

Ж У Р Н А Л Ъ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.
ГОДЪ ДВѢНАДЦАТЫЙ.

ЮЛЬ и АВГУСТЪ 1898, №№ 7 и 8.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Три случая консервативнаго кесарскаго сѣченія.

(Изъ женской лечебницы *М. А. Штрауха* и *А. Р. Венера* въ Москвѣ).

М. А. Штрауха,

приватъ-доцента гинекологіи при Императорскомъ Москов. Универ.

И. Госпожа Ч., 26 лѣтъ, начала ходить только на шестомъ году. Въ дѣтствѣ, хотя не хворала, но всегда была слабымъ ребенкомъ. Первые крови появились на 12 году и были всегда правильны; на 19 году вышла замужъ и тотчасъ же забеременѣла. Послѣ 46 часовой безуспѣшной потужной дѣятельности, у нея, въ воспитательномъ домѣ, сдѣлана была, при высокомъ стояніи головки, перфорация.

При второй беременности мы сдѣлали ей въ исходѣ 34 недѣли искусственные преждевременные роды. На 9 день выписались мать и ребенокъ здоровыми; послѣдній однакожь жилъ только 7 недѣль и умеръ, по словамъ матери, отъ слабости.

Черезъ годъ мы вызвали въ концѣ 36 недѣли третьей беременности опять искусственные преждевременные роды. При полномъ раскрытіи матки головка стояла, не смотря на хорошія схватки, въ теченіе 4 $\frac{1}{2}$ часовъ все еще надъ тазомъ, такъ что мы принуждены были наложить на высокостоящую головку щипцы. Лишь послѣ 6 сильныхъ тракцій намъ удалось низвести головку въ тазъ. Родилась асфиктическая дѣвочка, которая была скорѣе оживлена, и которая живетъ до сего времени.

Эти роды, въ числѣ 28 другихъ моихъ случаевъ, опубликованы въ моей статьѣ „Ueber künstliche Frühgeburten“ въ „Archiv für Gynaecologie“, томъ 31, стр. 385.

Несмотря на настоятельный совѣтъ г-жѣ Ч. при каждой послѣдующей беременности показываться къ намъ съ 30 недѣли, она при настоящей, четвертой беременности, постѣлила насъ только на 38 недѣлѣ.

Stat. praes. Ростъ 138 сант. Цвѣтъ лица и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ блѣдный. Сердце и легкія здоровы. Ноги не отечны. Обвислый животъ. Черезъ очень тонкіе брюшные покровы легко прощупывается плодъ: спинка обращена влѣво и впередъ; большая твердая головка находится надъ тазомъ, вдавить ее въ тазъ по способу *Миллера* никоимъ образомъ не удается. Сердцебіеніе ясно слышно.

Всѣ размѣры таза меньше нормы: *conjugata diagonalis* 8,8—*conjug. vera* 7,7—8 сант. Мы имѣли передъ собою общесъуженный плоскій рахитическій тазъ.

Такъ какъ мы наблюдали у г-жи Ч. уже 3-е родовъ и въ послѣдній разъ намъ едва-едва удалось на 36 недѣлѣ беременности провести головку черезъ тазъ, то теперь, въ концѣ 38 недѣли, искусственные преждевременные роды не были больше показаны. Остался выборъ тогда только между кесарскимъ сѣченіемъ и перфорациею живаго ребенка.

Первые роды, оконченные перфорациею, были еще настолько свѣжи въ памяти г-жи Ч., что она соглашается на все—лишь бы только избѣгнуть перфорации.

Въ виду этого мы отпустили беременную домой съ совѣтомъ явиться при первыхъ же схваткахъ или при излитіи водъ немедленно въ нашу частную лечебницу.

Десять дней спустя, т. е. 9 декабря 1891 г., въ 5¹/₂ ч. веч., беременная поступаетъ къ намъ. Она чувствуетъ уже въ теченіе 11 часовъ легкія схватки. Ребенокъ находится въ первомъ черепномъ положеніи. Сердцебіеніе ясно слышно. Головка подвижна надъ тазомъ. Схватки повторяются каждыя 3—5 минутъ. Матка открыта на 2¹/₂ пальца. Пузырь цѣль.

