

ЗАСЪДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

ПРОТОКОЛЬ № 18.

Засѣданіе 30-го декабря 1893 года.

Предсѣдательствовали Д. О. Оттъ.

Присутствовали 38 членовъ: Бацевичъ, Бѣляевъ, Вастень, Веберъ, Виридарскій, Даниловичъ, Добронравовъ, Драницинъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Змигровскій, Какушкинъ, Личкусъ, Маршанкевичъ, Массень, Мисевичъ, Оленинъ, Пассоверъ, Петровъ, Полонскій, Поршняковъ, Ратекій, Рачинскій, Рейнъ, Рузи, Рымша, Савченко, Соколовскій, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Федоровъ, Феноменовъ, Фишеръ, А. Р., Швердловъ, Шуттенбахъ, Эйхфусъ, и 45 гостей.

1) Читанъ и утверждень протоколь № 17.

2) В. Н. Массень сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ— «*Дальнѣйшія данныя относительно патогенези эклампсiи*». Въ одной изъ своихъ предшествовавшихъ работъ по тому же вопросу онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) существенныя патолого-анатомическія измѣненія при эклампсiи находятся въ печени; нѣсколько слабѣе онѣ выражены въ почкахъ и другихъ паренхиматозныхъ органахъ. 2) Причиной эклампсiи слѣдуетъ, по всей вѣроятности, считать глубокія нарушенія окислительныхъ процессовъ въ тѣлѣ. Появляющіеся при этомъ

лейкомаши можно было бы разсматривать, какъ одну изъ причинъ экламптическихъ судорогъ. — Тогда, однако, химическая сторона данныхъ докладчика опиралась всего на два изслѣдованія мочи въ одномъ случаѣ эклампсiи. Съ тѣхъ поръ ему удалось наблюдать еще 5 случаевъ эклампсiи и получить въ свое распоряженіе данныя химическихъ изслѣдованій мочи, произведенныхъ проф. *А. В. Пелемъ*. Результаты изслѣдованія (со включеніемъ и прежняго случая) были представлены докладчикомъ въ видѣ таблицы. Моча изслѣдовалась во время эклампсiи и затѣмъ вторично, когда эклампсiя уже оканчивалась, и больная начинала уже выздоравливать.

Въ мочѣ всѣхъ больныхъ, во время эклампсiи, оказались бѣлокъ, лейкоциты и цилиндры, т. е., имѣлось на лицо несомнѣнное страданіе почекъ. Содержаніе бѣлка въ одномъ случаѣ достигало до 22,64⁰/₁₀₀. Мочевина въ двухъ случаяхъ, во время эклампсiи, содержалась въ повышенномъ противъ нормы количествѣ, послѣ же эклампсiи содержаніе ея рѣзко упало значительно ниже нормы. Въ остальныхъ 4 случаяхъ содержаніе мочевины, какъ во время, такъ и послѣ эклампсiи было значительно меньше нормы, при чемъ обращаютъ на себя вниманіе случаи III и VI, въ которыхъ содержаніе мочевины было особенно ничтожно: 7,5⁰/₁₀₀ и 5,19⁰/₁₀₀. Мочевая кислота въ первыхъ двухъ случаяхъ выдѣлялась, во время эклампсiи, значительно больше нормы, а послѣ эклампсiи спустилась приблизительно до нормального количества; въ случаѣ IV содержаніе мочевой кислоты тоже было повышено противъ нормы, но незначительно; послѣ эклампсiи оно тоже уменьшилось. Въ остальныхъ же 3-хъ случаяхъ (III, V, VI) содержаніе мочевой кислоты было лишь нѣсколько меньше нормы, и это тѣмъ болѣе интересно, что въ случаяхъ III и VI наблюдалось одновременно и незначительное количество мочевины. Въ тоже время выдѣляемость мочевой кислоты (опредѣлявшаяся отношеніемъ мочевой кислоты къ количеству фосфорной кислоты въ видѣ фосфорнонатріевой соли) была во всѣхъ случаяхъ (изслѣдваны 4 случая) больше нормы; только въ случаѣ VI, во время эклампсiи, эта выдѣляемость не переходила за норму. Содержаніе хлористаго натрія въ 4-хъ случаяхъ, какъ во время, такъ и послѣ эклампсiи, было ниже нормы; въ 3-хъ же—

почти нормально. Фосфорная кислота лишь въ 1-мъ изслѣдованіи изъ 11 была нѣсколько больше нормы; въ 2-хъ содержаніе ея оказалось нормальнымъ, а въ 8-ми—значительно ниже нормы. Содержаніе сѣрной кислоты, въ общемъ, держалось въ предѣлахъ нормы. Указавъ затѣмъ на то, что $\frac{0}{\infty}$ содержаніе бѣлка по окончаніи эклампсіи значительно уменьшилось, при одновременномъ уменьшеніи и даже полномъ исчезновеніи цилиндровъ, докладчикъ замѣтилъ: «не доказываетъ ли это, что отравляющее вещество имѣетъ весьма переходящее вліяніе на почки и что съ устраненіемъ его послѣднія довольно быстро возвращаются къ нормѣ: и, дѣйствительно, микроскопическія изслѣдованія показали, что патолого-анатомическія измѣненія почекъ при эклампсіи касаются исключительно эпителія коркового слоя; измѣненій со свойствами омертвѣнія, какъ въ печени, здѣсь не бываетъ».

