней стѣнкѣ органа. Слизистая оболочка матки нормальна; на передней стѣнкѣ, по срединной линіи на про-

тяженіи 1,6 см. находятся расположенными въ рядъ петли шелковыхъ швовъ, числомъ 7; основаніе каждой петли окружено воронкообразнымъ углубленіемъ въ слизистой оболочкѣ, которая въ промежуткахъ между петлями представляетъ нормальную непрерывность ткани.

Толщина передней стѣнки матки на мѣстѣ швовъ не отличается отъ таковой же въ ближайшей окружности, а равно одинакова и консистенція ткани.

Яичники не представляютъ какихъ либо ненормальностей.

Трубы и связки безъ измѣненій.



a—углубленіе, въ которомъ помѣщался раньше камень; *b*—остатки перепонки, отдѣлявшей полость мочевого пузыря отъ полости углубленія, гдѣ былъ камень; *e*—зонды введенные въ мочеточники; *г*—зондъ, введенный въ уретру; *д*—влагалище; *e*—яичники; *ж*—отверстіе на брюшинѣ, ведущее въ мочевой пузырь; *з*—ложные перепонки, соединяющія переднюю поверхность матки съ мочевымъ пузыремъ; *к*—язва слизистой оболочки.

Данный случай имѣетъ большой казуистическій интересъ. Въ литературѣ извѣстно только 29 случаевъ осложненія беременности и родовъ камнями мочевого пузыря. Ущемленные

камни мочевого пузыря смѣшивались иногда при изслѣдованіи во время родовъ съ экзостозами тазовыхъ костей, и въ одномъ случаѣ было уже рѣшено кончить роды кесарскимъ сѣченіемъ, которое, однако, не было произведено, такъ какъ роды кончились силами природы, а потомъ вышелъ и камень (см. Шредеръ Акушерство рус. перев. 1890 г. II ч. стр. 137). Неущемленный камень долженъ быть отодвинуть въ большой тазъ, чтобы головка безпрепятственно могла опуститься въ полость малаго таза.

Въ нашемъ случаѣ о выведеніи камня въ большой тазъ не могло быть и рѣчи, такъ какъ онъ не помѣщался въ мочевомъ пузырьѣ, а находился въ выступѣ стѣнки послѣдняго, вдвинутомъ въ паравагинальную клѣтчатку между рукавомъ и правой стѣнкой таза. Занять такое положеніе камень могъ двоякимъ образомъ: онъ могъ во время беременности подъ давленіемъ подлежащей части выпятить стѣнку мочевого пузыря и смѣститься въ указанномъ направленіи или камень могъ образоваться въ выступѣ стѣнки мочевого пузыря, сообщавшемся съ полостью послѣдняго небольшимъ отверстіемъ, и, по мѣрѣ своего увеличенія, вдвинуться между рукавомъ и стѣнкой таза.

Въ пользу послѣдняго предположенія говорятъ остатки перепонки, отдѣлявшей выступъ стѣнки отъ полости мочевого пузыря, какъ бы ея миртовидные сосочки, которыя мы имѣемъ на препаратѣ (см. рис.) въ формѣ бахромокъ изъ слизистой оболочки по краю углубленія сзади въ области *trigoni Leutaudii*.

Въ пользу того же предположенія можно привести еще слѣдующія соображенія: если бы камень раньше былъ въ полости мочевого пузыря и только во время беременности, вслѣдствіе давленія головки плода, смѣстился между рукавомъ и стѣнкой таза, выпятивъ при этомъ стѣнку пузыря въ этомъ направленіи, то во-первыхъ, черезъ 23 дня послѣ родовъ онъ опять возвратился бы въ полость мочевого пузыря, а во-вторыхъ, камень таковой величины, помѣщаясь въ пузырьѣ и во время беременности, не могъ не вызвать какихъ либо припадковъ въ формѣ разстройствъ мочеиспусканія, измѣненія состава мочи и проч. и наконецъ въ-третьихъ, камень, достигнувъ значительной ве-

личины, ведетъ къ опущенію передней стѣнки рукава и развитію cystocele, полость которой обычно и выполняетъ, а не вѣдряется между рукавомъ и стѣнкой таза, какъ это было въ нашемъ случаѣ.

