Засѣданіе 17 сентября (вечеромъ).

Предсѣдатель: *Charles.*

Патогенезъ эклампсіи.

Chambrelent. — Послѣродовая эклампсія разсматривается въ настоящее время главнымъ образомъ, какъ результатъ какого-то самозараженія. Новѣйшія работы, въ частности работы *Bouchard*'а, во Франціи, дѣйствительно показали, что при этомъ страданіи, моча, часто выдѣляемая въ очень малыхъ количествахъ, въ то-же время лишена большей части своихъ токсическихъ свойствъ.

Интересно провѣрить опытнымъ путемъ основательность этой теоріи и отыскать накопленіе токсическихъ веществъ непосредственно въ жидкостяхъ организма, въ частности, въ крови эклампитяческихъ женщинъ.

Такова была исходная точка того ряда опытовъ. который мы предприняли въ этомъ году въ акушерской клиникѣ въ Faculté de medecine въ Парижѣ.

Исходя изъ того вполнѣ доказаннаго *Rummo* факта, что необходимо 10 куб. с. человѣческой кровяной сыворотки, взятой въ физіологическомъ состояніи, чтобы убить 1 килогр. вѣса кролика, мы стали отыскивать количество той-же сыворотки, необходимое для полученія того-же результата, если она взята отъ эклампитической женщины.

Наши опыты велись на шести хорошо установленныхъ случаяхъ послѣродовой эклампсіи и дали намъ 20 наблюденій.

Во всѣхъ наблюденіяхъ ядовитость кровяной сыворотки оказалась гораздо сильнѣе, чѣмъ она бываетъ въ физіологическомъ состояніи. Отъ 3 до 6 куб. с. всегда было достаточно, чтобы убить кролика въ 1 килогр.

Въ нѣсколькихъ случаяхъ мы имѣли возможность опредѣлить въ то-же время ядовитость мочи тѣхъ эклампитичекъ, у которыхъ мы брали сыворотку, и нашли, что это ядовитость въ мочѣ и въ сывороткѣ находится въ обратномъ отношеніи.

Сверхъ того, степень ядовитости сыворотки эклампитичекъ оказывалась тѣмъ сильнѣе, чѣмъ хуже было предсказаніе въ данномъ случаѣ.

Такимъ образомъ, наши наблюденія, подтверждая теорію эклампитическаго самозараженія, представляютъ въ то-же время средство констатировать степень этого самозараженія и могутъ служить для выясненія предсказанія въ послѣродовой эклампсіи, — предсказанія, которое иногда бываетъ очень трудно поставить.

Bar (Парижъ).—Эти наблюденія указываютъ на увеличеніе ядовитости крови у эклампитичекъ, но оставляютъ открытымъ вопросъ о зараженіи извнѣ и о самозараженіи, такъ какъ при двухъ случаяхъ ядовитость крови очень легко можетъ быть найдена увеличенной.

Какъ-бы то ни было, въ наблюденіяхъ, сдѣланныхъ мною, резуль-

таты были тождественны съ полученными *Chambrelent*'омъ. Но эти изслѣдованія пока очень не полны; важно продолжать ихъ, дабы опредѣлить степень ядовитости крови беременныхъ, страдающихъ альбуминуріей и представляющихъ или не представляющихъ предвѣстниковъ эклампсіи, установить вліяніе приступовъ и т. под.

О внутрибрюшинномъ уходѣ за ножкой послѣ гистерэктоміи.

Delétrez (Брюссель).—Внутрибрюшинный способъ ухода за ножкой послѣ гистерэктоміи по поводу фибромъ мнѣ кажется избраннѣйшимъ способомъ. Наилучшій пріемъ заключается въ наложеніи асептическаго эластическаго жгута, который и оставляется на мѣстѣ окончательно.

Такимъ образомъ я оперировалъ 18 разъ,—всѣ съ успѣхомъ.

Собравъ данныя многихъ другихъ хирурговъ, я достигъ цифры въ 165 операцій удаленія матки путемъ чревосѣченія по поводу фибромъ, съ внутрибрюшинной ножкой; прибавивъ къ нимъ мои 18 случаевъ, мы получимъ сумму въ 183 операціи съ 11% смертности.

