

ЖУРНАЛЬ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ СЕДЬМОЙ.

МАРТЪ 1893, № 3.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

VI.

*Изъ акушерско-гинекологической клиники проф. Н. Ф.
Толочнова въ Харьковѣ.*

КЪ ТЕХНИКЪ ОПЕРАЦИ КОНСЕРВАТИВНАГО КЕСАРСКАГО СЪЧЕНІЯ.

А. И. Иванова.

Кесарское сѣченіе, въ прежнее доантисептическое время дававшее поражающій % смертности, по истинѣ представлялось слишкомъ рискованной операцией; по статистикѣ, собранной *Joulin*'омъ въ *Traité d'Accouchements* ¹⁾, % этотъ по разнымъ авторамъ колебался между 44,5% и 66,6%. По *Лазаревичу* (Курсъ Акушерства изд. 1892 г.) смертность въ старое время равнялась 80%. Послѣ введенія антисептики и главнымъ образомъ послѣ усовершенствованій въ технику операціи, предложенныхъ *Sänger*'омъ ²⁾, % смертности можетъ пасть на столько, что если операція производится при хорошей обстановкѣ и руками опытнаго хирурга, то получается менѣе 10%; такъ операціи кесарскаго сѣченія, произведенныя *Leopold*'омъ ³⁾ дали всего только 8% неблагопріятныхъ исходовъ.

Когда, спустя нѣкоторое время послѣ появленія ра-

¹⁾ Изданіе 1867 года. Paris.

²⁾ M. Säger. Kaiserschnitt bei Uterusfibromen и т. д. 1882 г.

³⁾ Archiv für Gynäcologie. B. XXXIV.

боты *Sänger'a*, вслѣдъ за крайнимъ увлеченіемъ (*Credé, Frank* и проч.) стали раздаваться голоса за строго научную и болѣе точную формулировку показаній, начали появляться обстоятельныя работы, освѣщающія ту или другую сторону техники операціи. Эти работы главнымъ образомъ касаются вопроса о возможно меньшей потери крови во время операціи. Такимъ образомъ сюда относятся изслѣдованія способа наложенія шва на матку: *H. Fritsch* ¹⁾, *J. Veit* ²⁾, *Новицкій* ³⁾ и друг., способа и времени наложенія эластическаго жгута: *Столыпинскій* ⁴⁾ и друг.; затрогивались также вопросы объ уходѣ за полостью матки послѣ удаленія плода и послѣда ⁵⁾ и другія частности техники операціи.

Изъ всѣхъ этихъ изслѣдованій вопросы о маточномъ швѣ и эластическомъ жгутѣ считаются самыми важными въ интересующей насъ операціи.

Что касается перваго вопроса, то не нужно удивляться тому, что врачи такъ долго не приходили къ убѣжденію о всей цѣлесообразности маточнаго шва. Въ прежнее доантисептическое время оставленіе большаго количества лигатуръ въ брюшной полости считалось рискованнымъ, съ введеніемъ антисептики швы на маткѣ и вообще лигатуры en masse, оставляемыя въ брюшной полости считаются вполне безвредными.

Въ настоящее время еще не выработаны окончательно типъ маточнаго шва и почти каждый операторъ накладываетъ его по способу, болѣе другихъ представляющемуся ему удобнымъ, но это не суть такъ важно; какъ бы сложенъ ни былъ маточный шовъ, дѣлу это не вредитъ, разъ матеріалъ для шва приготовленъ вполне асептически. Во всякомъ-же случаѣ шовъ, какъ можно, проще и тѣмъ скорѣе, значитъ, накладываемый и затѣмъ шовъ, достигающій полнѣйшаго прилеганія краевъ разрѣза матки, долженъ считаться самымъ подходящимъ, самымъ выгоднымъ. Такимъ маточнымъ швомъ, мнѣ кажется, можетъ считаться шовъ,

1) H. Fritsch. Centralblatt für Gynäcologie. № 23, 1889 г.

2) J. Veit. Arch. für Gynäcologie. т. XXXV, 1889 г.

3) Новицкій. Врачъ, 1891 г., № 47.

4) Столыпинскій. Къ вопросу о техникѣ опер. кесар. сѣч. Врачъ, 90 г. № 23.

5) Veit. Deutsch. Med. Wochenschr. 1888.