Располагаясь въ указанномъ мѣстѣ камень, вслѣдствіе давленія на кровеносные сосуды, вызвалъ значительныя измѣненія въ окружающихъ частяхъ, а именно отекъ клѣтчатки таза и стѣнокъ рукава, а также расширенія венъ таза. Камень, плотно охваченный измѣненными тканями и фиксированный напиральной головкой при изслѣдованіи во время родовъ давалъ впечатлѣніе неподвижной, солидной опухоли, выходящей изъ правой стѣнки таза. Измѣненія въ окружающихъ частяхъ были настолько значительны, что, удаливъ камень *sub partu*, на извлеченіе плода, не уменьшеннаго въ объемѣ, послѣ этого нельзя было рассчитывать, и потому для спасенія ребенка тоже понадобилось бы кесарское сѣченіе.

Но въ данномъ случаѣ, если бы даже при поступленіи больной въ клинику имѣлись какія либо данныя для точнаго діагноза страданія, удаленіе камня въ то время на 3-и сутки родовъ, при наличности имѣвшихся условій со стороны таза и тазовыхъ органовъ было невозможно, такъ что кесарское сѣченіе было бы показано здѣсь для спасенія и матери.

Что касается вопроса о времени, когда камень въ этомъ случаѣ изъ полости выступа стѣнки пузыря перешелъ въ полость послѣдняго, то, вѣроятно, это случилось недѣли за 3 до поступленія въ хирургическую клинику, когда начались и вышеозначенныя припадки со стороны мочевого пузыря.

Третій случай 25 декабря 1890 г. въ 8 часовъ утра доставлена въ клинику Ю. Г., варшавская уроженка, 19 лѣтъ отъ роду, черезъ 10^{1/2} часовъ отъ начала первыхъ родовъ. Передъ поступленіемъ въ клинику Г. была изслѣдована акушерками въ 2-хъ городскихъ родильныхъ пріютахъ.

Ю. Г. не первая дочь у матери, начала ходить на 4-мъ году, въ дѣтствѣ перенесла корь, оспу и рахитъ; первая крови получила на 17-мъ году, до этого времени питалась хорошо, тяжелымъ трудомъ не занималась; потомъ крови имѣла черезъ 4 недѣли по 3 дня, всегда съ болями передъ ихъ появленіемъ. На 19-мъ году стала жить половой жизнью. Послѣднія крови были въ мартѣ 1890 года. Беременность текла безъ осложненій, исключая послѣд-

нихъ 6 недѣль, когда страдала сильными болями въ правомъ боку (плевритъ). Родовыя боли начались 24-го декабря въ 9 часовъ вечера.

Ю. Г. брюнетка, 132-хъ см. росту, крѣпкого тѣлосложенія. Окружность живота на уровнѣ пупка 90 см. Бедра изогнуты кпереди, лѣвое сильно приведено, такъ что съ голенью образуетъ уголъ, открытый кнаружи.

Размѣры таза: D. Spin. il. 26; D. cr. 24. Conj. ext 17; Conj. diagonal. 8; толщина симфизы 3 см. С. vera меньше 6. Сокращенія матки очень сильны. Нижний отрѣзокъ матки вытянуть; зѣвъ открыть на 2 поперечныхъ пальца; пузырь цѣль. Головка плода надъ входомъ таза, спинка влѣво; плодъ живъ.

Принимая во вниманіе абсолютное суженіе таза, рѣшено произвести кесарское сѣченіе, на которое Ю. Г. изъявила полнѣйшее согласіе.

Приготовленія къ операціи тѣ же, что и въ первыхъ 2-хъ случаяхъ. Операція произведена мною въ 1 часъ дня, т. е. черезъ 16 часовъ отъ начала родовыхъ болей, при полномъ открытіи зѣва, но при цѣлости еще плоднаго пузыря. Для наркоза употреблялся хлороформъ, очищенный по способу проф. *Ментина*. Разрѣзъ по бѣлой линіи. Книзу отъ пупка пришлось вскрыть брюшную стѣнку не ниже 10 см. надъ верхнимъ краемъ симфизы, такъ какъ на этой высотѣ брюшина уже заворачивала на мочевоу пузырь. Разрѣзъ пришлось значительно удлинить кверху отъ пупка и потому при выведеніи матки выпали тонкія кишки, вправленіе которыхъ не удалось. Кишки прикрыты компрессами и оставлены снаружы. Жгутъ не подкладывался, а нижній отрѣзокъ матки сжимался потомъ руками помощника. Нижний отрѣзокъ матки оказался чрезвычайно вытянутымъ, такъ что передняя стѣнка матки выше кольца сокращенія была чрезвычайно коротка, вслѣдствіе чего пришлось вскрыть матку разрѣзомъ, который начинался на задней поверхности и черезъ дно переходилъ на переднюю. Начало разрѣза соотвѣтствовало мѣсту прикрѣпленія плаценты. Оболочки разорваны, при чемъ выдѣлилось немного окоплодной жидкости.

