

III.

ИЗЪ ПОВИВАЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

къ казуистикѣ полныхъ разрывовъ матки во время акта родовъ.

С. Т. Виридарскаго.

Разрывы матки, являясь одними изъ самыхъ роковыхъ осложненій родового акта, представляютъ, по своей этиологии, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, еще и до сихъ поръ очень много темныхъ сторонъ. Классическія работы *Bandl'*я, составившія по мѣткому выраженію *Veit'a*, эпоху въ ученіи о разрывахъ матки, такъ тщательно обоснованы самимъ авторомъ и полны такихъ цѣнныхъ указаній для симптоматологій угрожающаго разрыва, что для всякаго практика-акушера, онѣ и по настоящее время являются путеводною нитью въ профилактикѣ этого опаснаго осложненія.

Bandl, какъ извѣстно, сводить все дѣло къ механическому растяженію нижняго отрѣзка матки вслѣдствіе пространственныхъ несоотвѣтствій между изгоняемымъ плодомъ и тазомъ. Когда это растяженіе доходитъ до своего maximum'a, ткань матки не выдерживаетъ и разрывается. Такимъ образомъ всѣ произвольные разрывы, по теоріи *Bandl'*я, должны происходить, или, по крайней мѣрѣ, начинаться въ нижнемъ сегментѣ матки, ниже контракціоннаго кольца, или, такъ называемаго, пояса *Bandl'*я. Не смотря на всю научность и практическую важность указаній *Bandl'*я въ случаяхъ угрожающаго разрыва, было все таки не мало случаевъ какъ до появленія его теоріи,

такъ и послѣ, которыхъ нельзя было безъ особенной натяжки подвести подъ его, такъ называемую, механическую теорію. Не говоря уже о бывающихъ, хотя правда и рѣдко, произвольныхъ разрывахъ въ днѣ матки (вообще выше контракціоннаго кольца) описанны случаи (*Hofmeier*, *Simpson*, въ послѣднее время *Вастень*), которые никоимъ образомъ не могли быть объяснены съ точки зрѣнія *Bandl'*я. Правда, еще до появленія работы *Bandl'*я, у акушеровъ того времени являлась мысль, что при разрывахъ матки должно непослѣдную роль играть извѣстное свойство самой маточной ткани. Такъ *Simpson* свой случай объясняетъ прямо жировымъ перерожденіемъ маточной мускулатуры на значительномъ протяженіи. Точно также, съ точки зрѣнія предрасположеніи маточной ткани, объясняли дѣло *Kivisch*, *Scanzoni*, отчасти *Schroeder* и другіе. Но всѣ попытки прежнихъ авторовъ объяснить нѣкоторые случаи разрывовъ матки съ точки зрѣнія перерожденій маточной паренхимы, не были подтверждены строго анатомическими данными. Только въ самое послѣднее время появившіяся работы какъ въ западно-европейской литературѣ (*Schultze*), такъ и у насъ ставятъ этотъ вопросъ на болѣе научную почву и подтверждаютъ его анатомогистологическими изслѣдованіями. (*Славянский*, *Дубенскій*, *Алексѣенко*, *Бекманъ*, *Биддеръ* и друг.).

Сообщаемый мною случай полного разрыва матки, бывшій недавно въ Повивальномъ Институтѣ, представляетъ, по моему мнѣнію, многосторонній интересъ какъ по демонстративности представляемаго препарата, такъ и потому, что въ числѣ этиологическихъ моментовъ можно отмѣтить не одинъ, а нѣсколько факторовъ.