которымъ воспользовался профессоръ *Н. Ф. Толчинновъ* въ ниже описываемыхъ мною двухъ случаяхъ консервативнаго кесарскаго сѣченія и употреблявшійся раньше нѣкоторыми другими хирургами.

Шовъ этотъ двухъэтажный: глубокой—брюшино-мышечный и поверхностный—серозо-серозный. При наложеніи шва на опорожненную матку наше стараніе должно быть направлено къ тому, чтобы достигъ, какъ вездѣ въ подобныхъ случаяхъ, полного сближенія поверхностей разрѣза и главнѣе всего полного сближенія разрѣзаннаго серознаго покрова матки съ цѣлью получить, какъ можно скорѣе, слипаніе этого покрова, чтобы избѣжать проникновенія лохий изъ полости матки въ полость брюшины и тѣмъ получить *primam intentionem*; послѣднее вполне достигается серозо-серознымъ швомъ, впервые предложеннымъ *Czerny*, какъ кишечный шовъ.

Что касается вопроса объ эластическомъ жгутѣ, то и онъ представляется не менѣе важнымъ въ технику операціи кесарскаго сѣченія, такъ какъ многими наблюдателями замѣчено, что время наложенія эластическаго жгута на матку не безъ вліянія на атонію этого органа и быть можетъ способствуетъ въ извѣстныхъ случаяхъ появленію асфиксіи у ребенка, рождающагося при помощи кесарскаго сѣченія. Опыты, поставленные въ этомъ направленіи д-ромъ *Столыпинскимъ*¹⁾, достаточно освѣщаютъ эту сторону техники операціи консервативнаго кесарскаго сѣченія.

Д-ръ *Столыпинскій* на основаніи своихъ опытовъ и теоретическихъ соображеній пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: затягиваніе жгута на нижнемъ сегментѣ матки до разрѣза матки вліяетъ въ неблагопріятномъ смыслѣ, какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ на мать, вызывая сильнымъ затягиваніемъ атонію матки съ возможностью получить послѣдовательное кровотеченіе, такъ и всегда на плодъ въ смыслѣ асфиксіи отъ затрудненнаго кровообращенія. Совершенно иначе стоитъ дѣло при наложеніи жгута послѣ извлеченія плода; въ такихъ случаяхъ эластическій жгутъ остается безъ всякаго вліянія на ребенка, въ то время какъ и женщина находится въ болѣе благопріятномъ условіи, такъ какъ жгутъ

¹⁾ Столыпинскій. Къ вопросу о технику операціи кесарскаго сѣченія. Врачъ. 1890 г., № 23.

можно затянуть только на столько, на сколько потребуеть наличность кровотока изъ разрѣза матки и placentaе при прикрѣпленіи ея на передней стѣнкѣ. Конечно въ послѣднемъ случаѣ, т. е. при прикрѣпленіи мѣста на передней стѣнкѣ, подчасъ колоссальное кровотеченіе изъ разрѣза ткани послѣда не можетъ не оставаться безъ вліянія на ребенка, но быстрота разрѣза и вмѣстѣ съ тѣмъ сдавливаніе нижняго сегмента матки руками помощника въ достаточной мѣрѣ способствуютъ наименьшей потерѣ крови до извлеченія ребенка. Наконецъ при наложеніи на матку эластической лигатуры послѣ отдѣленія послѣда еще болѣе благоприятно, чѣмъ при первыхъ двухъ способахъ, какъ для матери, такъ и для ребенка, если конечно не было сильнаго кровотечения, какъ напримѣръ при разрѣзѣ подлежащей placentaе и если матка сократилась на столько, что мало теряетъ крови.

