

при крайне боковомъ отклоненіи нерастяжимой маточной шейки, позво- тельно сдѣлать послѣдовательную брахіотомію, если ручка (не выпавшая еще) мѣшаетъ прохожденію тудовища.

4. При живомъ плодѣ и при сильныхъ степеняхъ суженія таза, слѣ- дуетъ предпочитать кесарское сѣченіе или операцію *Porro*.

Ф Краснопольскій.

79. Ф. Ф. Кѣтлинскій. Къ вопросу объ операціи отнятія выпавшей ручки.

(Прот. засѣд. акуш.-гинекол. Общ. въ Кіевѣ. Годъ 5, томъ 5, вы- пуски 9 и 10).

Авторъ описываетъ случай, въ которомъ по его мнѣнію, отнятіе ручки было показаннымъ и необходимымъ. Случай этотъ слѣд.: женщина съ узкимъ тазомъ, содж. ext.=15 см; diagonalis=10,5; рождаетъ 3-ій разъ; первые роды кончились преждевременно живымъ ребенкомъ, вторыя—изсѣченіемъ плода. Роды продолжаются 2 сутокъ, воды прошли около сутокъ тому назадъ; ребенокъ во второмъ косомъ положеніи; выпала лѣвая ручка; сердцебіеніе плода не выслушивается, плечо вколочено, нижній сегментъ матки растянута. Предпринять поворотъ подъ хлороформомъ, съ трудомъ удавалось провести $\frac{1}{2}$ руки, чему мѣшали тетаническія сокращенія матки; вправить выпавшую ручку не удавалось; поэтому произведена экзартикуляція въ локтевомъ су- ставѣ, послѣ чего плечо моментально было продвинуто въ ниже-заднюю часть матки, и поворотъ совершенъ, съ послѣдующимъ извлеченіемъ. Новорож- денная, безъ признаковъ жизни, положена въ лоханку у ногъ оператора, въ то время какъ послѣдній занялся отдѣленіемъ дѣтскаго мѣста; но ребенокъ оказался живымъ, заявивъ о своей жизни толчкообразными струйками крови изъ перерѣзанной *art. brachialis*; немедленно артерія перевязана, наложена повязка; вслѣдъ за тѣмъ дыханіе ребенка установилось, съ трахеальными хрипами.

И мать, и ребенокъ, остались въ живыхъ.

Ф. Краснопольскій.

80. Picqué. Opération césarienne suivie de succès pour la mère et pour l'enfant. (Gaz. des Hôpitaux 1893, № 37). Кесарское сѣченіе съ благополучнымъ исходомъ для матери и для ребенка.

Исторія этого случая вкратцѣ такова: Г-жа Б., 37 лѣтъ, слабого здо- ровья, менструируетъ съ 17 лѣтъ необильно но правильно; мочеиспусканія всегда были нѣсколько затрунены.

Замужемъ 10 мѣсяцевъ, послѣдняя менструація 25 сентября 1891 года. Спрошенный въ началѣ беременности врачъ діагносцировалъ фиброміому, за- нимающую всю полость таза, и совѣтовалъ прервать беременность, на что боль- ная не согласилась.

При изслѣдованіи авторомъ въ іюнѣ 1892 года найдено:

Пальпація—полость таза занята твердой неподвижной массой; положеніе плода поперечное, головка влѣво, мелкія части вправо, спинка обращена впе- редъ. Кромѣ того, въ правомъ углу матки прощупывается фиброзная опухоль

величиною съ куриное яйцо. Сердцебіенія плода слышны у пупка и немного выше.

Внутреннее изслѣдованіе показало: объемистая масса занимаетъ всю полость таза, рукавъ какъ бы сдвинуть сверху внизъ; до шейки матки съ трудомъ можно достигнуть — она находится очень высоко, слѣва и спереди (какъ бы при перегибѣ назадъ беременной матки). Опухоль находится въ тѣсной связи съ маткой и занимаетъ надвлагалищную часть шейки.

Отекъ нижнихъ конечностей и наружныхъ половыхъ частей. Одышка. Въ мочѣ нѣтъ бѣлка.

Авторъ высказался за необходимость кроваваго вмѣшательства, того же мнѣнія были *Champetier de Ribes* и проф. *Tarnier*.

16-го іюня больная поступила въ «*Maternité de l'hôpital Tenon*» и операція была назначена на 23 іюня. За нѣсколько дней до своего поступления въ больницу г-жа Б. стала чувствовать боли въ поясницѣ. 22 іюня въ 2 часа ночи — разрывъ пузыря, довольно сильныя боли, возобновляющіяся черезъ равныя промежутки времени. Выскикиваніе 5 миллиграммъ морфія успокоило боли и больная остальную часть ночи спала.