Весьма интересно содержаніе лѣйкомаиновъ: оно во всѣхъ случаяхъ было выше нормы, при чемъ наименьшее количество ихъ во время эклампсіи было 1,22, т. е. приблизительно въ $2\frac{1}{2}$ раза больше нормы, а наибольшее 6,54, т. е., въ 13 разъ больше нормального. Во всѣхъ случаяхъ далѣе, замѣчалось рѣзкое уменьшеніе лѣйкомаиновъ послѣ эклампсіи, что указываетъ на связь между приступами эклампсіи и клеточковымъ окисленіемъ. Только въ одномъ случаѣ лѣйкомаиновъ послѣ эклампсіи было больше, чѣмъ во время эклампсіи. Но эта больная и до сихъ поръ представляетъ картину самоотравленія и лежитъ въ клиникѣ еще съ повышенной температурой. Все вышеизложенное, по словамъ докладчика, подтверждаетъ высказанное имъ годъ тому назадъ предположеніе, что при эклампсіи имѣется глубокое нарушеніе въ окислительныхъ процессахъ тѣла: пониженное количество мочевины рядомъ съ усиленнымъ противъ нормы выдѣленіемъ мочевой кислоты говорятъ за то, что бѣлковыя вещества въ силу какихъ-то причинъ не могутъ доходить до крайнихъ степеней окисленія и выдѣляются въ недокисленномъ видѣ, именно въ видѣ мочевой кислоты. Это между прочимъ самымъ краснорѣчивымъ образомъ подтверждается и тѣмъ, что, согласно съ данными изслѣдованія, окисленныхъ азотистыхъ веществъ во всѣхъ случаяхъ было значительно меньше нормы. Далѣе, количество лѣйкомаиновъ въ тѣлѣ, при

эклампси, громадно повышается; вырабатываемые и распространяемые при такихъ условіяхъ по всему тѣлу лѣйкомаины эти несомнѣнно оказываютъ общее отравляющее вліяніе. Причина столь рѣзкаго нарушенія химизма, по мнѣнію докладчика, несомнѣнно кроется въ печени, которая при эклампси такъ сильно измѣняется въ своемъ строеніи; между тѣмъ въ печени, какъ извѣстно, совершается выработка мочевины и превращаются, дѣлаются безвредными лѣйкомаины. Что въ печени, а не въ другомъ какомъ либо органѣ слѣдуетъ искать источникъ зла, ясно, между прочимъ, и изъ того, что гнилостное броженіе въ кишкахъ почти во всѣхъ случаяхъ значительно больше нормы, несомнѣнно, вслѣдствіе нарушенія пищеваренія. Странаніе же паренхимы печени связано, какъ показали изслѣдованія *Гонадзе* и *Эйера*, съ пониженіемъ способности ея разрушать ароматическія вещества, образующіяся въ кишкахъ и поступающія въ кровь воротной вены. Отсюда ясно, что нарушеніе отравленія такого органа, какъ печень, должно вести къ глубокимъ растройствамъ питанія и даже къ смерти. Признавая, такимъ образомъ, за источникъ эклампси страданіе печени, докладчикъ не умаляетъ, однако, распознавательнаго значенія и изслѣдованія мочи на бѣлокъ. «Бѣлокъ укажетъ намъ, что почка страдаетъ. и наше дѣло разобрать дальше, представляется ли это страданіе первичнымъ, какъ при чистомъ нефритѣ, или же вторичнымъ какъ при страданіи печени». Въ послѣднемъ случаѣ необходимо принять всѣ мѣры, чтобы предовратить надвигающуюся бѣду—эклампсію, а именно: стараться о введеніи большого количества кислорода въ тѣло, примѣнять средства, которыя помогаютъ окислительнымъ процессамъ въ тѣлѣ (здѣсь, можетъ быть, не лишнее было бы напомнить и о сперминѣ), назначить строгую діету съ полнымъ исключеніемъ мяса, (такъ какъ извѣстно, что мясная пища можетъ стать отравой при ограниченной дѣятельности печени) и, наконецъ, устранить отъ больной всѣ тѣлесныя и душевныя раздраженія (роды подъ хлороформомъ). Докладчикъ думаетъ, что всѣ эти мѣры сократятъ все еще значительный % смертности отъ эклампси. (Докладъ этотъ напечатанъ въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней: январь, 1894 г., стр. 3).