Опыты д-ра *Столытинскаго* достаточно выясняютъ положеніе вопроса объ эластическомъ жгутѣ и цѣлесообразнѣе всего, какъ можно видѣть изъ выводовъ его, накладывать и затягивать жгутъ послѣ извлеченія плода. Этотъ способъ наложенія, хотя и остается безъ вліянія на ребенка, но всеже можетъ дать нежелательное кровотеченіе при разрѣзѣ особенно при прикрѣпленіи послѣда къ передней стѣнкѣ, а потому въ ожиданіи послѣдняго, какъ это дѣлаютъ многіе хирурги, слѣдуетъ поступать слѣдующимъ образомъ: послѣ того какъ беременная матка выведена изъ брюшной полости, слѣдуетъ подвести подъ нижній сегментъ ея эластическую лигатуру, но не затягивать ея, одинъ же изъ помощниковъ, которыхъ въ клиникѣ всегда можетъ быть достаточно, а подобную операцію по моему крайнему разумѣнію удобнѣе всего производить только въ клиникѣ или въ хорошо устроенномъ родильномъ заведеніи, руками обхватываетъ нижній сегментъ матки и сдавливаетъ его на столько, на сколько покажетъ надобность при послѣдующемъ разрѣзѣ матки, а, если случится, и послѣда. Сжатіе руками можно производить на столько нѣжно и вмѣстѣ съ тѣмъ совершенно, что кровотеченіе можетъ быть минимальное и такъ какъ разрѣзъ матки и извлеченіе плода производится обыкновенно въ очень короткій промежутокъ времени, то для этого не требуется особенной силы или ловкости. Послѣ-же того,

какъ плодъ извлеченъ, подведенная эластическая лигатура должна быть затянута и операція продолжается.

Академикъ *Крассовскій* ¹⁾ совѣтуетъ сдавливать руками нижній сегментъ матки только при низкомъ стояннн голвки.

Не смотря на очевидныя большія удобства, получаемыя при кесарскомъ сѣченн, нѣкоторые хирурги высказываются вообще противъ эластическаго жгута (*Caruso* ²⁾, *Schauta* ³⁾, *Dolérís* и друг.). Они совѣтуютъ прибѣгать къ жгуту только при наличности очень сильнаго кровоточенн, въ противномъ случаѣ рекомендуютъ довольствоваться во все время операціи руками помощника. Последнее предложенн врядъ-ли выполнимо на практикѣ, такъ какъ сдавливать нижній сегментъ съ достаточной силой во все время отъ разрѣза матки до окончанн наложенн на нее швовъ очень тяжело.

Что касается ухода за полостью матки, то мнѣ казалось бы, что если роженица не заражена, т. е. если полость ея матки вполнѣ асептична, то нѣтъ никакой надобности прибѣгать къ какимъ либо мѣрамъ обеззараживанн полости, если же приходится констатировать или даже подозрѣвать зараженн, то всегда слѣдуетъ внутреннюю поверхность матки какъ можно тщательнѣ вытереть 4°/о растворомъ карболовой кислоты; въ крайнихъ же случаяхъ зараженн слѣдуетъ производить кесарское сѣченн по *Porro*, которое въ такихъ случаяхъ находнтъ раціональное показанн.

Такимъ образомъ главнѣйшія стороны въ техникѣ операціи консервативнаго кесарскаго сѣченн—маточный шовъ и эластическн жгутъ въ настоящее время стоятъ на пути къ окончательному рѣшенн, но въ ученн объ этой операціи есть вопросъ, въ рѣшенн котораго врядъ-ли скоро сойдутся акушеры; это—показанн къ производству кесарскаго сѣченн. Какъ извѣстно, кесарское сѣченн производится при абсолютномъ и относительномъ показанн; показанн становится абсолютнымъ тогда, когда *conjugata vera* равняется не болѣе 6 centm., т. е. рожденн плода *per vias naturales*

¹⁾ Проф. Крассовскн. Оперативное Акушерство. Изд. 1889 г.

²⁾ Caruso. Arch. für Gynäcologie. Bd. XXXIII.

³⁾ Schauta. Очеркъ основъ оперативнаго акушерства.

даже раздѣленнымъ на части становится, если не совсѣмъ невозможнымъ, то слишкомъ продолжительнымъ ¹⁾ и чрезвычайно труднымъ и почти всегда сопровождается болѣе или менѣе значительнымъ поврежденіемъ мягкихъ частей роженицы. Показаніе, относительно котораго врядъ-ли возможно спорить. Но съ каждымъ годомъ увеличивающійся $\%$ благопріятныхъ исходовъ позволилъ расширить показаніе къ кесарскому сѣченію и такимъ образомъ явилось такъ называемое относительное показаніе, т. е. при *conj. v.* 6—7,5 *cm.* и даже при 8 *cm.*, когда кесарское сѣченіе производится въ обходъ эмбриотоміи съ цѣлью спасти жизнь плода, непременно погибающаго при послѣдней операціи.

