

III.

Случай долговременнаго задержанія плода въ маткѣ при разрывѣ ея ¹⁾.

Ординатора клиники Д. Абуладзе.

(Изъ Кіевской Акушерско-Гинекологической клиники).

Въ сегодняшнемъ засѣданіи я позволяю себѣ занять вниманіе Общества подробнымъ описаніемъ случая изъ нашей клиники, представляющаго интересъ, какъ въ смыслѣ значительной рѣдкости, такъ и во многихъ другихъ отношеніяхъ. Исторія случая слѣдующая:

1-го марта текущаго года, въ 7 часовъ вечера, въ клинику была доставлена на повозкѣ мужемъ и отцемъ больная изъ с. Ново-Безрадици, Кіевского уѣзда, крестьянка 25 л., православная, занимающаяся полевымъ хозяйствомъ, малороссіянка, Татьяна Ш—ко.

Изъ разспросовъ выяснилось: больная замужемъ съ 21 г. (мужъ съ виду—вполнѣ здоровый, средняго роста, коренастый, бойкій крестьянинъ); въ дѣтствѣ, кромѣ вѣтряной оспы никакими болѣзнями, насколько помнитъ, не страдала и вообще до послѣдняго заболѣванія пользовалась вполнѣ хорошимъ, цвѣтущимъ здоровьемъ. Менструировала съ 18 лѣтъ по установившемуся сразу типу,—черезъ 4 недѣли, по 2—3 дня, необильно, но съ незначительной болью внизу живота во время самыхъ регулъ. Послѣднія менструаціи были, по обычному типу, около 10 апрѣля 1896 г., съ каковаго времени считала себя беременной во 2-й разъ.

¹⁾ См. Протоколъ № 90.

Первая беременность протекала правильно и окончилась 1-го сентября 1895 г., по словам больной, срочными родами мертвым плодом, но, повидимому, не мацерированным. Но бабка, присутствовавшая тогда при родахъ, съ удивленіемъ говорила больной, что такого длиннаго ребеночка—новорожденнаго ей еще не приходилось видѣть. Воды отошли часовъ за 10 до разрѣшенія; роды, въ общемъ, продолжались, при очень сильныхъ и болѣзненныхъ схваткахъ, не болѣе сутокъ. Послѣ родовъ не болѣла; встала на другой же день и повену начала приниматься за обычные занятія. Времени появленія перваго движенія плода во второй, послѣдней беременности больная не помнитъ. Беременность въ началѣ протекала правильно; въ первый мѣсяць были незначительныя тошноты. Ни кровотеченій, ни обмороковъ, ни болей у больной не было. Со второй половины беременности замѣтила рѣзкое увеличеніе живота, сравнительно съ предшествовавшей. На ряду съ увеличеніемъ живота, замѣчала и его сильную отвислость. Почти за мѣсяць передъ наступленіемъ родовъ увеличеніе живота дошло до того, что больной трудно было ходить; вмѣстѣ съ тѣмъ появились боли въ поясничной области, главнымъ образомъ, слѣва. Движенія плода все это время ощущались явственно.

29-го декабря 1896 года, примѣрно недѣли за двѣ до окончанія беременности, съ ранняго утра появились небольшія схватки, которыя къ вечеру постепенно усилились; послѣ четырехъ—пяти очень сильныхъ схватокъ лопнулъ вдругъ пузырь, и стала отходить въ большомъ количествѣ алая кровь. Кровь, по словамъ больной, — «прямо лилась». При этомъ не было ни обморока, ни даже головокруженія. Послѣ этого были еще три—четыре сильные схватки и, затѣмъ, послѣднія прекратились совершенно. Ребенокъ, какъ заявляетъ больная, «поднялся вверхъ», и движенія его вскорѣ прекратились навсегда.

Со слѣдующаго дня истеченіе крови изъ влагалища повторялось періодически, небольшими порціями; но кровь была уже темная. Съ цѣлью какъ нибудь окончить роды, мужъ нѣсколько разъ «встряхиваль» роженицу;— но, видя, что ребенокъ не рождается, онъ на 8-й день пригласилъ повитуху, которая заявила, что ребенокъ лежитъ поперекъ, и отказалась отъ подачи

какой бы то ни было помощи. Все это время и почти вплоть до поступления въ клинику больную знобило сильно и часто, бросало послѣ знобовъ въ жаръ, и, не переставая, были рѣзкія боли по всему животу.

Далѣе, около трехъ недѣль отдѣленія были кровянистыя, принявъ постепенно характеръ гнойныхъ, сначала безъ запаха, а потомъ—сильно вониючихъ. Почти къ концу третьей недѣли, по словамъ больной, вышло дѣтское мѣсто; пуповина была перерѣзана мужемъ у входа во влагалище. Дня три перерѣзанный плодный конецъ пуповины оставался видимымъ, а затѣмъ онъ «спрятался вглубь». Спустя около одной недѣли послѣ этого, мужемъ больной были удалены изъ влагалища торчащія мясистыя, неразложившіяся (?) массы. Какъ утверждаетъ сама больная, массы эти были: печень, легкія и сердце младенца,—что подтверждено было, по заявленію больной же, и окружающими. Въ концѣ четвертой недѣли отъ начала родовъ обозначилось возлѣ пупка свищевое отверстіе, откуда сталъ выдѣляться гной. Съ этимъ временемъ совпадаетъ и выходненіе изъ влагалища маленькихъ косточекъ, которыя до времени поступления въ клинику выдѣлились въ количествѣ около десяти, по словамъ какъ больной, такъ и мужа ея.

Главныя жалобы больной при поступленіи въ клинику: присутствіе въ животѣ мертваго, гниющаго плода; сильная болѣзненность живота; зловонныя отдѣленія изъ влагалища; выдѣленіе гноя изъ свища возлѣ пупка; отсутствіе сна, потеря аппетита, упадокъ силъ и рѣзкое исхуданіе, измѣнившее больную до неузнаваемости.