3) *А. Р. Рышца* показали нѣкоторые болѣе интересные препараты, полученные отъ больныхъ, оперированныхъ въ декабрѣ истекшаго года въ гинекологическомъ отдѣленіи Женской Обуховской Больницы, а также *больную съ рѣдкою формою пузырно-влагалищнаго свища*: 1) *2¹/₂ мѣсячная внѣматочная беременность правой трубы*. Послѣ разрыва плоднаго мѣшка кровь излилась въ свободную отъ срощенія брюшную полость, гдѣ распространилась на подобіе водянки (асцита). Черезъ 12 часовъ послѣ разрыва трубы докладчикъ произвелъ чрезосѣченіе на въ высшей степени обезкровленной больной, у которой пульсъ почти не прощупывался. Вся брюшная полость найдена переполненною кровяными сгустками и жидкой кровью; брюшинный конецъ правой трубы, раздутый до величины большей груши, лежалъ вполнѣ свободно между несклеенными петлями кишекъ. Мѣсто разрыва, съ 2 копѣчную монету, съ рванными краями вело въ полость плоднаго мѣшка, въ глубинѣ котораго лежали дѣтское мѣсто и плодъ мужскаго пола; длина послѣдняго отъ темени до крестца $5\frac{1}{2}$, а отъ темени до пятки 7 см. 2) *2¹/₂ мѣсячная внѣматочная беременность лѣвой трубы*. И здѣсь плодный мѣшокъ помѣщался, главнымъ образомъ, въ брюшинномъ концѣ трубы, который, будучи растянутъ до большой груши, свободно лежалъ въ брюшной полости. Черезъ девять часовъ послѣ разрыва плоднаго мѣшка *В. А. Вастень* произвелъ чрезосѣченіе на сильно обезкровленной больной. На брюшинной оболочкѣ плоднаго мѣшка находились въ трехъ мѣстахъ надрывы, покрытые сгустками — въ двухъ съ горошину, въ 3-мъ — (на задней поверхности) съ копѣйку. Въ плодномъ мѣшкѣ найдены плодъ прикрѣпленный на длинной тонкой пуповинѣ къ дѣтскому мѣсту, сидѣвшему на внутренней поверхности мѣшка. Длина плода отъ темени до крестца $4\frac{1}{4}$, а отъ темени до пятки $5\frac{1}{2}$ см. 3) *Кистовидная опухоль* на длинной ножкѣ, довольно плотная, почковидная, съ синеватой гладкой, но не ровной поверхностью, длиною въ 20, а шириною въ 9—13 см. Удалена *В. А. Вастенюмъ* двѣ недѣли тому назадъ. Къ одному изъ краевъ этой опухоли, недалеко отъ ножки, шелъ длинный плотный тяжъ, толщиною въ мизинецъ; тяжъ этотъ при осмотрѣ оказался приросшимъ чревовиднымъ отросткомъ. Ножка опухоли непосредственно переходила въ

правый mesosalpinx, гдѣ помѣщались отдѣльно отъ нея правые труба и яичникъ. На разрѣзѣ опухоли замѣтно много большихъ сосудовъ и очень много полостей различной величины: отъ каленаго до грецкаго орѣха, съ перегородками въ видѣ плотныхъ перекладинъ; мѣстами попадаетъ и сплошная ткань. Полости опухоли наполнены кровянистой жидкостью. Микроскопическое изслѣдованіе не закончено; можно только сказать, что данная опухоль злокачественная, раковая, ибо микроскопическіе срѣзы представляютъ картину рака; первичной же ткани въ нихъ пока найти не было возможно. Слѣдуетъ добавить, что больная 39 лѣтъ, не особенно хорошаго питанія, но безъ ясно выраженныхъ признаковъ худосочія. Въ полости малаго таза было около двухъ столовыхъ ложекъ розовой водяночной жидкости. 4) Больная М. К., замужняя, крестьянка, 26 л., уроженка С.-Петербургской губ., поступила въ гинекологическое отдѣленіе Женской Обуховской Больницы, жалуясь на полное недержаніе мочи. Изъ анамнеза видно, что она родила 1 разъ, 5 лѣтъ назадъ, въ присутствіи деревенской бабки. Роды были трудные, продолжались 5 сутокъ, послѣ чего родился доношенный, но мертвый ребенокъ. Вслѣдъ за окончаніемъ родовъ появилось непроизвольное мочеиспеченіе. По словамъ больной, кровянистыхъ послѣродовыхъ очищеній не было ни капли. Въ продолженіи первыхъ двухъ лѣтъ послѣ родовъ больная постоянно лежала, лихорадила и крайне похудѣла; мѣсячныхъ за все это время не было; нижняя часть живота вздулась; въ ней появилась опухоль, которая медленно увеличивалась. Постоянная боль внизу живота и въ поясницѣ. По прошествіи двухъ лѣтъ, по выраженію больной, «вдругъ что то лопнуло въ животѣ», и чрезъ прямую кишку выдѣлилась масса черной, вонючей, отчасти свернувшейся, отчасти же жидкой крови. Опухоль внизу живота исчезла. Больной тогда сдѣлалось легче; она встала съ постели и стала поправляться. Въ послѣдніе три года мѣсячныя приходятъ неправильно: чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ, съ болію въ поясницѣ. Больная сама ощупываетъ надъ лобкомъ увеличивающійся желвакъ; при выдѣленіи изъ задняго прохода черной крови желвакъ этотъ уменьшается и затѣмъ исчезаетъ. Промежность цѣла; отъ мочеиспускательнаго канала остался только незначительный мостикъ,

менше сантиметра шириною. Остальная часть уретры и шейка пузыря вполне разрушены, вследствие чего мочевого пузырь выпадает хронически гиперэмированной слизистою оболочкою въ рукавъ, при чемъ край мочевого пузыря приросъ къ задней стѣнкѣ рукава недалеко отъ входа, такъ, что рукавъ представляетъ слѣпой мѣшокъ, переходящій сверху въ пузырь. Такимъ образомъ, сводовъ нѣтъ, шейка матки тоже не ощущается. Черезъ кишку опредѣляется приросшая къ передней стѣнкѣ прямой кишки нижняя поверхность влагалищной части, а соответственно наружному зѣву матки имѣется ямка, изъ которой, какъ это видно при осмотрѣ кишечнымъ зеркаломъ выдѣляется слизь. Размѣры таза: ости 25, тазбни 28, верт.поги 31, наружный прямой 16 $\frac{1}{2}$ см. У больной въ продолженіи послѣднихъ 10 недѣль не было мѣсячнаго. Жалуется на боль внизу живота и поясницѣ. Надъ лобкомъ ощущается плотная, мало подвижная матка, съ большую грушу. Распознава haematometra. Маточнымъ зондомъ, введеннымъ чрезъ кишку въ ямку, было разрушено перепончатое зарощеніе у наружнаго зѣва, послѣ чего зондъ вошелъ свободно въ полость матки на 15 см. Вслѣдъ за тѣмъ стала чрезъ прямую кишку выдѣляться черная кровь; вмѣстѣ съ тѣмъ тѣло матки мало по малу уменьшилось до нормальной величины.

