

влагалищной фистулы, приходится прибѣгнуть либо къ kolporekisis totalis, либо къ вырѣзыванію соответственной почки.

Б. Фейнбергъ.

37. **Robert Müllerheim. Die Symphyseotomie.** (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, № 91, 1894). **Симфизеотомія.**

Авторъ задался цѣлью рассмотреть всѣ возраженія противъ симфизеотоміи и опредѣлить, какое мѣсто въ акушерствѣ должно быть отведено этой операціи.

Подвижность сочлененій таза доказана многими изслѣдованіями, и ее теперь врядь ли можно отрицать. Однако въ виду большаго различія въ сужденіяхъ о частотѣ и степени этой подвижности, авторъ старался составить себѣ собственное мнѣніе на этотъ счетъ.

Для этого изслѣдовались всѣ три сочлененія таза у родильницъ по способу, предложенному впервые *Freund'*омъ. Сначала въ лежачемъ положеніи родильницы ощупываютъ однимъ или двумя пальцами заднюю поверхность лона со стороны влагалища, въ то время какъ два пальца другой руки снаружи, на лонномъ бугоркѣ, прощупываютъ углубленіе между лонными костями. При этомъ разводятъ и попеременно сгибаютъ и разгибаютъ бедра родильницы для того, чтобы получить представленіе о степени подвижности лоннаго соединенія. Затѣмъ, таже самая родильница изслѣдуется въ стоячемъ положеніи. Опять ощупываютъ лонное соединеніе, а потомъ крестцовоподвздошныя сочлененія. Врачъ, становясь на колѣно, вводитъ въ rectum указательный палецъ до области крестцовоподвздошнаго сочлененія. Родильница должна при этомъ опираться попеременно то на правую, то на лѣвую ногу, свободную ногу поднимать, а туловище откидывать къзади. Руководясь сѣдалищной остью, палецъ легко доходить до костной дуги *incisurae ischid. majoris* и до линіи сочлененія.

Изъ 180 изслѣдованныхъ родильницъ обнаружили подвижность въ лонномъ соединеніи 138. При этомъ наблюдалась:

Малая подвижность . . . . .	41 разъ
Подвижность . . . . .	64 "
Легкая подвижность . . . . .	33 "

Подвижность въ крестцовоподвздошныхъ сочлененіяхъ наблюдалась 114 разъ:

Малая подвижность . . . . .	54 раза
Подвижность . . . . .	49 "
Легкая подвижность . . . . .	11 "
Неподвижность въ симфизѣ . . . . .	42 "
” въ подвздошномъ сочлененіи . . . . .	54 "

Въ обѣихъ заднихъ сочлененіяхъ подвижность большею частью была такая же, какъ и въ симфизѣ. Однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ нельзя было констатировать подвижность заднихъ сочлененій, не смотря на подвижность и неплотное соединеніе симфизы.

Подвижность заднихъ сочлененій при плотности симфизы встрѣчалась рѣдко. Иногда замѣчалась разница въ податливости между правымъ и лѣвымъ сочлененіемъ.

Недостаточная подвижность была находима всего чаще у особъ старше 30 лѣтъ, а легкая подвижность у родильницъ моложе 25 лѣтъ.

Повидимому, кромѣ вліянія возраста, никакой другой моментъ не можетъ быть поставленъ въ причинную зависимость со степенью подвижности. Безъ вліянія остаются: тѣлосложеніе, число и частота предшествовавшихъ родовъ, трудное родоразрѣшеніе, величина головки плода, время послѣ родовъ (7-й или 20-й день), форма таза. Подвижность крестцовоподвздошныхъ сочлененій изслѣдовалась также на 10 трупяхъ. Въ 3-хъ не пуэрперальныхъ тазахъ сочлененія вскрылись съ хрустомъ уже при разстояніи между концами лонныхъ костей въ 1, 1½ и 2 см., а въ семи пуэрперальныхъ тазахъ—послѣ 6, при 6, 5, 4, 2½, 2 и 1 см. Такимъ образомъ, растяжимость связокъ представляется очень различной.