Живая дѣвочка извлечена, по общимъ правиламъ, за тазовой конецъ. Послѣдъ удаленъ легко. Внутренняя поверхность матки промыта и, послѣ вправленія кишекъ, приступлено къ наложенію маточныхъ швовъ. Кровотеченіе изъ маточной раны во все это время было ничтожное, такъ какъ отрѣзокъ руками сжимался не хуже, чѣмъ жгутомъ. Швы на матку были наложены тоже, какъ и въ первыхъ 2-хъ случаяхъ, въ 2 этажа: 13 мышечно-децидуальныхъ, 15 брюшино-мышечныхъ глубокихъ и 2 брюшино-мышечныхъ поверхностныхъ.

Какъ только былъ проведенъ первый брюшино-мышечный шовъ, пульсъ у больной исчезъ совершенно и не появлялся во все время наложенія брюшино-мышечныхъ швовъ и зашиванія брюшной раны. Раньше пульсъ часто слабѣлъ, даже исчезалъ на короткое время нѣсколько разъ, именно: во время и немного послѣ вскрытія брюшины, при вправленіи кишекъ, при разрѣзѣ брюшины матки, теперь же онъ не являлся даже и послѣ вырыскиванія подъ кожу 7 шприцовъ эфира. Выѣстѣ съ исчезновеніемъ пульса почти прекратилось и дыханіе, которое стало являться только по временамъ, а въ проме-

жуткахъ пришлось до конца операціи производить его искусственно въ теченіе 30-ти минутъ.

На брюшную рану было наложено 12 шелковыхъ швовъ. Какъ только была зашита брюшная рана и положена повязка, явился пульсъ и дыханіе. Хлороформу больная получила немного.

Операція продолжалась 1 часъ.

Сейчасъ послѣ операціи температура 35,2, пульсъ 100 и дыханіе 24 въ минуту.

Извлечена живая дѣвочка 2570 грм. вѣсу, 47 см. длины. Прямая окружность головки 33; прямой размѣръ 11.

Послѣдъ вѣсомъ 470 грм, размѣры дѣтскаго мѣста 18—21 см. Длина пуговины 40 см. Послѣ операціи Г. провела въ клиникѣ 54 сутки и на 55-ую выписалась здоровой. Изъ 55 дней, проведенныхъ Г. въ клиникѣ, первые 27, начиная съ 2-го, температура была повышена, затѣмъ еще на 32 день, послѣ чего она уже оставалась нормальной.

Наибольшее поднятіе температуры наблюдалось на 4-й день, до 39,2, затѣмъ на 5-й до 39, и 6-й день, до 39,1 въ остальные дни температуры не достигала 39°.

Повышеніе температуры зависело отъ ограниченнаго перитонита, а главнымъ образомъ отъ обострѣнія правосторонняго плеврита, которымъ Г. страдала въ послѣднія 6 недѣль беременности.

Пульсъ до 32-го дня послѣ операціи колебался отъ 100 до 140 ударовъ въ минуту, при чемъ обычно былъ выше 120, а къ вечеру 4-го дня онъ достигалъ даже 156. Съ 32-го до 42 дня онъ колебался отъ 112 до 100; съ 42-го до 50-го былъ отъ 100 до 88, наконецъ съ 50 до 55-го держался между 88—80 ударами въ минуту. Колебанія пульса стояли въ связи съ особенной чувствительностью нервной системы сердца къ болевымъ ощущеніямъ. 156 ударовъ наблюдалось къ вечеру 4-го дня послѣ операціи, когда были довольно значительны перитонитическія боли. При обычной смѣнѣ повязки, при отдѣленіи полосокъ липкаго пластыря, отъ небольшой боли пульсъ обычно поднимался съ 100—120 на 140 и даже болѣе.

Дыханіе колебалось отъ 24 до 40; въ лихорадочные дни большею частью было около 36 въ минуту.

Моча 4 дня выпускалась катетеромъ, а съ 5-го дня больная мочилась сама.