Первый, по прибытіи въ клинику, осмотръ далъ слѣдующее: уже при приближеніи къ больной, крайне грязной, слышится гангренозный запахъ. На волосистой части головы—въ обилии *pediculi*, что заставляеть больную почти безпрестанно чесаться. Бросаются въ глаза рѣзкое исхуданіе, мертвенная блѣдность покрововъ лица, тусклый взглядъ впалыхъ глазъ. Больная—апатична, отвѣчаетъ на вопросы слабымъ голосомъ, не хотя. Ростъ—142 сант., вѣсъ тѣла—26,5 кило, т. е. 1 п. 26¹/₄ ф. Температура тѣла—38,5° Ц, пульсъ—122—128, слабый; дыханіе—28. Костная система развита удовлетворительно, явленій рахита не замѣчается. Мышцы—дряблы, атрофичны; подкож-

наго жира нѣтъ. Вообще, больная представляетъ крайнюю степень исхуданія, напоминая собою скелеть, обтянутый одной лишь кожей. Нѣкоторое понятіе объ этомъ исхуданіи можно составить себѣ по прилагаемому къ настоящей статьѣ фотографическому снимку, полученному во время уборки больной. (Снимокъ этотъ во время засѣданія Общества былъ отброшенъ на экранъ при помощи проэкціоннаго аппарата). Изъ лимфатическихъ железъ прощупываются подчелюстные, которыя—слегка увеличены и твердоваты ва ощупь. Надъ и подъ-ключичныя пространства рѣзко западаютъ вглубь. Ключицы сильно выдаются. Fossa jugularis рѣзко выражена. Пульсація сонныхъ артерій видна на разстояніи. Грудныя железы—малы, дряблы, съ ясно выраженными дольками. Соски—малы, околососковые кружки рѣзко пигментированы; Монгомеровы тѣльца выражены ясно. Изъ лѣвой грудной железы выдавливается молоко, изъ правой—молозиво. При перкуссіи и аускультациі легкихъ ничего патологическаго не отмѣчается. Сердце не увеличено; тоны его—чисты, но глухи. Аритміи пульса нѣтъ. Печень и селезенка не увеличены. Моча, выпущенная катетеромъ въ количествѣ 220 куб. ц.,—насыщенно-желтаго цвѣта, чистая, уд. в.—1012, реакціи—слабо-кислой; бѣлка въ ней нѣтъ.

Животъ ассиметриченъ: лѣвая его половина выпячивается больше правой. Брюшныя покровы, испачканные мѣстами засохшими грязными массами, мѣстами—зеленоватымъ, воноющимъ гноемъ, не напряжены. При легкомъ дотрогиваніи, мышцы брюшной стѣнки рѣзко сокращаются, и больная обнаруживаетъ явленія чрезвычайно сильной боли. Бѣлая линія слабо пигментирована. Слегка втянутый пупокъ и вся область кожи, его окружающая,—отечна, сине-багроваго цвѣта и представляетъ готовящійся къ омертвѣнію участокъ овальной формы, имѣющій въ длинникѣ 3,5 сант., а въ поперечникѣ—2,0 сант. Въ нижнемъ углу описываемаго участка, чуть вправо отъ бѣлой линіи, замѣчается свищевое отверстіе, откуда, по временамъ, выдавливается зеленоватый ихорозный гной; отверстіе это пропускаетъ пуговку зонда *Schultze* № 2; зондъ наталкивается на обнаженную кость.

Въ брюшной полости ощупывается опухоль, неподвижная, большей своей частью лежащая въ лѣвой половинѣ живота.

Опухоль эта очень болѣзненна, нѣсколько овоидной формы, при чемъ овоидъ идетъ въ косомъ направленіи слѣва сверху и вправо книзу. Границы опухоли лишь справа и слѣва, приближаясь къ поясничнымъ областямъ, ясно обозначаются,—тогда какъ вверху и внизу онѣ какъ бы теряются въ глубинѣ брюшной полости. Пульсація брюшной аорты передается опухоли. Въ областяхъ еpi- и mesogastrium'a, гдѣ находится главная масса опухоли,—рѣзкая чувствительность, даже при легкомъ дотрогиваніи; тогда какъ область hypogastrium'a—почти нечувствительна. Между реберной дугой и опухолью слѣва можно помѣстить $2\frac{1}{2}$ пальца, а справа—3. Между sp. ant. sup. dex. et sin. и опухолью свободно можно помѣстить 2 пальца; между лобкомъ и опухолью—3 пальца; здѣсь вся подчревная область представляется запавшей и, при глубокомъ надавливаніи чуть вправо отъ бѣлой линіи, изъ влагалища вытекаетъ густой, ихорозный гной съ *каловымъ запахомъ*. Лѣво-верхняя часть опухоли—очень плотной консистенціи; она представляетъ собою на ощупь какъ-бы мѣшокъ, наполненный костями; кости эти подвижны. На $2\frac{1}{2}$ пальца надъ пупкомъ, по бѣлой линіи, прощупывается довольно твердый бугорочекъ, напоминающій по консистенціи кость; такой же, но нѣсколько большій по величинѣ бугорочекъ прощупывается вправо и кзади, на уровнѣ съ пупкомъ, на разстояніи 8,5 сант. отъ послѣдняго. Какъ въ поясничныхъ областяхъ, такъ и на самой опухоли при перкуссіи получается тимпаническій тонъ. Только слѣва отъ бѣлой линіи, на уровнѣ съ пупкомъ, тонъ—чуть притупленно-тимпаническій.

Наибольшая окружность живота—на пупкѣ	64,0	сант.
Отъ лобка до пупка	11,0	»
Отъ пупка до меча	13,0	»
Отъ лобка до верхней границы опухоли	19,0	»

Вся опухоль—величиною приблизительно, какъ трупикъ плода, при нормальномъ членорасположеніи его въ маткѣ.

Размѣры таза:

D. Tr.	27,5	Con. ext.	16,0
D. Sp.	20,5	Con. diag.	10,0
D. Cr.	24,5	Con. v.	8,25

*Размеры скелетированного таза *)*:

D. Tr.	25,5	Con ext.	16,2
D. Sp.	20,5	Con. diag.	10,6
D. Cr.	24,3	Con. v.	8,0
		Высота симфиза	4,3
		Толщина симфиза	2,6

Кожа лобка, наружные половые органы покрыты умеренным количеством волосъ. Большія губы прикрываютъ совершенно малыя; послѣднія въ видѣ двухъ небольшихъ дряблыхъ слабо-пигментированныхъ лопастей доходятъ до середины большихъ. Клиторъ и его крайняя плоть не увеличены. Слизистая входа во влагалище блѣдна, съ цианотическимъ оттѣнкомъ. Отверстіе мочеиспускательнаго канала стоитъ низко и глубоко. Отъ дѣвственной плевы остались довольно ясно выраженные миртовидные сосочки. Изъ влагалища выдѣляется ихорозный гной, смѣшанный съ крупинками кала. Стѣнки влагалища — гладки, слегка напряжены. Само влагалище вглубь замѣтно расширено. Шейка представляется какъ бы изглаженной. Зѣвъ — очень высоко, съ толстыми краями, едва пропускаетъ кончикъ изслѣдующаго пальца, который оцупываетъ острый край косточки. Зѣвъ, приблизительно, — на 3 пальца выше лоннаго соединенія. Матка на обычномъ мѣстѣ отсутствуетъ. При изслѣдованіи, толчки отъ изслѣдующаго пальца рѣзко передаются опухолю. Изъ влагалища удалена косточка, которая при осмотрѣ оказалась половиной дуги позвонка **). Обнажить зѣвъ при помощи зеркалъ удается съ большимъ трудомъ. Зондъ входитъ въ зѣвъ на 2,0 сант. и тотчасъ же натывается на обнаженную кость. При изслѣдованіи чрезъ прямую кишку ничего особеннаго не опредѣляется. Въ области крестца имѣется пролежень съ мѣдный пятакъ.

