

Засѣданіе 16-го сентября 1892 года.

Предсѣдатель: *Cusserow*.

### О вѣматочной беременности.

**A. Martin** (Берлинъ), докладчикъ.—Этіологія вѣматочной беременности еще весьма темна. Сущестующія гипотезы объясняютъ лишь нѣкоторые отдѣльные случаи, и то далеко не безупречно. Удовлетворительно и точно мы не разрѣшимъ этого вопроса до тѣхъ поръ, пока не выяснится фізіологія импрегнаціи (вѣдренія сѣмени).

Трубное прикрѣпленіе яйца наиболѣе часто; яичниковое прикрѣпленіе тоже не рѣдко, какъ это дознано въ последнее время.

Діагностика вѣматочной беременности остается діагностикой вѣроятности для всѣхъ случаевъ, кромѣ, однако, тѣхъ, гдѣ можно наблюдать ростъ плоднаго мѣшка внѣ полости матки, внутриматочное образованіе отпадающей оболочки безъ яснаго chorion'a или безъ самаго плода.

Благопріятный исходъ бываетъ лишь рѣдко при помощи регрессивнаго метаморфоза (образованіе литонедіона, мумификаціи). Въ большинствѣ случаевъ смерть яйца происходитъ вслѣдствіе кровонизліянія въ полость плоднаго мѣшка или самаго яйца. Приходится наблюдать или излітіе крови въ брюшную полость чрезъ брюшное отверстіе трубы (трубный выкидышъ), или разрывъ трубы (въ брюшную полость или въ широкую связку). Это кровотеченіе рѣдко останавливается. Въ большинствѣ случаевъ смерть наступаетъ отъ анеміи или перитонита,—осложненій, этіологія которыхъ еще неизвѣстна.

Вѣматочную беременность слѣдуетъ разсматривать и лѣчить, какъ злокачественное новообразованіе. Случаи развитія *ad terminum* настолько рѣдки, что, сохраняя жизнь ребенка, жертвуютъ матерью.

И такъ, избранный методъ лѣченія всѣхъ разновидностей эктопической беременности есть возможно раннее оперативное вмѣшательство. Лѣченіе посредствомъ впрыскиванія морфія даетъ лишь медленное и позднее улучшеніе. Дать оулку лѣченію электричествомъ пока еще нельзя, такъ какъ не существуетъ на этотъ счетъ наблюденій, которыя нельзя было бы опровергнуть.

**Alban Doran** (Лондонъ).—Вѣматочная беременность должна принадлежать области гинекологовъ. Когда она развивается въ атрофированномъ маточномъ рогѣ, она съ практической точки зрѣнія можетъ быть разсматриваема, какъ вѣматочная; если эта полость трубы не можетъ сообщаться съ влагалищемъ, то показаннымъ является вырѣзываніе матки, причемъ нельзя ножку дѣлать на уровнѣ маточнаго рога.

Можно подвергнуть сомнѣнію всякое первоначальное мѣсто развитія плода, лежащаго не въ трубѣ. Мѣсто, котораго нельзя отрицать и которое наблюдается наиболѣе часто, это — средний отдѣлъ трубы. Не существуетъ убѣдительныхъ случаевъ, гдѣ плодный мѣшокъ былъ бы найденъ въ яичникѣ или среди кишекъ.

Трубный мѣшокъ отгѣсняетъ личникъ къ маткѣ и часто обвертываетъ его въ свою стѣнку. Яичниковая связка направляется, конечно, отъ матки къ мѣшку, но это еще не служитъ доказательствомъ того, что беременность была и первоначально яичниковой.

Трубная беременность можетъ при своемъ развитіи прирасти къ личнику со стороны брюшины и продолжать прогрессивно увеличиваться. Это растяженіе встрѣчается, какъ правило, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ беременность развивается въ брюшинномъ концѣ трубы. Послѣ отдѣленія яйца отъ трубы, на ней не остается никакого слѣда его временнаго пребыванія. Когда плодный мѣшокъ найденъ въ полости живота, то это еще не значитъ, что отъ не былъ когда-нибудь въ трубѣ, даже если бы эта труба казалась здоровой.

Микроконическое изслѣдованіе представляетъ большой интересъ. Присутствіе хоріальныхъ ворсинъ освѣщаетъ и подтверждаетъ диагнозъ; для большей увѣренности хорошо сравнить эти срѣзы со срѣзами нормальнаго хоріона.