На вопросъ *Г. Е. Рейна* объ исходѣ оперированныхъ больныхъ *А. Р. Рымина* сказалъ: у больной, которая была оперирована вслѣдствіе кистовидной раковой опухоли, послѣоперационное теченіе прошло вполне гладко, и больная теперь уже ходитъ. Что же касается до двухъ больныхъ, оперированныхъ вслѣдствіе внѣматочной беременности, то, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ время не терпитъ и каждый часъ дорогъ, приходится оперировать немедленно, безъ предварительныхъ приготовленій. И въ этихъ обоихъ случаяхъ операція была произведена вечеромъ, послѣ того, какъ операторъ и помощникъ все утро провели въ отдѣленіи съ больными разнаго рода. Несмотря на это, у одной изъ больныхъ послѣоперационное теченіе прошло безъ малѣйшей реакціи, и она въ настоящее время уже на ногахъ. Вторая больная, думается, оправилась бы отъ остраго малокровія, такъ какъ она прожила послѣ операціи 2 $\frac{1}{2}$ сутокъ и чувствовала себя первое время довольно сносно.

но присоединился острый гнойный перитонитъ. Въ данномъ случаѣ было очень желательно отложить операцію до слѣдующаго утра, такъ какъ и докладчикъ и помогавшій ему при операціи товарищъ утромъ того же дня имѣли дѣло съ очень тяжелыми гнойными больными; но никого не было подъ рукой, чтобы замѣнить того или другаго; а между тѣмъ малокровіе было столь сильное (пульсъ въ 11 часовъ ночи уже не прощупывался), что откладывать операцію не было никакой возможности.

Г. Е. Рейкъ замѣтилъ, что въ 1-мъ случаѣ вѣнчатой беременности, кончившемся смертью отъ гнойнаго зараженія, послѣднее могло быть занесено не операторомъ и не его помощникомъ, а попасть въ брюшную полость изъ разорванной трубы; вѣдь труба находится въ сообщеніи, черезъ матку и рукавъ, съ вѣнчатымъ міромъ, и въ нее, слѣдовательно, могутъ попасть гнойныя начала. Это обстоятельство тоже должно, между прочимъ, пробуждать насъ поступать при вѣнчатой беременности по возможности *активно*, ибо при подобномъ заболѣваніи больныя могутъ умереть не только отъ малокровія, но и отъ гнойнаго зараженія. Таковы, напр., случаи *Бяляева*

4) *А. А. Драницинъ* (изъ клиники *Д. О. Отта*) показалъ слѣдующіе препараты: а) *Многopолостную железистую кисту, удаленную на 5-мъ мѣсяцѣ беременности*. Хотя опухоль была сращена съ сальникомъ и стѣнками живота, но операція оказалась не трудною. Беременность сохранилась, больная въ настоящее время вполне здорова. б) *Большую, пораженную фиброміомами матку, удаленную чрезъ влагалище*. Больную раньше, въ другомъ мѣстѣ, подвергли выскабливанію, но безъ успѣха: кровотеченіе продолжалось. Въ настоящее время больная здорова. Яичники у нея не удалены. в) *Два удаленныя по способу Д. О. Отта, матки, пораженныя фиброміомами*. Въ этихъ 2-хъ случаяхъ удалены и кистовидно-перерожденные придатки. Обѣ больныя поправились.

5) *А. И. Замиинъ* показалъ *вырѣзанную имъ черезъ влагалище матку, вслѣдствіе пораженія шейки послѣдней канкрюидомъ*. Больная поправилась.

6) *Н. I. Рачинскій* (изъ клиники *Д. О. Отта*) показалъ: а) *больную, у которой пораженная ракомъ матка удалена 8^{1/2} лѣтъ тому назадъ*; возврата до сихъ поръ нѣтъ; б) *больную, перенесшую 10 мѣсяцевъ тому назадъ симфизіотомію*; больная эта отлично ходитъ и чувствуетъ себя вообще вполне здоровой.

7) *В. В. Строгановъ* показалъ *оперированныхъ имъ кроликовъ, у которыхъ между концами разстѣченныхъ лонныхъ костей прижвлены куски реберъ* (отъ кроликовъ же). Сращеніе у всѣхъ получилось вполне прочное.

Г. Е. Рейнъ, Н. Н. Феноменовъ и С. К. Оленинъ по поводу больной, показанной *Н. И. Рахилскимъ*, сообщили и о своихъ случаяхъ влагалищнаго вырѣзыванія матки ради рака, въ которыхъ вотъ уже 6—8 лѣтъ нѣтъ возврата. Они думаютъ, что подобныхъ больныхъ можно считать вполне излѣченными.

Д. О. Оттъ по поводу показанныхъ препаратовъ и больныхъ сказала еще слѣдующее: 1½ года тому назадъ онъ произвелъ оваріотомію на 4-мъ мѣсяцѣ беременности. Больная доносила до срока и теперь вполне здорова. Что касается до возвратовъ послѣ полного влагалищнаго вырѣзыванія матки, пораженной ракомъ, то, помимо показанной Обществу больной, онъ насчитываетъ еще много другихъ, которыя здоровы послѣ операции 4—5—7 лѣтъ. Наконецъ, что касается до грубой беременности, то онъ убѣжденъ въ безусловной необходимости дѣятельнаго вмѣшательства и весьма сожалѣетъ, что раньше не во всѣхъ случаяхъ придерживался этого образа дѣйствія, ибо болѣзнь именно въ этихъ случаяхъ ослаблялась перитонитомъ.