Изъ сопоставленія всего изложеннаго было не легко установить точное распознаваніе, особенно въ виду сбивчиваго анамнеза. Наиболѣе вѣроятнымъ намъ казался слѣдующій диагнозъ: *общесухуженный тазъ; неполный разрывъ матки во время*

*) При печатаніи настоящей статьи удалось получить и размеры скелетированнаго таза.

**) Косточки, выдѣлявшіяся раньше изъ влагалища, по словамъ мужа больной, были тождественны съ удаленной нами изъ влагалища и предъявленной ему.

родовъ, впроятно, — при поперечномъ положеніи плода — съ задержаніемъ части его въ разорванной маткѣ, а части — въ матки, подъ отслоившимся брюшиннымъ покровомъ; разложеніе плода; каловой свищъ; общее истощеніе больной.

Какого въ данномъ случаѣ происхожденія разрывъ матки, — постараемся объяснить дальше.

Больная, при поступленіи въ клинику, тщательно вымыта, переодѣта, уложена въ постель. Влагалище проспринцовано растворомъ борной кислоты, наложена антисептическая повязка на свищевое отверстіе брюшной стѣнки, положенъ на животъ пузырь со льдомъ, назначено вино, питаніе. Сказанная терапія примѣнялась ежедневно до операціи, каковая произведена проф. Г. Е. Рейномъ шестого марта сего года. Наканунъ больной сдѣлана общая ванна, покровы живота на цѣлую ночь обложены сулемованнымъ компрессомъ.

Больная захлороформирована, брюшные покровы обычно продезинфицированы, влагалище проспринцовано растворомъ борной кислоты, выпущена катетеромъ моча и приступлено къ разрѣзу брюшныхъ покрововъ, который сдѣланъ въ области пупка, на мѣстѣ свищевое отверстія. Разрѣзъ, длиною около 9,0 сант., проведенъ въ косомъ направленіи сверху слѣва и вправо внизъ, соотвѣтственно наибольшему длиннику опухоли. При этомъ пупокъ пришелся примѣрно на срединѣ разрѣза.

Тотчасъ же по разрѣзѣ, въ ранѣ показалось ребро плода, которое и было тотчасъ-же удалено; за тѣмъ удалены дуги позвонковъ, ребра, ключицы, лопатки, плечевыя кости. По удаленіи названныхъ костей, изъ раны начала выдѣляться въ обиліи ихорозная, съ каловымъ запахомъ масса. Послѣ промыванія полости растворомъ борной кислоты, были извлечены кости черепа, находившіяся въ лѣвой части мѣшка. Кости были покрыты мягкими частями, въ состояніи настолько сильнаго разложенія, что онѣ рвались при самомъ легкомъ потягиваніи; туловище плода было извлечено по частямъ, не употребляя особеннаго насилія, частью — руками, частью — корнцангомъ. Кровотеченія не было.

Всѣ извлеченныя кости демонстрированы Обществу. Снимки съ нихъ представлены въ прилагаемыхъ при сей статьѣ двухъ

таблицахъ, изъ которыхъ въ первой собраны кости черепа, а во второй—кости туловища.

Не достаесть: нѣкоторыхъ частей рѣшетчатой и всей подъязычной кости; лѣваго предплечія, обѣихъ кистей, шести тѣлъ грудныхъ и всѣхъ тѣлъ поясничныхъ позвонковъ; половины дуги 3-го поясничнаго позвонка; дугъ 4-го и 5-го поясничныхъ позвонковъ, костей таза и нижнихъ конечностей.

Препаратъ, нынѣ хранящійся въ музеѣ Акушерско-Гинекологической клиники Университета Св. Владиміра, составленъ мною при любезномъ содѣйствіи помощника прозектора при кафедрѣ анатоміи, д-ра *Ф. А. Стефанисъ*, за что тутъ же считаю пріятнымъ долгомъ принести ему искреннюю благодарность.

При ближайшемъ разсмотрѣніи полости, изъ которой извлечены части плода, оказывается, что какъ дно, такъ и припаянныя къ передней брюшной стѣнкѣ части ея стѣнокъ, состоятъ несомнѣнно изъ мышечной стѣнки матки, которую можно прослѣдить введеннымъ въ полость пальцемъ внизъ до самого зѣва матки. Вверхъ и особенно вправо спавшійся мѣшокъ можно прослѣдить довольно далеко, насколько хватаетъ длина изслѣдующаго пальца; но сказать съ увѣренностью, чѣмъ образованы стѣнки мѣшка въ этой его части, нельзя,—такъ какъ здѣсь онѣ значительно истончены, и форсированное изслѣдованіе представлялось рискованнымъ. Полость промыта, выполнена тампономъ изъ іодоформной и стерилизованной марли, послѣ чего наложена повязка. Операчія отъ начала хлороформированія до наложенія повязки продолжалась 35 минутъ.