Тотчасъ же все было приготовлено къ кесарскому сѣченію. Беременная приняла сидячую ванну. Волосы надъ лобкомъ сбриты. Въ 7 час. веч. было вспрыснуто подкожно три грана эрготина.

Въ 7¹/₄ час. подъ хлороформомъ разрѣзь по бѣлой линіи, начиная на 10 сант. выше пупка и не доходя на 5 сант. до лоннаго сращенія. Въ нижней половинѣ брюшной раны сильное кровотеченіе, такъ что приходится наложить 6 пинцетовъ. Брюшная стѣнка была на столько тонка, что мы попали первымъ разрѣзомъ въ серозный слой матки.

Легко удается вывести матку изъ брюшной полости. Матка темносняго цвѣта; вѣны по бокамъ колоссально развиты. Вокругъ нижняго сегмента матки наложенъ эластическій жгутъ, котсрый слегка только фиксируется ассистентомъ. Быстрымъ разрѣзомъ вскрыта полость матки, изъ которой сильной струею полились околоплодные воды. Затѣмъ ножницами расширена

маточная рана настолько, что легко можно было извлечь ребенка, который шелъ впередъ правою ягодицею. Ребенокъ тотчасъ же закричалъ и послѣ перевязки пуповины переданъ на руки акушерки.

Любопытно было наблюдать, какъ послѣ извлеченія ребенка, маточная стѣнка, которая имѣла толщину въ тонкій картонъ, вдругъ послѣ сокращенія получила толщину въ 2 поперечныхъ пальца.

Теперь только было затянуть эластическій жгутъ, потому что брызгала одна артерія изъ правой половины раны матки.

Послѣдъ, прикрѣпленный къ задней стѣнкѣ матки, вмѣстѣ съ оболочками, былъ легко отдѣленъ рукою. Матка отлично сокращается. Затѣмъ мы наложили приблизительно 12 глубокихъ шелковыхъ швовъ, не захватывающихъ однако слизистой оболочки матки. Послѣ завязыванія этихъ швовъ вся рана матки отлично соединилась. Послѣ завязыванія этихъ глубокихъ швовъ мы замѣтили одно интересное явленіе, о которомъ, насколько по крайней мѣрѣ намъ извѣстно, нигдѣ не упомянуто. Игла проходила черезъ толстыя, сокращенныя маточныя стѣны замѣчательно легко, но когда мы хотѣли завязывать узлы, то намъ съ трудомъ удавалось найти соответствующіе концы нитокъ, такъ какъ послѣ повторныхъ сокращеній матки, вслѣдствіе смѣщенія мышечныхъ волоконъ, нитки на столько крѣпко были ущемлены, что продвигать ихъ удавалось только съ трудомъ. По снятіи эластическаго жгута намъ пришлось однако наложить еще около 10 поверхностныхъ швовъ, для полной остановки легкаго кровотеченія.

Матка была опущена въ брюшную полость и брюшная рана зашита 30 глубокими шелковыми швами. Операция длилась 1 часъ.

Больная скоро проснулась, жалуясь на сильныя схватки. Такъ какъ изъ влагалища выдѣлялась, болѣе чѣмъ это было желательнымъ, кровь, то было вспрыснуто подъ кожу еще 3 грана эрготина. Оперированная поправилась безъ всякой реакціи. Послѣродовое отдѣленіе было замѣчательно скудное. На 16 день были сняты послѣдніе швы; вся рана срослась *per primam*. На 20 день больная встала и вышла изъ лѣчебницы на 22 день.

Ребенка она сама кормила.

Ребенокъ былъ вполне доношенный. Вѣсъ 3400—длина 48—между плечами 12,5—между вертлугами 9,5—окружность головки 34,8—большой косою діаметръ 14—малый косою діаметръ—12—большой поперечный 9,5—малый поперечный 8,5.

И такъ всѣ размѣры ребенка были выше среднихъ размѣровъ доношенныхъ дѣтей, единственное исключеніе—длина. Ребенокъ на 2 сант. короче нормы.

Недавно я имѣла случай видѣть г-жу Ч. Рубецъ брюшныхъ крововъ превосходень. Нѣтъ ни малѣйшаго намека на образованіе грыжи. Ребенокъ живъ. Г-жа Ч. беременной больше не была, такъ какъ разошлась съ мужемъ и больше не имѣла сношеній.