8) *С. Т. Виридарскій* сообщилъ *О случаѣ симфизіотоміи* произведенной въ повивальномъ институтѣ. Глухонѣмая роженица 25 л., поступила въ повивальный институтъ 26/xi 1893 г. Въ дѣтствѣ перенесла тяжелый тифъ и страдала англійской болѣзью. Первые мѣсячныя на 16-мъ году приходили черезъ 24—25 дней; въ послѣдній разъ были въ февралѣ, такъ что беременность, по разсчету, была около 40 недѣль. Времени перваго движенія плода роженица не помнила. Тазъ:osti 24; гребни 26,5, вертлюги 30; наружный прямой 17; наклонная конъюгата 9—9,25 см. Безъимянные линіи обѣихъ сторонъ достигаются очень легко. У лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія небольшой костный наростъ. На крестцѣ характерныя для англійской болѣзни измѣненія. Словомъ: обществууженный, замѣтно рахитическій тазъ. Наибольшій объемъ живота 92 см. Высота дна матки надъ лоннымъ соединеніемъ 40 см. Сердцебіеніе плода—справа, нѣсколько ниже пупка. Головка подвижна надъ входомъ въ тазъ; спинка вправо, мелкія части влѣво. Шейка матки неполнѣ слажена; наружный зѣвъ едва пропускаетъ палецъ. Боли слабыя. Только на 3 сутки пребыванія больной въ родильномъ покоѣ началось замѣтное усиленіе родовой дѣятельности; схватки сдѣлались чаще, продолжительнѣе и болѣзненнѣе. Въ началѣ 3-хъ сутокъ, при зѣвѣ въ 2 пальца, прошли

воды. Къ концу 3-хъ сутокъ отмѣченъ уже судорожный характеръ родовыхъ болей, вслѣдствіе чего сдѣлано подкожное вприскиваніе морфія и данъ хлороформъ. Въ это время, на 2¹/₂ пальца ниже пупочной линіи, стало ясно обозначаться Bandl'евское кольцо. Температура и пульсъ нормальны. Сердцебіеніе плода слышно хорошо. Головка все еще подвижна надъ входомъ въ тазъ; на ней значительная головная опухоль. Зѣвъ матки открытъ на 3 поперечныхъ пальца. Въ виду полной безуспѣшности родовой дѣятельности почти въ теченіи 4-хъ сутокъ, а также усиливавшейся опасности, какъ для плода, такъ и для самой матери (довольно высокое стояніе кольца *Bandl'*я), рѣшено было, при имѣвшейся на лицѣ невозможности самороднаго окончанія родовъ, приступить къ симфизиотоміи, такъ какъ желательнo было сохранить жизнь плода. Операция произведена 30/xi *Д. О. Оттомъ*. Разрѣзъ надъ лоннымъ соединеніемъ въ 4 см. длиною, разрѣчены кожа и подкожная клетчатка; кровотеченіе при этомъ умѣренное. Лонное сочлененіе разрѣзано снаружи вглубь, при чемъ лонныя кости разошлись на 2 см. Головка захвачена и съ большимъ трудомъ извлечена щипцами; лонныя кости разошлись при этомъ на 5 см. Довольно значительный разрывъ передней стѣнки влагалища вверхъ и вправо обусловилъ значительное кровотеченіе, остановленное наложеніемъ швовъ. На кожную рану также наложены швы. Разрѣченное лонное соединеніе рѣшено было соединить самостоятельнымъ костнымъ швомъ. Для этой цѣли съ каждой стороны разошедшихся лонныхъ костей черезъ всю ихъ толщю просверлены для проведенія лигатуры необходимыя отверстія. Вслѣдъ за проведеніемъ крѣпкой шелковой нити черезъ сдѣланныя трубчатыя отверстія приступлено къ завязыванію выше наложенныхъ швовъ на мягкія части. Когда большинство швовъ уже было завязано и пришлось завязать костную лигатуру, узелъ послѣдней не вплотную пришелся къ соединяемымъ костямъ и захватилъ смежныя размятыя ткани. Лигатура оказалась мало стянутой и слѣдовательно, не отвѣчающей своему назначенію; поэтому она была удалена, а такъ какъ для новаго наложенія таковой потребовалось бы снять всѣ ранѣе наложенные швы, то въ данномъ случаѣ рѣшено было отказаться отъ непосредственнаго соединенія костей. Для необходимой же неподвижности

костей таза пришлось ограничиться применением сдавливающего аппарата *Д. О. Отта*. Въ виду того, что во время операции былъ вскрытъ участокъ кльчатки, непосредственно прилегающій къ лону (пространство *Retzii*), на заживленіе котораго первымъ натяженіемъ трудно было рассчитывать, была введена полоска іодоформной марли въ качествѣ дренажа. Въ послѣ-операционномъ періодѣ больная лихорадила. Въ настоящее время (26-й день послѣ операции) она находится еще въ приборѣ, но изслѣдованіе лонныхъ костей, какъ снаружи, такъ и черезъ влагалище, показываетъ, что между ними произошло уже хорошее соединеніе. Лихорадка прекратилась и больная чувствуетъ себя вполне удовлетворительно. Извлеченный въ глубокой асфиксін плодъ умеръ на другой день, какъ показало вскрытіе отъ спаденія (ателектаза) легкихъ. Размѣры его слѣдующіе: длина 48, прямой размѣръ головки 10, большой косой 12, малый косой $9\frac{1}{2}$, размѣръ плечь 11, груди 8, окружность головки 34, груди 30,5 см. Вѣсъ 2630 грм. (Докладъ этотъ напечатанъ въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней: январь 1894 г., стр. 23).

