

V.

Из акушерско-гинекологической клиники проф. Н. Ф. Толочинова
въ Харьковѣ.

МАТЕРІАЛЫ КЪ ВОПРОСУ О ВНѢМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

Ординатора клиники А. И. Иванова.

(Окончаніе).

Діагностика внѣматочной беременности, особенно въ первые 2—3 мѣсяца, на столько затруднительна, что многіе врачи считаютъ ее возможной въ крайне рѣдкихъ случаяхъ. Такъ *Bandl*¹⁾ сомнѣвается въ возможности діагносцировать внѣматочную беременность до 3-хъ мѣсяцевъ, если она не сопровождается никакими осложненіями. Профессоръ *Н. Ф. Толочиновъ*²⁾ говоритъ, что «распознаваніе внѣматочной беременности на первой ея половинѣ возможно только въ исключительныхъ случаяхъ, при особенно благопріятныхъ обстоятельствахъ». Профессоръ *Крассовскій*³⁾ утверждаетъ, что діагнозъ внѣматочной беременности, особенно въ ранніе сроки ея, можетъ быть поставленъ только съ извѣстной вѣроятностью. Такого же взгляда на діагностику внѣматочной беременности держатся *Spiegelberg*, *Schröder* и многіе другіе, а *Depaul*⁴⁾ считаетъ почти совершенно невозможнымъ распознаваніе этой аномаліи въ первые 4—5 мѣсяцевъ ея развитія.

Въ противоположность этому взгляду на діагностику внѣматочной беременности существуетъ другой взглядъ, высказанный *Winkel*'емъ⁵⁾ *Veit*'омъ⁶⁾ и не многими другими, что діагносцировать внѣматочную беременность почти всегда возможно.

¹⁾ *Bandl*. Ibid.

²⁾ *Толочиновъ*. Ibid.

³⁾ *Крассовскій*. Рѣчь. Ж. А. и Ж. Б. 1890 г. № 5.

⁴⁾ *Depaul*. Arch. de Tocologie des malad. des femmes, 1874 г. I. стр. 264

⁵⁾ *Winkel*. Lehrbuch der Geburtshülfe. 1889 г.

⁶⁾ *Veit*. Centralb. f. Gyn. 1884 г. № 50.

Нужно сознаться, что здѣсь, какъ и вездѣ, бываютъ трудные и легкіе для діагноза случаи и въ то время, какъ вторые диагностируются, если не сейчасъ-же, то послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго наблюденія, первые распознаются только тогда, когда быть можетъ явились уже грозные симптомы внутренняго кровотеченія.

Совсѣмъ иное представляетъ эктопическая беременность во второй половинѣ своей и при живомъ плодѣ. Здѣсь прежде всего легко доказать беременность, какъ таковую, и не трудно исключить участіе матки въ этомъ процессѣ. Значительно труднѣе сдѣлать это при мертвомъ плодѣ, но въ такихъ случаяхъ изъ затрудненій всегда долженъ вывести строгій экзаменъ предшествовавшаго состоянія и, конечно, подробное гинекологическое изслѣдованіе. На сколько важную роль въ такихъ случаяхъ играетъ подробный и точно отобранный анамнезъ, видно изъ одного, приводимаго за симъ мною, случая, гдѣ *laparotomia* по поводу диагностированной кисты яичника указала на внѣматочную беременность съ умершимъ плодомъ. Больная при дачѣ данныхъ предшествовавшаго состоянія по какимъ то соображеніямъ скрыла субъективныя ощущенія развивавшейся беременности, въ чемъ созналась уже послѣ операціи. Случай этотъ по исторіи изъ клиническаго архива состоялъ въ слѣдующемъ:

IV. Мѣщанка М. А. поступила въ клинику 9 сентября 1886 г. съ жалобой на чувство тяжести въ нижней части живота и на боли въ области обѣихъ подвздошныхъ впадинъ и въ верхнихъ третяхъ обѣихъ бедеръ.

Anamnesis. Больная носитъ *menstrua* съ 16 лѣтъ съ довольно неправильными межменструальными промежутками: то черезъ 3, то черезъ 4 недѣли; крови въ небольшомъ количествѣ шли по 5 дней при боляхъ въ лѣвой сторонѣ низа живота и въ поясницѣ. Замужемъ больная съ 17 лѣтъ. Имѣла четверо нормальныхъ родовъ, длившихся по 2—4 часа. Всѣхъ дѣтей кормила сама по 9 мѣсяцевъ. Послѣдніе роды были 6 лѣтъ тому назадъ, а послѣднія регулы 26 августа. О настоящемъ заболѣваніи она рассказываетъ, что годъ тому назадъ тотчасъ послѣ стула она почувствовала боль въ лѣвой половинѣ низа живота и въ поясницѣ; боль эта, появившись разъ, не оставляла ее во все время болѣзни и, достигши *maximum'a*, заставила ее слечь въ постель; по разсказу ея, М. А. пролежала въ постели ровно 2 мѣсяца и пользовалась совѣтами врачей; получивъ значительное облегченіе, она снова могла приняться за свои занятія, но вполнѣ здоровой послѣ того себя не чувствовала и вотъ для окончательнаго излѣ-

ченія она поступила въ акушерскую клинику. Болѣе подробныхъ свѣдѣній о своемъ предшествовавшемъ заболѣваніи, М. А. не сообщила.

Status praesens. Больная 34 лѣтъ, средняго тѣлосложенія, мускулатура и подкожная жирная клѣтчатка умѣренно развиты. Видимыя слизистыя оболочки блѣднорозоваго цвѣта. Исслѣдованіе грудныхъ органовъ ничего ненормальнаго не обнаружило. Кожа живота покрыта многочисленными рубцовыми полосками—слѣды бывшихъ беременностей. Въ правой подвздошной впадинѣ опущивается продолговато-овальная опухоль, величиною болѣе дѣтской головки, на 2 см. не достающая уровня пупка; опухоль эта при надавливаніи болѣзненна, плотна и почти не подвижна. Исслѣдованіе per vaginamъ дало слѣдующіе результаты: матка не велика, слегка подвижна, находится впереди опухоли въ состояніи anteflexio и нѣсколько отклонена въ лѣвую сторону таза. Orificium externumъ открыто и пропускаетъ конецъ указательнаго пальца. Позади и справа матки прощупывается кругловатая, довольно плотной консистенціи опухоль, занимающая повидимому правую широкую связку. Appetitъ плохъ; запоры и общая слабость; t° нормальна. Количество мочи нормально, анализъ ея ничего ненормальнаго не открываетъ.

