

ЖУРНАЛЪ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ДВѢНАДЦАТЫЙ.

ЯНВАРЬ 1898, № 1.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Случай чревосѣченія при беременности въ зачаточнымъ рогѣ двурогой матки жизнеспособнымъ плодомъ.

Г. П. Серезникова.

(Изъ Императорскаго Клиническаго Подвѣльнаго Института).

Въ послѣднее десятилѣтіе, благодаря трудамъ отечественныхъ и иностранныхъ гинекологовъ: *Д. О. Отта*, *А. А. Муратова*, *Lavson-Tait'a*, *Werth'a* и другихъ, вопросъ о вѣроятной беременности значительно подвинулся впередъ.

Трубная беременность, какъ наиболѣе часто встрѣчающаяся, представляется и наиболѣе изученной. Что же касается другихъ видовъ эктопической беременности—брюшной, яичниковой и беременности въ рудиментарномъ рогѣ, то о нихъ существуютъ лишь единичныя сообщенія, изъ которыхъ нельзя сдѣлать никакихъ обобщеній. По статистикѣ *Schrenck'a* ¹⁾, обнимающей собою 617 случаевъ, на трубную беременность приходится 83,5⁰/₀, на брюшную 8,2⁰/₀, на яичниковую 4,6⁰/₀ и на беременность въ двурогой маткѣ 3,6⁰/₀. Каждый случай, относящійся къ послѣднимъ видамъ эктопической беременности и точно наблюденный, является желательнымъ. Поэтому

¹⁾ *Schrenck.*—Ueber ectopische Schwangerschaft. Bericht und Arbeit. aus Univers-Frauen-Klinik zu Dorpat. Wisbaden. J. F. Bergmann.

я и позволяю себѣ опубликовать случай, представившійся нашему наблюденію въ Императорскомъ Клиническомъ Понивальномъ Институтѣ.

28 января 1897 года въ Институтъ была доставлена больная А. Я. при слѣдующихъ обстоятельствахъ:

Находясь на 8 мѣсяцѣ беременности, больная, безъ видимой причины, почувствовала сильныя боли въ животѣ надъ пупкомъ и обратилась за совѣтомъ къ акушеркѣ. Послѣдняя, изслѣдовавъ больную, сдѣлала заключеніе о наступающихъ родахъ. Боли повторялись чрезъ неправильные промежутки и, какъ больная отмѣчаетъ, всегда совпадали съ движеніями плода и ощущались ею только надъ пупкомъ. Боли были настолько сильны, что больная при нихъ стонала, потеряла аппетитъ и сонъ, слегла въ постель, появились тошнота и изрѣдка рвота и силы стали быстро слабѣть. Приглашенные на пятый день два врача нашли неправильно по мѣсту развивающуюся беременность и посоветовали обратиться за помощью въ Институтъ.

Больная 27 л., мѣщанка, православная, служить въ Экспедиціи заготовленія государственныхъ бумагъ, уроженка г. Петербурга, замужняя. Росла слабой, малокровной дѣвочкой; въ школьномъ возрастѣ часто страдала сердцебіеніемъ и, по назначенію врача, пила ландышевыя капли. Менструировать начала на 15 году; типъ кровей установился сразу: мѣсячныя приходили чрезъ 30 дней и продолжались по 4—5 дней.