9) *Е. Б. Димантъ* (изъ клиники *Д. О. Отта*) сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ: «*Опытное изслѣдованіе о вліяніи степенія лоннаго соединенія на размѣры таза*». Въ одномъ рядѣ случаевъ тазы вырѣзывались изъ трупа; при этомъ докладчикъ не считалъ нужнымъ во время изслѣдованія укрѣплять крестецъ, дабы имѣть возможность судить объ его движеніяхъ, объ измѣненіи положенія его въ пространствѣ подъ вліяніемъ расширенія таза. Въ другомъ рядѣ случаевъ измѣреніе дѣлалось на трупѣ *in situ*, тазы не вырѣзывались; крестецъ, слѣдовательно, оставался въ соединеніи съ позвоночникомъ. Для наблюденія брались тазы изъ труповъ женщинъ, вовсе не рожавшихъ, рожавшихъ и умершихъ вскорѣ послѣ родовъ. Концы лонныхъ костей послѣ разсѣченія лоннаго соединенія разводились до различныхъ степеней помощію расширителя, снабженнаго винтомъ и скалой. Параллельно съ производствомъ измѣреній обращалось вниманіе на подвижность сочлененій таза и на состояніе связочнаго прибора. При этомъ въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдалась небольшая подвижность концевъ лонныхъ костей еще и до разрѣза лона. Тотчасъ послѣ разсѣченія лоннаго соединенія концы лонныхъ костей очень часто сами расходились нѣсколько въ сторону,

оставляя промежутокъ въ 0,5 см. слишкомъ. Иногда такого самороднаго расхожденія не было вовсе; одинъ разъ получился промежутокъ въ 1 см., и одинъ разъ почти 1,5 см. При разведеніи лонныхъ костей на 4—5 см. получался разрывъ сумочной связки крестцево-подвздошнаго сочлененія; но у женщинъ умершихъ послѣ родовъ (у родильницъ), разведеніе можно было увеличивать до 6—7 см., при чемъ только при послѣдней степени разведенія получался разрывъ вышеупомянутой сумки. Разрывъ сумочной связки наступалъ не въ обѣихъ сочлененіяхъ одновременно. Обыкновенно раньше происходилъ разрывъ на одной сторонѣ; и только при дальнѣйшемъ расширеніи рвалась соотвѣтственная связка и на другой сторонѣ. Рядомъ съ этимъ обстоятельствомъ слѣдуетъ поставить другое, а именно неравномѣрное расхожденіе боковыхъ костей таза: обѣ кости отходятъ въ стороны, но одна быстрѣе другой; то вторая кость совсѣмъ останавливается на время и неравномѣрность еще увеличивается, то отстающая кость догоняетъ ушедшую, чтобы затѣмъ опять отстать и т. д. Разрывъ сумочной связки почти всегда наблюдался раньше на той сторонѣ, на которой отхожденіе безъимянной кости въ сторону было больше. Въ послѣродовыхъ тазахъ равномѣрность расхожденія боковыхъ стѣнокъ таза встрѣчалась чаще и, при дальнѣйшемъ расширеніи, держалась дольше, чѣмъ въ тазахъ непослѣродовыхъ. Одновременно съ вышеизложеннымъ наблюдалась разница и въ *высотѣ* стоянія обѣихъ лонныхъ костей, приблизительно на 0,5 см. При этомъ кость, ниже стоявшая, обыкновенно помѣщалась также нѣсколько впереди сосѣдней кости, стоявшей немного выше и къзади. Достойно вниманія, что ниже и впереди почти всегда стояла кость, болѣе ушедшая въ сторону. Это обстоятельство легко можетъ ускользнуть отъ вниманія при нѣкоторой равномѣрности расхожденія костей. По этому въ тазахъ послѣродовыхъ оно не такъ бросается въ глаза. Расширеніе таза производилось постепенно: сантиметръ за сантиметромъ. При каждомъ новомъ расширеніи таза на 1 см. (а, слѣдовательно, и при каждомъ новомъ измѣненіи формы таза) опять опредѣлялись всѣ размѣры; докладчикъ привелъ, однако, только среднія величины прибавки къ первоначальнымъ размѣрамъ таза, полученные при одной лишь изъ степеней расширенія, а именно при расхож-