На основаніи выше изложенныхъ признаковъ былъ установленъ *diagnозъ* опухоли праваго яичника, всего вѣроятнѣе, кисты.

На предложенную операцію больная согласилась. *Laparotomia* произведена 18 октября. По разрѣзѣ брюшныхъ покрововъ и брюшины обнаружилась опухоль довольно плотная, сидѣвшая широкимъ основаніемъ въ полости таза и непосредственно переходившая въ тѣло матки. Съ цѣлью вылученія ея сдѣланъ былъ разрѣзъ на ея поверхности, черезъ который выпятилась сухая, губчатая коричнево-желтаго цвѣта масса, въ которой легко можно было узнать дѣтское мѣсто; значительнаго кровотеченія не было. Введеннымъ въ полость опухоли пальцемъ были констатированы мелкія части и головка плода. Плодъ, который находился въ состояніи мумификаціи, былъ осторожно извлеченъ. Вслѣдъ за этимъ былъ отдѣленъ и послѣдъ. Мѣшокъ пришить къ краямъ раны брюшныхъ покрововъ; полость была затампонирована іодоформенной марлей. Въ мѣшкѣ жидкаго содержимаго не было.

Извлеченный мумифицированный плодъ вѣсилъ 520 граммъ, длина его 29 см.

Послѣоперационное теченіе безъ осложнений; t° все время была нормальная; марля удалена изъ полости мѣшка на 3 день и вставленъ дренажъ, черезъ который промывалась полость. Изъ полости мѣшка отдѣленія были съ запахомъ въ теченіи первыхъ двухъ недѣль, но затѣмъ они потеряли запахъ и стали значительно скуднѣе. Швы сняты окончательно на 18-й день. Дренажъ удаленъ 15-го ноября. Больная выписалась изъ клиники 27 ноября вполне здоровой, но съ не вполне зарубцевавшейся раной.

Если часто трудно бываетъ установить діагнозъ вѣматочной беременности, какъ таковой, то нечего говорить

о томъ, сколько затрудненій представляется для постановки діагноза вида внѣматочной беременности; очень часты, и нѣтъ ничего въ томъ удивительнаго, ошибки; не рѣдки случаи, гдѣ больная остается подъ діагнозомъ: *graviditas extrauterina*, видъ же ея устанавливается, либо по теченію и исходу болѣзни, либо только на операционномъ или секціонномъ столахъ; тѣмъ болѣе стануть понятны ошибки при клиническомъ діагнозѣ, когда часто встрѣчаются не малыя затрудненія даже при постановкѣ анатомическаго діагноза на секціонномъ столѣ.

«Распознать при жизни, говоритъ профессоръ *Н. Ф. Толочиновъ* ¹⁾, анатомическую форму внѣматочной беременности, т. е. опредѣлить въ какомъ органѣ находится яйцо, лежащее внѣ матки, мы лишены всякой возможности за весьма рѣдкими исключеніями». *C. Schröder, Spiegelberg, Otto Küstner* ²⁾ и почти всѣ другіе авторитеты сознаются въ трудности распознаванія вида внѣматочной беременности. а *Bandl* ³⁾ съ своей стороны заявляетъ, что «распознаваніе вида внѣматочной беременности въ большинствѣ случаевъ принадлежитъ къ области невозможнаго».

Весьма рационально при такомъ положеніи вещей предложеніе профессора *Н. Ф. Толочинова* ⁴⁾, для клиническихъ цѣлей весьма пригодное, раздѣлять внѣматочную беременность на двѣ формы: висцеральную и брюшинную, которыя по своему теченію и исходамъ въ большинствѣ случаевъ представляютъ различныя картины, да и прогнозъ для каждой изъ этихъ формъ совершенно различный. Менѣе рационально предложеніе *Otto Küstner'a*, который высказывается за то, что мы дѣлали бы не большую ошибку, считая каждый случай внѣматочной беременности за трубный ея видъ. Не касаясь уже того, что значительно благоприятнѣе предсказаніе для матери при брюшной формѣ беременности, тѣмъ при трубной, для плода при первой формѣ имѣется больше шансовъ быть доношеннымъ до конца и иногда родиться живымъ при помощи чревосѣченія.

¹⁾ *Н. Ф. Толочиновъ. Ibid.*

²⁾ *Otto Küstner. Ibid.*

³⁾ *Bandl. Ibid.*

⁴⁾ *Н. Ф. Толочиновъ. Ibid.*

Помимо трудности распознаванія, ученіе о внѣматочной беременності и по отношенію этиологіи представляется мало разработаннымъ и нѣтъ никакой возможности, если больная не была известна врачу до не нормального забеременеванія, указать въ силу какой ближайшей причины произошло эктопическое развитіе яйца. Всѣ изслѣдователи однако согласны въ томъ, что въ этиологіи внѣматочной беременності главную роль играетъ патологическое состояніе пути слѣдованія яйца отъ мѣста оплодотворенія къ полости матки. Оплодотворенное яйцо, слѣдуя по этому длинному для него пути, можетъ, встрѣтивши тѣ или другія препятствія для дальнѣйшаго своего хода, остановиться и продолжать свое эктопическое развитіе.