Съ перваго же дня послѣ операчіи и по настоящее время, т. е. по 26 марта, производится, смотря по необходимости, 2—3 раза спринцеваніе влагалища и мѣняется повязка. Назначены—вино, укрѣпляющая пища, питательныя клизмы изъ пептоновъ, соматозы; но, къ сожалѣнію,—поднять силы больной не удастся. Maximum t^0 тѣла— $38,7^0$ Ц., minimum— $35,7^0$ Ц.; пульсъ—слабый, колеблется между 130—90 ударами. Въ первые 5 дней отдѣленія раны были съ примѣсью гноя; за это время тампоны изъ полости постепенно удалялись. На 6-й день, по удаленіи послѣдняго тампона, на днѣ хорошо выполненнейшей полости найдена аскарида. Изъ верхняго угла раны,

больше слѣва, выдѣляется кишечное содержимое; выдѣленіе продолжается и по сіе время. Отдѣленія временами—очень жидкія, разѣдающія,—то—оранжевыя, то—зеленыя, а временами—кашицеобразныя, коричневыя. Ни тѣ, ни другія не издають каловаго запаха, а скорѣе запахъ ихъ—особый специфическій. Во взятыхъ для химическаго изслѣдованія проф. *А. А. Садовенемъ* отдѣленіяхъ этихъ найдена *чистая желчь*. При спринцеваніи влагалища промывная жидкость вся выливается чрезъ брюшную рану. Какъ спринцеваніе влагалища, такъ и обмываніе раны со времени удаленія тампоновъ, во избѣжаніе токсическаго дѣйствія промывной жидкости, могущей попасть въ кишку чрезъ фистулу, производится физиологическимъ растворомъ поваренной соли. Изъ опасенія получить атрофію нижнихъ отдѣловъ кишечника, въ первое время ставились высокія клизмы; при чемъ ни разу не замѣчалось, чтобы жидкость вытекала чрезъ фистулезное отверстіе въ ранѣ. Но съ 5-го дня клизмы эти оставлены, такъ какъ по настоящее время больная почти ежедневно имѣетъ кашицеобразный стулъ чрезъ естественные пути. Вслѣдствіе разѣдающаго свойства отдѣленій, кожа живота вокругъ раны покрылась экзематозною сыпью, эпидермисъ мѣстами слущился. Но эти явленія вскорѣ уступили дѣйствию борнаго вазелина.

На 16-й день чрезъ каловой свищъ выдѣлилась вторая аскарида. Пролезни, съ которыми больная поступила въ клинику, вскорѣ удалось подживить, боли въ животѣ исчезли совершенно, и въ настоящее время не приходится ей испытывать ту бессонницу, которой она страдала раньше. Но истощеніе все прогрессируетъ, благодаря тому, что полость мѣшка сообщается съ самыми верхними частями кишечника, почему больная лишена возможности переваривать вводимую чрезъ ротъ пищу и теряетъ чрезъ свищъ массу пищеварительныхъ соковъ.

Описываемый случай, какъ по сбивчивому анамнезу, такъ и по тѣмъ объективнымъ даннымъ, которыя вслѣдствіе долго продолжавшагося воспаленія, совершенно нарушили анатомическія условія, бывшія еще при родахъ, невольнo можетъ навести на цѣлый рядъ предположеній и догадокъ. Наиболѣе вѣроятными представляются слѣдующія 3 предположенія:

- 1) Внѣматочная беременность.
- 2) Беременность въ маткѣ съ долговременнымъ задержаніемъ плода въ полости ея.
- 3) Разрывъ матки съ выходомъ части плода въ брюшную полость.

Разсмотримъ каждое изъ этихъ трехъ предположеній—насколько они могутъ относиться къ нашему случаю.

1) Какъ извѣстно, въ литературѣ описаны случаи litho-raedion'овъ при внѣматочной беременности, подвергшихся нагноенію съ послѣдовательнымъ выходомъ костей плода черезъ свищевыя отверстія *): брюшной стѣнки (*Parry* ¹⁾, *Dechamps* ²⁾, *Shield* ³⁾); прямой кишки (*Pigeolet* ⁴⁾, *Burkhardt* ⁵⁾, *Autoriello* ⁶⁾, *Späth* ⁷⁾, *Parry* ⁸⁾); рѣже—влагалища (*Priestley* ⁹⁾, *Purefoy* ¹⁰⁾, *Parry* ¹¹⁾), одновременно влагалища и кишки (*L.-H. Petit* ¹²⁾), мочевого пузыря (*Schultze* ¹³⁾, *Hayem* и *Giraudeau* ¹⁴⁾, *Monnier* ¹⁵⁾, *Werth* ¹⁶⁾, *Winckel* ¹⁷⁾, *Schauta* ¹⁸⁾).

*) Авторъ по данному вопросу цитирую по *S. Pozzi*.—Руководство клинической и оперативной гинекологіи. Переводъ съ 3-го французскаго изданія. Москва, 1897 г., стр. 914—915.

¹⁾ *Parry*.—Extra-uterine pregnancy, etc. Лондонъ, 1876.—Такое выдѣленіе плода отмѣчено 40 разъ на 248 случаевъ беременности, перешедшей за срокъ родовъ, съ 10 смертельными исходами. Почти всѣ эти случаи относятся къ до-антисептическому періоду.

²⁾ *Dechamps*.—Sur les divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines. Thèse de Paris, 1880, p. 19: 5 случаевъ; всѣ—съ выздоровленіемъ, что въ настоящее время должно считаться за правило.

³⁾ *Shield*.—Transact. obstet. Soc.-Lond. 1891, IV, 1.

⁴⁾ *Pigeolet*.—Bull. de l'Acad. méd. de Belgique, 1879, т. XV, № 1:—наблюдалось полное выдѣленіе.

⁵⁾ *Burkhardt*.—Berlin. klin. Woch., 1881, p. 698—выдѣленіе по частямъ, въ нѣсколько приемовъ.

⁶⁾ *M. Autoriello*.—Wien. klin. Woch., 1889, p. 127—выдѣленіе по частямъ, въ нѣсколько приемовъ.

⁷⁾ *Späth*.—Würtemb. med. Corresp. Blatt, 1883, Bd. VIII—выдѣленіе продолжалось болѣе 20 лѣтъ.

⁸⁾ *Parry*.—См. выше.—На 248 случаевъ закончившейся внѣматочной беременности такое выходное плода было въ 65.

⁹⁾ *Priestley*.—Obstet. Trans.—Lond. 1880, vol. XXI, p. 24—наблюдалъ такой исходъ по прошествіи 12 лѣтъ.

¹⁰⁾ *Purefoy*.—Dublin Journ. of med. Science, avril 1877, т. XXIII, p. 362—нагноеніе тянулось болѣе года; выздоровленіе.

¹¹⁾ *Parry*.—См. выше.—такой конецъ беременности отмѣчаетъ 5 разъ на 100 случаевъ.

¹²⁾ *L.-H. Petit*.—Ann. de Gyn., 1883, т. XIX, p. 41. Anus ileo-vaginalis.

¹³⁾ *Schultze*.—Ien. Zeitschr., 1864, Bd. I, p. 381.

¹⁴⁾ *Hayem* и *Giraudeau*.—Arch. de tocol. 1882, p. 481.

¹⁵⁾ *Monnier*.—Progrès médic. 1884, p. 1010.

