

ванныхъ и между ними второразную, спустя 2¹/₂ мѣсяца послѣ операциі, и нашла ея тазъ и движенія нормальными. Женщина эта по-прежнему хозяйничаетъ и носитъ тяжести. Изъ приведенныхъ 24 случаевъ осложненія послѣ операциі наблюдались: пагносіе 2 швовъ 1 разъ, легкая послѣродовая лихорадка 1 разъ и 2 раза какія то «патологическія послѣдствія родовъ, вылъченныя усѣбно внутриматочными инъекціями».

Относительно показаній къ симфизотоміи авторы расходятся въ опредѣленіи границъ и условій, при наличности которыхъ она обязательна. Цель ея сохранитъ мать и ребенка, стало бытъ она показана, когда раздвиганіемъ симфиза помогаютъ окончить родамъ силами природы, легкими щипцами или поворотомъ. При слишкомъ узкомъ тазѣ симфизотоміи противопоказана, ибо операциі, слѣдующія за нею, могутъ внести опасность. Противопоказана она и при тазѣ, позволяющемъ нормальное родоразрѣшеніе. Она показана, когда дитя живо.

Novi такъ формулируетъ показаніе: при тазѣ съ conjug. 9,5 щипцы или поворотъ. При срочныхъ родахъ, при діаметрѣ 8,8 тоже щипцы, но при неудачѣ и въ случаѣ знанія, что прежде дѣти родились мертвыми—симфизотоміи. Авторъ не соглашается на примѣненіе щипцовъ при не срочной беременности, а рекомендуетъ произвести въ 8¹/₂ или самое раннее въ 8 мѣсяцевъ—искусственные преждевременные роды. При тазѣ 8,1 до 6,7 при живомъ плодѣ обязательно симфизотоміи, а затѣмъ по одному надо жатъ разрѣшенія, по другимъ щипцы, лишь бы шейка позволяла, а при мертвомъ плодѣ—эмбриотомію.

Беременность не дошедшая до срока: на 7 мѣсяцѣ искусственные преждевременные роды и симфизотоміи при неудавшихся щипцахъ.

Дальше итальянскіе акушеры расходятся. *Morisoni* и его школа допускаютъ 6,7 см., какъ крайній предѣлъ для симфизотоміи; *Novi* 5,4 см. въ соединеніи съ искусственными преждевременными родами, ниже этого, при живомъ плодѣ, въ срокъ кесарскаго сѣченія, при мертвомъ симфизотомію съ эмбриотоміей.

Разбирая статистики разныхъ авторовъ, *Charpentier* заявляетъ, что большая смертность матерей и дѣтей по нѣкоторымъ статистикамъ зависитъ оттого, что симфизотоміи дѣлалась уже на большихъ, измученныхъ щипцами, поворотами и проч. и, какъ признаетъ *Morisoni*, потому, что операторы переступали границы и оперировали при условіяхъ, не оправдывавшихъ операцию.

Заболотскій.

Э. М. ф.-Штраухъ. Ein Fall von conservativem Kaiserschnitt.; (St.-Petersb. medic. Wochenschr., 1892, № 23.; сообщено въ Обществѣ русскихъ врачей въ Москвѣ 17-го апрѣля 1892 г.). **Случай сохраняющаго кесарскаго сѣченія.**

Г-жа Ч., 26 лѣтъ; слабого здоровья; начала ходить на 6-мъ году жизни; первая менструація—на 12 году, вышла за-мужъ на 19-мъ и тотчасъ-же забеременѣла. Первые роды, продолжавшіеся 46 часовъ, окончены краниото-