Debaisieux (Louvain).—У одной 40 лѣтней женщины, страдавшей въ теченіи двухъ лѣтъ опухолью живота, признанной лѣчившими ее врачами за фиброму, наступила беременность, на 4-мъ мѣсяцѣ которой я былъ приглашенъ для дачи своего заключенія.

Я подтвердилъ діагнозъ фибромы и предоставилъ случай его естественному ходу. Я былъ призванъ вновь при наступленіи родовъ; пузырь былъ уже разорванъ; увѣренный въ невозможности окончить роды чрезъ природные пути, я сдѣлалъ операцію *Porro*.

Велико было мое удивленіе, когда я убѣдился, что матка не представляла и слѣда фибромы, а сбоку, возлѣ матки, находилась киста яичника, которая и была удалена; обѣ ножки — маточная и яичниковая— ведены по способу *Mikulicz*'а.

Все шло хорошо, какъ вдругъ на 15-й день наступили угрожающія явленія обструкціи, и я опредѣлилъ во влагалищномъ сводѣ рѣзко флюктуирующее скопленіе, принятое мною, въ виду отсутствія лихорадки, за кровоизліяніе. Послѣ простого опорожняющаго прокола чрезъ прямую кишку все пришло въ порядокъ, и больная выздоровѣла удивительно гладко.

Если-бы, вмѣсто того, чтобы діагносцировать фиброму, я распозналъ присутствіе кисты яичника во время беременности, то, конечно, я произвелъ-бы оваріотомію на 4-мъ мѣсяцѣ, будучи вполнѣ увѣренъ въ безвредности такого вмѣшательства по отношенію къ беременности.

Съ другой стороны, это кровоизліяніе, происшедшее, безъ сомнѣнія, вслѣдствіе нѣсколько ускорившагося прорѣзыванія тканей ножки эластическимъ жгутомъ, является интереснымъ въ особенности по своей благопріятности и быстротѣ излѣченія послѣ прокола.

Хирургическое лѣченіе неоперативныхъ раковъ матки.

Houzel (Булонь).—Когда раки матки черезчуръ развились для того, чтобы быть подвергнутыми полной влагалищной гистерэктоміи, лучшимъ

способомъ ихъ пользованія всетаки остается хирургическое вмѣшательство. Не подвергая больныхъ ни малѣйшему риску, оно утѣшаетъ ихъ и на нѣкоторое время поддерживаетъ въ нихъ иллюзіи выздоровленія. Оно даетъ, сравнительно съ теченіемъ процесса, предоставленнаго самому себѣ, излишекъ жизни, который можетъ дойти до года и болѣе.

Эти палліативныя операціи должны производиться широко ножомъ, острой ложечкой, ножницами, въ исключительныхъ случаяхъ и каленымъ желѣзомъ въ видѣ дополненія.

Если можно достигнуть пояса тканей, просто инфильтрированныхъ, то лучшимъ способомъ обращенія съ раной является шовъ, дающій заживленіе первымъ натяженіемъ; если нѣтъ,—то примѣняютъ строго антисептическій уходъ.

Какъ-бы далеко ни ушли раки матки, они могутъ быть облегчены, и существованіе больныхъ продолжено при помощи палліативныхъ операцій.

О базіотрипсіи.

Heinricius (Гельсингфорсъ).—Гельсингфорская клиника является первой среди акушерскихъ клиникъ Сѣвера, гдѣ стали пользоваться базіотрибомъ *Tarnier*. Я считаю себя въ правѣ рекомендовать употребленіе этого инструмента въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ есть небольшое съуженіе таза и гдѣ вынуждены прибѣгнуть къ краніотоміи.

Bar.—Я могу только присоединиться къ вышесказанному. До того, какъ *Tarnier* представилъ свой базіотрибъ, у насъ были—краніокластъ, который очень хорошо захватывалъ и очень-же плохо дробилъ, и цефалотрибъ, скверно захватывавшій, но хорошо дробившій.

Базіотрибъ совмѣстилъ достоинства краніокласта и цефалотриба. Тѣмъ не менѣе, для хорошаго примѣненія базіотриба нужно замѣтить себѣ нѣсколько правилъ и, между прочими то, что захватывать головку плода слѣдуетъ, на сколько возможно, косо—отъ сосцевиднаго отростка одной стороны до скуловой кости другой. *Bonnaire* и я, мы замѣтили, что дробленіе при этомъ положеніи наиболѣе совершенно и уменьшеніе головки достигаетъ максимума.