¹⁶⁾ *Werth*.—Beiträge zur Anatomie, etc. Stuttgart, 1887, p. 126.

¹⁷⁾ *Winckel*.—Samml. klin. Vorträge, N. F., 1890, № 3.

¹⁸⁾ *Schauta*.—Beitr. zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extra-uterinschwangerschaft, Praha, 1891, p. 25—случай, гдѣ выдѣленіе плода про-

Но въ нашемъ случаѣ о внѣматочной беременности вообще врядь ли можно говорить уже по одному анамнезу (отхожденіе водъ, выхожденіе дѣтскаго мѣста черезъ естественные родовые пути etc.), не говоря уже о тѣхъ объективныхъ даннѣхъ, которыя были получены до и во время операціи и о которыхъ упомянуто выше. Можно было бы, подумать о междуточной внѣматочной беременности; но въ такомъ случаѣ или произошелъ бы разрывъ мѣшка въ сторону наименьшаго сопротивленія, и въ результатъ плодъ былъ бы вытолкнутъ въ брюшную полость, или же плодъ родился бы черезъ растянутое маточное отверстіе Фаллопиевой трубы—въ матку. Но едва ли могъ бы произойти и тотъ и другой исходъ одновременно, какъ это пришлось бы допустить у нашей больной.

2) Обратимся теперь ко второму предположенію и рассмотримъ, насколько вѣроятно было бы допустить задержаніе плода въ маткѣ при беременности маточной, безъ разрыва матки.

Въ доступной мнѣ литературѣ случаевъ, описанныхъ какъ долговременное пребываніе плода въ маткѣ, мнѣ пока удалось найти всего четыре. Въ виду особаго интереса и большой рѣдкости этихъ наблюденій, всѣ эти 4 случая считаю не лишнимъ привести тутъ же вкратцѣ.

1) Случай *А. Соловьева* *).—Больная 33 л., ограниченныхъ умственныхъ способностей. Главныя жалобы:—воюнція отдѣленія изъ влагалища; пребываніе мертваго плода въ животѣ въ продолженіе 6 лѣтъ.—VII—рага; всѣ беременности наступали во время кормленія. Последніе роды—около 7 л. тому назадъ. Движеніе плода въ данной беременности ощущала въ продолженіе 13—14 нед. Роды наступили на 6—7 нед. раньше срока, послѣ поднятія тяжелыхъ мѣшковъ съ мукой. Сначала появилось небольшое кровотеченіе, затѣмъ—жаръ, знобъ, схватки, и отошли въ небольшомъ количествѣ воды. По мнѣнію повитухи, бывшей при больной, ребенокъ находился въ косомъ положеніи, которое исправлялось накладываніемъ горшковъ на животъ (2 сеанса). Движеніе плода вскорѣ прекратилось; прекратились и схватки. Спустя 4 дня вышло дѣтское мѣсто; повитухой была перерѣзана пуповина; остатокъ послѣдней отпадалъ кусочками въ продолженіе 2 недѣль. Съ 5-го дня стали появляться зловонныя отдѣленія изъ дѣтородныхъ частей. Въ концѣ 2-го года появились менструаціи правильнаго типа. Полтора года спустя послѣ пре-

зошло: чрезъ 1½ года послѣ смерти—чрезъ влагалище, затѣмъ—чрезъ прямую кишку, а спустя 3½ года—чрезъ мочевоу пузырь.

*) *Solowieff*.—Beitrag zur Retention abgestorbener Früchte in der Gebärmutterhöhle.—Wien. med. Woch. 1874. № 45.

рыванія беременности стала имѣть coitus'y, при чемъ у мужа происходили раненія penis'a, иногда довольно сильныя. Отхожденія костей изъ дѣтородныхъ частей больная не отмѣчала. Въ послѣдніе годы чувствуетъ постоянныя поющія боли въ животѣ.

Объективныя данныя: на 3 пальца надъ лобкомъ прощупывается гладкая, плотная опухоль (увеличенная матка). Влагалище разрыхлено, шейка увеличена, набухша; наружный зѣвъ открытъ на $\frac{3}{4}$ "', своды—пусты. Въ зѣвѣ ощущивается кость съ острыми краями, неподвижная, врѣзывающаяся въ стѣнку канала шейки. По удаленіи этой кости (os parietale), закрывавшей каналъ шейки, корнцангомъ послѣ обнаженія зеркалами,—за нею оказались другія кости, которыя удалены частью пальцами, частью корнцангомъ. Въ продолженіе 1 ч. 15 м. удалены 72 кости, изъ которыхъ трубчатая конечностей сохранились лучше всего. Операция была безкровная и безболѣзненная. По удаленіи костей, пальцемъ ощущена пустая матка, которая чрезъ 3 дня послѣ операціи значительно уменьшилась.

Резюме:—дѣтское мѣсто родилось раньше, благодаря косому положенію плода; потуги не могли изгнать плодъ, находившійся въ косомъ положеніи; placenta praevia исключается, ибо кровотеченіе по авамнезу было не болѣе менструальнаго истеченія крови.

Извлеченныя кости демонстрированы Обществу врачей въ Казани въ 1874 г. 9-го Мая.

Аналогичный случай съ цитированнымъ, по мнѣнію самого Соловьева имѣется у С. Liebmann (Beitr. f. Geb. und Gyn., III Bd., I Heft. 1874). Къ сожалѣнію, раздобыть намъ указываемый источникъ пока не удалось.

2) Случай *Freund'a* *).—Семилѣтнее пребываніе скелета шестимѣсячнаго плода въ маткѣ, съ образованіемъ пузырьно-маточнаго свища. У больной—непроизвольное истеченіе мочи. Въ послѣдній разъ была беременна $6\frac{1}{2}$ лѣтъ т. наз., но роды не наступили. При объективномъ изслѣдованіи, матка найдена увеличенной до мужского кулака и наполненной костями плода. Послѣ удаленія костей оказалось, что одна изъ нихъ вышла въ полость пузыря, пробуривъ переднюю стѣнку матки и заднюю стѣнку мочевого пузыря.

3) Случай д-ра *Рызжикова*.—Четырехлѣтнее задержаніе въ маткѣ скелета плода, умершаго въ 7-мъ мѣсяцѣ беременности **), наблюдавшееся въ 1894 году, въ лѣчебницѣ Краснаго Креста, въ Елисаветградѣ. Больная—крестьянка, 39 л. За 2 года до замужества, 9 лѣтъ т. н.—первые роды. 7 лѣтъ т. н., въ январѣ

*) Beitrag zur Geburtshilfe und Gynäkologie. IV Bd., I Hft. 1875. Цитирую по статьѣ В. Жемчужникова.—Случай долговременнаго задержанія головки плода въ полости матки послѣ декапитации. Прог. Засѣд. Ак.-Гин. Общ. въ Кіевѣ, Т. V, приложенія. Кіевъ. 1892 г. стр. 80.