Въ характерѣ кровей ни до замужества, ни послѣ никакихъ особенностей не было. Замужъ вышла 15-го Мая 1896 года и имѣла послѣ замужества два раза правильно протекшія крови. Послѣднія были съ 20 по 24 іюня 1896 года. Съ этого времени больная стала считать себя беременной. Первую половину беременности больная чувствовала себя хорошо, занималась хозяйствомъ и службой, на свое состояніе мало обращала вниманія и времени перваго движенія плода не помнитъ. Въ концѣ ноября больная впервые почувствовала боль внизу живота, въ правой сторонѣ и здѣсь же замѣтила у себя болѣзненную опухоль. Въ это же время запоры, которыми вообще страдала больная, усилились. Больная обращалась амбулаторно къ двумъ врачамъ акушерамъ, которые, повидимому, не нашли ничего особеннаго въ теченіи беременности, такъ какъ ни одинъ изъ нихъ не предупредилъ больную о томъ, что беременность протекаетъ неправильно. Подъ вліяніемъ послабляющихъ дѣятельность кишечника вскорѣ улучшилась, боли въ правой сторонѣ живота исчезли и больная снова стала чувствовать себя хорошо. Окружающіе находили, что она поправилась и даже попольфа. До 23 Января больная ходила ежедневно на службу и отправляла обязанности хозяйки дома. 23-го у нея, какъ уже сказано, безъ видимой причины, появились острыя боли надъ пупкомъ при движеніи плода, которыя и привели больную въ Институтъ.

Большая ниже среднего роста (150,5 см.), слабого сложения; скелетъ тонокъ, мышцы слабо развиты; худа, блѣдна и едва можетъ двигаться сама. Языкъ обложенъ, аппетита нѣтъ, постоянно тошнить и изрѣдка рветъ; запоры. Со стороны легкихъ замѣтныхъ уклоненій нѣтъ. Поверхностная тупость сердца начинается съ третьяго ребра; толчекъ сердца на нормальномъ мѣстѣ, разлитой; поперечная тупость сердца не увеличена. Пульсъ ускоренъ—100—110 ударовъ въ м., слабого наполненія, ритмиченъ. Первый токъ у верхушки сердца неясенъ и замѣненъ шумомъ. Небольшіе отеки на обѣихъ голенихъ и ступняхъ. Въ мочѣ ненормальныхъ примѣсей не найдено.

Животъ умеренно вздутъ и, при ощупываніи, болѣзненъ, окружность его равна 83 см.; форма имѣетъ неправильное, яйцевидное очертаніе: длинный діаметръ идетъ отъ лѣваго подреберья къ правой подвздошной впадинѣ, въ которой опредѣляется мягковатый выступъ и выслушивается маточный шумъ; съ лѣвой стороны внизу опредѣляется другой выступъ, напоминающій, по своему очертанію, тѣло матки. Справа надъ пупкомъ опредѣляются мелкія части плода и ихъ толчки, въ лѣвомъ подреберьи—ягодичный конецъ, внизу, во входѣ въ тазъ головки, въ лѣвой половинѣ живота спинки. Сердцебіеніе плода выслушивается слѣва, ниже пупка; частота его колеблется между 140—150 уд. въ м. Части плода, лежащія надъ пупкомъ, прощупываются настолько ясно, какъ бы онѣ лежали непосредственно подъ брюшными покровами. Лѣвая круглая связка матки не опредѣляется. Съ правой стороны плодовмѣстилица прощупывается какой-то тяжъ, идущій къ правому паховому каналу. Наружные половые органы и грудныя железы въ анатомическомъ отношеніи не представляютъ уклоненій отъ нормы. Какъ первые, такъ и вторые представляютъ измѣненія, свойственныя беременности вообще.

При внутреннемъ изслѣдованіи найдено слѣдующее: шейка матки вмѣстѣ съ тѣломъ смѣщена къ передней стѣнкѣ таза и отодвинута немного влѣво; влагалищная часть шейки представляется въ видѣ небольшого валика, растянутого въ поперечномъ направленіи, наружный зѣвъ свободно пропускаетъ палецъ; каналъ шейки также растянутъ въ поперечномъ направленіи. Вся матка тонкостѣнна, уплощена. Установить непосредственную связь съ плодовмѣстилицемъ того или другаго рога матки не удается. Стѣнка шейки, прилегающая къ плодовмѣстилицу, resp. головкѣ, представляется наиболѣе истонченной. Правый и задній своды влагалища растянуты вдающагося порядочнымъ сегментомъ въ полость таза головкой. На ней опредѣляется чрезъ истонченный сводъ малый родничекъ, обращенный влѣво, и стрѣловидный шовъ, идущій вправо. При изслѣдованіи матки пальцемъ и толстымъ зондомъ оказалось, что полость ея пуста, равна 13—15 см., нигдѣ не имѣетъ сообщеній съ плодовмѣстилицемъ и въ ней нѣтъ никакихъ выступовъ. Слизистая оболочка матки рѣзко гиперплазирована

и во взятых кусочках представляет типическую децидуальную ткань; ворсинъ не найдено.