Швы сняты въ числѣ 7 на 8-й день, и послѣдніе 5 на 12-й день послѣ операціи.

Въ лихорадочные дни больная была неспокойна: очень плохо спала и была сильно возбуждена. Выписалась здоровой на 55 день.

Дѣвочка здорова и, согласно желанію матери, на 18-й день послѣ рожденія отправлена въ воспитательный домъ при больницѣ Младенца Іисуса.

Въ данномъ случаѣ обратятъ на себя вниманія чрезмѣрное вытяженіе нижняго отрѣзка матки, происшедшее до отхода околоплодныхъ водъ всего черезъ 16 часовъ отъ начала родовыхъ

болей; далѣе колебаніе и исчезновеніе пульса и разстройство дыханія во время операціи и въ послѣопераціонномъ періодѣ.

Всѣ эти ненормальности въ дѣятельности матки, разстройство дыханія и пульса объясняются особенной раздражительностью нервной системы, при которой обычныя при чревосѣченіяхъ раздраженія брюшины, даже кожи, рефлекторно вызвали разстройство въ дѣятельности сердца и другихъ органовъ въ такой высокой степени.

Вліяніе отдѣльныхъ моментовъ лапаротоміи вообще и гистеротоміи въ частности на дѣятельность сердца и другихъ органовъ далеко не изучено.

Въ 1884 году, работая въ Берлинскомъ Физиологическомъ Институтѣ надъ иннерваціей родоваго канала, я, между прочимъ, экспериментально изучилъ вліяніе различныхъ моментовъ лапаротоміи на кровяное давленіе (Du Bois-Reymond's Archiv für Physiolog, 1884 г. Н. 6 Seit 573 и слѣд.).

На основаніи этихъ опытовъ я могу сказать, что ни одинъ моментъ лапаротоміи, начиная съ кожного разрѣза и кончая наложеніемъ швовъ на брюшную рану, не остается безъ болѣе или менѣе рѣзкаго вліянія на кровяное давленіе.

Конечно, раздраженія, свойственныя отдѣльнымъ моментамъ лапаротоміи вообще, отзываются не на одномъ кровяномъ давленіи, а вліяютъ и на дѣятельность сердца, органовъ дыханія и пр.

Вотъ въ этомъ то смыслѣ вліяніе этихъ моментовъ и не изучено, а что оно заслуживаютъ самаго точнаго, полнаго изученія, то это доказываетъ наглядно нашъ случай.

Въ заключеніе мы остановимся на общемъ значеніе данныхъ случаевъ.

Всѣ больныя поступили въ клинику во время родовъ, причемъ 2 поступили на 3-и сутки. Операціи произведены при одинаковой обстановкѣ, ничѣмъ не отличавшейся отъ той, при которой производятся въ завѣдываемой мною клиникѣ чревосѣченія вообще. Но сами больныя въ этихъ случаяхъ не могли быть приготовлены къ операціи такъ, какъ готовятся, напр., для оваріотоміи. Въ первомъ случаѣ больная явилась уже ин-

фецированной, и отъ этой инфекціи погибла послѣ операциі. Кромѣ того, что эти больныя не могли быть приготовлены строго въ смыслѣ асептики или антисептики, у нихъ даже не представлялось возможнымъ въ требуемой степени очистить кишечникъ, какъ это особенно наглядно доказываетъ 2-й случай.

Вотъ эта то невозможность, за недостаткомъ времени, приготовить больную къ чревосѣченію такъ, какъ это требуется согласно выработаннымъ правиламъ, служитъ главною причиною большей смертности при кесарскомъ сѣченіи, чѣмъ при другихъ лапаротоміяхъ.

Тамъ, гдѣ больныя могутъ быть поставлены передъ кесарскимъ сѣченіемъ въ такія же условія, какъ ставятся больныя, идущія на оваріотомію, тамъ и результаты стоятъ близко другъ къ другу. Чтобы имѣть возможность производить кесарское сѣченіе при тѣхъ же условіяхъ, при какихъ мы производимъ въ настоящее время оваріотомію, необходима иная организація акушерской помощи вообще, необходимо большее развитіе самаго общества.

При настоящихъ условіяхъ въ акушерской клиникѣ удалось спасти изъ 6 жизней только 5, а въ первомъ случаѣ мать погибла отъ вышеупомянутыхъ причинъ, лежащихъ внѣ акушерской клиники.