

**K ucheniiu o vniematochnoi beremennosti : simptoms, iskhody i lechenie vniematochnoi beremennosti : dissertatsia na stepen' doktora meditsiny / Kazimira Zmigrodsago.**

**Contributors**

Zmigrodskii, K. I. 1857-1895.  
Maxwell, Theodore, 1847-1914  
Royal College of Surgeons of England

**Publication/Creation**

S.-Peterburg : Tip. i khromolitografiia A. Transhel, 1886.

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/gxe4nj67>

**Provider**

Royal College of Surgeons

**License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

Тракт. 567.

1

Zmigrodski (K.) Extra-uterine pregnancy, Tabular view of 123  
cases and 156 references. London 1886

# О ВНѢМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Симптомы, исходы и лечение внѣматочной беременности.

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

• ЛЕКАРЯ

КАЗИМИРА ЗМИГРОДСКАГО.

Изъ акушерско-гинекологической клиники Проф. К. Ф. Славянского.

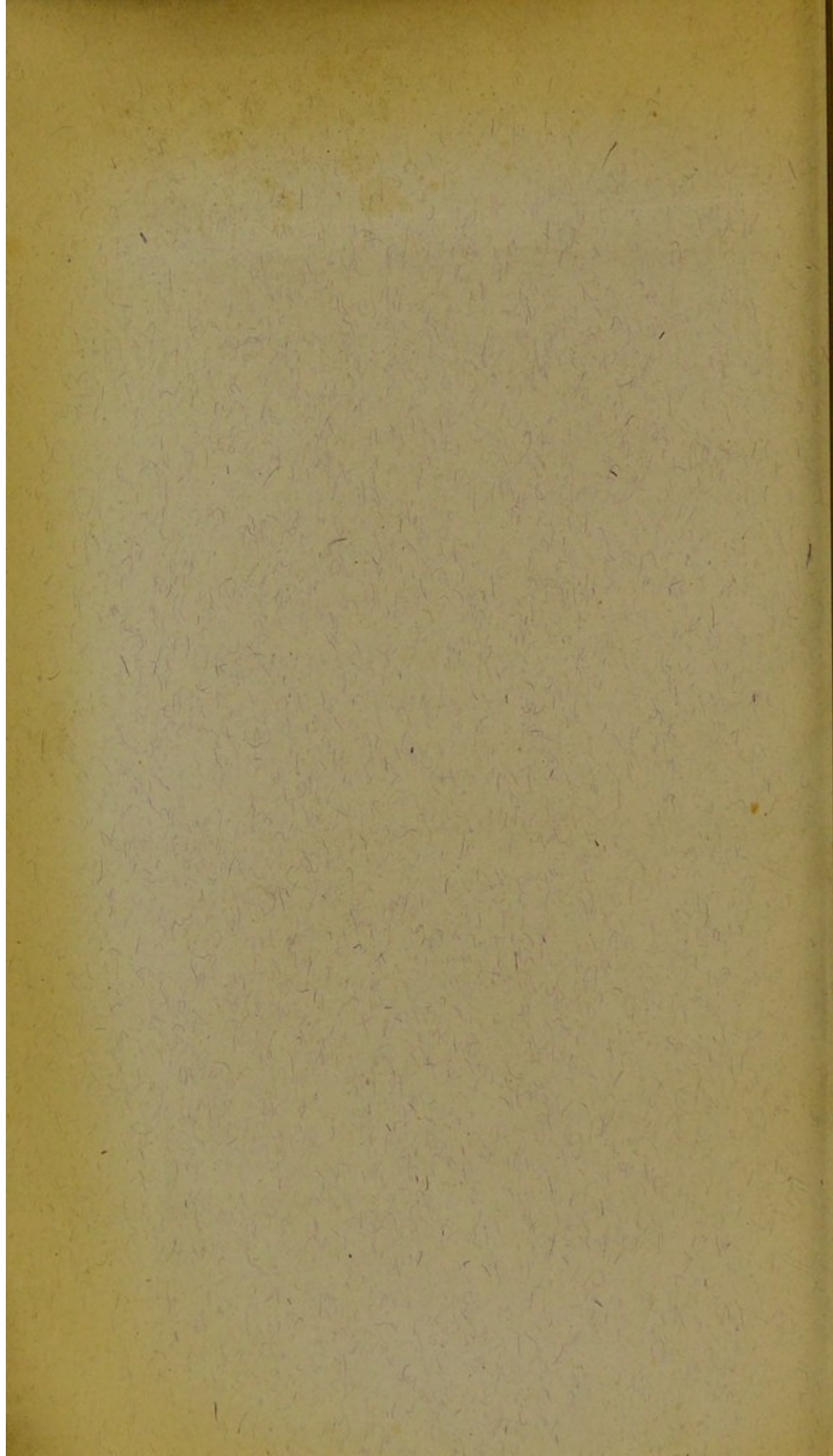


С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Типография и Хромолитография А. Траншея, Стремянная, № 12.