Наружные размѣры таза: D. S. 23, D. C. 27, D. T. 29, C. Ext 19. Температура тѣла 37° C.

На основаніи полученныхъ данныхъ не надлежало сомнѣнію, что мы имѣемъ дѣло съ эктопической беременностью въ стадіи прогрессивнаго развитія и въ такомъ ея періодѣ, когда жизнеспособность плода съ каждой недѣлей становится все болѣе и болѣе вѣроятной. «На обязанности наблюдающаго врача», говоритъ *А. А. Муратовъ* ²⁾ въ своихъ очеркахъ клиническихъ наблюденій надъ внѣматочной беременностью, «лежитъ одинаковая забота, при подобныхъ условіяхъ, какъ о сохраненіи жизни беременной, такъ равно и о сохраненіи жизни внѣматочно развивающаго плода».

Вполнѣ раздѣляя взглядъ *Муратова* и не усматривая въ состояніи больной жизненныхъ показаній къ немедленному вмѣшательству, мы оставили больную подъ наблюденіемъ.

Насколько легко рѣшается вопросъ объ эктопическомъ развитіи беременности въ нашемъ случаѣ, настолько трудно высказаться съ положительностью о видѣ ея. Рѣшеніе послѣдняго вопроса представляетъ чисто теоретическій интересъ; для практическихъ же цѣлей, въ смыслѣ вмѣшательства, двухъ мнѣній не можетъ быть. Оставляя больную безъ оперативнаго вмѣшательства, мы обрѣкаемъ плодъ на вѣрную смерть и мать почти на вѣрную.

Наблюденія показали, что наиболѣе частая трубная беременность весьма рѣдко достигаетъ нормальнаго срока беременности; обыкновенно она прерывается въ первой половинѣ. Если же мы имѣемъ дѣло съ беременностью во второй половинѣ и въ стадіи прогрессивнаго развитія, то такіе случаи чаще всего относятся къ брюшной или яичниковой беременности. Но рѣдкость чистыхъ случаевъ брюшной и яичниковой беременности, давшая поводъ такому опытному гинекологу, какъ *Lawson-Tait* ³⁾, отрицать даже ихъ существованіе вообще, заставляетъ и насъ съ осторожностью относиться къ нимъ. Дифференцируя распознаваніе нашего случая между

²⁾ *А. А. Муратовъ*.—Очерки клиническихъ наблюденій надъ внѣматочной беременностью 1896 г. стр. 119.

³⁾ *Lawson-Tait*.—Цит. по *Муратову*.

трубной беременностью и беременностью въ рудиментарномъ рогѣ, которая, какъ извѣстно, по своему клиническому теченію, исходамъ и лѣченію мало чѣмъ отличается отъ трубной мы должны прежде всего отмѣтить особенности случая.

Извѣстно, что внѣматочная трубная беременность наичаще встрѣчается у рожавшихъ и притомъ у тѣхъ изъ нихъ, которыя перенесли какое либо послѣродовое заболѣваніе. Наша больная была здоровой женщиной въ половомъ отношеніи и забеременѣла на второмъ мѣсяцѣ замужества.

Это обстоятельство, на первый взглядъ, говорило бы больше за беременность въ рудиментарномъ рогѣ, однако же оно сильно умалывается наблюденіями *Abel'*я ⁴⁾, *R. Frommel'*я ⁵⁾, *Freund'a* ⁶⁾ и *Снегирева* ⁷⁾, которые считаютъ за одну изъ причинъ трубной беременности—рудиментарное состояніе трубъ и спиральное направленіе ихъ продольной оси.

