

## II.

### Къ вопросу о выборѣ между консервативнымъ кесарскимъ сѣченіемъ и операцией Ротто.

*Консервативное кесарское сѣченіе съ счастливымъ исходомъ  
для матери и плода.*

(Изъ Варшавской клиники Акушерства и женскихъ болѣзней проф. *Н. В. Ястребова*).

Ординатора клиники *А. П. Павлова*.

Въ № 31 Centralblatt für Gynäcologie описанъ случай кесарскаго сѣченія по *Rotto* съ счастливымъ исходомъ для матери и плода изъ Московской клиники проф. *А. М. Маклева*. Авторъ этой работы прив.-доц. д-ръ *Побѣдинскій*, представивъ очень подробное описаніе анамнеза, состоянія больной, данныхъ измѣренія скелета, беременной матки и таза, хода операціи и въ общихъ словахъ теченія и терапіи послѣродоваго періода, высказалъ по этому поводу нѣсколько положеній.

Не будучи въ состояніи вполне согласиться съ этими положеніями, я позволю себѣ описать случай консервативнаго кесарскаго сѣченія, произведеннаго мною во время послѣднихъ каникулъ въ клиникѣ проф. *Н. В. Ястребова* и высказать свое мнѣніе во 1-хъ, по вопросу затронутому д-ромъ *Побѣдинскимъ* и во 2-хъ, по вопросу о терапіи послѣоперационнаго періода.

7-го іюля сего года, въ 1 часу пополудни, въ клинику была доставлена больная *Г. В.* въ начальномъ періодѣ родовъ. Г-жа *Г.*

католичка, 23 лѣтъ отъ роду, замужемъ одинъ годъ. Начала ходить только на 4 году отъ роду; въ дѣтствѣ болѣла рахитомъ, корью и оспою. Первые крови пришли на 16 году; установился типъ кровей  $\frac{2-4 \text{ см}}{4 \text{ мм}}$  въ небольшомъ количествѣ, безъ какихъ бы то ни было неправильностей. Последнія крови 18 го сентября 1895 года. Беременность протекала безъ всякихъ осложнений. Родовая боли начались 6/уш въ 2 часа пополуночи. На дому была изслѣдована акушеркою и двумя врачами, которые направили больную въ клинику для некусаивеннаго родоразрѣшенія. Большая, 150 см. росту, влохо уштана; мышечная система развита слабо. Костная система носитъ явные слѣды рахита, четкообразныя возвышенія на хрящевыхъ концахъ реберъ, утолщенія остистыхъ отростковъ позвонковъ, особенно нижнихъ грудныхъ и верхъ поясничныхъ; утолщенія эпифизовъ костей; femora сильно изогнуты кнаружи; tibiae сильно изогнуты вперед; сдвинуты ноги, до сближенія внутреннихъ краевъ стопъ, не соприкасаются, а образуютъ фигуру продолговатаго О (O-Beine).

На позвоночникѣ можно замѣтить слѣдующія неправильности: въ мѣстѣ соединенія 12 груднаго и перваго поясничнаго позвонковъ имѣется глубокая впадина, при чемъ остистый отростокъ I поясничнаго сильно выдался впередъ. Ямка подъ послѣднимъ поясничнымъ остистымъ отросткомъ сильно углублена и стоитъ на одномъ уровнѣ съ ямками соответствующими sp. il. super. poster., такъ что ромбъ Michaelis'a превратился въ треугольникъ; крестецъ верхнею своею частью сильно вдвинутъ сзади напередъ.