Такъ какъ при такихъ тазахъ показуема и перфорация, то *Caruso* ²⁾ для сравненія исходовъ при этой операціи кесарскаго сѣченія собралъ статистику перфораций при относительномъ суженіи тазовъ и вывелъ изъ нея 6,6 $\%$ смертности матерей при потерѣ всѣхъ дѣтей и становится на сторону защитниковъ кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи, къ которымъ въ настоящее время принадлежатъ *Leopold*, *Credé*, *Крассовскій*, *Славянский* и многіе другіе. И дѣйствительно, если принять во вниманіе 8 $\%$ смертности матерей при операціи кесарскаго сѣченія, то послѣдняя операція по исходамъ мало чѣмъ хуже перфорации, при которой между тѣмъ всѣ дѣти должны веминуемо погибнуть. Возможно, что вновь входящая въ акушерство симфизеотомія измѣнитъ это возрѣніе.

Въ настоящее время кесарское сѣченіе производится чаще при относительномъ показаніи.

Такъ по *Caruso* ³⁾ изъ 113 случаевъ этой операціи 85 разъ она производилась при относительномъ и всего 28 разъ при абсолютномъ показаніи. При абсолютномъ показаніи произведены также двѣ операціи кесарскаго сѣченія и въ Харьковской Акушерско-гинекологической клиникѣ профессоромъ *Н. Ф. Толочиновымъ*; исторіи этихъ случаевъ заключаются въ слѣдующемъ.

¹⁾ См. случай проф. *Лазаревича* въ № 12 Врача за 1890 г.

²⁾ *Caruso*. Arch. für Gynäcologie, B. XXXIII, Hft. 2.

³⁾ *Caruso*. Ibid.

I. E. Ш., поступила в клинику 6 ноября 1891 г., в 5 ч. вечера, с частыми и болезненными потугами. *Anamnesis*. E. Ш. primipara, 36 л., крестьянка, происходит от здоровых родителей; мать умерла, когда роженица было 5 лет, отец умер недавно, будучи 70 летним стариком. Всех детей было трое; наша роженица была средней; старшая сестра и младший брат физически хорошо развиты и вполне здоровы. У сестры несколько душ здоровых детей. На 2-м или 3-м году жизни E. Ш. перенесла натуральную оспу, после чего вскоре у нея стало замечаться искривление ног и невозможность ходить. На 13-м году страдала перемежающейся лихорадкой в течении 3-х недель. На 18-м году получила *menstrua*, которые приходили через 3 недели и шли по 3—4 дня, сопровождаясь болями в нижней части живота и в пояснице, а перед ними за 1 или 2 дня являлись боли под ложечкой с тошнотой и слюнотечением. 8 февраля регулы были в последний раз в количестве меньшем, чем обыкновенно. Когда почувствовала впервые движение плода, Ш. не помнит. 3-го ноября, с целью достать что то, она навалилась животом на рубку и тотчас же почувствовала колющую боль в правой половине живота; к вечеру появились редкие схваткообразные боли в области матки и тянущая боль в крестце. 4-го ноября Ш. испытывала более частые боли того же характера, что и накануне. На следующий день боли усилились на столько, что она, будучи очень терпеливой, не могла удерживаться от крика. Около 8 часов вечера того же дня прошли воды, после чего боли еще более усилились, а 6-го вечером, т. е. через сутки после прохождения вод и на 3-и сутки от начала родовой деятельности, поступила в Акушерскую клинику.

Status praesens. E. Ш. малого роста 124 см., весь 112 фунт. Мышечная система и подкожножирный слой слабо развиты. Скелет представляет значительные отклонения от нормы. Голова сравнительно велика; грудь—куриная. Верхние конечности в суставах утолщены, что особенно заметно в локтевом суставе; кисти сравнительно большие; пальцы рук короткие и толстые в сравнении со всею конечностью. Нижние конечности в коленных суставах изогнуты наружу; голени также представляют значительные искривления наружу; стопы обращены внутрь. Правая ягодичная складка выражена больше, чем левая. Грудь отвислая, хорошо развиты; околососковый кружок пигментирован, ясно обозначена *oreola secundaria*. Монгомеровы железы слабо выражены. Соски удобны для захватывания. Скелет таза представляется ненормальным:

Dist. spin.—25 cent.	Conj. ext.—15,5 cent.
» crist.—25 cent.	» diag.—8 cent.
» intertr.—30 cent.	» vera—6 cent.
Окружность таза—75 см.	