II. Г-жа А. К., 33-хъ лѣтъ, 11 лѣтъ замужемъ. Она поздно начала ходить и имѣть всѣ признаки рахита. Размѣры ея таза слѣдующіе: Dist. spin.—26, crist.—28, troch.—31, conj. diag.—10,3. При первыхъ двухъ родахъ мы не присутствовали. Первые роды продолжались очень долго; пришлось наложить очень трудныя, высокіе щипцы; ребенокъ родился мертвый. При вторыхъ родахъ пришлось сдѣлать перфорацию. Третья беременность окончилась преждевременными родами на 32-ой недѣлѣ, и этотъ ребенокъ родился мертвый. При четвертой беременности мы вызвали преждевременные роды по способу *Краузе* на 37 недѣлѣ и извлекли при помощи высокихъ щипцовъ живого ребенка средняго развитія. Экстракція удалась лишь въ висячемъ положеніи Валхера. Къ сожалѣнію, ребенокъ скончался черезъ недѣлю, вѣроятно отъ слабости. На вскрытіе поворожденнаго родители не согласились.

При пятой беременности—искусственные преждевременные роды по способу *Краузе* на 37-ой недѣлѣ. Съ 5-го мѣсяца беременности соблюдалась строжайшая діета по Проховнику. Когда кольцо сокращенія (Contractionsring) стало сильно подниматься и появилось въ серединѣ разстоянія между пупкомъ и лобковымъ сочлененіемъ, а головку и при глубокомъ наркозѣ не удавалось вдавить въ полость малаго таза, мы наложили высокіе щипцы, но безуспѣшно. Въ виду грозныхъ признаковъ пришлось наконецъ прибѣгнуть къ перфорациі живого ребенка.

Спустя 3 года Г-жа К. забеременѣла въ 6-й разъ и пришла въ нашу лѣчебницу, выражая настойчивое желаніе, наконецъ-то имѣть живого ребенка. Мы предложили ей подвергнуться консервативному кесарскому сѣченію, и она безъ долгаго размышленія съ радостью согласилась на это.

4/1 98. Г-жа К. поступила къ намъ въ лѣчебницу; въ 6 часовъ вечера наступили схватки, а 5/1 98 въ часъ утра ей сдѣлали подкожное вприскиваніе Extr. secal. cornut. въ ягодичную область (Extr. secal. cornut. Wernichi 1,9, glycerini, Aquae dest. aa 5,0—1, шириць).

Послѣ обычныхъ приготовленій, мы захлороформировали роженицу и приступили въ 1 ч. 30 м. къ кесарскому сѣченію. И здѣсь брюшные покровы были такъ тонки, что мы при первомъ же разрѣзѣ попали въ серозный покровъ матки.

Выведши послѣднюю кнаружи, мы закрыли верхнюю часть брюшной раны при помощи Museaux. Послѣ этого былъ произведенъ сагитальный разрѣзъ по передней стѣнкѣ матки, начиная съ fundus uteri— книзу. Обѣ широкія связки при этомъ сдавливались слегка рукою ассистента. Разрѣзъ прошелъ по послѣду; отдѣливши послѣдній въ сторону и разорвавши плодныя оболочки, мы извлекли ребенка, находившагося въ первомъ черепномъ положеніи, за правую ручку. Пуповина была перерѣзана между двумя винцетами. Ребенокъ, хорошо развитой, но родившійся въ состояніи „арное“, сталъ кричать только спустя нѣкоторое время. Околоплодныхъ водъ было поразительно мало, затѣмъ мы удалили послѣдъ и плодныя оболочки, какъ намъ казалось, вполне.

Рана матки была закрыта положеніемъ глубокихъ и поверхностныхъ катгутовыхъ швовъ. Послѣ прекращенія сдавливанія широкихъ связокъ крови нигдѣ не показывалось. Нижняя граница маточнаго разрѣза дошла вплоть до пузыря. Тонкіе брюшные покровы были зашиты положеніемъ катгутовыхъ швовъ въ 2 этажа, частью непрерывныхъ, частью узловатыхъ. Продолжалась вса операція 32 м.