Два случая родовспомагательной хирургіи.

Delagenière сообщилъ два наблюденія, изъ которыхъ первое можетъ быть резюмировано такъ:

Дѣло шло о случаѣ трудныхъ родовъ у 38-лѣтней женщины,—трудныхъ вслѣдствіе присутствія фибромы на задней стѣнкѣ тѣла или даже шейки матки; сдѣлана операція *Porro*, во время которой пришлось бороться со значительнымъ внутриматочнымъ кровотеченіемъ; выздоровленіе; ребенокъ живъ.

Изъ этого случая докладчикъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы, касающіеся показаній къ операціи *Porro*: серьезные случаи трудныхъ родовъ могутъ быть раздѣлены на временные и постоянные; первые находятся въ вѣдѣ-

ніи консервативной хирургіи (кесарское сѣченіе, симфизеотомія и проч.); вторые требуютъ болѣе радикальнаго вмѣшательства, исключающаго всякую возможность новой беременности. Въ этихъ случаяхъ хирургъ можетъ выбирать только между кесарскимъ сѣченіемъ, сопровождаемымъ двухсторонней кастраціей, и операціей *Porro*.

Показанія къ этой послѣдней слѣдующія:

1) Постоянное препятствіе, находящееся въ маткѣ, если оно можетъ быть удалено вмѣстѣ съ нею;

2) Невозможность или слишкомъ большая затруднительность сдѣлать кастрацію послѣ кесарскаго сѣченія;

3) Значительное кровотеченіе въ полости матки послѣ извлеченія плода и послѣда;

4) Бездѣятельность матки.

Во второмъ случаѣ дѣло шло о многополостной кистѣ праваго яичника у женщины на третьемъ мѣсяцѣ беременности. Ростъ матки повлекъ за собою перекручиваніе ножки съ очень тяжелыми общими явленіями. Въ виду крайности была сдѣлана оваріотомія; больная выздоровѣла и родила въ срокъ, шесть мѣсяцевъ спустя.

Изъ сравненія этого случая съ другими подобными оказывается, что хирургъ можетъ быть призванъ для вскрытія живота не только при вѣроятной беременности, но и при вполнѣ доказанной. При какихъ обстоятельствахъ? *Delagenière* отличаетъ два разныхъ показанія:

1) Съ беременностью совпадаютъ тяжелыя явленія перитонита, внутренняго ущемленія и проч.: при этомъ колебаніе невозможно, операція настоятельна;

2) Угрожающихъ явленій нѣтъ; въ одинъ прекрасный день у беременной женщины въ животѣ находятъ опухоль, или иначе, подозрѣваютъ беременность, когда существуетъ точное показаніе къ чревосѣченію; при этихъ различныхъ условіяхъ все-таки слѣдуетъ оперировать, ибо:

а) беременность не прерывается отъ операціи, тогда какъ это случится при совмѣстномъ существованіи опухоли;

б) воздерживаніе отъ операціи подвергнетъ больную риску перитонита и выкидыша, т. е. очень тяжелыхъ осложненій, присоединяющихся къ операціи, показанія для которой все еще, тѣмъ не менѣе, существуютъ.

Varicocele у женщинъ.

Paul Petit.—Рядомъ съ воспаленіемъ, въ тѣсномъ смыслѣ, приходится считаться съ другими болѣзненными состояніями, называемыми уже съ давнихъ поръ приливами, застоями, которыхъ причины лежатъ въ чистыхъ нарушеніяхъ питанія.

Въ частности, тазовой приливъ подготовляетъ, обостряетъ и поддерживаетъ воспалительное состояніе. Но, впрочемъ, у него есть и самостоятельное существованіе: временное,—тогда онъ выражается, какъ слѣдствіе утомленія и, въ особенности, во время менструаціи, въ ощущеніи тяжести въ

маломъ тазу и въ чувствительности въ области придатковъ; при постоянномъ существованіи, этотъ приливъ дѣлается аналогичнымъ varicocele у мужчинъ и получаетъ важное значеніе въ патологіи женщинъ.