Къ описанію этого случая я и перехожу:

11-го октября, въ 4 ч. 30 м. пополудни, доставлена въ Повивальный Институтъ солдатка, Марфа Егорова, замужняя, 33 лѣтъ отъ роду, при слѣдующихъ явленіяхъ: больная настолько слаба, что идти сама не можетъ и снесена съ извощика на рукахъ. Очень апатична, хотя на вопросы отвѣчаетъ еще сознательно. Местр. начала носить на 20 году жизни. Приходили черезъ 3 недѣли на 4-ю, по 7 дней, обильны, болѣзненны. Рожаютъ 12 разъ. Первые роды 11 лѣтъ тому назадъ, а затѣмъ каждый годъ. Всѣ роды довольно трудны. Двое послѣднихъ родовъ окончены щипцами. Послѣ родовъ часто хворала лихорадкой, ознобами и въ особенности послѣ послѣднихъ родовъ (встала на 21-й день). Настоящую беременность считаетъ со 2-го января (около 40 нед.). Беременность протекала правильно. Роды продолжаютъ уже 33 часа и воды

прошли за 2 часа до поступления въ Институтъ. По разсказу больной, дома ей оказывала пособіе простая повитуха и давала внутрь какія-то темныя капли, затѣмъ она была доставлена въ одинъ изъ городскихъ родильныхъ пріютовъ, откуда въ виду отчаяннаго состоянія препровождена въ Повивальный Институтъ. При объективномъ изслѣдованіи больной найдено слѣдующее: т^о тѣла ниже нормы (36,2°), пульсъ неправильный, слабый, значительно учащенный (92). Животъ сильно вздутъ и чувствителенъ при малѣйшемъ прикосновеніи. Vulva сильно отечна, introitus vaginae насыщенно-краснаго цвѣта съ ссадинами на многихъ мѣстахъ, покрытыми сѣрватаго цвѣта гангренозными налетами. Изъ влагалища выдѣляется грязная съ запахомъ жидкость. Тазъ роженицы по своему устройству представляетъ нѣкоторыя своеобразныя особенности (измѣреніе очень тщательно произведено д-ромъ Димантомъ на костномъ тазу уже умершей и потому ниже приводимъ размѣры костнаго таза). Размѣры слѣдующіе: Dist. crist. = 29,5, Dist. spin. 24,6, Conjug. extern. 18,5, Conjug. diag. 12,1, Conjug. anatom. 10,4, Conjug. obstetr. 9,5. Округлость входа малаго таза = 43,6. Поперечный входа 14. Расстояніе между сѣдалищными остями = 10,6, расстояніе между буграми = 10,5. Прямые размѣры — прямой входа (акушерская Conjug. = 9,5). Прямой полости 10,5 и прямой узкости = 11,6. Пресмотрѣвъ указанные размѣры таза — прежде всего бросается въ глаза: во 1) тазъ по характеру представляется безусловно плоскимъ и во 2) прямые размѣры таза не только уменьшены, но имѣютъ извѣстную непропорціональность. Обыкновенно самый большой прямой размѣръ есть прямой размѣръ широкой части полости малаго таза; въ данномъ случаѣ онъ меньше прямого размѣра узкости (10,5—11,6). Такое несоотвѣтствіе между прямыми размѣрами объясняется анатомическимъ строеніемъ внутреннихъ стѣнокъ малаго таза, а именно, на задней стѣнкѣ симфиза имѣется продольное валикообразное возвышеніе (въ видѣ гребня). Ощупывая пальцемъ этотъ гребешокъ, можно замѣтить, что онъ состоитъ изъ 3-хъ костныхъ бугорковъ, расположенныхъ по средней линіи симфиза. Наибольше выдающийся изъ нихъ — средний. На задней стѣнкѣ малаго таза, а именно, на задней поверхности крестца замѣчаются костные бугры въ 2 мѣстахъ: въ мѣстѣ соединенія 2-го и 3-го крестцовога позвонка и 3-го съ 4 мѣ. Въ особенности рѣзко выступаетъ первый костный бугоръ, производя при первомъ взглядѣ впечатлѣніе такъ называемаго ложнаго мяса. Эти костныя образованія передней и задней стѣнки полости малаго таза и являются главными факторами, уменьшающими до значительныхъ размѣровъ прямой размѣръ полости (10,5). Такимъ образомъ тазъ, вмѣсто того, чтобы расширяться въ своихъ прямыхъ размѣрахъ по направленію къ выходу, представляется расширеннымъ только въ самомъ выходѣ. Такое строеніе таза легко объясняетъ поперечное стояніе головки, которое наблюдалось въ данномъ случаѣ.