Насъ поразило, что изъ влагалища не выдѣлялось ни одной капли крови, поэтому еще на операціонномъ столѣ влагалище было промыто растворомъ сулемы 1:2000, причемъ удалось убѣдиться, что внѣшній маточный зѣвъ открытъ на два пальца, и что въ него вдается наполненный плодный пузырь. Послѣдній былъ захваченъ пинцетомъ и затѣмъ былъ извлеченъ нижній сегментъ плодныхъ оболочекъ, при чемъ отдѣлилось большое количество крови.

Въ первый день родильница имѣла очень сильныя послѣродовыя боли. Она кормила сама. Рана брюшныхъ покрововъ зажила превосходно и родильница на 15 день могла покинуть кровать.

На третьей недѣлѣ образовался абсцессъ въ ягодичной области, на томъ мѣстѣ, гдѣ было произведено выпрыскиваніе *secal. cornut.* Абсцессъ причинялъ пациенткѣ сильныя боли и мы его вскрыли.

III. (Операторъ *А. Р. Венеръ*). Г-жа Л., 26 лѣтъ, 6 лѣтъ замужемъ, происходитъ изъ нервной семьи и имѣетъ наклонность къ ипсохондріи. Вскорѣ послѣ замужества она обратилась къ намъ по поводу неправильнаго появленія кровей. Крови появлялись у нея черезъ 2—4—6 недѣль. Въ данномъ случаѣ ихъ не было 8 недѣль. Мы констатировали тогда, что у больной маленькая матка въ положеніи антефлексіи, далѣе мы нашли коническую, удлинненную шейку и хлорозъ. Вскорѣ послѣ этого мы потеряли пациентку изъ виду. Въ 95 году мы увидѣли ее снова, и она рассказала намъ, что обращалась по поводу сильныхъ болей къ врачу, который пользовалъ ее продолжительное время. Такъ какъ лѣченіе оставалось безъ результата, то больная стала обращаться отъ одного врача къ другому, пока наконецъ не попала въ Берлинъ въ руки врача, большого любителя до операціи, который сдѣлалъ ей, руководствуясь совершенно непонятными намъ соображеніями, слѣдующія шесть операцій:

Excisio, abrasio, colpotosmia ant., resectio ovarii dextr., oophorectomia sinistra et Vaginofixatio. (Названіе операцій явствуетъ изъ записки, которую берлинскій врачъ вручилъ больной).

Больная говоритъ, что послѣ операціи чувствовала себя превосходно. Къ намъ она обратилась по поводу незначительныхъ болей въ правомъ боку. Весною 97 г. она снова получила сильныя бѣдія бѣли. Она вообразила себѣ, что должна еще при жизни стнить, и обратилась въ своемъ душевномъ страхѣ снова къ берлинскому врачу, который дѣйствительно и призвалъ ее сейчасъ-же къ себѣ и сдѣлалъ ей вторичное выскабливаніе.

Послѣднія крови 7/ix 97. Въ серединѣ января 98 года больная почувствовала въ первый разъ движенія плода. Теченіе беременности было нормальное. 1-го іюня въ 8 часовъ вечера начались схватки. Къ утру схватки стали очень сильны. Въ 8 часовъ мы констатировали слѣдующее состояніе. Пузырь цѣль. Плотная, твердая, не размягченная шейка метки отклонена сильно къзади. Рубцовый наружный зѣвъ матки закрытъ. Предлежащую часть оцупать нельзя. Отъ *orig. ext. uteri* и до *orig. urethrae* можно осязать по средней линіи плотный твердый неровный рубецъ. Черезъ переднюю влагалищную стѣнку можно прощупать стоящую высоко надъ входомъ въ тазъ крупную предлежащую часть. При наружномъ изслѣдованіи оказывается, что головка отошла отъ средней линіи и лежитъ въ лѣвой подвздошной впадинѣ, а спинка находится влѣво и къзади. Мы предписали горячія спринцеванія, повторяемые каждый часъ. Въ 12 часовъ—положеніе такое-же. Схватки, очень сильныя, почти не прекращаются. Мы дали $\frac{1}{4}$ gr. Morph.