Гораздо большее значеніе въ этомъ отношеніи имѣютъ данныя объективнаго изслѣдованія. Мы отмѣтили, что влагалищная часть ненормально коротка, шейка матки in toto представляется растянутой въ поперечномъ направленіи; сторона ея, прилегающая къ плодовмѣстилицу, истонченной; дно матки, въ области трубъ, не соединено тѣсно съ плодовмѣстилицемъ и, кромѣ того, съ правой стороны плодовмѣстилица прощупывается какой то тяжъ, идущій къ паховому каналу соответственной стороны, ligam. teres? Вся матка тонкостѣнна. Эти прямые и косвенныя данныя въ своей совокупности могутъ быть только при рудиментарномъ рогѣ и на основаніи ихъ можно съ большей вѣроятностью высказаться за беременность въ немъ, чѣмъ за трубную. Срокъ беременности также больше говоритъ за беременность въ рудиментарномъ рогѣ. Рудиментарный рогъ, какъ бы не былъ плохо развитъ, все-же обладаетъ большимъ количествомъ мышечныхъ волоконъ и больше способенъ развиваться при беременности, чѣмъ труба. Поэтому и больше вѣроятности, что беременность въ немъ можетъ достигнуть большей зрѣлости, чѣмъ въ трубѣ.

⁴⁾ *Abel.*—Arch. f. Gyn., 1893, Band 44. Ueber wiederholte Tubengrawidität bei derselben Frau.

⁵⁾ *Frommel.*—Журн. Ак. и Жен. бол., 1890.

⁶⁾ *Freund.*—Ueber die Indic. zur operativen Behandlung der erkrankten Tben Volkmannsche Sammlung. klin. Vorträge, № 323.

⁷⁾ *Снегиревъ.*—Маточн. кровот., 2-е изд., Москва, 1895 г.

На основаніи этихъ соображеніи проф. *Д. О. Оттз* высказался съ большей вѣроятностью за беременность въ рудиментарномъ рогѣ, чѣмъ за другой какой либо видъ эктопической беременности.

Возвращаясь къ больной, мы прежде всего должны отмѣтить, что 23/1 въ теченіи беременности ея произошли рѣзкія перемѣны къ худшему. У больной относительно здоровой до того, безъ видимой причины, появились сильныя боли въ животѣ при движеніи плода, вздутіе и болѣзненность живота, затрудненное отправление кишечника, тошнота и рвота, ускоренный, слабый пульсъ. Эти симптомы настолько характерны, что діагнозъ перитонита не подлежитъ сомнѣнію. Труднѣе высказаться о ближайшей причинѣ перитонита. Эктопическая беременность, какъ извѣстно, даетъ много поводовъ къ развитію мѣстнаго, разлитаго и общаго перитонита.

Давленіе, надрывы и разрывы плоднаго мѣста, разрывы оболочекъ плода, самъ плодъ и т. д. составляютъ обычные этиологическіе моменты перитонитовъ. Конечно, установить точно зависимость перитонита отъ одной изъ названныхъ причинъ возможно лишь при внимательномъ наблюденіи за теченіемъ беременности. Къ сожалѣнію, мы не наблюдали больную ранѣе и поэтому трудно сказать что либо опредѣленное въ этомъ направленіи.

Замѣтимъ однако, что у больной ни разу не было ни шока, ни явленій внутренняго кровотеченія.

Въ первое время пребыванія въ Институтѣ больная, подѣ влияніемъ покоя, ухода, регулированія стула, чувствовала себя значительно лучше. Движенія плода, по прежнему, оставались болѣзненными; сонъ былъ плохъ, силы не восстанавливались. На второй недѣлѣ состояніе больной стало ухудшаться: t° по вечерамъ поднималась до субфебрильной, аппетитъ ослабъ, питаніе и силы замѣтно падали. Въ виду жизненныхъ показаній со стороны больной, на 33 недѣлѣ беременности, 11/II 1897 г., было произведено чревосѣченіе проф. *Д. О. Оттз*.