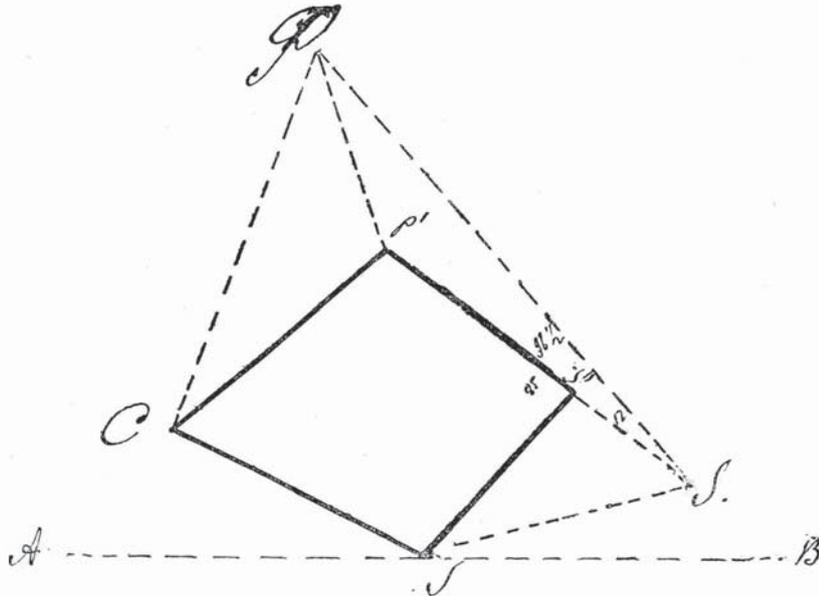
Окружность живота на высотѣ пупка = 90, на 5 см. выше его = 92, на 5 см. ниже = 90; отъ лобка до пупка 22 см.; до мечевиднаго отростка 44 см. Высота дна матки надъ лобкомъ 40 см., надъ пупкомъ 18 см. Дно матки незначительно отклонено вправо и впередъ.

Dist. spin.--spinarum anteriorum = 26,25, dist. crist.--cristarum = 25; conjugata externa = 15 см. conjugata diagonalis при двойномъ мыскѣ = 8,25 до верхняго и 8 до нижняго; conjugata vera, измѣренная тазомѣромъ проф. Лазаревича, получилась = 6 см.; высота симфиза 7,5 см. и толщина его 4 см. Прямой размѣръ выхода—7,5 см., поперечный—7 см. Dist. intertrochanterica 29 см.; dist. sin.--spinarum poster. 6 см.; diameter obliqu. extern. dexter et sinister 19 см. Отъ верхняго края симфиза до spina il. ant. super. dext. et sinister. 15 см.

Помѣщая рисунокъ таза больной, полученный по графическому методу изображенія таза въ предложенному проф. Н. В. Петровымъ <sup>1)</sup> и описаннымъ также и мною <sup>2)</sup>, я здѣсь же приведу величины угловъ наклоенія къ горизонту различныхъ диаметровъ этого таза, измѣренныхъ при выпискѣ больной изъ клиники.

Уголъ наклоенія conjug. externae (на рис. линия PS) = 47°.

Уголъ наклоненія *conj. verae* (лин. P'S'') =  $36^{\circ}$ . Уголъ наклоненія прямого выхода (лин. CS') =  $25\frac{1}{2}^{\circ}$ . Уголъ наклоненія симфиза (лин. SS') =  $16\frac{1}{2}^{\circ}$ .



P. точка, обол. ямку под послѣд. пояснич. позвонкомъ. C. сосух S. верхняя наружн. точка симфиза. S'. нижняя наружн. точка симфиза. P'.—самая выдающ. точка мыса. S'' выдающ. точка на внутр. поверх. симфиза. AB—горизонтальная линія.

P'S'C. плоскость сагиттальнаго сѣченія «клиническаго» таза.  
P'S'S'C—плоскость такого же сѣченія полости таза

Длина нижнихъ конечностей: отъ trochant. major до середины колѣннаго сустава—37 *cm.*,—до подошвы 75 *cm.* Длина обѣихъ конечностей одинакова.

При пальпаціи области беременной матки констатируются энергичныя сокращенія ея; во время релаксаціи прощупываются съ правой стороны мелкія части плода, съ лѣвой крупная часть; на этой же сторонѣ на уровнѣ пупка выслушиваются ясно сердечные тоны плода; передняя стѣнка нижняго сегмента матки сильно истончена и выпячена впередъ опершеюся на верхнемъ краѣ симфиза предлежащею частью.

Наружные половые органы безъ уклоненій отъ нормы. Влажлище разрыхлено; входъ въ него очень узкій. Шейка матки изглажена; наружный звѣз пропускаетъ одинъ палецъ; оболочки пузыря цѣлы; высоко надъ входомъ стоитъ головка; *sut. sagittalis* въ направленіи поперечнаго размѣра входа въ тазъ отклонена къ симфизу; роднички не достигаются.