Такъ какъ въ 5 часовъ, слѣдовательно послѣ 21 часовой, сильной потужной дѣятельности абсолютно не было замѣтно никакого успѣха, и такъ какъ общее состояніе больной безусловно ухудшалось и каждую минуту грозила опасность разрыва матки, мы приступили 2/vi 1898 г., въ 6 часовъ вечера, къ консервативному кесарскому сѣченію.

Послѣ разсѣченія брюшныхъ покрововъ матка была выведена изъ брюшной полости, при чемъ оказалось, какъ мы уже раньше предполагали, что мѣста отхожденія обѣихъ трубъ находятся на передней стѣнкѣ матки. Дѣло въ томъ, что передняя поверхность матки, которая до дна была пришита къ влагалищу не приняла участія въ наступившемъ вслѣдствіе беременности увеличеніи органа. Весь плодъ помѣщался въ выступѣ задней стѣнки матки. Широкія связки сдавливались слегка пальцами ассистента. Сагитальный разрѣзъ прошелъ по послѣду. Мы быстро разсѣкли его и извлекли за ножку живую дѣвочку. Послѣ этого послѣдъ и плодные оболочки были тщательно удалены. Большой кусокъ іодоформенной марли былъ вложенъ въ нижній отдѣлъ матки и ассистентомъ при помощи корнцанга проведенъ черезъ шейку матки во влагалище. Только тонкая полоска марли осталась въ самой полости матки. При помощи глубокихъ и поверхностныхъ катгутовыхъ швовъ удалось быстро соединить края маточной раны. Матка прекрасно сокращалась и теперь легко можно было убѣдиться въ томъ, что разрѣзъ черезъ маточную стѣнку прошелъ преимущественно по задней поверхности ея, такъ какъ послѣдніе швы близко подошли къ заднему Дугласову пространству. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ былъ зашитъ непрерывными катгутовыми швами, наложенными въ три этажа. Продолжалась операція приблизительно $\frac{3}{4}$ часа. Теченіе послѣоперационнаго періода было вполне нормальное; на второй день наступила дѣятельность кишечника.

Консервативное кесарское сѣченіе принадлежитъ у насъ въ Москвѣ къ самымъ рѣдкимъ операціямъ. Располагая очень

большимъ оперативнымъ матеріаломъ, мы въ теченіе 6¹/₂ лѣтъ только 3 раза имѣли поводъ къ такому вмѣшательству. Изъ этихъ 3 разовъ собственно говоря только одинъ разъ было абсолютное показаніе къ выполнению этой операціи.

Въ I случаѣ пришлось сдѣлать кесарское сѣченіе только вслѣдствіе собственнаго нерадѣнія больной. Если бы больная обратилась къ намъ во время, то искусственными преждевременными родами вѣроятно можно было бы добиться, какъ и раньше, рожденія живого ребенка. Но больная пришла всего за 10 дней до истеченія срока беременности.

Случай II показалъ намъ, что искусственные преждевременные роды, даже при соблюденіи самой строгой діеты по *Проховнику*, даютъ мало надежды на рожденіе живого ребенка, и поэтому выборъ могъ происходить въ это время (1898) только между двумя операціями: symphysectomi'ей и консервативнымъ кесарскимъ сѣченіемъ. Мы лично по принципу противъ symphysectomi'и и никогда не обратимся къ этой операціи въ такомъ случаѣ, гдѣ главная цѣль—сохранить жизнь ребенка. Что операторъ при консервативномъ кесарскомъ сѣченіи можетъ съ большей увѣренностью обѣщать живого ребенка, нежели при symphysectomi'и—это вѣдь не подлежитъ сомнѣнію. При symphysectomi'и, страстно желаемой, ребенокъ подвергается послѣ операціи еще всѣмъ опасностямъ, которыя влечетъ за собою извлеченіе при помощи щипцовъ. Что касается до жизни матери, то и въ этомъ отношеніи при кесарскомъ сѣченіи ничего желать не остается, если только маточная рана тщательно зашита.

Самое рѣдкое, но въ то-же время безусловное показаніе къ кесарскому сѣченію имѣлось въ случаѣ III.