деніи концевъ лонныхъ костей на 6 см. Онъ остановился на этой степени расширенія потому, что до этой величины можно, повидимому, расширять послѣродовой тазъ безъ риска нарушить цѣлость связочнаго прибора. Для наглядности докладчикъ представилъ свои цифры въ видѣ таблицы, которую и предъявилъ обществу. Изъ этой таблицы видно, что *прямой* размѣръ входа, при упомянутой степени расширенія таза, увеличивается почти на 1,5 см. вмѣстѣ съ тѣмъ величина прибавки къ *прямымъ* размѣрамъ таза уменьшается по мѣрѣ приближенія отъ входа къ выходу таза: чѣмъ ниже *прямой* размѣръ таза, тѣмъ величина прироста, при той же степени расширенія таза больше. *Поперечные* размѣры нарастаютъ гораздо быстрѣе *прямыхъ*; при этомъ прибавка къ первоначальной величинѣ поперечнаго размѣра, очевидно, тѣмъ больше, чѣмъ дальше данный размѣръ отстоитъ отъ крестца и чѣмъ ближе онъ къ лону. Только это обстоятельство исключительно и вліяетъ на величину прироста поперечнаго размѣра; мѣсто же послѣдняго въ томъ или другомъ отдѣлѣ таза не имѣетъ въ этомъ отношеніи никакого значенія. Изъ сказаннаго не трудно понять, что при разведеніи лонныхъ костей наибольшій поперечный размѣръ входа, въ концѣ концевъ, долженъ перемѣститься впередъ, въ направленіи отъ мыса къ лону. Механическое значеніе этого обстоятельства очевидно. Совершенно также, какъ поперечный размѣръ входа, и наибольшее разстояніе между гребнями подвздошныхъ костей не остается постоянно между первоначальными конечными точками измѣренія, а, по мѣрѣ расширенія таза, перемѣщается на 1—2 см. впередъ. *Косые* размѣры по величинѣ прироста занимаютъ средину между поперечными и *прямыми*. При этомъ, говоритъ докладчикъ, достойно вниманія слѣдующее обстоятельство: «Обычно измѣряемый *косой* размѣръ входа часто составляетъ въ тоже время и наибольшій *косой*, т. е. другого большаго размѣра въ *косомъ* направленіи въ плоскости входа не оказывается. Еще чаще по безымянной линіи, между крестцево-подвздошнымъ сочлененіемъ и конечной точкой измѣренія поперечника входа, находится точка, болѣе отстоящая отъ передней конечной точки *косаго* размѣра, чѣмъ крестцевоподвздошное сочлененіе: миллиметра на 2—3. Слѣдовательно, въ *косомъ* направленіи оказывается

еще одинъ больший размѣръ. Но такъ какъ разница въ величинѣ этихъ двухъ размѣровъ незначительна, то обыкновенно этотъ больший размѣръ врядъ-ли играетъ какую нибудь замѣтную роль. Не то, однако, наблюдается послѣ расширения таза. Этотъ наибольший косою размѣръ, по мѣрѣ расширения таза, нарастаетъ гораздо быстрѣе обычного косою размѣра. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ этого наибольшаго размѣра до расширения таза не было вовсе, онъ послѣ расширения таза появляется. Тогда какъ обычно измѣряемый косою размѣръ, отъ крестценоподздошнаго сочлененія до подвошнолоннаго бугра, даетъ прибавку въ 1,7 см., «наибольший» косою размѣръ даетъ прибавку въ 2,9 см. При этомъ задняя конечная точка этого размѣра перемѣщается по безымянной линіи къ конечной точкѣ измѣренія наибольшаго поперечника». Указавъ, далѣе, на то, что безымянные кости, при расширеніи таза, несравнено большими своими передними частями удаляются одна отъ другой, а меньшими задними или верхне-задними отрѣзками подздошныхъ костей сближаются, измѣняя извѣстнымъ образомъ фигуру *Michaelis'a* докладчикъ графически изобразилъ перемѣщеніе точки, лежащей на симфизѣ, при различныхъ расширенияхъ таза. вмѣстѣ съ тѣмъ онъ указалъ на то, что при разрѣзѣ лона и разведеніи лонныхъ костей происходитъ и вращеніе крестца вокругъ поперечной оси такимъ образомъ, что основаніе его поддается назадъ, а верхушка впередъ. Одновременнымъ участіемъ обѣихъ этихъ условій, заключилъ докладчикъ, можно объяснить выше отмѣченное слабое увеличеніе прямыхъ размѣровъ по мѣрѣ приближенія къ выходу таза. (Докладъ этотъ напечатанъ въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней: январь, 1894 г., стр. 13).

Е. Ф. Вацегичъ сказалъ: „Въ изслѣдованіяхъ докладчика относительно измѣненій размѣровъ въ разсѣченныхъ по лонному соединенію тазахъ, при искусственномъ расширеніи послѣднихъ, не видно плана и акушерской мысли, такъ какъ самыя важныя условія упущены совершенно или недостаточно оцѣнены. Такъ, размѣры акушерской конъюгаты, важность и значеніе которой велики тѣмъ болѣе, что, по разсѣченіи лона, ихъ дѣлается изъ одной—2, совершенно неприведены. Относительно измѣненія угла, образуемое задней поверхностью лоннаго соединенія съ истиннымъ прямымъ размѣромъ,—угла, который, какъ извѣстно въ узкихъ (плоскихъ) тазахъ очень острый и обуславливаетъ всю трудность извлеченія, а также разрывы и отрывы мягкихъ частей, какъ

это имѣло мѣсто и въ только что прочитанномъ случаѣ симфизіотоміи,—тоже ничего не сказано; между тѣмъ очень важно знать и очень важно въ механическомъ отношеніи, что безъимянные кости, послѣ разсѣченія лона, могутъ производить ротационныя движенія, подобно ребрамъ при дыхательныхъ движеніяхъ“. Затѣмъ оппонентъ сомнѣвается, чтобы въ плоскостуженномъ тазѣ, при рѣзкой короткости крестцево-вертлюжнаго размѣра (*distancia sacrocotyloidea*), при почти подъ прямымъ угломъ загибающейся отъ крестца безъимянной линіи, при влающемъ въ полость таза крестцѣ и отвороченныхъ назадъ и вверхъ крыльяхъ крестца, подвздошныя кости могли подаваться впередъ и внизъ (какъ въ случаяхъ доклатчика); буде же они подадутся, то оппонентъ сомнѣвается, чтобы при этомъ получились измѣненія размѣровъ, подобныя тѣмъ, которыя представлѣны д-ромъ *Димантомъ*.