На основаніи изслѣдованія, нами поставленъ діагнозъ: *partus maturus; I-p. strictura pelvis II grad* (по *Litzmann* y); общенерав-

номерно служивый плоскій рахитическій тазъ съ двойнымъ мысомъ. Плодъ живъ; лежитъ въ I черепномъ положеніи.

При паличности служенія 2-й степени показаны: перфорация головки или кесарское сѣченіе при желаніи родителей имѣть живой плодъ. Въ нашемъ-же случаѣ, принявъ во вниманіе 1-е, что величина conjug. verae только на  $\frac{1}{2}$  cm. перешла границу величины служенія 1-й степени, 2-е, что тазъ со всеми признаками рахитического и 3-е, что въ виду только что сказанныхъ причинъ и, особенно, въ виду тонкостѣнности нижняго сегмента матки, извлеченіе даже уменьшеннаго въ объемѣ плода потребуетъ приложенія большой силы и грозитъ разрывомъ матки, а, слѣдовательно, грозитъ опасностью жизни матери при насильственной смерти плода, но нашему крайнему разумію, абсолютно было показано кесарское сѣченіе, тѣмъ болѣе, что на это послѣдовало согласіе мужа и матери болѣе.

Отъ кесарскаго сѣченія можно было ожидать сохраненія жизни матери почти павѣрное, а сохраненія жизни плода—навѣрное.

Въ тотъ-же день въ 8 ч. 50 м. утра, 19 ч. спустя отъ начала сильныхъ сокращеній матки, подъ хлороформнымъ наркозомъ было приступлено къ операциі кесарскаго сѣченія, которое произведено было мною по общезвѣстному способу *Sanger-Leopold'a*. На нижній сегментъ выведенной изъ брюшной полости матки жгутъ не накладывался. Въ нашей клиникѣ уже нѣсколько лѣтъ при подобныхъ операцияхъ нижній отрѣзокъ матки сдавливаетъ одной или обѣими руками одинъ изъ ассистентовъ, а жгутъ вовсе не употребляется. О преимуществахъ употребляемаго нами способа будетъ сказано ниже.

Передъ проведеніемъ разрѣза матки было обращено мною вниманіе на признакъ *Leopold'a*. (при конвергенціи яйцеводовъ послѣдъ прикрѣпится на передней стѣнкѣ матки, при параллельномъ ихъ направленіи—на задней) при чемъ, послѣ разрѣза, знатно оправдалось предположенное по этому признаку прикрѣпленіе послѣда къ передней стѣнкѣ матки.

При вскрытіи полости матки, мною было обращено вниманіе на то, чтобы разрѣзъ не переходилъ черезъ кольцо сокращенія, на что впервые было указано проф. *Истробовымъ*.

Послѣ разрѣза матки, отслоенія рукою послѣда и разрыва оболочекъ пузыря, плодъ былъ извлеченъ за ноги живымъ; онъ сейчасъ началъ кричать. Слизистая оболочка матки прижжена 5% растворомъ *acid. carbolic.*

Рана матки закрыта шелковымъ двухэтажнымъ узловатымъ швомъ; никакого туалета брюшной полости не было сдѣлано, такъ какъ съ успѣхомъ были приняты мѣры, чтобы туда никакой жидкости не попало. Изъ жидкостей применялась исключительно стерилизованная деспилированная вода. Ватные тампоны, облитые въ марлю, вынимались изъ горячей воды, въ которой они до этого кипятились. Инструменты вынимались изъ 3% карболоваго раствора и ополаскивались передъ употребленіемъ въ абсо-

люжномъ спиртѣ; тоже самое продолжалось и съ шелкомъ. При этой операциі спиртъ вообще имѣлъ большое примѣненіе: имъ, послѣ тщательнаго примѣненія мыльной воды, раствора сулемы и эфира, вытирались брюшныя стѣнки оперируемой; руки оператора и ассистентовъ сильно вытирались щетками, обильно смоченными абсолютнымъ алкоголемъ. Рана брюшныхъ стѣнокъ закрыта 11 глубокими и 8 поверхностными швами. Операциа закончена наложеніемъ обычной повязки черезъ 1 ч. 10' послѣ начала.