Vaginofixatio, операція, которую раньше такъ много хвалили и навѣрно слишкомъ часто примѣняли, въ настоящее время, по нашему мнѣнію, напрасно почти оставлена. Мы съ самаго начала дѣлали эту операцію, которую произвели всего 34 раза, только на основаніи очень строгихъ показаній. Никогда не приходило намъ въ голову пришить у способной къ половой жизни женщины всю переднюю стѣнку матки къ влагалищу; еще того менѣе намъ приходило въ голову пришить, только чтобы только сдѣлать какую-нибудь операцію, нормально расположенную, маленькую матку къ влагалищу, какъ это сдѣлалъ

берлинскій художникъ. Мы никогда не накладывали швы выше чѣмъ на 1—1½ поперечныхъ гальца надъ переднимъ Дугласовымъ пространствомъ. Такимъ образомъ въ случаѣ беременности вся верхняя часть тѣла матки имѣетъ возможность вполне развиться. Мы всегда приглашали оперированныхъ нами женщинъ въ случаѣ беременности родить у насъ въ лѣчебницѣ. Семь изъ нихъ имѣли легкіе роды, безъ всякихъ осложнений. Правда, у одной больной послѣ родовъ снова наступила ретроверсія матки со всѣми ея явленіями, но въ этомъ случаѣ можно было ввести пессарій, такъ какъ матка, подвижная послѣ первой операціи, могла быть выправлена и послѣ родовъ. Мы и теперь дѣлаемъ *vaginifixerum* и, какъ уже сказано, довольны результатами. Главное лѣченіе ретроверсії и ретрофлексіи, влекущихъ за собою болѣзненные явленія, конечно лѣченіе пессаріями. Никогда лѣченіе пессаріями не должно быть замѣнено, какъ думали нѣкоторые очень энергичные операторы, оперативнымъ способомъ—*vaginifixer*'ой. Каждый изъ этихъ способовъ лѣченія имѣетъ свои собственныя, вполне опредѣленные показанія.

Что касается до техническаго исполненія кесарскаго сѣченія, то оно имѣетъ свои особенности и совсѣмъ не такъ легко, какъ многіе думаютъ. Правда, операція эта въ тѣсномъ смыслѣ слова анатомическая; особенныхъ сиорризовъ, какъ напр. сращеній почти никогда не бываетъ, но поразительно то, что даже самые спокойные операторы оперируютъ поспѣшно при кесарскомъ сѣченіи, гдѣ въ ихъ рукахъ—судьба двухъ существъ.

Въ самомъ началѣ, при разсѣченіи брюшныхъ покрововъ, особенно если имѣется *venter propendens*, необходимо помнить, что покровы эти могутъ быть не толще листа писчей бумаги. Даже при колоссальныхъ опухоляхъ, которые были въ три раза больше нежели вполне развитой плодъ, мы никогда не видали такихъ тонкихъ брюшныхъ покрововъ, какъ въ этихъ случаяхъ. Два раза мы при первомъ разрѣзѣ сейчасъ-же попадали въ серозный покровъ матки. Обыкновенно это не имѣетъ никакого значенія, такъ какъ беременная матка въ большинствѣ случаевъ непосредственно прилежитъ къ брюшнымъ покровамъ, но бываютъ такіе случаи, гдѣ къ концу беременности между маткой и брюшными покровами лежатъ

кишки, что можно доказать при помощи перкуссии и пальпации. Если бы разрывъ прошелъ черезъ серозную оболочку кишечной стѣнки или даже черезъ болѣе глубокіе слои ея, то это было бы конечно весьма неприятнымъ обстоятельствомъ, а потому при разрывѣ брюшныхъ покрововъ необходимо соблюдать величайшую осторожность.

Мы всегда выводили беременную матку черезъ брюшную рану и вскрывали ее только въ такомъ положеніи, такъ какъ такимъ образомъ можно гораздо легче предупредить загрязненіе брюшной полости кровью и околоплодной жидкостью, чѣмъ въ томъ случаѣ, если вскрывать матку на мѣстѣ.