Факты, на которыхъ мы останавливаемся, являются для подтвержденія мнѣніи *Martin'a* и указываютъ на необходимость немедленнаго вмѣшательства.

Трубный мѣшокъ, расположенный ближе къ маткѣ, лопается рано; тѣ, которые лежатъ въ брюшинномъ концѣ трубы, выдерживаютъ лучше, но за то они быстро образуютъ сращенія съ соседними органами. Съ вѣматочной беременностью можно смѣшать *haematosalpinx*; впрочемъ, польза дифференціальной діагностики здѣсь относительна, такъ какъ лѣченіе въ обоихъ случаяхъ одинаково.

**Дм. Оттъ** (Петербургъ). — Я не думаю ошибиться, предлагая чревосѣченіе въ трудныхъ случаяхъ вѣматочной беременности, какъ болѣе разумный способъ вмѣшательства.

Но мы еще не остановились на опредѣленномъ образѣ дѣйствія въ случаяхъ остановки развитія вѣматочной беременности, въ которыхъ, начиная съ первыхъ дней этой остановки и до появленія различныхъ кровяныхъ опухолей (*haematoma periuterinum*, *haematocoele retrouterinum*), мы находимся предъ условіями, разнообразными до безконечности.

Вотъ именно нѣ способы лѣченія вѣматочной беременности, такъ сказать, «хронической», затяжной, я и позволю себѣ обратить ваше вниманіе.

Когда намѣрзается поставить научное показаніе къ какому-нибудь терапевтическому вмѣшательству, прежде всего слѣдуетъ опредѣлить свойство болѣзненнаго состоянія и освѣтить его съ анатомической стороны. Въ этомъ отношеніи существенныя черты вѣматочной беременности, несмотря на безконечное разнообразіе болѣзненныхъ формъ, представляютъ всегда весьма замѣтное сходство.

Такъ какъ анатомическія измѣненія, главнымъ образомъ, находятся въ

зависимости отъ измѣненій, свойственныхъ беременности вообще, то всѣ послѣдовательные симптомы эктопической беременности могутъ быть раздѣлены на:

1) явленія, происходящія отъ измѣненій въ самомъ плодномъ мѣшкѣ и его содержимомъ; 2) явленія, зависящія отъ послѣдовательныхъ измѣненій въ другихъ частяхъ полового аппарата и, въ частности, въ маткѣ.

Можно также вполне опредѣленно указать аналогію этой беременности съ нормальной: трубную беременность, представляющую наиболѣе частый случай виѣматочной беременности, можно разсматривать, какъ беременность, отличающуюся отъ нормальной только тѣмъ, что она развивается въ периферическомъ концѣ полового канала, именно въ той части его, которая остается удвоенною послѣ развитія зародыша.

Изучимъ теперь симптомы обѣихъ категорій. Мы исключаемъ тѣ случаи, въ которыхъ беременность прекратилась въ самыхъ начальныхъ степеняхъ развитія, когда яйцо, состоя больше изъ жидкихъ частей, чѣмъ изъ плотныхъ, всасывается въ относительно короткое время безъ всякихъ болѣзненныхъ послѣдствій.

А. Симптомы, зависящіе отъ патологическихъ измѣненій вслѣдствіе остановки виѣматочной беременности, суть слѣдующіе:

1) Повторныя внутреннія кровотеченія, ставящія жизнь больной въ серьезную опасность.

2) Симптомы, зависящіе отъ присутствія въ брюшной полости посторонняго тѣла и проявляющіеся въ нарушеніи функцій сосѣднихъ органовъ, въ боляхъ и въ общемъ нарушеніи питанія. Иногда задержка яйца имѣетъ слѣдствіемъ невозможность нормальныхъ родовъ, какъ это описалъ *Schauta* и какъ я самъ имѣлъ случай наблюдать.

3) Воспалительныя страданія всякаго рода въ брюшинѣ и въ клѣтчаткѣ, вызываемыя присутствіемъ посторонняго тѣла. Въ этихъ случаяхъ довольно часто наблюдается смертельный перитонитъ.

4) Переходъ опухоли въ нагноеніе или омертвѣніе со всѣми ихъ послѣдствіями: прободеніе опухоли, излитіе ея содержимаго въ сосѣдніе органы, могущее повлечь за собой смерть.

Перечисленные явленія болѣе или менѣе изучены и ихъ научное значеніе опредѣлено довольно точно.

Наоборотъ, изученіе явленій, относящихся ко второй категоріи, подвинулось гораздо меньше.