Хлороформный наркозъ продолжался 1 ч. 25', при чемъ израсходовано 25,0 хлороформа.

Во время наркоза пульсъ больной былъ очень частый и слабый.

Извлеченный плодъ женскаго пола, 2680 grm. вѣсомъ, 49 см. длиною; прямая окружность головки 32 см., косая 35,5; размѣры головки: прямой 10,5, б. косой 12,25, м. косой 9,5, б. поперечный 8,5, малый поперечный 7,5. Окружность плечиковъ 34, поперечный размѣръ плечиковъ 11 см.; грудной размѣръ 8 см.

Больная вскорѣ послѣ окончанія операциі пришла въ себя и ни на что не жаловалась. Въ виду слабости пульса былъ предложенъ больной въ небольшой дозѣ коньякъ; жажда и позывы къ рвотѣ уменьшались отъ приемовъ маленькихъ кусочковъ льду. Течение болѣзни безлихорадочное; самая высокая  $t^{\circ}$  (37,8 $^{\circ}$ ) была въ день операциі, затѣмъ уже съ 5-го дня утрення  $t^{\circ}$  36,8 и вечера не выше 37 $^{\circ}$ ,5 установились на все остальное время. Пульсъ дошедшій въ 1-й день до 120 ударовъ въ 1', на 4-й день уменьшился до нормальнаго числа. Къ вечеру 1-го дня больная начала жаловаться на боль въ правой подвздошной и надчревной областяхъ; на 2-ой день жалобы тѣже; тошнота и рвота послѣ приемовъ вина; небольшая отрыжка. На 3-й день жалобы тѣже, вздутіе живота въ надчревной области значительное; болѣзненность живота небольшая; рвота нѣсколько разъ; къ вечеру повторилась нѣсколько разъ икота; отходятъ газы; послѣ ихъ отхожденія боли успокаиваются. Больная спитъ хорошо. Жажда небольшая. Языкъ необложенъ, влажный.

На 4-ые сутки икота рѣже, вздутіе живота меньше. Epigastrium болѣе податливо; болѣзненность живота незначительная; отхожденіе газовъ почти прекратилось. Самочувствіе хорошее; на 5-й день вечеромъ, послѣ клистировъ, было 2 обильныхъ испраженія. Послѣ этого всѣ болѣзненные явленія прошли. На 6-й день животъ совершенно впалый, повязка, вслѣдствіе этого, сдѣлалась свободною, и пришлось ее перебинтовать. Рана зажила первымъ натяженіемъ; вокругъ одного изъ нижнихъ глубокихъ швовъ—краснота,—это мѣсто смазано іодной настойкою. Затѣмъ выздоровленіе пошло быстрыми шагами. Стулъ ежедневно послѣ клистира; первый самопроизвольный стулъ на 13 день. На 9-й день сняты 5 глубокихъ и 4 поверхностныхъ шва, на 11-й день сняты остальные. Prima intentio на всемъ протяженіи раны; получился рубецъ шириною въ 1½ до 2 см., длиною въ 16 см.; нижній конецъ отстоитъ отъ лобка на 4 см., верхній же отъ мечевид-

ного отростка на 10 см. На 19 день больной позволено съезь; на 22 й день больная стала ходить, и на 26-й день, послѣ ванны, была выписана совершенно здоровою. Матка, при изслѣдованіи, оказалась нѣсколько увеличенною in anteversione; изъ матки выдѣленія безъ запаха бѣловатаго цвѣта; своды и parametria свободны, нечувствительны. Кишечникъ и мочевой пузырь функционируютъ правильно. Ребенокъ который былъ отданъ отцу для прокормленія, по имѣющимся свѣдѣніямъ, до сихъ поръ живъ и здоровъ. Однимъ словомъ, мать и дитя выписаны изъ клиники послѣ кесарскаго сѣченія въ полномъ здоровьи.

Терапія въ первые дни состояла въ прикладываніи пузыря со льдомъ на область раны, и назначеніи кусочковъ льда внутрь; вино, холодный чай и бульонъ ограничены до minimum'a: такъ что можно сказать, что первые два дня больная ничего не кушала. Несомнѣнно, что лучше всего давать подобнымъ больнымъ бульонъ и вино per rectum, какъ это дѣлалось и въ случаѣ, описанномъ д-ромъ *Нобьдинскимъ*.