1886.





КЪ УЧЕНІЮ  
О ВНѢМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Симптомы, исходы и леченіе внѣматочной беременности.

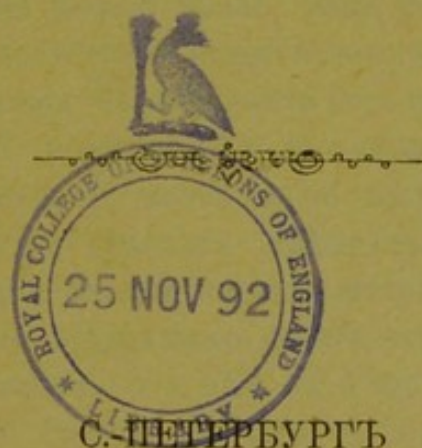
ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

ЛЕКАРЯ

КАЗИМИРА ЗМИГРОДСКАГО.

Изъ акушерско-гинекологической клиники Проф. К. Ф. Славянскаго.



С. ПЕТЕРБУРГЪ

Типография и Хромолитография А. Траншея, Стремяннал, № 12.

1886.



Докторскую диссертацию лекаря Казимира Змигородскаго подъ заглавіемъ:  
„*Къ ученію о внематочной беременности*“ печатать разрѣшается съ тѣмъ,  
чтобы, по отпечатаніи оной, было представлено въ конференцію Импера-  
торской военно-медицинской академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ,  
Апрѣля 26 дня 1886 г.

Ученый Секретарь *В. Пашутинъ.*



Поводомъ къ настоящей работѣ послужилъ случай вѣматочной беременности съ успѣшною лапаротоміей, который я имѣлъ возможность наблюдать въ клиникѣ профессора К. Ф. Славянского. По предложенію многоуважаемаго профессора я занялся изученіемъ литературы чревосѣченія при вѣматочной беременности, съ цѣлью опредѣлить современное положеніе этого вопроса. Приступивъ къ разработкѣ этой темы, я нашелъ, что въ сочиненіи Раггу имѣется полное и всестороннее изученіе всѣхъ почти отдѣловъ ученія о вѣматочной беременности, основанное на 500 случаяхъ и доведенное имъ до 1875 г. Съ этого же времени подобнаго коллективнаго сочиненія, насколько мнѣ извѣстно, не имѣется въ литературѣ, не смотря на то, что за послѣднія 10 лѣтъ ученіе о вѣматочной беременности подверглось существенному прогрессивному развитію. Ознакомившись подробно съ литературой вѣматочной беременности, я скоро убѣдился, что вѣрно судить о цѣлесообразности леченія вѣматочной беременности путемъ чревосѣченія нельзя иначе, какъ составивъ себѣ правильное понятіе относительно естественныхъ исходовъ и смертности данной аномаліи беременности безъ всякаго вмѣшательства хирургической помощи. Въ доступной же мнѣ литературѣ, даже относительно новой, я не нашелъ точныхъ данныхъ о нормальныхъ исходахъ вѣматочной беременности, такъ какъ почти всѣ авторы изучали исходы этого страданія вообще, не различая отдѣльныхъ формъ вѣматочной беременности, не смотря на то, что уже въ 1859 году Нескеръ въ классической своей статьѣ указалъ на ошибочность подобнаго изученія. Вотъ почему мнѣ пришлось предварительно заняться изслѣдованіемъ исходовъ отдѣльныхъ формъ вѣматочной беременности на основаніи собранныхъ мною болѣе



500 новѣйшихъ случаевъ. Группировка этой казуистики представляла не малое затрудненіе въ виду того, что большинство данныхъ случаевъ описано подъ общимъ названіемъ внѣматочной беременности. При тщательномъ разсмотрѣніи данныхъ cadaго отдѣльнаго случая, мнѣ пришлось для моей цѣли воспользоваться только почти половиной вышеприведеннаго общаго числа случаевъ; остальные же случаи оказались непригодными къ моей классификаціи внѣматочной беременности по отдѣльнымъ ея формамъ, въ виду недостаточности заключающихся въ ихъ описаніи данныхъ.