Послѣ обычныхъ приготовленій больной, операція произведена 23-го іюня *Piqué* при *Poszi*, *Nelaton*'ѣ и *Champetier de Ribes* въ качествѣ ассистентовъ.

Разрѣзъ передней брюшной стѣнки до пупка; передняя стѣнка матки обнажена, но матка оставлена мѣстѣ. Тарлатановыя компрессы введены подъ брюшную стѣнку, чтобы избѣжать проникновенія жидкости въ полость брюшины.

Осторожный разрѣзъ матки по срединной линіи и длиною въ 16 сантиметровъ. *Placenta praevia, caesarea*; разрѣзъ попалъ на прикрѣпленіе послѣда, но постепенное во время разрѣза наложеніе щипчиковъ на кровотоочившія мѣста и быстрое извлеченіе послѣда съ значительною частью оболочекъ — свели кровотеченіе къ возможному *minimum*'у. За головку извлеченъ живой ребенокъ (дѣвочка) и вслѣдъ за этимъ удалена оставшаяся часть разорванныхъ оболочекъ.

Полость матки промыта очень горячей кипяченой водой и матка очень скоро пришла въ сокращенное состояніе; внутренняя ея поверхность вытерта марлевыми компрессами. Матка зашита, безъ предварительной мышечной резекціи, 11-ю глубокими шелковыми швами, не захватывающими ея слизистой оболочки, и 48-ю поверхностными: полость матки такимъ образомъ очень тщательно закрыта. Брюшная рана зашита этажнымъ швомъ. Вся операція продолжалась 1^{1/2} часа и состояла только въ одномъ кесарскомъ сѣченіи (изъ передней стѣнки матки была вылучена фиброміома величиною съ орѣхъ).

Авторъ даетъ затѣмъ подробности послѣоперационнаго періода, на которыхъ было бы слишкомъ долго останавливаться: въ общемъ, все послѣоперационное теченіе хорошее, температура колебалась между 37,1 и 37,6 (максимумъ); послѣродовыя отдѣленія нормальны. Повязка снята на 13-ый день, рана зажила первымъ натяженіемъ.

14-го іюля, т. е. на 22-й день оперированная встала. 19-го іюля изслѣдованіе показало: полость таза выполнена фиброзной опухолью, сливающейся съ маткой; опухоль обращена вправо, едва переходитъ черезъ срединную линію влѣво и доходить до 4—5 поперечныхъ пальцевъ надъ симфизомъ. Опухоль подвижна, тѣсныхъ срощеній ни съ брюшными стѣнками, ни съ стѣнками таза какъ будто нѣтъ. Съ того дня, какъ больная встала—замѣчается легкая боль въ лѣвой fossa iliaca и отекъ правой ноги.

Мочеспусканіе и дефекаціи нормальны.

Новорожденная находится въ вожденномъ здравіи.

Г-жа Б. выписалась 21-го іюля. Авторъ снова видѣлъ пациентку: боль, которую она чувствовала при ходьбѣ, исчезла; общее состояніе здоровья превосходно.

По поводу выбора операціи авторъ замѣчаетъ, что съ введеніемъ симфизеотоміи показанія къ кровавымъ вмѣшательствамъ путемъ чревосѣченія значительно сузились, они однако остаются во всей силѣ при заповняющихъ тазъ фиброміомахъ нижняго сегмента матки, потому что при наличности такихъ условій—операціи, разрушающія цѣлость плода, какъ и симфизеотомія несомнѣнно недостаточны и имѣются, слѣдовательно, безусловныя показанія къ кровавому вмѣшательству черезъ чревосѣченіе.

Въ данномъ случаѣ автору предстояло выбирать между консервативнымъ кесарскимъ сѣченіемъ и операціей Рогго, но въ виду невозможности немедленно удалить опухоль, онъ предпочелъ кесарское сѣченіе, предоставляя себѣ въ будущемъ удалить фиброміому черезъ влагалище.

Въ заключеніе авторъ останавливается на нѣкоторыхъ деталяхъ оперативной техники. Предупрежденіе кровотеченій и избѣжаніе проникновенія околоплодной жидкости въ полость брюшины составляютъ, какъ извѣстно, два важныя условія для успѣха операціи. Съ цѣлью удовлетворить второму изъ этихъ условій—*Müller, Leopold* совѣтуютъ выводить матку наружу. Авторъ находитъ однако болѣе удобнымъ оперировать *in situ*, что настоятельно совѣтуетъ и *Lucas-Championnière*.

Что касается кровотеченій, то для предупрежденія ихъ *Eitzmann* предложилъ провизорную эластическую лигатуру, но при операціи *in situ*—наложеніе эластической лигатуры становится трудноисполнимымъ и увеличиваетъ шансы на инфекцію.