Въ нашемъ случаѣ, хотя больная принимала минимальныя дозы жидкостей внутрь первые два дня, на третій день уже ясно выступили явленія gastroplegiae и atoniae intestinorum.

На это указывало вздутіе in epigastrio, отрыжка, рвота отъ малѣйшихъ количествъ жидкостей, нкота, вздутіе кишекъ. Въ это время рационально было-бы дать больной слабительное внутрь. Но имѣя въ виду, что при такомъ состояніи кишекъ нужно давать большія дозы слабительнаго, что при растянутыхъ брюшныхъ стѣнкахъ и при напорѣ приведенныхъ въ сильное движеніе кишекъ на свѣжихъ склейки на краяхъ раны возможно расхожденіе краевъ раны и выходеніе кишекъ наружу—я знаю два случая выходенія кишекъ при дефекаціи черезъ разошедшійся края раны, послѣ лапаротоміи, въ одномъ—на 7-й день, во второмъ—чуть-ли не на третьей недѣлѣ,—повторяю, въ виду этихъ соображеній и никогда не рискнуть бы дать больной на 3-й день слабительное внутрь. Въдѣ однимъ изъ главныхъ условій заживленія раны есть покой этого мѣста. Между тѣмъ одинаково хорошіе результаты, но за то безъ риска, даютъ клистиры изъ теплой воды, или мыльные, или, наконецъ, масляные. Но дѣйствія этихъ клистировъ иногда приходится выжидать по цѣлымъ суткамъ.

Для того, чтобы клистиръ подѣйствовалъ скоро, я рекомендую испытанный мною въ этомъ случаѣ способъ: in rectum

вводится через каждыя 3—5 минутъ не болѣе одного или полутора стакановъ тепловатой воды за разъ до дѣйствія. Эффектъ получается поразительный и скорый.

Въ нашемъ случаѣ масляная клизма не подѣйствовала цѣлый день; послѣ же ряда небольшихъ клизмъ, кажется, послѣ пятого стакана, получилось одво очень обильное испражненіе, а затѣмъ вскорѣ и другое; при обоихъ выходило много газовъ; испражненія происходили безболѣзненно, безъ всякой натуги со стороны больной. Животъ сейчасъ же значительно уменьшился въ объемѣ; всѣ болѣзненные явленія (боля подѣ ложечкой, тошнота, рвота, икота), дѣйствительно, какъ рукой сняло.

Они, конечно, зависѣли отъ временной недѣятельности нервовъ и нервныхъ центровъ, залеженныхъ въ желудочно-кишечномъ каналѣ. Ихъ надо, конечно, возбуждать, но легкими средствами неподоволь. Нѣкоторые предлагаютъ при *gastroplegia*—промываніе желудка. Но въ равныхъ стадіяхъ послѣ операціоннаго періода вызываемая первымъ введеніемъ желудочнаго зонда сильная рвота или позывы на рвоту могутъ имѣть послѣдствіемъ тоже расхожденіе краевъ раны. Перечисленные болѣзненные явленія могли напоминать картину воспаленія брюшины, присоединивъ къ нимъ еще общія явленія со стороны всего организма,  $t^0$ , пульса. Поэтому, нужно строго различать *gastroplegiam et atoniam intestin.* отъ перитонита.

Вѣдь, въ томъ и другомъ случаяхъ, прогнозъ и терапія совершенно различны. Какъ въ первомъ случаѣ не слѣдуетъ бояться за жизнь больной, такъ какъ опасность устраняется невинными средствами, такъ во второмъ не слѣдуетъ опускать рукъ. Почему то на теченіе болѣзни послѣ лапаротоміи, тѣмъ болѣе послѣ кесарскаго сѣченія, смотрятъ «*nihilistisch und fatalistisch*», какъ выразился *prof. Fritsch* <sup>4)</sup>.