Б. Эти симптомы, какъ я сказалъ, зависятъ отъ послѣдовательныхъ измѣненій въ другихъ частяхъ полового аппарата и, въ частности, въ маткѣ, которая, при трубной беременности, подвергается замѣчательнымъ превращеніямъ

Эти измѣненія, на которыя я хочу обратить вниманіе конгресса, аналогичны тѣмъ, которыя наблюдаются при внутриматочной беременности.

Хотя полость матки не содержитъ яйца, однако, тѣмъ не менѣе, ея слизистая оболочка превращается въ опадающую; имѣется гипертрофія и гиперплазія мышечныхъ элементовъ въ стѣнкѣ матки; кровь обращается въ ней болѣе энергично.

Остановка въ развитіи вѣматочной беременности выражается равнымъ образомъ въ явленіяхъ, сходныхъ съ наблюдаемыми при неполномъ внутриматочномъ выкидышѣ; всѣ явленія обратнаго развитія останавливаются, матка долгое время сохраняетъ увеличенные размѣры; подъ вліяніемъ субинволюціи гиперемія не прекращается, отпадающая оболочка извергается, или, что, вѣроятно, встрѣчается чаще, она атрофируется постепенно, не отдѣляясь.

Такимъ образомъ наиболѣе важный пунктъ лежитъ въ симптомахъ, обязанныхъ своимъ происхожденіемъ задержкѣ отторгнутаго яйца въ половомъ аппаратѣ; въ этихъ случаяхъ кровотеченія, продолжающіяся часто цѣлыми мѣсяцами, составляютъ, конечно, болѣе характерный симптомъ.

Кровотеченія при трубномъ выкидышѣ особенно опасны тогда, когда они зависятъ не только отъ измѣненій, свойственныхъ самому беременному состоянію, но когда они, кромѣ того, осложнены разстройствомъ кровообращенія, причина котораго лежитъ главнымъ образомъ въ смѣщеніи матки, оттѣсненной плодовымъ мѣшкомъ.

Въ періоды менструальнаго прилива картина болѣзни дѣлается все ярче и ярче, и больная женщина подвергается повторнымъ кровопотерямъ.

Предсказаніе тѣмъ болѣе сомнительно, что и лѣченіе, примѣняемое въ этихъ случаяхъ, подразумѣвая здѣсь и выскабливаніе, только симптоматическое и не въ состояніи удовлетворить показаніямъ первичной причины.

Такимъ образомъ, вѣматочный выкидышъ, сравнительно съ внутриматочнымъ, не представляетъ значительно меньшей опасности, чѣмъ вѣматочная беременность представляетъ ее по отношенію къ нормальной.

Принимая во вниманіе всѣ болѣзненные симптомы, ясно, что при остановкѣ вѣматочной беременности нѣтъ пока средствъ для устраненія опасности, угрожающей больной.

Правда, что теперь уже нѣтъ риска быть захваченнымъ угрожающимъ внутреннимъ кровотеченіемъ; но за то самая остановка беременности можетъ вызвать случайности, о которыхъ мы говорили выше, и каждая изъ нихъ сама по себѣ достаточна, чтобы убить больную.

Можно спросить, имѣемъ-ли мы право держаться выжидательнаго метода. Въ самой основѣ такой образъ дѣйствія не логиченъ. Единственное разумное средство, это—удалить вполнѣ яйцо и всѣ пораженные сосѣднія ткани. Такое вмѣшательство вполнѣ показано каждый разъ, когда мы увѣрены, въ первомъ періодѣ беременности, что мертвое яйцо не имѣетъ явной склонности всосаться, а во второмъ, что беременность дошла до момента, когда мы можемъ рассчитывать на облитерацію кровеносныхъ сосудовъ дѣтскаго мѣста.

Чревосѣченіе является безспорно избраннѣйшей операціей, разъ существуетъ остановка вѣматочной беременности. Только при посредствѣ чревосѣченія можно точно *de visu* опредѣлить болѣзненные измѣненія и удалить пораженные части.

Преимущества чревосѣченія, на мой взглядъ, такъ велики, что я примѣняю эту операцію даже въ застарѣлыхъ случаяхъ, когда вѣматочная беременность представляется въ видѣ кровяной опухоли; путемъ-же вла-

галицизмъ я пользуюсь лишь въ довольно ограниченномъ числѣ случаевъ, другими словами, когда опухоль нагнаивается или приняла гангренозный характеръ. Часто случается, что за haematom'у или haematocoele принимаютъ трубу, сильно растянутую кровоизліяніемъ и приросшую къ малому тазу. Ясно, что въ этихъ случаяхъ только чревосѣченіе можетъ дать оператору средство вполне ознакомиться съ измѣненными органами, подлежащими удаленію.