Изъ всей суммы случаевъ, которые мнѣ пришлось наблюдать, я имѣю возможность, мнѣ кажется, вывести слѣдующія заключенія:

1) Пассивная гиперемія, болѣе или менѣе продолжительная, можетъ произвести со стороны яичника важныя нарушенія, начиная съ отека и доходя до склеро-кистовиднаго перерожденія.

2) Это послѣднее страданіе, занимающее такое важное мѣсто въ гинекологіи, не зависитъ, вѣроятно, отъ другихъ, болѣе дѣйствительныхъ причинъ въ тѣхъ случаяхъ, когда не имѣется ни сращеній вокругъ придатковъ, ни яснаго воспаленія въ маточно-трубномъ аппаратѣ.

Ретенціонныя кисты трубъ; неудача при расширеніи; непроходимость внутренней части трубъ при изслѣдованіи препаратовъ.

Fournel (Парижъ).—Я имѣлъ случай наблюдать больную, страдавшую ретенціонными кистами трубъ (salpingite kystique), у которой методическое расширеніе оказалось неуспѣшно; чревосѣченіе и удаленіе поврежденныхъ органовъ пвзволило излѣчить больную, тщательно изслѣдовать придатки и найти тѣ патолого-анатомическія причины, по которымъ расширеніе должно было остаться безуспѣшно.

Я сохранилъ препараты въ кистовидномъ ихъ состояніи въ теченіи шести дней. За это время жидкость, содержавшаяся въ hydrosalpinx'ѣ, не вытекла; чрезъ 6 дней послѣ операціи произошло только незначительное уменьшеніе объема трубной кисты правой стороны, т. е. лишь явленіе простой транссудаціи чрезъ стѣнки.

По разрѣзѣ, я нашелъ, что киста снаружи вполнѣ ограничена сросшимися фимбріями; внутри существуетъ съуженіе, начинающееся на срединѣ трубы; направляясь къ маткѣ, я не могъ найти въ этой части трубы ничего, хотя-бы похожаго на просвѣтъ или отверстіе. При поперечныхъ разрѣзахъ получено не болѣе того. Эта внутренняя часть трубы казалась перерожденною въ настоящій фиброзный шнуръ.

Понятно, что въ настоящемъ случаѣ всякое внутриматочное лѣченіе, какъ бы оно хорошо ни велось, должно было остаться безъ результата. Позволительно думать, что многіе случаи должны быть похожи на этотъ и что многіе трубы представляютъ подобныя-же заращенія.

Vulliet.—Этотъ вопросъ интересуетъ меня потому, что я былъ одинъ изъ первыхъ, часто примѣнявшихъ расширеніе матки тампонаціей. Я не думаю, чтобы это расширеніе сослужило какую нибудь службу при трубныхъ скопленіяхъ. Если трубы и опорожняются, то это лишь оттого, что скопленія въ нихъ перемежающіяся; а тампонація, по моему мнѣнію, не имѣетъ большого значенія; часто она даже можетъ вредить, обостряя воспаленія, которыя уже имѣютъ наклонность сдѣлаться хроническими.

Лѣченіе выпаденій матки.

Westermark (Стокгольмъ).—Впродолженіе пяти лѣтъ я употребляю новый оперативный пріемъ при опущеніяхъ матки и очень доволенъ полученными результатами. Сначала я, по способу *Martin*'а, дѣлаю эксцизію шейки, если существуетъ удлиненіе матки. Я начинаю съ передней губы; кровотеченіе останавливается при помощи одного или двухъ швовъ; слизистая оболочка влагалища и матки соединяются также швами. Съ задней губой поступаю такимъ-же образомъ. Концы нитей (швовъ) я оставляю достаточной длины, чтобы можно было при продолженіи операціи фиксировать съ ихъ помощью матку. Далѣе я произвожу colporrhaphiam anteriorem по способу *Simon*'а. Для этого я вырѣзаю эллиптическій лоскутъ на передней стѣнкѣ влагалища, начиная отъ передней губы влагалищной части матки и оканчивая въ 1 см. отъ уретральнаго отверстія, и края раны соединяю глубокими и поверхностными швами.