Почему то вообще смотрѣли до послѣдняго времени на послѣопераціонное теченіе болѣзни, какъ на «*noni me tangere*». Да и не мудрено: до послѣдняго времени, да и въ наше время въ учебникахъ, въ отдѣльныхъ сообщеніяхъ, распространяются очень много о показаніяхъ къ лапаротоміи, о приготовленіи больной, о техникахъ операціи и о всемъ прочемъ, тогда какъ о послѣопераціонной терапіи или ничего не говорится, или упоминается мимоходомъ очень немногое. Особенно громадный

проблѣ существуетъ въ этомъ отношеніи при описаніяхъ случаевъ кесарекаго сѣченія, подводи, почему-то, ихъ подъ общій типъ лапаротомій. Между тѣмъ мы еще слишкомъ далеки отъ идеала, чтобы всѣ случаи кесарекаго сѣченія производились въ условіяхъ другихъ лапаротомій. Но большей части приходится врачу оперировать больную сейчасъ, послѣ того какъ она ее исследовали; ему нѣтъ возможности предохранить ее отъ послѣдствій гнзпаго исследования въ клиннки (ваир., акушерки) и произвести надежную дезинфекцію половых органовъ, нѣтъ, наконецъ, возможности надлежащимъ образомъ очистить кишечникъ. Съ разнообразными послѣдствіями этихъ невольныхъ, но очень важныхъ упущеній, приходится имѣть дѣло въ послѣоперационномъ періодѣ.

Между тѣмъ мѣры борьбы съ этими явленіями не разработаны, каждый врачъ борется въ одиночку или вовсе не становится бороться, успокаивая себя тѣмъ, что, какъ не vlastenъ она была, устранить причины предрасполагающія, такъ и не vlastenъ устранить ихъ послѣдствій. (Къ счастью, я, можетъ быть, сильно ошибаюсь, но мнѣ всегда казалось, читая описанія лапаротомій и ихъ исходовъ, что въ то время, когда послѣ обыкновенныхъ лапаротомій перитонитъ является въ глазахъ оператора чѣмъ то ужаснымъ, тотъ же операторъ мирится довольно легко съ перитонитомъ въ послѣ кесарескомъ періодѣ). Къ счастью же, въ послѣднее время указанный мною проблѣ по немногу заповняется. На первомъ планѣ въ этомъ отношеніи долженъ быть поставленъ трудъ проф. *Fritsch'a*<sup>4)</sup>, но и въ немъ въ главѣ объ уходѣ въ послѣ кесарескомъ періодѣ напечатано всего 12 строчекъ, между тѣмъ какъ главѣ объ уходѣ за больными послѣ лапаротомій посвящено 6 печатныхъ страницъ. Конечно, многое изъ указанного всецѣло примѣнимо къ уходу за больными послѣ кесарекаго сѣченія, но, встаетъ, нѣтъ отвѣтовъ на нѣкоторые вопросы, которые могутъ только являться спеціально послѣ кесарекаго сѣченія. Эти вопросы, мнѣ кажется, настолько общезвѣстны, что считаю лишнимъ ихъ перечислять. Я и то слишкомъ распространился по поводу этого вопроса, но я это сдѣлалъ, имѣя въ виду указать важный проблѣ въ оперативномъ акушерствѣ съ тѣмъ, что бы кто нибудь, ра-

спологающій большимъ соотвѣтственнымъ матеріаломъ, взять на себя трудъ обстоятельно разработать и освѣтить всѣ могущіе встрѣтиться спеціальные вопросы по поводу ухода за больными въ послѣ кесарскомъ періодѣ.

Въ заключеніе я позволю себѣ сказать нѣсколько словъ по поводу положеній д-ра *Нобьдинскаго* и высказать свои.

1) При ясно выраженномъ рахитѣ съ низко стоящимъ мысомъ для абсолютнаго показанія къ кесарскому сѣченію слѣдуетъ расширить границы суженія таза до 6 см. Но это слѣдуетъ дѣлать только въ соотвѣтственно устроенныхъ родильныхъ домахъ, такъ какъ въ нихъ устроено все такъ, что опасность отъ кесарскаго сѣченія въ крайнемъ случаѣ не больше, чѣмъ отъ трудной перфораціи.