Наблюдаемая здѣсь сращенія обыкновенно такъ мало стойки и такъ легко разрываются, что сильно растянутая труба является какъ бы изолированной (*épiscléée*) въ Дугласовомъ пространствѣ; это обстоятельство иногда значительно упрощаетъ чревосѣченіе. Ясно, что смертность можетъ быть доведена до минимума, если оперировать въ самомъ началѣ болѣзни, т. е. при наиболѣе благоприятныхъ условіяхъ.

*Werth* былъ правъ, сравнивъ развитіе вѣматочной беременности съ злокачественною опухолью. Къ этому я, со своей стороны, позволю себѣ прибавить, что радикальное излѣченіе послѣдствій, какъ вѣматочной беременности, такъ и злокачественной опухоли дѣлается тѣмъ затруднительнѣе, чѣмъ старше болѣзнь.

Рейнъ (Ніевъ).—Съ анатомической точки зрѣнія, я хочу доказать конгрессу, при помощи рисунковъ, снятыхъ съ натуры, дѣйствительность существованія первичной брюшной беременности. Я наблюдаю два такихъ случая, и представляемые мной рисунки показываютъ абсолютную неприкосновенность трубъ и яичниковъ.

Въ первомъ случаѣ я нашелъ живой плодъ въ брюшной полости покрытымъ лишь нѣсколькими сращеніями. Дѣтское мѣсто было прикрѣплено къ дну матки.

Обѣ больныя выздоровѣли.

Въ другой разъ мнѣ пришлось лѣчить у женщины 35 лѣтъ трубную беременность на 37-й недѣлѣ ея существованія. Я оперировалъ эту женщину и имѣлъ возможность извлечь хорошо сложенного, живого и вполне жизнеспособнаго ребенка, въ 3200 граммъ.

Этотъ фактъ доказываетъ, что консервативный принципъ можетъ быть принимаемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ лѣченію вѣматочныхъ беременностей, и что мы, быть можетъ, не имѣемъ права умышленно приносить въ жертву ребенка, смотря на него, какъ на злокачественную опухоль. Вполнѣ позволительно ждать жизнеспособности и затѣмъ уже дѣйствовать. Что касается техники, то она вовсе не труднѣе, чѣмъ въ большинствѣ другихъ брюшныхъ операцій.

*Pichevin*.—Въ теченіе полутера года я видѣлъ, по крайней мѣрѣ, восемь трубныхъ беременностей. Эти восемь случаевъ были оперированы и дали двѣ смерти. Одна смерть произошла отъ кровотечения; больная подвергалась влагалацидному вырѣзыванію матки. Въ другомъ случаѣ смерть слѣдуетъ приписать перитониту. Во время операціи д-ръ *Le Dentu* слышалъ подо-

зрительный запах: возможно, что при вылуценіи трубнаго мѣшка былъ вскрытъ кишечникъ.

На эти 8 случаевъ діагнозъ былъ установленъ 6 разъ. Одинъ разъ я ошибся; найдя больной трубный мѣшокъ, сжимавшій прямую кишку, я не остановился на мысли о вѣматочной беременноти. Эта діагностическая ошибка оказалась роковою для больной.

Въ другомъ случаѣ, гдѣ діагнозъ не былъ поставленъ, дѣло шло о больной съ приросшимъ *pyosalpinx*омъ и съ обширными пораженіями вокругъ матки. Въ трубѣ съ противоположной стороны я нашелъ яйцо.

Если я и былъ счастливъ, то благодаря тому, что почти систематически искалъ вѣматочныхъ беременностей. Однако въ одномъ случаѣ, гдѣ я предполагалъ трубную беременность, при чревосеченіи оказался салпингитъ съ небольшою околичниковою кистой. Въ виду симптомовъ и предшествовавшихъ явленій у моей больной, я думаю, что въ подобномъ случаѣ ошибка была совершенно неизбежна.

**Pawlacki bev** (Константинополь).—Я собралъ 5 наблюденій вѣматочной беременноти. Первое изъ нихъ касается женщины, у которой въ моментъ наступленія родовъ появились весьма тяжелые признаки перитонита, лишившаго ее жизни. Второе наблюденіе довольно сходно съ предшествовавшимъ.