Главнымъ образомъ, на что указываетъ частота трубной беременності, препятствія для движенія яйца должны заключаться въ трубахъ; катарръ ихъ слизистой оболочки, какого бы характера онъ ни былъ, можетъ создать подобное препятствіе въ видѣ разрашенія слизистой оболочки до полного закрытія просвѣта трубы, сращенія складокъ ея, закрытіе просвѣта трубы въ силу присутствія полипа, потеря на известномъ мѣстѣ мерцательнаго эпителия—одного изъ факторовъ передвиженія яйца и проч.; затѣмъ отсутствіе другаго фактора передвиженія яйца—перистальтики фаллопиевой трубы, какъ допускаютъ нѣкоторые (*Otto Küstner*), отчего бы то не зависѣло, наконецъ зачаточное состояніе трубъ, такъ называемая *tuba infantilis (Freund)*,—вотъ моменты для эктопическаго развитія яйца, зависящіе отъ ненормальнаго состоянія трубъ. Сюда же слѣдуетъ отнести также измѣненіе въ положеніи трубъ, зависящее отъ прежде протекшихъ пара—и периметритическихъ процессовъ, оставившихъ перемычки и склейки на нихъ; далѣе измѣненіе положенія матки въ видѣ опущенія или смѣшенія въ ту или другую сторону, влекущее за собой измѣненіе въ положеніи и трубъ.

Съ другой стороны при вполнѣ нормальномъ состояніи матки и трубъ, въ зависимости отъ самаго яйца могутъ получиться условія, заставляющія оплодотворенное яйцо остановиться въ томъ или другомъ мѣстѣ трубы и здѣсь продолжать свое развитіе. Это можетъ имѣть мѣсто при вполнѣ доказанномъ въ настоящее время, такъ называемомъ наружномъ передвиженіи яйца (*migratio ovi externa*). Дѣй-

ствительно ничего нѣтъ невозможнаго въ томъ, что оплодотворенное яйцо, прежде чѣмъ дойти отъ мѣста своего оплодотворенія до трубы противоположной стороны, можетъ увеличиться въ своемъ объемѣ на столько, что вполне нормальная труба въ болѣе узкой внутренней своей части не будетъ въ состояніи предоставить ему свободнаго прохода и, будучи задержано на достаточно удобномъ для своего развитія мѣстѣ, начинать образовывать хоріальныя ворсинки, укрѣпляется и вотъ готова типичная трубная беременность.

Вопросъ о томъ, какая изъ принимаемыхъ теперь формъ внѣматочной беременности встрѣчается чаще, можно считать вполне разрѣшеннымъ въ пользу трубной. По изслѣдованіямъ *Bandl'*я¹⁾, $\frac{2}{3}$ всѣхъ случаевъ внѣматочной беременности нужно отнести на счетъ трубнаго ея вида; превалирующую частоту этого вида эктопическаго развитія яйца надъ всѣми остальными признаютъ также и многіе другіе авторы, но нѣкоторые, какъ *Hecker*, *Cohnstein*, признаютъ брюшную форму самой частой. Изъ приведенныхъ мною четырехъ случаевъ внѣматочной беременности по два приходится на трубную и брюшную формы, если же сюда прибавить еще два случая трубной беременности, наблюдавшіеся въ нашей клиникѣ въ весеннемъ семестрѣ $\frac{90}{91}$ учебнаго года, то такимъ образомъ на 6 случаевъ придется 4 трубныхъ беременностей, т. е. $\frac{2}{3}$, какъ и у *Bandl'*я. Эти два послѣднихъ случая были наблюдаемы почти одновременно и заключались въ слѣдующемъ.

V. Больная С. Р. поступила въ Акушерскую клинику 9 февраля 1891 г. съ жалобами на присутствіе опухоли въ животѣ, причиняющей ей временами сильныя боли, распространяющіяся на поясницу и лѣвое бедро.

Anamnesis. Больная происходитъ изъ здоровой семьи, въ дѣтствѣ часто болѣла лихорадкой. Менструруетъ съ 15 лѣтъ. До замужества регулы приходили черезъ 3 недѣли, шли по 6 — 7 дней, были обильны и безболѣзненны. Въ первый же годъ замужества забеременѣла и родила своевременно здороваго ребенка; роды длились слишкомъ двое сутокъ, но обошлись безъ помощи искусства. Ребенка кормила сама 11 мѣсяцевъ. Послѣродовый періодъ протекъ безъ осложнений и С. Р. встала съ постели на 7-й день. Черезъ 7 недѣль послѣ родовъ явились боли внизу живота, отъ которыхъ, по совѣту акушерки, лѣчилась ваннами и какими то втираніями въ низъ живота и проболѣвъ съ мѣсяць получила небольшое облегченіе. Около

¹⁾ *Bandl.* Ibid.

10 лѣтъ тому назадъ опять явились сильныя боли внизу живота, особенно съ правой стороны, и больная стала замѣчать отдѣленіе тягучихъ желтоватаго цвѣта бѣлей. Регулы, установившіяся послѣ отнятія ребенка отъ груди, опять стали неправильными, болѣзненными, coitus сопровождался болью, а послѣ него отдѣлялось немного крови. По совѣту врача она дѣлала себѣ сиринцованія, получала суппозиторіи и внутрь какую то микстуру, почувствовала облегченіе, но полного излѣченія не было. Два года назадъ стала лѣчиться у другаго врача, боли и бѣли почти прекратились и регулы стали правильными. 9 мѣсяцевъ тому назадъ прекратились регулы, появились боли въ поясницѣ; черезъ 2 мѣсяца послѣ того стала испытывать боли внизу живота и чувство напора на прямую кишку, явились запоры, устранявшіеся клизмами. Боли съ теченіемъ времени все усиливались и имѣли перитонитическій характеръ. Беременной больная себя не считала, такъ какъ ощущенія и явленія были не тѣ, что при первой беременности. Черезъ 4 мѣсяца послѣ остановки регулъ стали отекать ноги и явилось задержаніе мочи, такъ что приходилось прибѣгать къ катетру, а еще черезъ мѣсяць больная почувствовала движеніе плода. Въ это время, считая уже себя беременной, больная обратила вниманіе на груди, которыя стали тверже и болѣзненны при давленіи. Усиливающіяся отъ движенія плода боли заставили ее обратиться къ врачу, который, находя беременность не нормальной, посоветовалъ ей вѣхать въ клинику. Три недѣли тому назадъ прекратилось движеніе плода; уже полторы недѣли, какъ изъ половыхъ органовъ отходятъ кровянистыя отдѣленія; груди стали мягче и боли въ животѣ не такъ сильны.