Въ первомъ случаѣ мы примѣнили сдавливаніе при помощи эластическаго жгута, а въ послѣднихъ двухъ—только ручное. Кровотеченіе изъ маточной раны обыкновенно незначительное, даже если поранить послѣдъ. Менѣе опытнымъ операторамъ или же такимъ, которымъ приходится работать съ плохой помощью, можно совѣтовать наложить эластическую лигатуру на нижній отдѣлъ матки и слегка затянуть ее только въ случаѣ болѣе сильнаго кровотеченія. Дѣло въ томъ, что въ послѣднемъ случаѣ не вполне хладнокровный операторъ могъ бы окончательно растеряться и далѣе дѣйствовать уже необдуманно. Опасаться атоническаго кровотеченія при умѣренномъ и непродолжительномъ дѣйствіи лигатуры нечего. Если наложены глубокіе швы на матку, то можно прекратить всякое давленіе на сосуды, такъ какъ сколько-нибудь сильнаго кровотеченія уже быть не можетъ. Сдавливать рукою широкія связки для ассистента, конечно, очень утомительно.

Мы въ нашихъ случаяхъ не имѣли и намека на атонію; матка сокращалась сейчасъ же послѣ удаленія ребенка и оболочекъ, и мы слегка массировали ее во время наложенія швовъ. Правда, наши операціи предпринимались всегда надъ женщинами, у которыхъ родовой актъ былъ въ полномъ ходу. У насъ нѣтъ собственныхъ наблюденій относительно атоническаго кровотеченія, которое можетъ наступить, если оперировать еще до появленія схватокъ, но тѣмъ не менѣе мы не задумались бы, руководствуясь литературными указаніями по данному вопросу, взяться за кесарское сѣченіе и во время беременности. Операторъ, дѣлающій кесарское сѣченіе, никогда

не долженъ забывать, что верхняя часть пузыря къ концу беременности поднимается изъ полости малаго таза. Несмотря на то, что мы начинаемъ разрѣзъ со дна матки, мы дважды провели его книзу вплоть до границы ея съ пузыремъ. Прямо удивительно, какъ высоко растянутъ пузырь и какъ легко можно поранить его при кесарскомъ сѣченіи. Я думаю, что одно изъ главныхъ преимуществъ разрѣза по *Fritsch*'у, проходящаго черезъ дно матки между мѣстомъ отхожденія обѣихъ трубъ, состоитъ въ томъ, что при немъ нельзя поранить пузырь. Если нижній конецъ разрѣза попадаетъ на верхнюю границу пузыря, то кровотеченіе въ этомъ мѣстѣ обыкновенно сильнѣе, и полная остановка его требуетъ наложеніе довольно изряднаго количества швовъ. Такимъ образомъ необходимо всегда опредѣлить точно верхнюю границу пузыря, и затѣмъ уже дѣлать разрѣзъ черезъ матку.

Въ первомъ случаѣ мы пользовались исключительно шелкомъ, а въ послѣднихъ двухъ—только кэтгутомъ. По нашему мнѣнію лучше употреблять матеріалъ, относительно котораго извѣстно, что онъ всасывается въ теченіе нѣкотораго времени. Какъ шелкъ, такъ и кэтгутъ можно надежно обеззараживать; несмотря на безусловно вѣрную стерилизацію шелка, послѣдній иногда выдѣляется черезъ нагноеніе, что продолжается очень долго. Если при примѣненіи кэтгута образуется нарывъ, то все-же все дѣло кончается гораздо скорѣе нежели съ шелкомъ.

Случаи *Olshausen*'а и *Zweifel*'я показываютъ также, что при кесарскомъ сѣченіи кэтгутъ держитъ достаточно крѣпко. За послѣднее время мы вообще при чревосѣченіяхъ стали употреблять только кэтгутъ и съ этихъ поръ не наблюдаемъ больше весьма тягостное и длительное отдѣленіе глубокихъ шелковыхъ швовъ путемъ нагноенія.

Случай *Russel*'а доказываетъ, что мы правы, если советуемъ проводить разрѣзъ черезъ матку высоко, чтобы навѣрно не ранить пузыря, и пользоваться только кэтгутомъ.