Остальные три случая не были распознаны и діагностированы, какъ *haematocoele* или нагноеніе въ маломъ тазу. По моему мнѣнію, *haematocoele* есть всегда послѣдствіе эктопической беременноти; она рѣдко донашивается и кончается обыкновенно на 3-мъ или 4-мъ мѣсцѣ болѣе или менѣе обильнымъ кровотеченіемъ.

**Cameron** (Глазго).—Этіологія вѣматочныхъ беременностей еще темна; причину ихъ слѣдуетъ искать въ страданіяхъ матки и фаллопиевыхъ трубъ. Я думаю, что большое число случаевъ обходятъ молчаніемъ или принимаютъ за какое нибудь другое страданіе. Въ начальныхъ стадіяхъ вѣматочная беременность можетъ существовать, но для того, чтобы она могла быть доведена до конца, необходимо наблюденіе и то условіе, что операція будетъ сдѣлана во время. Возможно, что беременность можетъ развиваться въ брюшной полости. Какъ я тому видѣлъ примѣръ въ случаѣ, продолжительностью въ 14 мѣсяцевъ, успѣшно оперированномъ. Я извлекъ изъ мѣшка все, что могъ, затѣмъ дренировалъ его полость и производилъ повторныя внутрибрюшныя промыванія; какъ лечебное средство, я примѣняю или впрыскиванія въ мѣшокъ ядовитыхъ веществъ, или умерщвленіе плода электричествомъ.

**Paul Petit** (Парижъ), упомянувъ объ интересныхъ работахъ *Veiffa*, *Pilliet'a* на счетъ гистологической діагностики трубнаго выкидыша, платитъ и свою собственную дань этому вопросу: во всѣхъ случаяхъ *haematosalpinx*овъ небольшого объема (около 6—8), которые ему пришлось наблюдать, онъ всегда констатировалъ присутствіе явственныхъ ворсинокъ, болѣе или менѣе атрофированныхъ, и характерный слой децидуальныхъ

кѣтокъ. Далѣе, основываясь на нѣкоторыхъ другихъ наблюденіяхъ изъ своей практики, онъ равнымъ образомъ старается придти къ тому заключенію, что эктопическая беременность, собственная этиологія которой представлена докладчикомъ, какъ еще весьма темная, играетъ важную роль въ происхожденіи воспаленій въ придаткахъ,—воспаленій, приписываемыхъ совсѣмъ другимъ причинамъ.

*Le Bec* указываетъ на трудность діагностики и лѣченія вѣматочной беременности на 8-мъ мѣсяцѣ; онъ сообщаетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ у него были непреодолимые трудности, и спрашиваетъ у *Martin'a*, всегда-ли возможно опредѣлить точно мѣсто прикрѣпленія послѣда.

*Martin* думаетъ, что такое опредѣленіе вовсе не возможно и что его можно сдѣлать положительнымъ образомъ лишь при условіи широкаго раскрытія брюшной полости.

*Geo.—I. Engellmann* (С.-Луи. Америка).—Я не хочу возбуждать преній, но желалъ-бы предложить вниманію конгресса рисунки, относящіеся къ одному демонстративному случаю и имѣющіе значеніе для этиологіи и діагностики вѣматочной беременности. Фотографіи, которыя я вамъ представляю и которыя изображаютъ трубы и яичники, вполне удаленные черезъ нѣсколько часовъ послѣ смерти, показываютъ нижеслѣдующее:

1) Яйцо, вынужденное пройти изъ лѣваго яичника черезъ брюшную полость, проникло въ правую трубу, гдѣ и подверглось оплодотворенію, такъ какъ сращенія сдѣлали невозможнымъ проникновеніе въ устье трубы съ другой стороны и нельзя допустить, чтобы яйцо могло пройти чрезъ правую трубу въ матку, быть здѣсь оплодотвореннымъ и вернуться, послѣ оплодотворенія, на самый конецъ трубы.

2) Діагностика весьма трудна, какъ при влагалищномъ изслѣдованіи, такъ и при бимануальномъ ощупываніи.

3) Близость праваго яичника къ трубному мѣшку служитъ причиною того, что, съ теченіемъ времени, этотъ мѣшокъ сливается съ яичникомъ.

4) Если извѣстно состояніе больной до разрыва мѣшка, то, при помощи соотвѣтственнаго, тщательно проведеннаго лѣченія, возможно достигнуть исцѣленія при тяжелыхъ трубно-яичниковыхъ страданіяхъ, не прибѣгая къ необходимости удалять придатки.

Засѣданіе закрыто.