Status praesens. Больная 30 лѣтъ, средняго роста, обладаетъ правильно развитымъ скелетомъ и слабо развитой мускулатурой, подкожная жирная кѣлочка атрофирована; кожа блѣдна, видимыя слизистыя оболочки безкровны. Перкуссія и аускультация грудныхъ органовъ на отступленія отъ нормы не указываютъ. Ислѣдованіе брюшныхъ органовъ дало слѣдующіе результаты: на кожѣ живота немногочисленныя рубцовыя полосы серебристаго цвѣта—слѣды бывшей беременности, *linea alba* слегка пигментирована; объемъ живота замѣтно увеличенъ на счетъ выпячиванія главнымъ образомъ въ лѣвой его половинѣ; наибольшая окружность живота по срединѣ между лобкомъ и пупкомъ—85 см.

Расстояніе отъ лобка до пупка	—18 см.
» » » » <i>processus xyhoid.</i>	—31 »
» » <i>spina ant. sup. dextra</i> до пупка	—18 »
» » » » <i>sinistra</i> » »	—19,5 »
» » » » <i>dextra</i> » <i>proc. xuph.</i>	—23 »
» » » » <i>sinistra</i> » » »	—25 »

Ощупываніе живота, очень болѣзненное, показало, что видимое увеличеніе живота зависитъ отъ какого то не равномернаго плотнаго, бугристаго образованія, большею своею половиною расположеннаго въ лѣвой половинѣ брюшной полости. Верхняя граница этого образованія расположена у 11-го

лѣваго ребра, лѣвая граница въ верхней своей части и вся правая легко прощупываются, нижнюю часть лѣвой границы и всю нижнюю границу прощупать не удается, такъ какъ онѣ теряются въ лѣвой подвздошной области и въ лѣвой половинѣ таза. Все образованіе расположено своей длинной осью въ направленіи сверху и нѣсколько снаружи внизъ и слегка къ средней линіи, уходя въ полость малаго таза. Упомянутая бугристость замѣчается въ верхней части, книзу же она исчезаетъ, такъ что здѣсь образованіе представляется болѣе гладкимъ. Аускультация образованія въ нѣкоторыхъ мѣстахъ указала на короткій дующій, особенно сильный на передней поверхности, шумъ, вполне напоминающій маточный. Тазъ правильный. Наружныя половыя части нормальны; изъ половой щели, нѣсколько зияющей, отходятъ кровянистыя отдѣленія въ незначительномъ количествѣ. Слизистая оболочка рукава разрыхлена и сочна; влагалищная часть матки приблизительно нормальной величины, размягчена; наружное отверстіе ея свободно пропускаетъ конецъ указательнаго пальца. Матка слегка отодвинута вправо и почти къ самому лобку и нѣсколько приподнята. Задній сводъ выпяченъ плотной, гладкой опухолью, тѣсно прилегающей къ маткѣ, которую поэтому трудно всю ощупать. Груды нѣсколько вялы, areolae пигментированы, изъ сосковъ выдавливается молочная жидкость. Суточное количество мочи—1400 куб. см., удѣльный вѣсъ ея 1018, слабокислой реакціи, безъ патологическихъ составныхъ частей. T° нормальна.

Diagnosis на основаніи данныхъ status praesentis и показаній больной могъ быть поставленъ только Graviditas extrauterina съ мертвымъ плодомъ, видъ же ея предполагался трубный.

На предложенную операцію больная изъявила свое полное согласіе.

До операціи больная пролежала въ клиникѣ ровно одинъ мѣсяцъ, такъ какъ имѣлось въ виду по возможности избѣжать плацентарнаго кровотеченія во время операціи. Въ это время въ общемъ жаловалась она на боли въ животѣ, сильную слабость и запоры; аппетитъ былъ плохъ, иногда наблюдались рвоты. Съ 15 по 19 февраля изъ genitalia замѣчалось, прекратившееся было, кровянистое отдѣленіе въ незначительномъ количествѣ. Временами больная испытывала знобы и жаръ; t° вначалѣ держалась въ предѣлахъ нормы, но начиная съ 1-го марта по утрамъ бывала между $37,6^{\circ}$ и $38,9^{\circ}$, а по вечерамъ между 38° и $39,9^{\circ}$. Симптоматическое лѣченіе заключалось въ абсолютномъ покоѣ, въ назначеніи хлороформной мази на животъ; narcotica per os et per rectum и легкія возбуждающія.

Операція произведена проф. М. Ф. Толочиновымъ 9-го марта. За 2 дня до операціи слабительными очищенъ кишечникъ, а за тѣмъ назначенъ висмутъ съ опіемъ. При соблюденіи правилъ антисептики и полномъ наркозѣ сдѣланъ былъ послойный разрѣзъ живота вплоть до околоплоднаго мѣшка, представлявшагося темносиннимъ съ многочисленными довольно крупными сосудами, что дѣлало вѣроятнымъ прикрѣпленіе послѣда на передней стѣнкѣ его. При эксплораціи мѣшка оказалось, что онъ почти по всей своей поверхности былъ сращенъ посредствомъ толстыхъ сосудистыхъ перемычекъ съ брюшиной, такъ что объ удаленіи его не могло быть и рѣчи, а потому рѣшено

было послѣ извлеченія плода дренировать полость околоплоднаго мѣшка. Такъ какъ разрѣзъ долженъ былъ пройти черезъ послѣдъ, то сначала пришлось обшить эту область, причемъ при каждомъ вколѣ и выколѣ иглы получалось значительное кровотеченіе. Не смотря на обшпрное дѣтское мѣсто, разрѣзъ черезъ него далъ очень значительное кровотеченіе, въ виду чего приступлено было къ быстрому извлеченію плода; захваченный за ножку плодъ былъ быстро извлеченъ, перевязана пуговина и полость мѣшка туго затампонирована полосами салициловой марли. Края мѣшка сшиты съ краями раны; наложена антисептическая повязка и на животъ положенъ пузырь со льдомъ. Въ виду слабости пульса подъ кожу впрыснуть былъ эфиръ въ количествѣ двухъ шприцевъ Праваца. Пульсъ нѣсколько поднялся и больная скоро пришла въ себя. Вѣсъ извлеченнаго плода былъ 1350 граммъ, длина 41 см., уродствъ на немъ никакихъ не замѣчалось.