Въ полости живота, надъ лоннымъ соединеніемъ, вмѣсто контуровъ нормальной беременной матки, опредѣляется тѣло съ своеобразными очертаніями. Оно имѣетъ неправильно сферическую форму, при чемъ въ верхнемъ его отдѣлѣ, какъ бы въ видѣ самостоятельнаго придатка констатируется болѣе плотное образованіе, по консистенціи и формѣ напоминающее родившую, опорожненную и хорошо сокращенную матку.

Скватокъ нѣтъ. Сердцебіеніе плода нигдѣ не выслушивается. При вну-
треннемъ изслѣдованіи оказалось: предлежитъ головка, которая стоитъ
довольно низко въ полости малого таза; на головкѣ огромная родовая
опухоль, мѣшающая—болѣе тщательному опредѣленію положенія го-
ловки; все таки по концамъ стрѣловиднаго шва можно установить, что
головка стоитъ въ поперечномъ размѣрѣ; края зѣва не прощупываются.

На основаніи указанныхъ явленій—ясно было, что въ данномъ
случаѣ имѣется дѣло съ разрывомъ матки, происшедшимъ во время
родовъ съ выходомъ, повидимому, частей плода въ полость живота.
Кромѣ разрыва матки рѣзкая картина гнилостнаго зараженія въ видѣ
colpitis gangrenosa, endometritis et peritonitis septica universalis были выра-
жены вполне характерно. Очевидно, съ родоразрѣшеніемъ пельзя было
медлить и, такъ какъ головка стояла довольно низко, то и рѣшено
было немедленно окончить роды щипцами.

Щипцы были наложены въ поперечномъ размѣрѣ таза и головка
довольно легко родилась въ косомъ размѣрѣ выхода таза. Туловище
извлечено вслѣдъ за головкой безъ особенныхъ затрудненій. Послѣдъ
вышелъ черезъ 5" послѣ рожденія плода при легкомъ потягиваніи за
пуповину. Кровотеченій непосредственно послѣ родовъ нѣтъ. Матка
вслѣдъ за родоразрѣшеніемъ опредѣляется хорошо сокращенной. Высота
стоянія ея надъ лоннымъ соединеніемъ=14 сант. Извлеченный плодъ—
мертвый мальчикъ большихъ размѣровъ. (Вѣсъ 4430 grm., длина 60 сант.,
окружность головки 38, окружность плечь 37, груди 34. Размѣры го-
ловки 11,75—13,5—10. Размѣръ плеча 12). Всего роды продолжались 35' 30".