Н. М. Какушкинъ сказалъ: „При оцѣнкѣ результатовъ тѣхъ или другихъ опытовъ должна приниматься въ расчетъ и самая постановка опытовъ, которая должна стоять, по возможности, ближе къ жизни, т. е., къ условіямъ наблюдающимся на живомъ,—въ данномъ случаѣ, слѣдовательно, къ условіямъ, имѣющимся во время прохожденія плода черезъ родовыя каналы. Привнимая во вниманіе указанную доклатчикомъ подвижность къ крестцево-подвздошнымъ сочлененіямъ въ отвѣсномъ направленіи и имѣя въ виду особенности его расширителя, подвижность вѣтвей котораго слишкомъ мало ограничена въ разныхъ направленіяхъ и въ которомъ концы вѣтвей расходятся, при расширеніи, по дугѣ, а не по прямой линіи, я сомнѣваюсь, не вызвать ли расширитель нѣкоторыхъ движеній костей, несоотвѣтствующихъ тѣмъ, какія наблюдаются во время родовъ послѣ симфизіотоміи“.

М. М. Мионовъ замѣтилъ слѣдующее: „Я хочу сказать, пользуясь сообщеніемъ о случаѣ симфизіотоміи, вѣсколько словъ по поводу этой операціи, относительно которой я имѣю довольно обширныя личныя наблюденія. Эта операція производитъ впечатлѣніе далеко не изящной. Операція, дающая сплошь и рядомъ обширныя поврежденія мягкихъ частей, операція, послѣ которой нерѣдко наблюдается не только не вполне плотное соединеніе тазоваго кольца, но даже полное расхожденіе костей таза, операція, послѣ которой почти всегда теченіе послѣродоваго періода осложняется лихорадкой—такая операція оставляетъ желать еще многого. И, дѣйствительно, на сѣздѣ французскихъ акушеровъ (1893 г.), точно также какъ и на послѣднемъ сѣздѣ нѣмецкихъ ганекологовъ въ Бреславлѣ, многіе, даже изъ бывшихъ защитниковъ симфизіотоміи, выступили противъ нея. Изъ послѣднихъ *Leopold*, получившій довольно неблагоприятные результаты отъ симфизіотоміи, предложилъ дѣлать въ соотвѣтственныхъ случаяхъ предупреждающій поворотъ, сохраняя плодный пузырь помощію колпѣйринтера *Braun*'а до полнаго раскрытія маточнаго зѣва. Наблюденія, слѣланныя въ его клиникѣ, показали, что при наклонной конъюгатахъ въ 9 см. удавалось получать при сказанномъ поворотѣ живыхъ дѣтей, вѣсомъ до 4000 грм. Только что слѣланное сообщеніе наводитъ меня на мысль, не было ли бы и въ данномъ случаѣ удобнѣе примѣнить предупреждающій поворотъ“.

Н. Н. Феноменовъ замѣтилъ, что и онъ въ послѣднее время произво-

диль опыты на трупахъ, съ цѣлью изучить измѣненія, происходящія въ тазу послѣ разрѣза лоннаго соединенія. Необходимо помнитъ, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ при разведеніи лонныхъ костей, сумочная связка оказывается еще цѣлой, въ самомъ составѣ могутъ существовать уже глубокія пораженія (напр. отслойка хрящей). Въ общемъ, однако, нужно допустить, что симфизиотомія легка въ техническомъ отношеніи и, вѣроятно, не будетъ уже болѣе вычеркнута изъ ряда акушерскихъ пособій. Задача наша сводится теперь къ тому чтобы выработать точныя показанія для ея примѣненія. Самъ *Н. Н.* полагаетъ, что она умѣстна только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ истинный прямой размѣръ входа въ тазъ равняется или почти равняется 8 см., такъ какъ не слѣдуетъ упускать изъ виду, что лонныя кости не должны быть разводимы болѣе, чѣмъ на 6 см., если мы не хотимъ получить грубыхъ поврежденій въ крестцово-подздошныхъ сочлененіяхъ. Что касается до замѣчанія д-ра *Миронова* относительно предупреждающаго поворота, то подобный образъ дѣйствія врядъ ли заслуживаетъ подражанія. Во всякомъ случаѣ такое „ученіе“, по которому въ цѣломъ рядѣ случаевъ примѣняется однородное шаблонное пособіе, сводящее всѣ наши показанія и условія на „нѣтъ“, не можетъ быть названо „акушерскимъ“. Въ заключеніе *Н. Н.* сдѣлалъ нѣсколько техническихъ замѣчаній относительно доклада д-ра *Диманта*.

9) *Н. И. Федоровъ* (изъ Варшавы) сдѣлалъ сообщеніе «*О примѣненіи электричества по способу Александрова при леченіи женскихъ болѣзней*». Примѣнивъ названный способъ, съ апрѣля истекшаго года, въ завѣдуемой имъ клиникѣ въ 60 случаяхъ пара- и периметритовъ и въ 11 случаяхъ упорныхъ перелойныхъ заболѣваній, докладчикъ получилъ блестящіе результаты, на основаніи чего и совѣтовалъ этотъ способъ присутствовавшимъ. (Докладъ этотъ напечатанъ въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней: январь, 1894 г., стр. 28).

Нѣсколько замѣчаній по этому поводу сдѣлалъ *В. Н. Массенъ*.

Предсѣдатель **Дм. Оттъ.**

Секретарь **Л. Личкусъ.**