Т° тотчасъ послѣ операциі 36°, пульсъ 104. Вечеромъ того же дня т° 38°. П. 100. Чувствуетъ сильную слабость и боль въ области раны. Рвота была одинъ разъ, все время тошнота. Повязка немного окрашена кровянистымъ отдѣленіемъ.

10 марта. Повязка промокла, наложена свѣжая. Больная мочится черезъ катетръ. Тошнота. Утромъ т° 37,5° П. 110. Вечеромъ т° 38,4°, П. 112.

11. Повязка снова промокла. Марля на половину удалена изъ полости мѣшка. Наложена свѣжая повязка. Боли по прежнему. У. т° 37,5, П. 96, В. т° 38°, П. 100.

12. Боли въ области раны нѣсколько усилились, вслѣдствіе чего ночь провела почти безъ сна. Повязка не много промокла. Больная мочится сама. Назначенъ codeinum. У. т° 37,6°, П. 90. В. т° нормальна П. 84.

13. Сдѣлана перевязка; перевязочный матеріалъ издаетъ запахъ. Получаетъ вино, кофе, бульонъ и codeinum. У. °° 37,3°, П. 88. В. т° 38°, П. 84.

14. Промокшая перевязка снята, вынута изъ полости околоплоднаго мѣшка остальная марля; вставленъ гуттаперчевый дренажъ и полость промыта 4% растворомъ борной кислоты. Тошноты больная не испытываетъ со вчерашняго дня. Къ вечеру повязка промокла кровянистымъ отдѣленіемъ. У. т° 37,7°. П. 88. В. т° 38,3°, П. 96.

15. Повязка замѣнена свѣжей. У. т° 37,8°, П. 84. В. т° 38,5°, П. 94.

16. Общее состояніе удовлетворительно. Боли немного ослабѣли. У. т° 38°, П. 80. В. т° 38,6°, П. 100.

17. Въ общемъ состояніи перемѣнъ нѣтъ. Получила молоко. Назначена клизма. У. т° 38,1°, П. 84. В. т° 37, 8°, П. 96.

18. Перевязка. Отдѣленія кровянисто-гнойнаго характера. Верхняя часть раны срослась *per primam*. Полость мѣшка промыта черезъ дренажъ. У т° 37,4° П 102. В. т° 38,2° П. 96.

19. Перевязка. Отдѣленія съ небольшимъ запахомъ. Промыта полость мѣшка. Болей въ области раны нѣтъ, слабость; больная жалуется на боли въ спинѣ и чувство онѣмѣнія въ области крестца. Клизма. У. т° 37,1, П. 80. В 37,6° П. 94.

20. Перевязка. Отдѣленія съ болѣе сильнымъ запахомъ, количество ихъ незначительно. Въ общемъ состояніе удовлетворительно. Климза. Область крестца растирается *spirito camphorato*. У. t° 37,3° П. 80. В. t° 38,1° П. 92.

21. Перевязка. Отдѣленія такія же. Отверстіе расширено и вставленъ болѣе толстый дренажъ. Полость околоплоднаго мѣшка промывается два раза въ день, причѣмъ вымываются небольшія клочки загнившей ткани, которая подъ микроскопомъ давала ворсины *placentae*. У. t° 37,2°, П. 80. В. t° 38°, П. 80.

22. Перевязка, Вставленъ стеклянный дренажъ. Остальное тоже. У. t° 37° П. 76, В. t° 37,7°, П. 80.

23. Перевязка. Стеклянный дренажъ вызываетъ боли, а потому замѣненъ опять гуттаперчевымъ. Остальное тоже. У. t° 36,8 П. 96 В. t° 37,8°, П. 90.

24. Status idem. У. t° 37° П. 80. В. t° 37,3°, П. 84.

25. Перевязка. Отдѣленія съ меньшимъ запахомъ. Дренажъ нѣсколько выдается надъ раной; выдающаяся часть срѣзана. У. t° 37,1°, П. 76. В. t° 37,6°, П. 88.

26. При утреннемъ промываніи вышли оболочки величиной въ $\frac{1}{3}$ игральной карты и кусочекъ *placentae*. У. t° 37,2°, П. 80. В. t° 37,7°, П. 90.

27. Перевязка. Дренажъ выпирается, замѣненъ болѣе тонкимъ. Въ остальномъ тоже. У. t° 37,4° П. 82. В. t° 37,5° П. 86.

28. Количество отдѣлений значительно увеличилось, безъ примѣси крови и съ менѣе сильнымъ запахомъ. Аппетитъ хорошій; стулъ безъ клизмы. У. t° 37,3° П. 80. В. t° 37,8° П. 90,

29. Status idem. У. t° 37,6° П. 80. В. t° 37,5° П. 88.

30. Отдѣленія почти безъ запаха. Дренажъ значительно выдается надъ раной, срѣзанъ. Самочувствіе значительно поднялось. У. t° 36,8° П. 76. В. t° 38,2° П. 82.

31. Status idem. У. t° 36,6° П. 76. В. t° 38,2 П. 80.

1 Апрѣля. Status idem. У. t° 36,5° П. 76. В. t° 38,2° П. 84.

2. Отдѣленія изъ полости мѣшка въ небольшомъ количествѣ и безъ запаха. Полость промывается 1 разъ въ день. У. t° 37,4° П. 80. В. t° 37,6° П. 86.