Къ тому же авторъ и не видитъ никакой необходимости въ предварительномъ наложеніи эластической лигатуры: все дѣло въ достаточно многочисленномъ и опытномъ персоналѣ, обезпечивающемъ постепенное во время разрѣза матки наложеніе пинцетовъ на кровоточащія мѣста и въ быстромъ удаленіи послѣда. Словомъ для упрощенія оперативной техники авторъ считаетъ нужнымъ отвергнуть какъ эластическую лигатуру такъ и способъ *Müller'a*. Маточный разрѣзъ долженъ быть сдѣланъ по срединной линіи и имѣть въ длину 15—18 сантиметровъ для болѣе удобнаго маневрированія. При тщательно сдѣланномъ разрѣзѣ—края раны матки правильны и мышечная резекція (*Leopold*) оказывается совершенно излишней.

Для шва можно пользоваться какими угодно нитками, исключая впрочемъ

серебряныя. Въ описанномъ случаѣ для всѣхъ швовъ употребленъ былъ шелкъ.

Изъ безчисленнаго множества способовъ накладыванія маточнаго шва авторъ рѣшительно отвергаетъ всѣ слишкомъ упрощенные способы (напр. способъ *Terrier* и *Fritsch'a*), гдѣ нисколько не заботятся о томъ, чтобы края раны брюшины такъ же плотно прилегали другъ къ другу, какъ и края самого маточнаго разрѣза: по мнѣнію автора, двойной рядъ швовъ (швы глубокіе и поверхностные) абсолютно необходимъ. Успѣхъ и безопасность операціи находятся въ тѣсной зависимости отъ прочности швовъ.

Л. Шейнисъ.

81. O Morisani. Sulla pelviotomia e sui rapporti alla sinfisiotomia. (Annali di ostetricia et ginecologia 1893, gennaio I). Объ операціи разсѣченія лонныхъ костей и ея отношеніи къ симфизеотоміи.

Prof. *Morisani*, весь свой вѣкъ потрудившійся надъ воскрешеніемъ изъ незаслуженнаго забвенія операцій симфизео- и пельвиотоміи, въ особености симфизеотоміи, настаиваетъ на несмѣшиваніи этихъ двухъ операцій, на незамѣнимости одной другой, такъ какъ каждая изъ нихъ имѣетъ свою особую цѣль, свои особыя показанія. Творцомъ пельвиотоміи слѣдуетъ считать знаменитаго неаполитанскаго акушера второй четверти текущаго столѣтія, *Gennaro Galbiati*, который въ своей книгѣ («*La Pelviotomia. Raggugliamento di una nuova operazione di chirurgia, che può con vantaggio sostituire alla cesarea*», Napoli, 1832) предлагаетъ вмѣсто кесарскаго сѣченія, давашаго въ это время колоссальный процентъ смертности, разсѣкать, кромѣ лоннаго сочлененія, одну или обѣ вѣтви лонныхъ или сѣдалищныхъ костей, создавая такимъ образомъ изъ передней половины тазоваго кольца какъ бы широкія двойныя ворота для свободнаго, безпрепятственнаго выхода головки плода. *Galbiati* экспериментально произвелъ пельвиотомію на 2-хъ трупахъ роженицъ (г-жъ *A. Lombardi* и *C. de-Angelis*) и два раза прибѣгъ къ этой операціи на живыхъ. Печальные исходы пельвиотоміи какъ для матерей, такъ и дѣтей повергли ее на время въ совершенное забвеніе. Въ 1863 году *Morisani* принялся за тщательное и всестороннее изученіе пельвиотоміи, и убѣдился, что эта операція напрасно выкинута за бортъ изъ акушерской практики. Пельвиотомія можетъ оказать значительныя услуги при соблюденіи слѣдующихъ условій: 1) она должна быть производима въ началѣ родовъ, до разрыва оболочекъ; 2) разсѣкать кости необходимо на обѣихъ сторонахъ; 3) должно слѣдовать методу оперирования, описанному авторомъ (*Morisani*, «*Die restringimenti del bacino*, есс.» Napoli, 1863); 4) концы раздѣленныхъ костей должны быть тщательно прилажены; 5) во все время заживленія костныхъ ранъ тазъ долженъ быть иммобилизованъ крахмальнымъ или лучше проволочнымъ аппаратомъ. Такимъ образомъ пельвиотомія создаетъ въ передней половинѣ тазоваго кольца совершенно новый, искусственный путь для выхода плода, такъ какъ отпиленные куски костей, сдѣлавшись благодаря разсѣченію лоннаго сочлененія, вполне подвижными, поварачиваются какъ на шарнирахъ и ста-