Cameron произвелъ въ 1892 году консервативное кесарское сѣченіе, при чемъ пользовался шелкомъ и очевидно провелъ разрѣзъ черезъ матку слишкомъ глубоко, близко отъ пузыря. При описаніи этого случая (*Glasgow med. Journ.*, 1897, August) указывается, что пришлось наложить нѣсколько швовъ въ

клетчатку, находящуюся между пузырьемъ и шейкой матки. Спустя 4 года у больной удалили камень изъ пузыря, который въ центрѣ содержалъ нѣсколько шелковыхъ швовъ. Чтобы соединить края маточной раны намъ приходилось каждый разъ накладывать 8—10 глубокихъ и столько же поверхностныхъ, проходящихъ только черезъ серозную оболочку, швовъ. Глубокіе швы мы накладывали очень близко отъ поверхности разрѣза, при чемъ начинали съ серозной оболочки, а затѣмъ проводили иглу, описывая большую дугу, черезъ всю толщю маточной стѣнки, и выкалывали ее въ полости матки вблизи отъ края разрѣза. На другой сторонѣ игла проходила черезъ ткань такимъ-же образомъ, но только въ обратномъ порядкѣ. При завязываніи такого шва поверхности разрѣза плотно соприкасаются между собою. И края серозной оболочки при этомъ обыкновенно уже хорошо соприкасаются между собою; для безукоризненнаго линейнаго соединенія ихъ достаточно очень немногихъ серозныхъ швовъ. При наложеніи глубокихъ швовъ мы обыкновенно захватываемъ и остатки слизистой оболочки. Не имѣетъ смысла, какъ то совѣтуютъ нѣкоторые авторы, тщательно избѣгать слизистой оболочки, и это по двумъ причинамъ: во-первыхъ эндометрій асептиченъ, а во-вторыхъ—крѣпко затянутый шовъ сейчасъ-же прорѣзываетъ внутренніе, мягкіе, обращенные въ полость матки слои слизистой оболочки и такимъ образомъ не имѣетъ болѣе сообщенія съ полостью матки.

Въ I и II случаяхъ мы дѣлали подкожное впрыскиваніе эрготина. Во II случаѣ такое впрыскиваніе повлекло за собою, 3 недѣли послѣ операціи, образованіе очень болѣзненнаго нарыва, который пришлось вскрыть, и который заставилъ больную пролежать лишнія двѣ недѣли въ постели. Такъ какъ у насъ шприцы для подкожныхъ впрыскиваній лежатъ всегда въ 3% растворѣмъ карболовой кислоты, и такъ какъ мы лично произвели впрыскиваніе послѣ тщательнаго очищенія мѣста вкола, то вѣроятнѣе всего, что растворъ не былъ стерилень. Во всякомъ случаѣ мы не будемъ больше дѣлать этихъ подкожныхъ впрыскиваній, такъ какъ польза ихъ весьма сомнительна.

Насъ очень поразило въ случаѣ I, что у больной, которая себя совершенно не берегла, и которая во время операціи

имѣла брюшныя стѣнки толщиною въ листъ писчей бумаги, спустя 6 $\frac{1}{2}$ лѣтъ оказалось безупречное крѣпкое соединеніе брюшнаго рубца. Несмотря на самое тщательное соединеніе брюшныхъ покрововъ, мы при нашихъ брюшныхъ разрѣзахъ вѣдь довольно часто наблюдаемъ образованіе грыжъ. Можетъ быть при лапаротоміяхъ во время беременности грыжи рѣже, или даже совсѣмъ не образуются? Намъ объ этомъ читать ничего не приходилось.

Послѣ извлеченія ребенка мы отдѣляемъ послѣдь отъ маточной стѣнки, а плодныя оболочки удаляемъ насколько возможно. При этомъ въ случаѣ II весь нижній сегментъ плодныхъ оболочекъ остался на мѣстѣ и совершенно преградилъ стокъ изъ полости матки во влагалище. Мы не беремъ рѣшить, какую опасность для маточнаго шва можетъ повлечь за собою такое обстоятельство во время послѣродовыхъ схватокъ. Во всякомъ случаѣ задержаніе кровей и послѣродовыхъ очищеній въ высшей степени неприятно. Чтобы въ будущемъ избѣжать такихъ случайностей мы всегда будемъ проводить большой кусокъ стерильной марли черезъ маточную рану въ шейку, а оттуда ассистентъ его вытянетъ черезъ влагалище. Такимъ образомъ мы во всякомъ случаѣ обезпечимъ себѣ совершенно свободный стокъ изъ матки во влагалище.