3. Status idem. У. t° 36,6° П. 78. В. t° 37,8° П. 84.

4. Status idem. У. t° 37,4° П. 84. В. t° 37,7° П. 88.

5. Снято нѣсколько швовъ. Отдѣлений очень мало. Стула не имѣла 2 дня. Климза. У. t° 37° П. 80. В. t° 37,7 П. 88.

6. Status idem. У. t° 37° П. 84. В. t° 37,6° П. 90.

7. Status idem. У. t° 36,8° П. 80. В. t° 37,5° П. 92.

8. Сняты остальные швы. Дренажъ замѣненъ болѣе тонкимъ. У. t° 37,1. П. 80. В. t° 38° П. 96.

9. Полость мѣшка промыта 2 раза. У. t° 37,5° П. 80. В. t° 37,7° П. 92.

10. Полость промыта 1 разъ. У. t° 37,2° П. 80. В. t° 37,6° П. 90.

11. Status idem. У. t° 37,4° П. 78. В. t° 37,6° П. 92.

Съ 12-го апрѣля по день выписки больной изъ клиники т° была нормальна. Самочувствіе больной значительно улучшилось. Всѣ отправленія были нормальны. Сонъ, аппетитъ хорошіе. Полость мѣшка значительно сократилась и промывалась для избѣжанія задержанія отдѣленій ежедневно. Дренажъ постепенно срѣзывался и замѣнялся болѣе тонкимъ.

Съ 19-го апрѣля отдѣленія стали едва замѣтными; больной позволено было сидѣть, а съ 21-го стала понемногу ходить. 30-го апрѣля больная выписалась изъ клиники съ тонкимъ дренажемъ около 5 см. длины; общее состояніе было вполне удовлетворительно.

VI. 12 марта 19 года въ акушерскую клинику поступила больная М. З., жалуясь на часто повторяющіяся мучительныя боли въ правой половинѣ низа живота и продолжительные запоры.

Anamnesis. Мѣщанка М. З., происходитъ изъ семьи, въ которой мать умерла отъ чахотки, а отецъ, сколько помнитъ больная, страдалъ какимъ-то хроническимъ процессомъ, выражавшимся кашлемъ, одышкой и сильнымъ исхуданіемъ. Въ дѣтствѣ больная перенесла корь, а 2¹/₂ года тому назадъ брюшной тифъ тяжелой формы, такъ что въ теченіи 1¹/₂ недѣли была безъ сознанія, проболѣла 6 недѣль. Съ 18 лѣтъ носитъ *menstrua*, приходящія черезъ три недѣли на 4-ю и длящіяся по 3—4 дня при сильныхъ боляхъ внизу живота и въ поясницѣ. Половою жизнью живетъ съ 18 лѣтъ. На 19 году забеременѣла. Беременность протекала безъ всякихъ осложненій. Роды наступили въ срокъ, были не трудныя, длились около 15 часовъ; послѣ родовъ въ теченіи двухъ недѣль не покидала постели по причинѣ слабости и довольно чувствительныхъ схваткообразныхъ болей въ области матки; ни на какіе симптомы послѣ родового заболѣванія больная не указываетъ. Ребенка не кормила. *Menstrua* послѣ родовъ явились черезъ 6 недѣль, оставались того же типа, что и до родовъ, хотя съ значительно меньшими болями, но съ болѣе обильнымъ отдѣленіемъ крови. Кромѣ болей во время регулъ больная чувствовала ихъ и въ межменструальные промежутки. Небольшое количество бѣлей желтоватаго цвѣта значительно увеличивалось за 2—3 дня до регулъ и бѣли становились болѣе жидкими. За врачебною помощью противъ этого страданія никогда не обращалась. Два года назадъ больная вышла замужъ; послѣднія правильныя *menstrua* имѣла въ первыхъ числахъ ноября 90 года. Ожидаемыя въ концѣ ноября регулы не пришли и больная этому обстоятельству не придавала особеннаго значенія. Но 24 декабря, т. е. въ то время, когда должны были бы по ея расчету быть вторыя регулы, явилась вначалѣ незначительная боль внизу живота, принятая за предвѣстника регулъ, но крови не показывались, а боль стала быстро усиливаться, локализуясь преимущественно съ правой стороны. Къ вечеру боль усилилась на столько, что больная не могла двигаться и слегла въ постель при слабомъ обморочномъ состояніи (головная боль, потемнѣніе зрѣнія и проч.). Боль къ вечеру 26 декабря постепенно уменьшилась, больная могла ходить, но только въ слегка наклоненномъ впередъ положеніи, что немного ослабляло боли. Съ 27 декабря больная чувствовала себя хорошо и занималась хозяйствомъ, но 29-го вечеромъ, появившіяся опять въ томъ-же мѣстѣ, боли

и столь же сильныя, какъ и раньше, заставили больную снова слечь въ постель. Такимъ образомъ боли стали являться черезъ 2—3 дня и такъ дѣло стояло вплоть до поступления въ клинику. Въ концѣ декабря больная стала замѣчать у себя извращеніе вкуса, а въ январѣ стали набрякать груди. Въ этомъ же мѣсяцѣ во время болей изъ половыхъ органовъ начала выдѣляться кровянистая жидкость. Нестерпимыя боли и мучительные запоры, длившіеся по 5 дней и уступавшіе только большимъ приемамъ слабительной соли, заставили больную обратиться къ мѣстному врачу, который отправилъ ее въ Харьковскую Акушерскую клинику.

Status praesens. Больная 27 лѣтъ, ниже средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, съ слабо развитой подкожной жирной кѣтъчаткой. Костный скелетъ безъ измѣненій. Видимыя слизистыя оболочки совершенно блѣдны. Органы грудной полости нормальны. На кожѣ живота немногочисленные старыя рубцовыя полосы отъ прежней беременности. Правая подвздошная область слегка выдается. Измѣненіе живота дало слѣдующіе результаты.

Разстояніе отъ лобка до прос. хуф	28	cm.
» » » » пупка	15	»
» » sp. ant. sup. dextra до прос. хуф.	22	»
» » » » » » » пупка	16	»
» » » » » sin. до прос. хуф.	20	»
» » » » » » до пупка	14,5	»

Окружность живота черезъ пупокъ—67 cm.