**) Южно-Русская Медицинская Газета, 1895 г., № 12.

1888 г. вышла замуж и чрезъ годъ въ срокъ родила близнецовъ, изъ которыхъ одинъ умеръ тотчасъ.

Весной или въ началѣ лѣта 1890 года больная забеременѣла въ третій разъ; въ декабрѣ того-же года заболѣла какой-то острой болѣзью, повидимому,—брюшнымъ тифомъ, и въ безсознательномъ состояніи пролежала 2 мѣсяца. Въ первые дни болѣзни у нея наступали родовыя боли, но роды не произошли. Отходили-ли околоплодные воды больная не помнитъ.

Оправившись послѣ болѣзни, больная замѣтила сначала увеличеніе живота, а чрезъ нѣкоторое время—уменьшеніе его въ объемѣ; на ряду съ этимъ послѣднимъ изъ половыхъ частей стали выдѣляться гной, а годъ спустя—и небольшія косточки плода. Это повторялось промежутками въ продолженіе 3 лѣтъ, сильно стѣсняя больную и окружающихъ, распространяющеюся отъ нея вонью. Будучи до болѣзни совершенно здоровой женщиной, въ послѣднее время замѣтно похудѣла; временами ощущаетъ то ознобы, то повышенія температуры. За послѣдніе 4 года ни разу не имѣла регуль.

Объективныя данныя: на 4—5 поп. пальцевъ надъ лобкомъ прощупывается опухоль, при надавливаніи дающая хрустѣвіе, какъ при ходьбѣ по снѣгу. Опухоль эта оказалась увеличенной маткой. Наружныя половыя органы—совершенно нормальны; наружный зѣвъ закрытъ; шейка хорошо сформирована,—ни разрывовъ, ни язвенокъ на ней нѣтъ; изъ матки непрерывно выдѣляется крайне вонючій гной; при помощи зонда, введеннаго въ полость матки, въ послѣдней констатированы несомнѣнно косточки плода.

Сначала были сдѣланы попытки раскрыть матку при помощи *Негар'*овскихъ расширителей; но цѣль не была достигнута, почему былъ введенъ ламинарій, и, въ концѣ концовъ, удалось извлечь всѣ кости скелета при помощи корнпанга. Кости оказались сильно разрушенными и разбѣденными. Т^о тѣла больной, поднимавшаяся во время операціи до 39°, послѣ операціи упала до нормы. Послѣоперационное лѣченіе состояло въ держаніи мѣшка со льдомъ на нижней части живота и въ ежедневномъ промываніи полости матки 2% растворомъ фенола. Спустя 5 дней послѣ операціи, больная чувствовала себя настолько хорошо, что уѣхала къ себѣ въ деревню (безъ разрѣшенія врача).

Резюме: судя по длинѣ костей плода можно было заключить, что смерть плода произошла на седьмомъ мѣсяцѣ беременности. Мертвый плодъ находился въ полости матки 4 года, при чемъ онъ подвергся мацераци и гнилостному разложению; мягкія части и мелкія косточки извергались изъ матки, а крупныя кости оставались тамъ до самой операціи.

4) Не можемъ пройти молчаніемъ одинъ случай, упоминаемый *Г. Фритшемъ* *). При скirrosной формѣ рака шейки матки, плодъ

*) *Георихъ Фритшиъ.*—Клиника акушерскихъ операцій. Изд. 4-е. Переводъ д-ра *Ліона.* Москва, 1890 г., стр. 227.

оставался въ маткѣ еще 9 мѣсяцевъ, по истеченіи обычнаго нормальнаго срока беременности. Къ сожалѣнію, объ этомъ случаѣ авторъ упоминаетъ вскользь, не вдаваясь ни въ какія подробности и не указывая на источникъ, гдѣ этотъ случай описанъ.

Изъ разсмотрѣнія приведенныхъ четырехъ случаевъ, ясно, что они никоимъ образомъ не могутъ быть отнесены къ одной категоріи съ нашимъ случаемъ, въ которомъ хотя часть плода и задержалась надолго въ полости матки, но несомнѣнно, что другая часть его вышла черезъ разрывъ стѣнки матки въ брюшную полость.

Оставляя въ сторонѣ случай *Фритца*, имѣвшій мѣсто при исключительныхъ условіяхъ, остальные 3 должны быть отнесены къ missed abortion англійскихъ авторовъ, и намъ вообще кажется сомнительнымъ, чтобы почти при доношенномъ плодѣ, послѣ отхожденія водъ и въ родахъ въ ходу, resp. при начавшейся уже дифференцировкѣ матки на полый мускулъ и нижній сегментъ,—родовая дѣятельность совершенно прекратилась бы до изгнанія плода. Въ родахъ, предоставленныхъ силамъ природы, при поперечныхъ положеніяхъ младенца, въ концѣ концовъ происходитъ, какъ извѣстно, или самоизворотъ и даже произвольный поворотъ—въ благопріятныхъ случаяхъ, или разрывъ матки; при предлежаніяхъ же головкой, если послѣдняя маточными сокращеніями не можетъ быть протиснута чрезъ костный каналъ, то она приводитъ, наконецъ, или къ разрыву самой матки, или же въ рѣдкихъ случаяхъ происходятъ переломы костей самаго черепа младенца, и роды кончаются благопріятно для *матери*. Подобный случай подробно и обстоятельно описанъ проф. *А. Лебедевымъ* *).

3) Остается, наконецъ, третье предположеніе, которое мы и считаемъ наиболѣе вѣроятнымъ, а именно неполный разрывъ матки, съ выходомъ части плода въ брюшную полость.

Уже одно то, что во время операціи только части стѣнокъ мѣшка, именно внизу оказались мышечными, между тѣмъ какъ въ другихъ частяхъ мѣшка въ стѣнкахъ его нельзя было доказать мышечнаго строенія, достаточно говорить именно въ пользу разрыва матки. При томъ и все теченіе родовъ вполне соот-

*) *А. Лебедевъ*.—Случай перелома лобной кости при родахъ, окончившихся силами природы.—Гаванскій Покровскій родильный пріютъ. Отчетъ о движеніи родовъ съ 7. IX. 1876 г. по 1. V. 1878 г. Спб., 1879 г., стр. 10—25.