Нижняя часть крестца значительно отклонена назад, крестцовые позвонки резко выдаются. Наибольшая окружность живота—87 см; окружность основания груди—76 см.

Разстояніе	отъ	лобка	до	ложечки	—	37	ctm.
»	»	»	»	пупка	—	15	»
»	»	sp. ant.	s. dextra	до	ложечки	—	28
»	»	»	»	»	sin.	»	» — 30
»	»	»	»	»	d.	»	пупка — 19
»	»	»	»	»	sin.	»	» — 12
						Высота	матки надъ лобкомъ — 25 ctm.
						Наибольшая	ширина матки — 17 ctm.

Пупокъ сглаженъ; свѣжія рубцовыя полосы въ области обоихъ паховъ п наружной и передней поверхности верхнихъ третей обоихъ бедеръ. Linea alba сильно пигментирована. При пальпаціи живота оказалось: матка дномъ расположена на 3 поперечныхъ пальца подъ ложечкой; матка яйцевидной формы расположена по средней линіи. Плодъ лежитъ такъ, что спинка прощупывается въ лѣвой, а мелкія части въ правой половинѣ матки. Головка надъ входомъ въ тазъ. Сердцебіеніе выслушивается слѣва ниже пупка 148 въ 1 минуту. Маточный шумъ съ обѣихъ сторонъ низа живота. Кольцо сокращенія прощупывается на 3 поперечныхъ пальца надъ лобкомъ. Большія губы развиты хорошо, малыя сильно пигментированы, не выдаются изъ за большихъ; клиторъ умѣренно развитъ; отверстіе мочеиспускательнаго канала нормально. Цѣлость hymen'a нарушена вправо вверхъ и влѣво внизу. Introitus vaginae и слизистая ея оболочка ціанотически окрашены. Шейка матки сглажена; зѣвъ открытъ на 2¹/₂ поперечныхъ пальца, края его толсты. Пузыря нѣтъ. Головка высоко надъ входомъ въ тазъ, мало подвижна. Стрѣловидный шовъ въ правомъ косомъ размѣрѣ, малый родничекъ не достигается, а большой достижимъ только у задняго его угла въ правой половинѣ таза къзади. На головкѣ небольшой отекъ. Органы грудной полости нормальны T°—нормальна. Пульсъ полный 84 въ 1 минуту.

Такимъ образомъ изъ данныхъ status praesentis явствуетъ, что роды должны быть окончены помощью искусства, п въ виду абсолютнаго показанія для кесарскаго сѣченія по причинѣ общесъуженнаго плоскаго рахитическаго таза 4-й степени приступлено было къ приготовленію роженицы къ этой операціи.

Е. Ш. получила двѣ мыльныхъ ванны, кишечникъ очищенъ клизмами. Къ операціи приступлено въ 11 часовъ вечера. Передъ операціей впрыснуто подъ кожу около 3 gr. Extracti secalis cornuti aquosi. Послѣ того, какъ брюшныя покровы были тщательно очищены, лобокъ сбрить п большая вполне захлороформирована, произведенъ былъ разрѣзъ кожи живота на 20—23 ctm.. Послойный разрѣзъ прошелъ черезъ кожу, подкожной жирной клѣтчатки почти не было, тонкій мышечный слой съ сухожильнымъ растяженіемъ п брюшину. Кровотеченіе было минимальное. Обнаружена матка синебагроваго цвѣта съ сильно развитыми и налитыми сосудами; сократительное кольцо ясно обозначено. Матка выведена черезъ брюшной разрѣзъ п покрыта теплыми стерилизованными салфетками; двумя кульгангами были сведены края брюшной раны позади матки съ цѣлью за-