Выпячиваніе правой подвздошной области зависитъ отъ присутствія опухоли круглой формы, которая при пальпаціи очень болѣзненна, эластична, границы ея слѣдующія: верхняя—на поперечный палецъ выше пупка, лѣвая—немного заходитъ за *linea alba*, болѣе отдаленная часть правой границы—на 9 cm. отъ *linea alba* и именно отъ точки, находящейся на 4 cm. ниже пупка.

При аускультациі опухоли выслушивается шумъ, похожій на маточный и одновременный съ пульсомъ больной; шумъ этотъ яснѣе всего выслушивается на передней поверхности опухоли, на верхней же и боковыхъ поверхностяхъ значительно слабѣе. Наружныя половыя части развиты нормально; слизистая оболочка входа въ рукавъ цѣанотично окрашена, стѣнки рукава разрыхлены. *Portio vaginalis uteri* мягче нормальной, съ зарубцевавшимся разрывомъ съ лѣвой стороны. Наружное отверстие пропускаетъ фалангу указательнаго пальца. Лѣвый сводъ суженъ и свободенъ, правый расширенъ и выпяченъ болѣзненною при легкомъ надавливаніи, равномерно мягкой опухолью, занимающей отчасти и задній сводъ; опухоль эта хотя и прилегаетъ къ маткѣ, но при нѣкоторомъ усиленіи со стороны изслѣдующаго можно констатировать отдѣльное отъ матки ея положеніе. Матка, увеличенная приблизительно до величины средняго мужскаго кулака и отодвинутая влѣво кпереди и къ лобку, съ трудомъ по причинѣ болѣзненности прощупывается черезъ лѣвый сводъ. Грудныя железы хорошо развиты, нѣсколько напряженны и изъ нихъ при выдавливаніи по-

лучается капля молочной жидкости. Суточное количество мочи около 1300 куб. см., уд. вѣсъ ея 1014, соломенно желтаго цвѣта, прозрачна; реакціи на бѣлокъ и сахаръ дали отрицательный результатъ.

Diagnosis. На основаніи объективныхъ данныхъ и данныхъ анамнеза у больной заподозрѣна была *Graviditas extrauterina*.

Съ описанными явленіями больная М. З. поступила въ клинику и находилась подъ наблюденіемъ, при чемъ оказалось, что самая главная жалоба сводилась на нестерпимыя боли; замѣчено было, что съ ожесточеніемъ болей t^0 нѣсколько повышалась, съ ослабленіемъ же ихъ падала и t^0 , но все же крайне рѣдко была нормальна. Нѣсколько разъ наблюдались знобы и чаще по утрамъ. Назначенъ былъ полный покой и симптоматическое лѣченіе: codeinum внутрь, хлороформная мазь или согрѣвающий компрессъ на животъ, опійныя свѣчки in rectum; запоры устранялись клизмами; пища легкая. Ежедневно тщательно, но осторожно, наружно изслѣдовался околоплодный мѣшокъ; черезъ 2 недѣли послѣ поступленія въ клинику можно было констатировать замѣтное увеличеніе его, а съ 29 марта удавалось, хотя и съ трудомъ и не всегда, выслушивать нѣсколько вверхъ и вправо отъ середины передней поверхности опухоли слабое сердцебіеніе по временамъ совершенно заглушаемое маточнымъ шумомъ. Сердечные удары выслушивались въ количествѣ 150—168 въ 1 минуту.

Такимъ образомъ діагностированная еще при поступленіи больной *Graviditas extrauterina*, теперь окончательно была установлена, анатомическая же ея форма въ виду трудности вполне ориентироваться въ состояніи матки и отношеніи къ ней околоплоднаго мѣшка установлена не была, скорѣе же всего можно было допустить трубную форму съ живымъ приблизительно 5-ти мѣсячнымъ плодомъ.

Въ виду возможности происхожденія разрыва околоплоднаго мѣшка черезъ 3—4 дня производилось осторожное наружное изслѣдованіе.

Со времени появленія возможности выслушивать сердцебіеніе стало замѣчаться значительное усиленіе болей, t^0 по вечерамъ доходила до $38,5^0$; по нѣскольку разъ въ день являлись позывы на низъ, но по причинѣ сильныхъ при самыхъ незначительныхъ натуживаніяхъ болей больная, или совсѣмъ задерживала экскременты, или же отдѣляла ихъ въ самомъ незначительномъ количествѣ. Клизмы ставились ежедневно. 9 апрѣля произведено было при всѣхъ предосторожностяхъ зондированіе матки, при чемъ оказалось, что она наклонена въ лѣвую сторону таза и имѣетъ 11 см. длины. Съ 11-го апрѣля при самомъ тщательномъ аускультуванні выслушивать сердцебіеніе не удавалось. t^0 съ 6-го апрѣля и до операціи т. е. до 28 апрѣля по утрамъ было между $36,7^0$ и $37,3^0$, а по вечерамъ между 37^0 и $37,5^0$.

21 апрѣля при небольшихъ боляхъ и незначительномъ кровотеченіи вышелъ кусокъ deciduae (изслѣдовано микроскопически), неправильно треугольной формы до 7 см. длины, 4 см. у основанія, около $\frac{3}{4}$ см. толщины, съ отверстіями для фаллопиевыхъ трубъ и внутренняго устья матки.

25 апрѣля при подробномъ изслѣдованіи больной оказалось, что околоплодный мѣшокъ уменьшился въ верхнеиженемъ размѣрѣ, такъ что верхняя граница на 3 поперечныхъ пальца ниже пупка; опухоль рельефнѣе выдается черезъ брюшные покровы и мѣнѣе болѣзненна; правый сводъ мѣнѣе напряженъ. Длина полости матки = 9 см.