Черезъ 1/2 часа послѣ родовъ животъ такъ вздуть, что прощупать
что нибудь въ полости живота нѣтъ никакой возможности. Кромѣ того
чувствительность живота очень рѣзкая; больная непрерывно стонетъ
и съ трудомъ отвѣчаетъ на предлагаемые ей вопросы. Пульсъ частый,
(такъ называемый абдоминальный). Дыханіе учащено, t° все остается
ниже нормы. Черты лица больной сильно заострились, подъ глазами
и на носу рѣзко выступаетъ ціанотичная окраска. Словомъ, картина
общаго peritonit'a выступаетъ на столько рѣзко, что сразу бросается въ
глаза. Больной назначено: внутрь опій, возбуждающія подъ кожу и
ледъ на животъ. За ночь состояніе больной рѣзко ухудшилось, общая
слабость увеличилась, явленія перитонитаслѣбались еще рѣзче. Въ 3 часа
дня, при явленіяхъ все увеличивавшейся слабости—больная тихо скон-
чалась, не проживъ даже сутокъ послѣ родоразрѣшенія (22 час.) Вскры-
тіе, произведенное проф. *Н. И. Ивановскимъ*, подтвердило поставленный
діагнозъ. При вскрытіи обнаружено: 1) Въ полости pericardii незначи-
тельное количество серозной жидкости. Жирно-перерожденное сердце
увеличено въ діаметрѣ и покрыто на поверхности толстымъ слоемъ
жира. Полость праваго желудка увеличена, стѣнка его значительно
истончена и состоитъ преимущественно изъ жировой ткани. Полость
лѣваго—также увеличена; стѣнка нормальной толщины, мышцы умѣ-
ренной плотности, буро-краснаго цвѣта. Двухстворчатая заслонка
порядочно утолщена на свободномъ краю; въ полостяхъ сердца со-
держится достаточное количество крови съ рыхлыми свертками. 2) Лег-
кія, кромѣ явленія значительнаго отека,—ничего особеннаго не пред-
ставляютъ. 3) Въ полости peritonci содержится большое количество

жидкой крови съ рыхлыми свертками, *находящимися между сильно вздутыми кишечными петлями*. Помимо этого peritonium носить всё при, знаки септического воспаления; на поверхности кишекъ и на стѣнкахъ живота она представляется покраснѣвшей и мѣстами покрытой желтоватыми налетами. 4) Матка 24 сант. длины, около 17 сант. ширины; наружная поверхность гладкая; серозная оболочка красноватаго цвѣта, мѣстами съ сѣроватыми налетами. Толщина стѣнки въ тѣлѣ около 4 сант., въ шейкѣ около 2-хъ. Мускулатура блѣдна, умѣренной плотности,—мѣстами съ желтоватыми полосками (гнойное пропитываніе). Полость матки объемиста, содержитъ рыхлые кровяные свертки; внутренняя поверхность представляетъ картину септического endometrit'a: она темно-краснаго цвѣта, бугриста; слизистая оболочка рыхла, въ разрывѣ по мѣстамъ грязно-сѣроватаго цвѣта. Шейка матки около 12 сант. длины; на границѣ верхней трети съ средней—на передней ея, поверхности находится широкій разрывъ—проникающій всю толщю ея, имѣющій около 16 сант. длины и занимающій болѣе $\frac{2}{3}$ всей окружности; края его весьма неровны. Ткань шейки матки на мѣстѣ разрыва рыхла и отечна—въблизи самаго края пропитана кровью. Слизистая оболочка шейки бугриста, сѣрожелтоватаго цвѣта съ таковымъ же налетомъ. Слизистая оболочка влагалища блѣдна, за исключеніемъ ограниченнаго пространства на передней стѣнкѣ, гдѣ она темно-краснаго цвѣта и въ толщѣ ея въ этомъ мѣстѣ замѣчаются небольшія кровоизлиянія. Кромѣ того, въ нижней части влагалища имѣются нѣсколько небольшихъ, поверхностныхъ изъязвленій, покрытыхъ сѣроватымъ, маркимъ налетомъ. Наружные половые органы сильно отечны. Въ лѣвомъ яичникѣ имѣется истинное желтое тѣло, въ лѣсной орѣхъ величиной; въ околوماتочной клѣтчаткѣ картина parametrit'a. По направленію лимфатическихъ сосудовъ замѣчаются незначительныя желтоватія полоски (lymphangitis). Остальные органы брюшной полости не представляютъ существенныхъ измѣненій.