крытія полости живота. На нижнемъ сегментѣ матки наложена и затянута эластическая лигатура. Разрѣзь длиной 16 — 18 см. проведенный по средней линіи передней поверхности матки обнаружилъ прикрѣпленный къ передней стѣнкѣ послѣдъ, который быстро былъ разрѣчен скальпелемъ, при чемъ появилось незначительное кровотеченіе. Изъ отверстія разрѣза выпятилась правая ручка плода, которая была выведена пальцами. Затѣмъ введенными 4 пальцами была захвачена правая ножка, за которую операторъ началъ извлекать плодъ, но такъ какъ головка попала въ лигатуру, то пришлось сначала отпустить послѣднюю и послѣ этого окончить извлеченіе; нижній сегментъ матки сильно сжать руками ассистента. Пуповина перерѣзана между двумя пинцетами проф. *Крассовскаго* и плодъ переданъ акушеркѣ. Введенною въ полость матки рукою легко былъ отдѣленъ послѣдъ со всѣми оболочками. На нижнемъ сегментѣ вторично была затянута эластическая лигатура. Матка быстро сократилась почти на половину, значительно поблѣднѣла и сморщилась. Полость матки съ цѣлю удаленія кровяныхъ сгустковъ и остатковъ оболочекъ вытерта губкой. Приступлено къ наложенію швовъ на матку, при чемъ наложено 8 глубокихъ и 16 серозо-серозныхъ швовъ. Материаломъ для швовъ служилъ шелкъ. По наложеніи швовъ, отпущена эластическая лигатура, кровотеченія изъ разрѣза матки, а также изъ половой щели не замѣчались; послѣ этого матку согрѣли теплыми компрессами и опустили въ брюшную полость. Брюшина зашита непрерывнымъ кетгутowymъ швомъ. На брюшные покровы наложено 15 глубокихъ и 19 поверхностныхъ металлическихъ швовъ; животъ обмытъ, наложена антисептическая давящая повязка. Операция окончена въ 12 ч. 5 м. ночи, при чемъ израсходовано было 25 грам. хлороформа. Больная скоро пришла въ себя.

Ребенокъ мужскаго пола черезъ 25 м. послѣ извлеченія былъ выведенъ изъ асфиксін; вѣсъ его 2700 грам., длина 47 см.

Послѣоперационное теченіе было безъ всякихъ осложненій. Швы съ брюшныхъ покрововъ сняты на 12-й день. Е. Ш. пребыла въ клиникѣ 23 дня и выписалась вполне здоровой съ здоровымъ ребенкомъ 29 ноября. Ребенка сама не кормила.

II. Мѣщанка, еврейка М. Ф. прибыла въ Акушерскую клинику въ 4^{1/2} часа утра 9 ноября 91 г. съ начавшимися родовыми болями и съ прошедшими водами.

Anamnesis. М. Ф. 28 лѣтъ, о настоящей беременности рассказываетъ слѣдующее: послѣднія мѣсячныя имѣла 20 февраля; начало беременности ничѣмъ особеннымъ, кромѣ небольшой тошноты и незначительныхъ болей внизу живота, не осложнялось; въ дальнѣйшемъ теченіи беременность протекала нормально. Двѣ съ половиной недѣли тому врачъ, приглашенный для освидѣтельствованія беременной, предложилъ произвести искусственные преждевременные роды, на что и получилъ согласіе. Введеніе буза ни къ чему не привело, хотя беременная и испытывала схваткообразныя боли. До вечера 8 ноября Ф. занималась хозяйственными дѣлами, чувствуя себя совершенно здоровой. Съ вечера же этого числа стала замѣчать небольшое

недомоганіе, а въ 12 часовъ ночи почувствовала родовыя боли. Профессору Н. Ф. Толочинову, приглашенный къ роженицѣ въ 3 часа ночи, нашелъ начавшуюся родовую дѣятельность: шейка была укорочена, зѣвъ открытъ на 2 поперечныхъ пальца, пузырь цѣль; осмотрѣвъ роженицу подробнѣе, онъ предложилъ перевести ее въ Акушерскую клинику для производства кесарскаго сѣченія, на что Ф. и мужъ ея изъявили полное согласіе.

М. Ф. беременна въ пятый разъ; въ первый разъ забеременѣла на 19-мъ году, роды начались за двѣ недѣли до срока и были окончены помощью искусства: была произведена профессоромъ *Лазаревичемъ* въ клиникѣ бретомотоміа ¹⁾, длившаяся около 5^{1/2} часовъ; лихорадила послѣ операциі 6 сутокъ. t° поднялась до 39,9°, на 12-й день выписалась изъ клиники, чувствуя себя очень хорошо. До настоящей беременности послѣ первыхъ родовъ она имѣла 3 искусственно произведенныхъ врачомъ выкидыша между 2—2^{1/2} мѣсяцами.