Эта часть операціи производится съ цѣлью уничтоженія cystocele. Затѣмъ я дѣлаю на лѣвой боковой стѣнкѣ влагалища надрѣзъ, оканчивающійся въ 3 стм. отъ вульвы, и на разстояніи 2 стм. отъ перваго—другой, ему параллельный. Оба разрѣза соединяются подъ острымъ угломъ въ задней части влагалищной стѣнки. Я удаляю всю слизистую оболочку, заключенную между разрѣзами, съ тѣмъ, чтобы обнаружить околовлагалищную и околошеечную соединительную ткань.

Затѣмъ я накладываю рядъ глубокихъ швовъ, идущихъ съ одной стороны раны къ другой, но еще не затягиваю ихъ. Съ помощью нитей, оставленныхъ на шейкѣ во время первой части операціи, я перемѣщаю выпавшую матку влѣво и дѣлаю ту-же операцію на правой сторонѣ. Только послѣ уменьшенія пролапса я затягиваю швы съ обѣихъ сторонъ.

Если есть разрывъ промежности—явленіе, встрѣчающееся обыкновенно,—то я оканчиваю, зашивая его по способу *Tait*'а.

Новое въ моемъ способѣ заключается въ зашиваніи боковыхъ стѣнокъ влагалища (colporrhaphie latérale). Я дѣлаю эти разрѣзы, чтобы достигнуть сокращеніе соединительной ткани широкихъ связокъ, которыя подъ вліяніемъ выпаденія подвергаются нѣкоторому удлинневію. Благодаря этому сокращенію соединительной ткани, влагалище съуживается въ поперечномъ направленіи и такимъ образомъ, что ея передняя и задняя стѣнки приближаются другъ къ другу, какъ въ нормальномъ состояніи. Этимъ путемъ напряженіе стѣнокъ влагалища, въ верхнемъ концѣ котораго находится матка, помѣщаясь, какъ воронка въ горлышкѣ бутылки,—это напряженіе значительно увеличивается.

Я получилъ превосходные результаты во всѣхъ случаяхъ, гдѣ пользовался этимъ оперативнымъ пріемомъ. Въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ послѣ операціи передняя и задняя стѣнки влагалища сохраняли свое сближенное положеніе, а матка—высоту въ полости таза.

Я оперировалъ по вышеописанному способу 22 больныя; первую операцію

произвелъ въ 1887 году, въ слѣдующемъ сдѣлалъ 5, въ 1889—3, въ 1890—3, въ 1891—6 и въ 1892—4.

Кромѣ того, 4-го апрѣля настоящаго года, я оперировалъ больную, которой сшилъ только боковыя стѣнки влагалища, не прибѣгая къ сшиванію передней и задней стѣнокъ, несмотря на существованіе cystocele и разрыва промежности.

Эту послѣднюю операцію я сдѣлалъ лишь съ цѣлью опыта, чтобы посмотрѣть, какой результатъ дадутъ эти colporrhaphiae laterales. До сихъ поръ рецидива выпаденія нѣтъ, но это наблюденіе во всякомъ случаѣ слишкомъ кратковременно, чтобы выводить изъ него строгія заключенія.

Изъ 23 оперированныхъ 15 имѣли полное выпаденіе и 8—неполное. Къ послѣднимъ я причисляю всѣхъ тѣхъ, у которыхъ часть матки оставалась еще въ полости таза, когда я вытягивалъ выпавшую матку по направленію кнаружи. Отсутствіе возвратовъ и вполнѣ ободряющіе результаты, полученные мною, заставляютъ меня продолжать примѣненіе этого метода.

Объ одномъ изъ признаковъ задняго смѣщенія матки.

Pichevin.—Обыкновенно распознаваніе маточныхъ наклоненій и перегибовъ назадъ очень легко; но различныя обстоятельства могутъ поставить клинициста въ затруднительное положеніе.

Существуетъ признакъ, позволяющій непосредственно распознать заднее смѣщеніе; достаточно произвести тщательное ощупываніе чрезъ влагалище, соединенное-ли или нѣтъ съ пальпаціей живота. Этотъ признакъ, указанный *Le Dentu* (въ Парижѣ), основывается на опредѣленіи срединнаго гребешка, имѣющагося на задней поверхности матки. Съ точки зрѣнія анатомической, срединный задній гребешокъ принимается новѣйшими авторами, — одними какъ постоянное явленіе, другими—какъ очень частое. Но извлекли-ли гинекологи какую-нибудь пользу изъ этой анатомической особенности для распознаванія заднихъ смѣщеній? Я не думаю этого.