Растяжимость больше у беременныхъ, вслѣдствіе большей сочности связокъ. Повидимому, она также больше у хорошо унитанныхъ субъектовъ.

Авторъ приводитъ нѣсколько цифръ, показывающихъ увеличеніе размѣровъ таза, полученное при расширеніи вышеупомянутыхъ семи пуэрперальныхъ тазовъ. Онъ думаетъ, что нельзя вывести общаго закона для величины прироста даннаго размѣра таза при извѣстномъ расхожденіи лонныхъ костей. Каждая форма таза требуетъ особаго изученія. Среднія величины изъ большаго числа измѣреній каждой отдѣльной формы тоже не принесутъ пользы, такъ какъ помимо формы таза величина расширенія зависитъ еще отъ размѣровъ головки.

Самый главный пунктъ при расширеніи таза послѣ разрѣза лона это состояніе заднихъ сочлененій. По аналогіи съ случаями разрывовъ симфизы, авторъ полагаетъ, что и при симфизеотоміи связки заднихъ сочлененій таза разрываются, такъ какъ эффектъ долженъ быть одинъ: произошелъ ли разрывъ симфиза, или онъ разрѣзанъ искусственно. Авторъ видитъ подтвержденіе этого мнѣнія еще въ томъ, что у первыхъ двухъ женщинъ, подвергшихся симфизеотоміи въ Страсбургской клиникѣ, найдено въ обихъ

сочлененіяхъ столь ясное расхожденіе, какъ ни у одной изъ 200 изслѣдованныхъ родильницъ.

Чтобы рѣшить вопросъ о способѣ заживленія разрѣзаннаго сочлененія была произведена симфизеотомія у молодаго пса, у трехъ кроликовъ и у двухъ морскихъ свинокъ. Эти опыты показали, что между концами лонныхъ костей образуется неплотное сращеніе соединительно-тканнаго характера.

Съ введеніемъ антисептики симфизеотомія стала операцией безопасной для жизни, но она не обезпечиваетъ полнаго возстановленія способности къ работѣ.

У двухъ оперированныхъ женщинъ констатируется шаткость заднихъ сочлененій, у третьей женщины нѣтъ подвижности въ заднемъ сочлененіи, но она прихрамываетъ. Во всѣхъ трехъ случаяхъ имѣется значительное выпаденіе влагалища, временами произвольное мочеиспусканіе и меньшая способность къ труду.

На основаніи всего изложеннаго авторъ приходитъ къ слѣдующему заключенію. Если наступило показаніе къ окончанію родовъ, то прежде всего должно думать о попыткѣ наложить щипцы, а затѣмъ о перфорации. Только въ томъ случаѣ, когда мать и окружающіе отказываются жертвовать ребенкомъ симфизеотомія вступаетъ въ свои права. Поэтому симфизеотомія должна быть произведена только при жизнеспособномъ плодѣ. Она не должна примѣняться никогда у первородящихъ. Должно также сообразоваться съ социальнымъ положеніемъ больной, и не подвергать этой операциі женщину не замужнюю или занимающуюся тяжелой работой.

Всего чаще симфизеотомія будетъ имѣть примѣненіе въ тазахъ плоскихъ, рахитическихъ плоскихъ и общесъуженныхъ. Врядъ ли она принесетъ пользу въ тазахъ поперечносъуженныхъ, за исключеніемъ кифотическаго, такъ какъ эти тазы большею частью представляютъ неподвижность заднихъ сочлененій. Почти также мало можно возлагать надежду на симфизеотомію при кососъуженныхъ тазахъ съ одностороннимъ анкилозомъ.

Въ кифотическомъ тазу, воронкообразномъ и во всѣхъ формахъ съ съуженнымъ выходомъ симфизеотомія можетъ оказаться полезной, но никогда при высокихъ степеняхъ остеомаляціи, при *pelvis obtecta* и при тазахъ съ новообразованіями.

Симфизеотомія не можетъ вытѣснить перфорацию, она только ограничить область ея примѣненія и особенно часто будетъ замѣнять кесарское сѣченіе при условныхъ показаніяхъ.

*Е. Димантъ.*