Къ операциі больная была подготовлена обычнымъ, принятымъ въ клиникѣ проф. *Д. О. Оттз* способомъ. Наркозъ эфиромъ. Разрѣзъ живота сдѣланъ по бѣлой линіи отъ лобка до точки, лежащей на 3 см. выше пупка.

По вскрытіи брюшины, въ полости живота оказалось немного серозной жидкости, напоминающей по внѣшнему виду околоплодная воды (примѣсь кусочковъ *vernici caseosae*).

Плодъ большею своею половиной,—отъ лопатокъ и далѣе къ ягодичному концу, лежалъ свободно въ брюшной полости, со спинкою обращенною влѣво и ягодичнымъ концомъ вверхъ, къ діафрагмѣ. Отъ передней брюшной стѣнки онъ отдѣлялся двумя лентами (каждая шириною въ два-три см.) измѣненнаго и приросшаго внизу къ плодовмѣстилицу сальника. *Peritoneum parietale* и *peritoneum viscerale* значительно утолщена, гипер-

мирована и, по мѣстамъ, покрыта свѣжимъ фибринознымъ экссу- датомъ; по мѣстамъ, представляетъ рыхлыя склейки и болѣе плотныя плоскостныя и въ видѣ тяжей сращения.

Плодъ былъ извлеченъ изъ брюшной полости за правую ножку и, по отдѣленіи, переданъ для оживленія. Головка, плечики и ручки плода лежали въ плодовмѣстилице, которое представляло собою глубокую чашку съ неровными краями. Стѣнка плодовмѣстилица съ правой стороны представлялись болѣе высокой и обособленной отъ сосѣднихъ органовъ, съ лѣвой—низкой и спаянной съ толстой кишкой (fl. Sigmoid и верхній отдѣлъ recti), лѣвыми придатками и задней поверхностью матки. Лѣвая труба гипертрофирована, яичникъ нормаленъ; истиннаго желтаго тѣла въ немъ не найдено. Лѣвая сторона матки правильно развита; правая—у рога не имѣетъ ни трубы, ни круглой связки. Плодовмѣстилице соединяется съ правымъ бокомъ матки ниже области рога и круглая связка отходитъ отъ плодовмѣстилица снаружи къ паховому каналу. Праваго яичника и правой трубы нѣтъ, какъ таковыхъ. Плодовмѣстилице вдается справа между листками правой широкой связки, расщепивъ ихъ до перехода въ перитонеальную брюшину. Послѣдъ помѣщается на задней и заднеправой стѣнкѣ плодовмѣстилица. Онъ имѣетъ клинообразную форму, толстымъ краемъ обращенъ вверхъ, тонкимъ и широкимъ внизъ.

Перевязавъ плодовмѣстилице по отдѣламъ ниже прикрѣпленія послѣда, оно было резецировано и удалено вмѣстѣ съ послѣдомъ. Послѣ этого полость плодовмѣстилица представлялась еще довольно большой и необходимо было изолировать её отъ брюшной. Съ этою цѣлю можно было избрать два пути: можно было вшить края плодовмѣстилица въ брюшную рану и можно было закрыть плодовмѣстилице сверху швами и проложить широкое отверстіе чрезъ сводъ влагалища. Проф. Д. О. Оттъ избралъ послѣднее. Полость плодовмѣстилица была выполнена стерилизованнымъ марлевымъ бинтомъ, конецъ котораго выведенъ во влагалище чрезъ отверстіе въ сводѣ; верхнее же отверстіе плодовмѣстилица закрыто серосерозными швами. Сдѣлавъ сухой туалетъ брюшной полости и резецировавъ измененныя части большого сальника, брюшная рана была зашита обычнымъ образомъ съ наложеніемъ погружныхъ, мышечно-апоневротическихъ швовъ. На рану положена іодоформная (30⁰/о) марля и ватная повязка; влагалище выполнено іодоформной марлей.