Вотъ какъ поступаютъ, чтобы опредѣлить этотъ гребешокъ. Когда изслѣдующіе пальцы достигли угла, образуемаго заднимъ сводомъ, слѣдуетъ водить ими медленно сверху внизъ по средней части кругловатаго тѣла, представляющаго тѣло матки. Въ то-же время пальцы нажимаютъ нѣсколько на слизистую оболочку влагалища, заставляя ее скользить по припухлости въ поперечномъ направленіи. Такимъ образомъ удается прощупать тупой гребешокъ, часто очень рѣзкій, который дѣлитъ шаровидное тѣло на двѣ симметрическія боковыя части. Иногда отростокъ мало намѣченъ и трудно прощупывается; въ другихъ случаяхъ гребешокъ выдается и очень рѣзокъ, въ особенности въ части, сосѣдней съ угломъ перегиба. Слѣдуя пальцемъ по гребешку, можно въ нѣкоторыхъ случаяхъ опредѣлить, что матка расположена не по срединной линіи. Такимъ путемъ можно діагносцировать и боковыя уклоненія заднихъ смѣщеній.

Мои изслѣдованія на трупахъ не многочисленны; я изслѣдовалъ нѣсколько нормальныхъ матокъ, у которыхъ срединный гребешокъ не былъ опредѣлимъ

при непосредственномъ ощупываніи, безъ смѣщенія тканей. Достаточно было произвести искусственный перегибъ назадъ, чтобы явилась возможность ясно прощупать срединный мышечный пучекъ, весьма напряженный на протяженіи около $1^1/_2$ см. отъ угла перегиба.

Объ ахондроплазіи.

Porak. — Ахондроплазія обладаетъ своими спеціальными особенностями. Ее не слѣдуетъ смѣшивать съ состояніемъ индивидуумовъ, представляющихъ неравенство членовъ или укороченіе ихъ противъ нормы, съ нанизмомъ (малорослость), съ рахитизмомъ.

Неравенство членовъ у нѣкоторыхъ особъ представляетъ всѣ переходныя ступени, связывающія ихъ съ нормальнымъ строеніемъ формъ. Этотъ видъ не имѣетъ ничего общаго съ ахондроплазіей (неправильное развитіе хрящей).

Нанизмъ характеризуется остановкой развитія, выражающейся не только въ ростѣ, но и въ духовныхъ качествахъ. Потомство въ этихъ случаяхъ также или слабо или безплодно. Воронкообразный тазъ карликовъ (nains) напоминаетъ дѣтскій типъ.

Рахитизмъ, если и допустить возможность его развитія до рожденія, проявляется въ значительномъ опозданіи начала рожденія, въ симптомахъ, которые дѣлаютъ изъ него не страданіе плода, а болѣзнь новорожденнаго, въ размягченіи не только хрящей, но и костной ткани, которое характеризуется искривленіемъ костей, остающемся и у взрослыхъ.

Chéron рекомендуетъ *дренажъ матки при помощи crin de Florence.*

Verchère говоритъ, что онъ съ тою-же цѣлью пользуется спеціальной трубкой, представляющей въ верхней своей трети утолщеніе, которое позволяетъ укрѣпить ее выше маточнаго зѣва и такимъ образомъ поддерживать продолжительное (pro longe) дренированіе, иногда трудно достижимыхъ при обыкновенныхъ трубкахъ.

Keiffer (Брюссель) доложилъ одно свое наблюденіе, касающееся *подбрюшинныхъ фиброміомъ матки въ случаѣ остановки ея развитія, съ полнымъ выполненіемъ матки и всѣхъ сосѣднихъ органовъ.*

Собраніе, передъ тѣмъ какъ разъѣхаться, выбрало постоянную международную коммиссію для выработки устава и задачъ конгресса и опредѣлило, что слѣдующій международный акушерско-гинекологическій конгрессъ состоится въ Женевѣ въ 1895 году.

Засѣданіе окончено и съѣздъ объявленъ закрытымъ.