Въ дѣтствѣ Ф. была слабымъ ребенкомъ съ признаками рахита: большая голова, искривленные нижнія конечности, утолщенія локтевыхъ и колѣнныхъ суставовъ; ходить стала только съ 3-хъ лѣтъ. Первые мѣсячныя получила на 13-году, которыя окончательно установились мѣсяцевъ черезъ семь; установившись, онѣ стали приходить правильно черезъ каждые 4 недѣли, шли безъ болей по 3—4 дня въ небольшомъ количествѣ.

Status praesens. М. Ф. 150 см. росту и 170 фунт. вѣсу, довольно крѣпкаго тѣлосложенія, состояніе здоровья вполне удовлетворительное. Подкожный жирный слой хорошо развитъ, видимыя слизистыя оболочки блѣдно-розоваго цвѣта. При бѣгломъ осмотрѣ роженицы на постели ничего ненормальнаго не представляется, однако при стояніи ея обращаетъ на себя вниманіе сильно выраженная надкрестцовая ямка и наклоненіе туловища назадъ, а при ходьбѣ—переваливающаяся походка. При изслѣдованіи живота оказалось: наибольшая окружность его 100 см., окружность основанія груди 91 см.

Разстояніе отъ лобка до ложечки — 43 см.
 » » » » пупка — 19 см.
 » sp. ant s. d. го ложечки 42 см. —
 » » » » до пупка — 22 см.
 » » s. s. до ложечки — 35 см.
 » » » » пупка — 23 см.

Высота дна матки надъ лобкомъ 27 см., ширина матки 23 см. Кожа живота ниже уровня пупка и на наружной и передней поверхности верхнихъ третей обѣихъ бедеръ покрыта старыми и свѣжими рубцовыми полосами. Матка дномъ отклонена въ правую сторону. Въ правой половинѣ матки довольно ясно прощупывается спинка плода, внизу надъ входомъ въ тазъ почти неподвижно стоящая головка. Сердцебиеніе плода выслуши-

1) См. Врачъ 90 г. № 12. Показаніе къ бретомотоміи съ описаніемъ новоизобрѣтеннаго инструмента для этой операциі и двухъ случаевъ дробленія всей головки съ шейными позвонками.

вается справа почти на уровнѣ пупка въ количествѣ 140 ударовъ въ 1 минуту. Маточный шумъ — съ лѣвой стороны низа живота.

Измѣреніе таза дало слѣдующіе результаты:

Dis spin.	— 27 ctm.
— crist.	— 28,5 ctm.
— intertr	— 32 —
— Conj. ext	— 16,5 —
— diagon	— 7,5 ctm.
— vera	— 5,75 ctm.
Окружность таза	— 89 ctm.
Прямой размѣръ выхода	— 11,5 ctm.
Поперечный »	» — 10,5 ctm.

При внутреннемъ изслѣдованіи палецъ легко достигаетъ мыса, рѣзко вдающагося въ полость таза; тѣла крестцовыхъ позвонковъ слегка выдаются, самъ крестецъ мало изогнутъ; плоскость входа въ тазъ, благодаря выдающемуся мысу, представляется приблизительно въ видѣ лежащей цифры 8. Шея матки не вполне сглажена, передняя губа больше задней; зѣвъ открытъ на два поперечныхъ пальца, пузыря нѣтъ; головка съ небольшой родовой опухолью стоитъ плотно надъ входомъ въ тазъ съ малымъ родничкомъ, обращеннымъ вправо и нѣсколько къзади; стрѣловидный шовъ вълѣдствіе присутствіе родовой опухоли не прощупывается; большой родничекъ не достигается. Наружныя половыя части правильно развиты. Органы грудной полости отступленій отъ нормы не представляютъ. Моча нормальныхъ свойствъ. Т° роженицы 37,4°, пульсъ 80 въ 1 минуту. Родовыя боли очень болѣзненны, являются почти каждыя 3-4-5 м. и длятся по 30-40 и 45 секундъ.

Такимъ образомъ констатировались роды въ срединѣ 10-го мѣсяца беременности, начавшіеся въ 12 часовъ ночи подъ 9-е ноября, воды прошли между 3—4¹/₂ часами утра 9 ноября, и въ виду аномаліи таза, каковой диагносцировался, какъ плоскій нѣсколько суженный рахитическій при conj. vera менѣе 6 ctm., приходилось произвести кесарское сѣченіе, на что сама роженица и мужъ ея вторично согласились.