Извлеченный младенецъ мужскаго пола вскорѣ сталъ дышать, но не кричалъ. Принятые мѣры къ болѣе совершенному восстановленію жизненныхъ отправленияхъ не увѣнчались успѣхомъ и чрезъ шесть часовъ, по рожденіи, онъ умеръ.

Вѣсъ плода	2400	грам.
Длина	48	cm.
Окружность головки	31	»
Прямой размѣръ головки	10	»
Большой косой	11,5	»

Малый косой	9,5	см.
Большой поперечный	7,25	"
Малый поперечный	6,5	"
Переречный размъръ плечъ	11,5	"
" " " " "	8,5	"

Головка имѣтъ неправильную косвенную форму; продольный размъръ ея направляется спереди назадъ и слѣва направо; лѣвая половина нижней челюсти и соотвѣтственный уголъ рта стоять значительно выше правой стороны; лѣвая половина лба болѣе выпукла, чѣмъ правая; лѣвая темянная кость помѣщается болѣе впереди, а правая къзади, причемъ затылочная кость приходится болѣею своею частью на лѣвой сторонѣ головы. Лѣвая рука согнута въ локтевомъ суставѣ и движенія въ этомъ суставѣ нѣсколько ограничены, такъ что рука не можетъ быть выпрямлена вполне.

Объ голени искривлены нѣсколько внутрь и объ стопы подошвами повернуты кнутри. Оба яичка находятся въ мошонкѣ; въ лѣвой половинѣ ея находится небольшая водянка.

Вскрытiе трупики было произведено проф. *Н. П. Ивановскимъ*.

Подъ мягкими частями черепа встрѣчаются небольшiе капиллярные экстравазаты. Большой родничекъ имѣтъ около 3-хъ см. въ поперечникѣ и доходить почти до *glabella*. Объ половины лобной кости раздѣлены широкимъ промежуткомъ, суживающимся книзу. Въ мягкой оболочкѣ, покрывающей боковую и нижнюю поверхности темянной части мозга, имѣтъя довольно значительное кровоизлiянiе.

Основанiе черепа имѣтъ неправильную форму: лѣвая средняя ямка имѣтъ нѣсколько большую величину и приходится впереди правой; соотвѣтственно этому лобныя ямки направлены нѣсколько вправо, а затылочныя влѣво.

Общая форма мозга вполне соотвѣтствуетъ описаннымъ особенностямъ черепа. Правое полушарiе нѣсколько больше и отодвигнуто къзади. Желудочки значительно растянуты серозною жидкостью. Мозжечекъ, продолговатый мозгъ и варолиевъ мостъ имѣютъ правильную форму и положенiе. Подкожного жира почти нѣтъ, мышцы оч. блѣдны и мало развиты. *Gl. Thymus* прикрываетъ верхнюю треть сердца, ткань ея блѣдна. Сердце растянуто жидкою кровью; стѣнки тонки и дряблы; овальное отверстiе широко открыто. Легкiя помѣщаются въ задней части плевритическихъ полостей; поверхность ихъ мѣстами бѣловатаго, мѣстами темнокраснаго цвѣта. По разрѣзѣ, блѣдныя мѣста оказываются наполненными воздухомъ, мягкими; а красныя мѣста болѣе плотными, съ небольшими кровоизлiянiями и почти вовсе воздуха не содержать. Въ дыхательныхъ трубкахъ содержится кровянистая слизь. Печень обыкновенной величины, темнокраснаго цвѣта, умеренной плотности. Селезенка мала, темнокраснаго цвѣта, плотна. Почки нѣсколько гиперемированы. Въ желудкѣ содержится бѣловатая слизистая масса съ пузырь-

ками воздуха. Слизистая оболочка желудка и кишок блѣдна. Въ толстыхъ кишкахъ содержится месоциумъ.