Микроскопическое изслѣдованіе, къ сожалѣнію, сдѣлано на срѣзахъ, взятыхъ отъ препарата долго пролежавшаго въ спиртѣ. Жировато перерожденія и капелъ жира, чего можно было бы ожидать въ данномъ случаѣ, въ паренхимѣ матки не найдено. Въ срѣзахъ, взятыхъ изъ шейки, обнаружено значительное количество старой соединительной ткани. Въ другихъ же мѣстахъ, на всѣхъ срѣзахъ ясно замѣтно значительное разрастаніе молодой соединительной ткани. Въ срѣзахъ, взятыхъ въблизи отъ мѣста разрыва, картина нѣсколько затѣмняется присутствіемъ массы грануляціонныхъ элементовъ, но въ болѣе отдаленныхъ мѣстахъ и въ особенности въ мѣстахъ, взятыхъ изъ дна матки, замѣчаются значительныя прослойки обильно разросшейся соединительной ткани между мышечными элементами. Соединительная ткань молодая съ массой круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ.

На основаніи приведенной картины несомнѣнно, что мы имѣли дѣло съ хроническимъ интерстиціальнымъ метритомъ.

Все вышеизложенное въ достаточной мѣрѣ уясняетъ этиологію даннаго случая. Женщина рожаетъ 12 разъ. Роды повторяются каждый годъ.

Двое послѣднихъ родовъ окончены щипцами. Послѣ послѣднихъ родовъ происходитъ какое то серьезное послѣродовое заболѣваніе, отъ котораго больная оправляется только на 21 день. Отсюда уже понятна возможность серьезныхъ измѣненій въ маточной паренхимѣ.

Къ тому же прижитенныя явленія болѣзненной и обильной менструаціи даютъ нѣкоторую фактическую опору указанному предположенію. Посмертныя макроскопическія (плотность) и микроскопическія измѣненія даютъ этому предположенію болѣе реальную основу.

Не меньшую роль въ числѣ этиологическихъ моментовъ въ данномъ случаѣ — играетъ пространственная несоотвѣтственность между изгоняемымъ плодомъ и тазомъ, т. е. чрезмѣрное растяженіе нижняго отрѣзка матки въ смыслѣ теоріи *Bandl'*я. Роды для мексгородящей тянутся чрезчуръ долго 35'30". Тазъ, какъ мы видѣли, не только суженъ въ своихъ прямыхъ размѣрахъ (и притомъ непропорціально), но еще имѣетъ аномаліи въ видѣ указанныхъ костныхъ наростовъ на своей передней и задней стѣнкахъ. Ребенокъ очень большихъ размѣровъ. Головка при своемъ поступательномъ движеніи встрѣчаетъ препятствіе не только во входѣ, но даже и въ полости (широкой ея части). Очевидно, поворотъ головки не могъ совершиться и вотъ, отчасти, объясненіе поперечнаго стоянія при сравнительно низкомъ положеніи. Изъ сказаннаго видно, что, повидимому, еще измѣненія маточной паренхимы не достигли слишкомъ большой величины, если головка въ своемъ поступательномъ движеніи, не смотря на указанные аномаліи таза, могла продѣлать такой сравнительно большой и трудный путь, и въ этомъ случаѣ нужно только пожалѣть, что разумная помощь не подоспѣла во время.

Что касается болѣзненныхъ симптомовъ при жизни, то въ клиническомъ отношеніи онѣ были выражены такъ характерно, что оцѣнка ихъ затрудненій не представляла. Тоже самое слѣдуетъ признать и въ отношеніи клиническихъ показаній въ смыслѣ лѣченія больной: въ виду полного разгара септического процесса, успѣвшаго уже распространиться на весь организмъ, не оставалось никакой надежды на спасеніе больной, даже примѣняя наиболѣе энергичное оперативное вмѣшательство. По этому

пришлось позаботиться лишь о скорѣйшемъ родоразрѣшеніи, дабы не дать больной умереть не разрѣшившись.

Главный интересъ приведенный случай представляетъ несомнѣнно съ точки зрѣнія патолого-анатомической, что и побудило меня подѣлиться своими наблюденіями съ многоуважаемыми товарищами.