вѣтствуетъ классической картинѣ разрыва матки, подтвержденной, какъ мы увидимъ ниже, данными вскрытія.

Большая скончалась 1-го апрѣля 1897 года, примѣрно чрезъ 3 мѣсяца послѣ начала родовъ и на 24-й день послѣ операціи. Причина смерти—истощеніе, обусловленное обширными свищами изъ кишечныхъ петель въ полость мѣшка.

*Описаніе патолого-анатомическаго препарата *)*, полученнаго при аутопсіи, произведенной въ патолого-анатомическомъ институтѣ Университета Св. Владиміра.

Вырѣзанный изъ трупа препаратъ состоитъ изъ тонкихъ кишекъ, матки съ придатками, мочевого пузыря, влагалища, наружныхъ половыхъ частей и части передней брюшной стѣнки. Кишки между собою тѣсно спаяны при помощи воспалительныхъ перемычекъ и плотно припаяны къ передней брюшной стѣнкѣ, соотвѣтственно находящемуся тамъ свищевому отверстию. Каналь маточной шейки расширенъ. Изъ верхняго отдѣла его идутъ 2 хода: одинъ—въ полость хорошо сократившейся матки, другой—въ мѣшокъ (гдѣ помѣщался плодъ), сообщающійся съ вышеупомянутымъ свищевымъ отверстиемъ въ передней брюшной стѣнкѣ. Мѣшокъ этотъ образованъ: спереди—отслоенной брюшиной матки и брюшной стѣнкой, сзади—передней поверхностью матки, снизу—шейкой матки, а сверху—слизистой оболочкой двухъ припаянныхъ петель тонкихъ кишекъ. Полость мѣшка при вскрытіи была выполнена смѣсью гноя съ кишечнымъ содержимымъ.

*Размѣры матки **):*

Длина шейки матки	3,3 п.
Длина тѣла матки	4,6 »
Толщина стѣнки матки у dna	1,9 »
Наибольшая толщина передней стѣнки матки	1,7 »
Наибольшая толщина задней стѣнки матки	1,2 »
Толщина стѣнки канала шейки	0,9 »
Ширина матки у dna, между отверстиями Фаллопиевыхъ трубъ	5,3 »

*) Препаратъ (спиртный) демонстрированъ Акушерско-Гинекологическому Обществу въ Кіевѣ, въ засѣданіи его 30-го апрѣля 1897 года. См. прот. № 91.

**) Измѣренія произведены на спирт. препаратѣ.

Другіе органы на препаратѣ особыхъ измѣненій не представляютъ.

Тутъ же приводимъ протоколъ вскрытія, произведеннаго въ Патолого-Анатомическомъ Институтѣ Императорскаго Университета Св. Владиміра:

«Трупъ женщины, слабого тѣлосложенія, исхуданіе очень рѣзко выражено (кожа, кости), черты лица заострились, глаза ввалились въ орбиты, слизистыя оболочки блѣдны, зрачки не широки. Надъ- и подключичныя впадины и межреберныя промежутки рѣзко выражены. Маммае малы; животъ втянутъ, на немъ замѣчаются обильныя поверхностныя ссадины и инъекція сосудовъ. Соответственно пупку замѣчается язва, неправильной формы, длиной въ 5.0 см. и шириной около 1 см. Края язвы каллезны, при давленіи изъ нея выступаютъ жидкія фекальныя массы. Кожа вообще шелушится, блѣднаго сѣровато-желтаго цвѣта. На отлогихъ частяхъ очень блѣдная гипостатическая окраска; въ области крестца—поверхностный пролежень. Сальникъ сращенъ съ передней и отчасти съ боковыми сторонами брюшной стѣнки. Тонкія кишки расположены главнымъ образомъ съ лѣвой стороны, въ формѣ вѣера, крѣпко спаяны между собою при помощи фиброзныхъ перемычекъ темно-сѣраго цвѣта и съ брюшной стѣнкой соответственно вышеописанной язвѣ. Нижній конецъ нисходящей части поперечно-ободочной кишки спаянъ съ лѣвой стороной матки, которая передней своей поверхностью спаяна съ брюшной стѣнкой, а дно припаяно соответственно пупку. При давленіи на матку въ язвѣ появляются пузырьки газа. Подъ этой кишкой находится яичникъ и Фаллопиева труба, притянутыя фиброзными перемычками къ тонкимъ кишкамъ. Печень пальца на 2 выше края ложныхъ реберъ. Высота діафрагмы—5-е ребро съ той и другой стороны. Subserosum, какъ и брюшина темно-сѣраго цвѣта. Влагалище сильно удлинено; въ слизистой оболочкѣ замѣчаются поверхностныя язвочки и точечныя геморрагіи. Полость шейки велика. Изъ верхняго конца ея идутъ 2 хода: одинъ въ полость хорошо сократившейся матки, въ слизистой оболочкѣ которой замѣчаются геморрагіи и которая окрашена въ сѣроватый цвѣтъ, а другой ведетъ въ полость, сообщающуюся съ отверстіемъ, описаннымъ

при наружномъ осмотрѣ. Полость эта образуется сзади передней поверхностью матки, спереди брюшиной и брюшной стѣнкой, снизу шейкой, а сверху слизистой оболочкой 2 петель тонкихъ кишекъ: одна петля есть начало *Pei* (отступя около 15,0 см. отъ *coecum*), другая образуется начальной частью *Jejunii*; остальные части кишекъ между этими пунктами не входятъ въ верхнюю стѣнку полости, а лишь спаяны между собою. Полость выполнена (не вполне) фекально-гноевой массой. Стѣнки полости аспидно-сѣраго цвѣта. Пузырь не великъ, слизистая оболочка блѣдно-розоваго цвѣта, а въ уретрѣ замѣчается небольшой, темно-фіолетоваго цвѣта полипчикъ. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ вообще представляетъ явленія венозной инъекціи и слабо выраженного отека. Брыжжеечныя железы не велики.