Въ этомъ отношеніи нельзя не согласиться съ проф. *Fritsch*'емъ, который говоритъ, что иногда то, что въ клиникѣ является абсолютнымъ показаніемъ къ кесарскому сѣченію, въ частной практикѣ, при несоотвѣтственной обстановкѣ, будетъ и, прибавлю я, должно быть относительнымъ и должно быть замѣнено эмбриотоміей или перфораціей, хотя бы и живаго плода.

2) При абсолютномъ или почти абсолютномъ показаніи къ кесарскому сѣченію выборъ между консервативнымъ кесарскимъ сѣченіемъ и операцией *Porro* не должно ставить въ зависимость отъ нежеланія больной подвергаться вторичному кесарскому сѣченію. Какъ консервативное кесарское сѣченіе, такъ и операція *Porro*, могутъ давать одинаково хорошіе результаты, относительно сохраненія жизни больной но для того, чтобы рѣшиться удалить такіе важные для индивидуальной жизни женщины органы, какъ матка и яичники, необходимо имѣть прочныя научныя основанія. *Fritsch* по этому поводу говоритъ: «kann man ein so wichtiges Organ, wie den Uterus sammt den Ovarien erhalten, so muss dies selbstverständlich geschehen.»

Кто руководствуется только страхомъ больной передъ вторичнымъ кесарскимъ сѣченіемъ и ампутируетъ матку, тотъ, по моему, при относительномъ показаніи не долженъ дѣлать и въ первый разъ кесарскаго сѣченія, такъ какъ оно, вѣдь, ни безопаснѣе вторичнаго, а, съ другой стороны, нѣтъ ника-

нихъ давныхъ предполагать что ребенокъ навѣрно останется въ живыхъ и будетъ жить долгіе годы. И вотъ, положимъ, ребенокъ, извлеченный посредствомъ кесарскаго сѣченія, вскорѣ умираетъ; мать горячо желаетъ имѣть потомство; между тѣмъ она, находясь подъ вліяніемъ страха передъ операцией, при помощи услужливаго врача, сожгла за собою корабли; между тѣмъ она, видя примѣры благопріятнаго исхода кесарскаго сѣченія на себѣ самой, инстинктивно будетъ сознавать, что, оставаясь женщиной и рѣшившись на повторныя операции, она могла бы имѣть потомство въ лицѣ второго, а можетъ быть, и третьяго ребенка.

Гнетущая вѣчная мысль, что она уже не женщина, а подчасъ и семейная поэтому поводу неприятности, разстроенное здоровье служить ей воздаяніемъ за ея малодушіе въ исполненіи ея прямого назначенія—рождать дѣтей и быть матерью.

Въ виду всего этого, если есть хотя малѣйшая возможность, врачъ долженъ оставить больной все шансы быть матерью живаго ребенка и въ будущемъ, когда ей это будетъ необходимо. Къ тому же, вѣдь, даже при абсолютно узкихъ тазакъ нѣтъ никакой необходимости доводить беременность до конца и всякій разъ до кесарскаго сѣченія: можно ее, съ полною безопасностью для жизни беременной, прерывать—это будетъ законно и научно.

Если же, почему либо беременность необходимо довести до конца, то больная уже хорошо ознакомленная съ своимъ положеніемъ, обратится къ врачу заранее. Врачъ же будетъ имѣть возможность поставить больную въ условія обычныхъ лапаратомій и тѣмъ уменьшить значительно опасность повторнаго кесарева сѣченія, сравнительно съ первымъ, которое, какъ я сказалъ выше, по большей части приходится дѣлать экспромтѣмъ.

Въ виду сказаннаго, вполне соглашаясь, съ докторомъ *Побдинскимъ* и съ цитированнымъ имъ мнѣніемъ проф. *Феноменова*, что такая (съ узкимъ тазомъ) женщина не способна къ дѣто рожденію какъ передъ операцией, точно также и послѣ ампутаціи матки, мы утверждаемъ, что женщина даже съ абсолютно узкимъ тазомъ, все таки, способна къ забеременѣванію и вынашиванію плода и что для лишенія ея этой способности

не достаточно имѣть только наличность узкаго таза, а нужно руководствоваться строго научными показаніями къ операциі *Porro*, которыя приблизительно слѣдующія.