мію въ Родовспомогательномъ Заведеніи Моск. Воспит. Дома; вторая беременность искусственно прервана авторомъ въ концѣ 24-й недѣли,—родился живой ребенокъ, умершій черезъ 7 недѣль отъ врожденной слабости; третью беременность авторъ прервалъ на 36-й недѣлѣ, причѣмъ роды окончены труднымъ положеніемъ щипцовъ на подвижную надъ входомъ въ тазъ головку,—родилась дѣвочка въ асфиксін, оживлена. Настоящая, четвертая, беременность протекала слѣдующимъ образомъ: послѣднія регулы между 7 и 10 марта 1891 г.; первыи движенія плода—24 іюля; только 30 ноября (т. е. въ концѣ 38-й недѣли) беременная обратилась къ автору. Изслѣдованіе: ростъ больной—138 см.; явные слѣды рахита; отвислый животъ; размѣры таза: Sp. II.=25,8, Cr. II.=27,5, Troch.=29, Conj. ext.=17, Conj. diag.=8,8; окружность таза=82; 1-е затылочное положеніе; головка велика, подвижна надъ входомъ, не можетъ быть низдавлена въ полость таза. Въ виду того, что время для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ съ надеждою получить живого ребенка уже было пропущено, авторъ предложилъ беременной на выборъ краніотомію или кесарское сѣченіе, причѣмъ она рѣшительно высказалась въ пользу послѣдняго и была отпущена съ наставленіемъ явиться съ наступленіемъ первыхъ родовыхъ болей, или если-бы преждевременно прошли воды. Черезъ 9 дней (9-го декабря) она прибыла въ лѣчебницу автора уже послѣ 11 часовъ продолжающихся схватокъ, съ зѣвомъ на 2 пальца и дѣльными водами. Черезъ 1¹/₂ часа, послѣ предварительнаго подкожнаго впрыскиванія 0,2 Extracti secal. Wernichi, приступлено къ кесарскому сѣченію. По разрѣзѣ передней брюшной стѣнки матка выведена наружу, вокругъ ея шейки положенъ эластическій жгутъ, но не затянутъ; быстро вскрыты матка и плодный пузырь, и за предлежащую въ разрѣзѣ правую ягодницу извлеченъ живой ребенокъ; стѣнка матки, имѣвшая въ моментъ ея вскрытія едва ¹/₂ см. въ толщину, теперь хорошо сократилась и стала разъ въ 8 толще; такъ какъ изъ праваго края маточной раны кровоточила довольно значительная артерія, то эластическій жгутъ былъ затянутъ; дѣтское мѣсто, прикрѣпившеся къ задней стѣнкѣ матки, и оболочки легко извлечены рукою. Матка зашита 12-ю глубокими шелковыми швами, не захватывавшими ея слизистой оболочки; жгутъ снять, послѣ чего на кровоточившія еще мѣста наложены 10 частью полу-глубокихъ, частью поверхностныхъ швовъ; матка опущена въ брюшную полость, а брюшная рана зашита 30 ю шелковыми швами. Вѣсъ ребенка—3400 грм.; длина—48 см.; разстояніе между плечиками—12,5; между вертелами 9,5; окружность головки—34,8; большой косою размѣръ—14; малый косою—12; большой поперечный—9,5; малый поперечный—8,5. Въ послѣоперационномъ теченіи единственное повышеніе t° черезъ 10 часовъ до 38,2; къ 16-му дню сняты всѣ швы, брюшная рана зажила первымъ натяженіемъ; на 20-й день оперированная встала; а черезъ 2 дня вышла изъ лѣчебницы.

Въ заключеніи авторъ высказываетъ слѣдующія соображенія:

1) Сохраняющее кесарское сѣченіе—операция легкая, такъ какъ она типична и строго анатомична («rein anatomisch»). Особенности неожиданности, какъ напр. при оваріотоміи, не встрѣчаются при ней.

2) Если можно ждать, то всегда слѣдуетъ приступать къ операціи при разившейся уже родовой дѣятельности.

3) Чтобы обезпечить себѣ хорошія сокращенія матки во время и послѣ операціи, необходимо за $\frac{1}{4}$ часа до начала послѣдней вырисунуть подъ кожу большую дозу эрготина.

4) Если послѣ выведения беременной матки изъ брюшной полости кишки не выпадаютъ, то провизорное закрытіе швомъ верхняго угла брюшной раны излишне.

5) Слѣдуетъ признать несомнѣнно ошибочнымъ плотное затягиваніе эластическаго жгута раньше вскрытія матки. Прекращенный притокъ крови нарушаетъ правильныя сокращенія матки, столь необходимыя для остановки кровотечения. Лишь въ томъ случаѣ, если по опороженіи матки кровотеченіе продолжаетъ быть значительнымъ, жгутъ долженъ быть затянутъ, но лишь на столько, на сколько это безусловно необходимо для остановки кровотечения.

6) Весьма полезно во время операціи почаще осматривать наружныя половыя части въ виду возможности болѣе значительнаго кровотечения изъ половыхъ органовъ, чѣмъ это желательно.

7) Безразлично, по какому способу накладывается маточный шовъ; все дѣло въ томъ, чтобы края раны матки и брюшины на всемъ протяженіи плотно прилегали другъ къ другу, и чтобы не оставалось ни малѣйшаго кровотечения.

8) Если приходится оперировать при цѣломъ плодномъ пузырьѣ и не инфицированномъ содержимомъ матки, то вытираніе послѣдней *обеззараживающими* веществами по меньшей мѣрѣ бесполезно; равно излишне энергичное механическое стираніе внутренней поверхности матки.

9) Послѣродовыя отдѣленія послѣ сохраняющаго кесарскаго сѣченія очень скудны, такъ какъ онѣ происходятъ только изъ полости тѣла матки, тогда какъ послѣ родовъ *per vias naturales* въ образованіи ихъ участвуютъ еще надорванная шейка матки и влагалище.

А. Фишеръ.

9. М. М. Тарановъ. Къ ученію о центральныхъ разрывахъ промежности. (Медицина, № 1—3, 1892 г.).

Разбирая признаки, которыми авторы опредѣляютъ центральный разрывъ промежности, а именно нарушеніе цѣлости всѣхъ ея тканей въ центральной части съ сохраненіемъ задней спайки половой щели и заднепроходнаго отверстія, авторъ говоритъ, что ими понятіе о центральномъ разрывѣ промежности не исчерпывается и предлагаетъ формулировать его такъ: «центральный разрывъ есть такое поврежденіе промежности, которое, локализуясь въ центрѣ ея, нарушаетъ цѣлость или всей ея толщи, или отдѣльныхъ слоевъ этой толщи, и въ то же время отдѣляется участками не поврежденной ткани, какъ отъ половой щели, такъ и отъ задняго прохода». Первые онъ предлагаетъ называть проникающими, вторые непроникающими разрывами, при чемъ послѣдніе предлагаетъ дѣлить на три вида: 1) *поврежденіе только кожи*, 2) *поврежденіе только стѣнки влагалища* и 3) *оба эти вида вмѣстѣ при цѣ-*