Такимъ образомъ, въ виду отсутствія сердцебіенія плода, выхожденія deciduae, а также уменьшенія объема околоплодного мѣшка, констатированы были не только смерть плода, но и начавшееся всасываніе содержимаго яйца. Боли значительно уменьшились и сдѣлались непостоянными. Самочувствіе больной поднялось; стулъ сдѣлался почти безболѣзненнымъ и къ клизмамъ приходилось прибѣгать очень рѣдко.

28 апрѣля произведена была съ согласія больной laparotomia. Послѣ предварительнаго приготовленія больной при полномъ наркозѣ былъ послонно произведенъ разрѣзъ брюшныхъ покрововъ до брюшины, которая оказалась сращенной съ околоплоднымъ мѣшкомъ и съ трудомъ была отдѣлена; на передней стѣнкѣ околоплоднаго мѣшка сидѣла placenta. Такъ какъ околоплодный мѣшокъ съ толстыми стѣнками непосредственно переходилъ въ матку и выходилъ изъ полости таза широкимъ основаніемъ, почему для опредѣленія положенія матки пришлось снова прибѣгнуть къ зондированію. Такое отношеніе околоплоднаго мѣшка къ маткѣ дѣлало невозможнымъ удаленіе его, а потому приходилось дренировать полость мѣшка. Послѣ предварительнаго обкалыванія дѣтскаго мѣста проведенъ разрѣзъ черезъ него, при чемъ открылось значительное кровотеченіе, а потому быстро извлеченъ былъ за ножку плодъ и отдѣленъ отъ матери перерѣзкой пуповины; на сколько было возможно удалена была рукой placenta и полость мѣшка затампонирована полосами салициловой марли, посыпанной смѣсью *Natri benzoici cum tanino puro (Werth)*. Затѣмъ пришиты были края разрѣза мѣшка къ краямъ брюшной раны и наложена давящая антисептическая повязка. Больная съ трудомъ была приведена въ сознаніе; пульсъ былъ частъ и очень слабъ и отъ выпрыскиванія 2-хъ шприцевъ Праваца эфира подъ кожу поднялся очень незначительно, а потому въ виду большой потери крови было сдѣлано вливаніе подъ кожу около $\frac{3}{4}$ литра физиологическаго раствора поваренной соли, послѣ чего пульсъ сдѣлался полнѣе и около 100 въ 1 минуту. Больная, обложенная бутылками съ горячей водой, перенесена въ приготовленную для нея отдѣльную комнату. Вечеромъ при t° 37,9^o и ускоренномъ до 24 разъ въ 1 минуту дыханіи стало вновь замѣчаться значительное ослабленіе пульса, хотя онъ былъ около 67 въ 1 минуту, поэтому вторично подъ кожу было введено около $\frac{1}{2}$ литра того же раствора. Больная при слабомъ сознаніи.

29 апрѣля. Больная нѣсколько оправилась. Чувствуетъ сильную слабость, боль на мѣстѣ раны и постоянную тошноту; рвоты не было. Пульсъ удовлетворительный. Промокшая кровянистымъ отдѣленіемъ повязка замѣнена свѣжей. Мочится сама.

Утромъ t° 37,8^o. П. 108. Вечеромъ t° 37,7^o. П. 108.

30. Промокшая повязка перемѣнена. Одинъ разъ была рвота.

У. t° 37,3°. П. 102. В. t° 38,2°. П. 100.

1 мая. Полное сознание. Легкая головная боль, боль на мѣстѣ раны и уколовъ. Тошноты нѣтъ. Повязка промокла на половину. Разрѣшенъ бульонъ. У. t° 38°. П. 102. В. t° 38,8. П. 114.

2. Ночь, во время которой былъ знобъ, провела почти безъ сна. Марля изъ полости околоплоднаго мѣшка на половину удалена. У. t° 37,6°. П. 96. В. 38°. П. 102.

3. Повязка суха. Ночью опять былъ знобъ. Марля удалена окончательно и вставленъ дренажъ, черезъ который промыта полость мѣшка 4% растворомъ борной кислоты. Промокшая къ вечеру кровянистымъ отдѣленіемъ повязка замѣнена новой. Кишки очищены клизмой.

У. t° 37,4°. П. 90. В. t° 37,8°. П. 104.

4. Зноба ночью не было. Повязка промокла мало. Промыта полость мѣшка, при чемъ выдѣлялась слегка кровянистая съ вонючимъ запахомъ жидкость, почему вечеромъ полость промыта вторично. У. t° 37,1°. П. 92. В. 38°. П. 96.

5. Ночь провела покойно и хорошо спала. Повязка нѣсколько промокла и мѣнѣ окрашена кровью. Полость околоплоднаго мѣшка промыта утромъ и вечеромъ, при чемъ жидкость еще была вонючаго запаха съ небольшими клочьями placentae. Разрѣшенъ чай, кофе и супъ. У. t° 38,3°. П. 90. В. t° 37,8°. П. 92.

Съ 6 мая и по 31 мая, т. е. по день выхода больной изъ клиники t° оставалась въ предѣлахъ нормы. 10 мая снято нѣсколько швовъ. Брюшная рана сократилась. Дренажъ постепенно выпирался сокращающимся мѣшкомъ, вышедшая часть срывалась. Отдѣленія теряли запахъ. Оболочки и остатки placentae выходили небольшими частями. Съ 13 мая промывка полости мѣшка производилась по 1 разу въ день. Самочувствіе больной значительно поднялось и она стала полнѣть. 15 мая сняты остальные швы.

Дренажъ замѣненъ болѣе тонкимъ. Съ 19 мая отдѣленій изъ полости околоплоднаго мѣшка почти не было; больной позволено сидѣть, а съ 22-го она стала понемногу ходить. 31 мая М. З. выписалась изъ клиники съ небольшимъ отверстіемъ и тоненькимъ дренажемъ около 4 см. длины. При внутреннемъ изслѣдованіи, произведенномъ наканунѣ выписки больной изъ клиники, матка оказалась расположенной почти по средней линіи, нѣсколько увеличенной; своды почти одинаковы, безболѣзненны; въ правомъ сводѣ у дна матки на мѣстѣ трубы прощупывается съ небольшую грушу величины и формы опухоль.