Роженицу стали готовить къ операци: вторично сдѣлана мыльная ванна, вторично очищенъ клизмой кишечникъ (въ первый разъ все это сдѣлано тотчасъ по поступленіи въ клинику), vagina продезинфицирована и затампонирована іодоформенной марлей и въ 7 ч. 45 м. утра, послѣ того какъ роженица была захлороформирована, приступлено было къ производству операци. Сердцебіеніе плода предъ хлороформированіемъ выслушивалось въ количествѣ 124 въ минуту. Передъ операцией подъ кожу вприснуто *sextr. scal. cogn. aquosi* въ количествѣ трехъ гранъ. При вскрытіи брюшныхъ покрововъ показалось кровотеченіе изъ перерѣзанныхъ кровеносныхъ сосудовъ, которые были захвачены въ пинцеты Реан'а, по вскрытіи брюшины и удлиненіи разрѣза на 4 поперечныхъ пальца выше пупка обнаружилась передняя поверхность матки синебагроваго цвѣта съ сильно развитыми сосудами, что указывало на прикрѣпленіе плаценте къ передней стѣнкѣ матки.

Матка была выведена из брюшной полости, подъ нижній сегментъ ея подведена эластическая лигатура и разрѣзъ живота позади матки сведенъ двумя кугельцангами. Послѣ того помощникъ руками сдвинулъ нижній сегментъ матки, а операторъ быстро вскрылъ матку по средней линіи передней ея поверхности, при чемъ появившееся кровотеченіе было почти остановлено сжатіемъ нижняго сегмента; прикрѣпленное къ передней стѣнкѣ дѣтское мѣсто также быстро было разсѣчено скампелемъ; плодъ, прилежавшій лѣвымъ бочкомъ, былъ извлеченъ за ягодицы въ легкой асфиксіи, изъ которой послѣ отдѣленія отъ матери былъ выведенъ черезъ 15 минутъ по способу Шульце. Послѣ извлеченія плода эластическая лигатура была затянута, удаленъ послѣдъ, полость сократившейся матки вытерта¹⁾ смоченной въ 4⁰/о-мъ растворѣ карболовой кислоты, губкой; кровотеченіе было минимальное. Приступлено было къ зашиванію матки, при чемъ было наложено 10 глубокихъ брюшномышечныхъ и 22 поверхностныхъ серозо-серозныхъ шелковыхъ швовъ; матка сократилась еще больше, поблѣднѣла на мѣстѣ швовъ и по снятіи эластической лигатуры никакого кровотеченія не дала; незамѣчалось также кровотеченія изъ растампированнаго влагалища. Послѣ того какъ матка согрѣтою была опущена въ брюшную полость, была зашита брюшина и брюшные покровы, при чемъ на послѣдніе было наложено 17 глубокихъ и 23 поверхностныхъ проволочныхъ швовъ. Операция окончена въ 8 ч. 40 м.; хлороформу было употреблено 20 граммъ. По наложеніи антисептической повязки Ф. была перенесена въ отдѣльную палату, гдѣ скоро пришла въ себя. Т⁰ тотчасъ послѣ операции была 36,3⁰, пульсъ 108.

Извлеченный плодъ былъ женскаго пола, вѣсилъ 2670 граммъ, длиною 48 см., совершенно правильно развитъ.

Послѣоперационный періодъ осложнился поверхностнымъ абсцессомъ на мѣстѣ брюшныхъ швовъ въ нижней трети разрѣза. Т⁰ поднялась на 3-и сутки до 38,8⁰, но послѣ самопроизвольнаго вскрытія на 5-я сутки т⁰ пала почти до нормы. Полость абсцесса дренирована и ежедневно промывалась дезинфицирующимъ растворомъ. Швы сняты на 12-сутки. Такимъ образомъ М. Ф. пробыла въ клиникѣ до 1-го декабря и выписалась съ небольшимъ дренажикомъ. Въ настоящее время М. Ф. и ребенокъ ея вполне здоровы.

¹⁾ Сдѣлано это было въ виду того, что Ф. до поступленія въ клинику подвергалась изслѣдованію многими лицами.