На основаніи данныхъ вскрытія проф. *Ивановскій* сдѣлалъ заключеніе, что смерть послѣдовала отъ асфиксіи вслѣдствіе недостаточнаго развитія вообще.

Въ послѣоперационномъ періодѣ больная лихорадила около мѣсяца. Температура 7 разъ поднималась по вечерамъ выше 39° С., въ остальное же время держалась ниже этого. Лихорадка зависѣла отъ нагноенія въ полости плоднаго мѣшка. На четвертый день, при первой церемѣнѣ тампоновъ, во влагалищѣ была найдена вышедшая отпадающая оболочка матки seu развитого рога. Брюшная рана зажила первымъ натяженіемъ; плодный мѣшокъ спался, облитерировался и представляетъ теперь небольшое уплотнѣніе, лежащее въ правомъ и заднемъ сводѣ. Больная выписалась изъ Института 30/III совершенно здоровой.

Описанный случай принадлежитъ къ рѣдкимъ по той степени зрѣлости, какой достигла беременность въ рудиментарномъ рогѣ. Въ литературѣ мнѣ удалось найти всего лишь 9 подобныхъ случаевъ. Они принадлежатъ *Turner'у* ⁸⁾, *Werth'у* ⁹⁾, *Salin'у* ¹⁰⁾, *Sänger'у* ¹¹⁾, *Macdonald'у* ¹²⁾, *Wiener'у* ¹³⁾, *Galle* ¹⁴⁾ *Н. В. Склифосовскому* ¹⁵⁾ и *Д. О. Омтз* ¹⁶⁾. Въ случаяхъ *Turner'a*, *Sänger'a*, *Macdonald'a* и *Galle* беременность наблюдалась въ лѣвомъ рудиментарномъ рогѣ; въ случаяхъ *Werth'a*, *Salin'a*, *Weiner'a*, *Склифосовскаго*, *Omtz* и нашемъ въ правомъ. Во всѣхъ случаяхъ операція была произведена, спустя болѣе или менѣе долгое время, послѣ смерти плода, причемъ, изъ девяти оперированныхъ умерла одна (случай *Werth'a*). Нашъ случай является первымъ въ этомъ родѣ, гдѣ чревосѣченіе было сдѣлано при живомъ плодѣ и съ благоприятнымъ исходомъ для матери и плода.

Онъ является вторымъ по предварительной установкѣ діагноза, подтвердившагося вполне во время операціи. (Первый случай принадлежитъ *Sanger'у* l. c.).

⁸⁾ *Turner*.—Edinb. medical. Journal 1866 г. цит. по *Werth'у*.

⁹⁾ *Werth*.—Archiv f. Gynäk. Bd. 17. p. 281 и слѣд.

¹⁰⁾ *Salin*.—Centralblatt f. Gynäk. 1881 г. p. 221.

¹¹⁾ *Sänger*.—Centralbl. f. Gynäk. 1883 г. p. 324.

¹²⁾ *Macdonald*.—Edinburgh. med. Journ., April 1885 г. цит. по *Wiener'у*.

¹³⁾ *Wiener*.—Archiv f. Gynäk. Bd. 26, p. 234 и сл.

¹⁴⁾ *Galle*.—Centralbl. f. Gynäk. 1885 г. p. 598, 599, 600.

¹⁵⁾ *Н. В. Склифосовскій*.—Врачъ 1889 № 21.

¹⁶⁾ *Д. О. Омтз*.—Врачъ 1890 № 49.

Изъ особенностей случая нельзя не отмѣтить разрыва рога, протекшаго безъ замѣтныхъ общихъ явленій и не сопровождавшагося болѣе или менѣе значительнымъ кровотеченіемъ; трехнедѣльнаго пребываніе живого плода, свободно помѣщавшагося въ брюшной полости; характерныхъ болей при движеніяхъ плода, лежащаго свободно въ брюшной полости и, наконецъ, оплодотворенія, происшедшаго путемъ наружнаго передвиженія сѣмени.