Селезенка не велика, капсула морщится, мутна, перекардины толсты, ясны, цвѣта сѣровато-краснаго цвѣта. *Почка лѣвая*—объемъ малъ, какъ корка, такъ и медуллярный слой однообразно сѣраго цвѣта, мутна, сочна; правая почка—измѣненія тѣ же. *Желудокъ* малъ, на поверхности довольно толстый слой слизи; слизистая оболочка собрана въ складки, блѣдно-сѣраго цвѣта, а въ сторонѣ дна на вершинѣ складокъ сѣтчатая инъекція; слизистая оболочка *тонкихъ* кишекъ нѣсколько отечна и представляетъ явленія венозной инъекціи. *Печень*—объемъ малъ, края заострены; дольки малы, но не вполне ясны, органъ полнокровный. Легкія спались, плевры свободны. *Сердце*—объемъ очень малъ, вялой консистенціи, характеръ жира студенистый; сосуды нѣсколько извилисты; лѣвый желудокъ хорошо сокращенъ; въ правыхъ полостяхъ небольшія фиброзныя свертки, клапаны и заслонки не измѣнены; клапаны и заслонки лѣваго сердца тоже не измѣнены; аорта сужена, слегка склерозирована; сердце желто-бураго цвѣта, малокровно. *Лѣвое легкое*—объемъ малъ, ткань пушистая, малокровна, суха. *Правое легкое*—на поверхности нижней доли праваго легкаго замѣчаются втянутые плотные рубцы, при разрѣзѣ замѣчаются въ нихъ омѣлоторенные фокусы; въ остальномъ тѣ же измѣненія, что въ лѣвомъ легкомъ».

Итакъ, признавъ въ нашемъ случаѣ разрывъ матки, остается рѣшить, былъ ли разрывъ этотъ полный или неполный. Хотя послѣдовательныя измѣненія въ тканяхъ, окружавшихъ

плодь въ теченіе его 2-хъ мѣсячнаго пребыванія въ брюшной полости, сильно затемняютъ картину, но полагаемъ, что разрывъ былъ неполный на слѣдующихъ основаніяхъ: при полномъ разрывѣ сократившаяся матка изгнала бы весь плодь въ брюшную полость, и едва ли въ такомъ случаѣ больная *вскорѣ* не погибла бы отъ септического перитонита или даже сейчасъ же послѣ разрыва—отъ кровотечения. Очевидно, что при полномъ разрывѣ дѣтское мѣсто и части плода, въ томъ числѣ и его косточки, не могли бы выдѣляться такъ долго черезъ естественные родовые пути. Конечно, и во время операціи значительная часть плода не могла бы быть найдена въ полости растянутой матки. На вскрытіи, послѣдовавшемъ на 29-й д. послѣ операціи, хотя матка и найдена сильно сократившеюся, но все же размѣры ея сравнительно весьма велики, а нижній сегментъ весьма рѣзко растянутъ и стѣнки его сравнительно весьма тонки. Разрывъ, очевидно, произошелъ на передней стѣнкѣ выходной родовой трубки.

Чрезвычайно интереснымъ является вопросъ, какъ произошелъ разрывъ въ данномъ случаѣ: самостоятельно или благодаря какимъ-либо травматическимъ импульсамъ.

Рѣзкое увеличеніе живота (вслѣдствіе *hydrannios*?), выясненное путемъ анамнеза, resp. истонченіе стѣнокъ матки, узкій тазъ, и при всемъ этомъ, — встряхиваніе роженицы, положимъ,—условія, благоприятствующія разрыву матки; но все же однихъ этихъ условій еще не вполне достаточно, чтобы, при столь не долго продолжавшихся родахъ, какіе имѣли мѣсто у нашей больной, могъ произойти разрывъ матки. Приходится допустить, что въ описываемомъ случаѣ дѣло не обошлось безъ попытокъ къ извлеченію младенца, находившагося въ поперечномъ положеніи и даже, по всей вѣроятности,—съ выпаденіемъ ручки. Высказанное предположеніе отчасти подтверждается и отсутствіемъ въ извлеченномъ скелетѣ частей лѣвой верхней конечности и двухъ нижнихъ конечностей съ тазомъ. Быть можетъ нижнія конечности не только оторваны, но даже кѣмъ-то отрѣзаны.

Резюмируя все вышеизложенное, въ дополненіе къ поставленному при поступленіи больной діагнозу, позволяемъ высказать слѣдующія соображенія:

1) Въ данномъ случаѣ плодъ находился въ поперечномъ положеніи, по всей вѣроятности,—съ выпаденіемъ ручки.

2) Неудавшіяся попытки къ повороту плода на ножки и къ извлеченію закончены эмбриотоміей *sui generis*.

3) Послѣдствіемъ всего этого получился неполный разрывъ матки, роженица инфицировалась, что и привело къ гнилостному разложенію задержавшихся частей плода съ послѣдовательнымъ образованіемъ гнойника, стеркороальныхъ фистулъ и проч.

Описанный случай, относится къ весьма рѣдкимъ. Въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ къ нему довольно близко подходитъ случай *Rautenberg'a* *). Травматическій разрывъ матки.—Большая 28 л. VI—рага. На 8-мъ мѣсяцѣ VII-ой беременности получила ударъ въ животъ, послѣ чего сейчасъ же отошли воды, появилось сильное кровотеченіе;—но роды не наступали. Развился перитонитъ, принявшій хроническое теченіе, и въ продолженіе 9 мѣсяцевъ изъ влагалища шли ихорозныя выдѣленія. Спустя 3 мѣсяца послѣ травмы, въ каналѣ шейки матки найдены косточки (метатарсальные). Спустя 8 мѣсяцевъ послѣ травмы больная была доставлена въ Варшавскую Еврейскую больницу лихорадящей, при коллапсѣ, съ нитевиднымъ пульсомъ, съ болѣзненной нижней частью живота, въ которомъ прощупывалась опухоль, верхняя граница которой была выше пупка. При изслѣдованіи зондомъ въ полости матки ощупывались кусочки костей; чрезъ образовавшійся на пупкѣ абсцессъ прощупывались пальцемъ кости (*ossa bregmatica*); при этомъ палецъ проникалъ въ полость черепа плода. Диагнозъ—разрывъ матки съ частичнымъ выходеніемъ плода въ брюшную полость, съ послѣдовательнымъ инкапсулированіемъ, благодаря перитониту.

Д-ромъ *Хваттомъ* произведено чревосѣченіе. Мацерированное тѣло плода извлекается изъ полости, стѣнки которой выстланы толстыми наслойками. Между мѣшкомъ и верхней частью дна матки найдено сообщеніе. Въ нижній уголъ раны вставляется дренажная трубка, которая выводится чрезъ матку и влагалище. Но сообщенію пользовавшихся больницу врачей, спустя 5 недѣль разрѣзъ зажилъ всюду первымъ натяженіемъ, за исключеніемъ нижняго угла, который зажилъ вторымъ натяженіемъ. Матка была сильно подтянута кверху. Выздоровленіе.

*) St. Petersb. med. Zeits. 1868. XV. Bd. p. 362.