Операциа *Porro* показана:

а) при сильно развитомъ эндометритѣ, чтобы удалить источникъ заразы;

б) при сильно измѣненной мускулатурѣ матки, при опухоляхъ ея, разрывахъ и т. п., когда ея удаленіе показано и внѣ беременности;

в) при абсолютной, вслѣдствіе тѣхъ или другихъ причинъ, атоніи матки, обнаруженной во время производства операциі даже послѣ закрытія маточной раны;

г) у идиотовъ, кретинокъ, какъ это дѣлаеть *Fritsch*, по вполнѣ понятнымъ причинамъ. Къ этимъ общеизвѣстнымъ показаніямъ слѣдовало бы прибавить еще;

д) у женщинъ съ явнымъ предрасположеніемъ къ наследственной передачѣ ребенку такихъ болѣзней, какъ сифлисъ и бугорчатка и

е) у женщинъ, которыя страдаютъ неизлѣчными болѣзнями, которыя хотя и не передаются наследственно, но при новой беременности могутъ оказаться гибельными для больной; напр., *asthma*, *vitium cordis* и т. п., и даже психозъ, проявившійся во время беременности.

Не надо забывать также, что послѣ операциі *Porro* гораздо чаще наблюдается *leus*, чѣмъ послѣ кесарскаго сѣченія.

3) Проф. *Н. В. Ястребовъ* уже нѣсколько лѣтъ при операциі кесарскаго сѣченія не примѣняетъ жгута: его дѣйствіе замѣняетъ ассистентъ, обхватывающій руками нижній сегментъ матки въ продолженіи всей операциі, какъ до извлеченія плода, такъ и послѣ него. Замѣна эта мотивируется не столько происходящей отъ примѣненія жгута асфиксіей плода, какъ объ этомъ упоминаеть д-ръ *Нобьдинскій*, сколько главнымъ образомъ, тѣмъ, что при этомъ способѣ съ одной стороны, при не вполнѣ задержанномъ кровообращеніи, достигается довольно полная остановка кровотеченія, съ другой стороны не происходитъ вслѣдствіе этого ischemiа органа на довольно продолжительное время, какъ это бываетъ при наложеніи жгута.

Послѣдствіемъ же ischemiи является потеря сократительности мускулатуры, атонія матки, кровотеченіе изъ матки, чего мы въ нашей клиникѣ ни разу не наблюдали. Въ предупрежденіи послѣдовательнаго кровотечения заключается главная цѣль замѣны жгута руками, не смотря на всю тягость ея для ассистента.

4) Въ сообщеніяхъ о случаяхъ кесарскаго сѣченія или операциі *Cesaro* слѣдовало бы основательно разработывать описаніе послѣоперационнаго періода и терапіи его, особенно въ случаяхъ со смертельнымъ исходомъ, выясняя насколько это возможно, причины такого исхода, указывая средства борьбы съ болѣзью, сознаваясь откровенно въ вольныхъ и невольныхъ ошибкахъ, если таковыя были, съ тѣмъ, чтобы учащихся читателей учить, и даже ошибками учить, а не поражать ихъ количествомъ и качествомъ сдѣланныхъ операций.

Здѣсь да будетъ мнѣ позволено принести мою искреннюю благодарность многоуважаемому моему учителю, проф. *Н. В. Ястребову* за подготовку меня къ самостоятельной дѣятельности даже въ такихъ серьезныхъ случаяхъ, какимъ является для меня, начинающаго акушера, описанный мною.

## Л И Т Е Р А Т У Р А:

- 1) Проф. *Н. В. Ястребовъ*. Курсъ акушерства; выпускъ I. Анатомія. Варшава, 1896 г.
  - 2) Д-ръ *А. П. Павловъ*. Измѣненіе наклоненія таза подѣ влияніемъ родовъ и послѣ родового періода. Сборникъ работъ по Акушерству и женскимъ болѣзнямъ, посвященный проф. *К. Ф. Славянскому* въ 25-лѣтіе врачебно учебной дѣятельности. С.-Петербургъ 1894 г.
  - 3) Проф. *Н. В. Ястребовъ*. О консервативномъ кесарскомъ сѣченіи. Журн. Акуш. и Жен. болѣз. № 9 (сентябрь) 1891 г.
  - 4) Prof. *Heinrich Fritsch*. Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrgangs 189<sup>1/2</sup>, Berlin 1893.
-