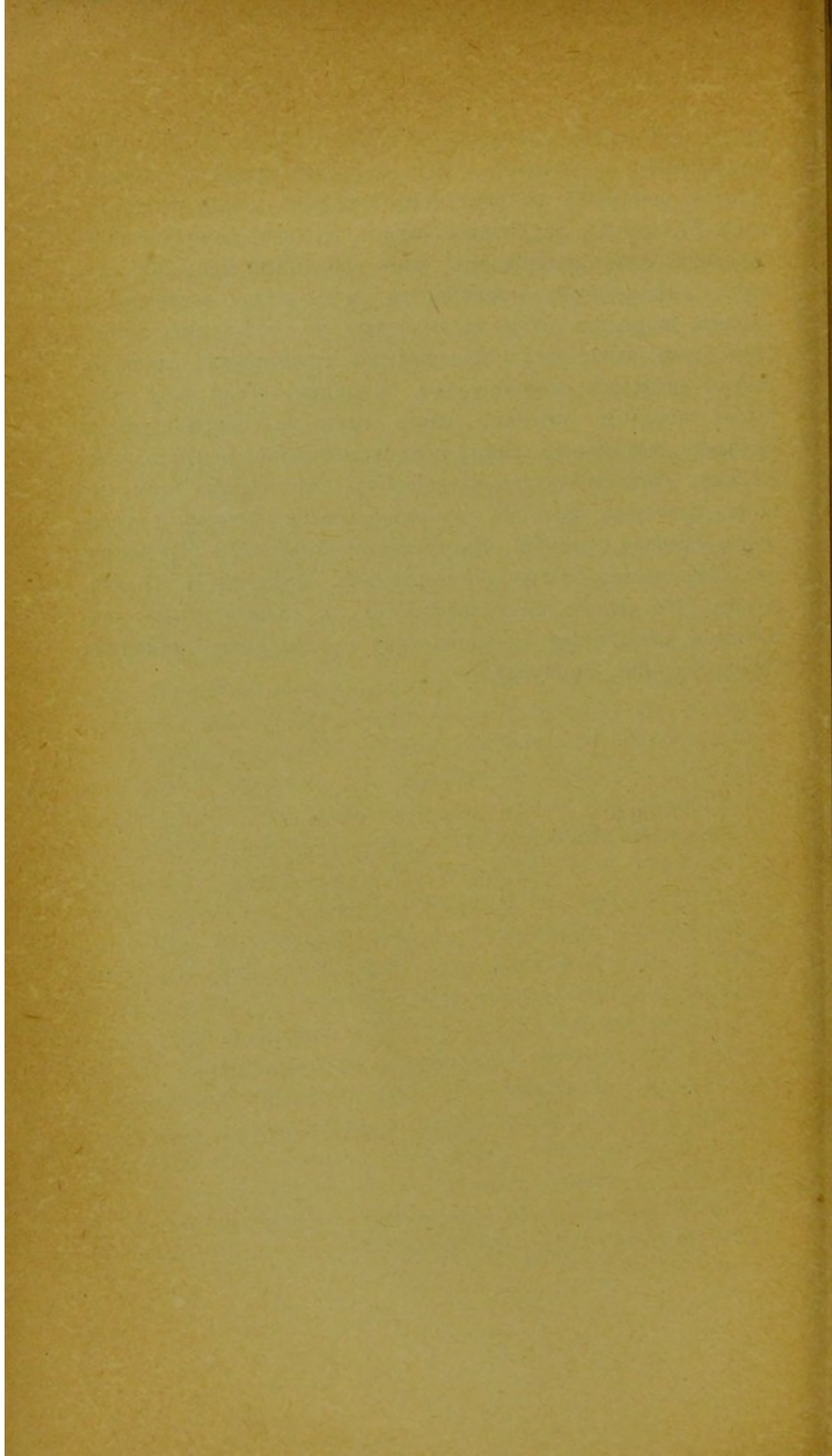
Такъ какъ до сихъ поръ, насколько мнѣ извѣстно, мысль Нескер'а о необходимости статистическаго изученія каждой формы внѣматочной беременности отдѣльно примѣнялась только къ трубной беременности Ненпиг'омъ, остальные же формы беременности не изслѣдованы по программѣ, предложенной Нескер'омъ, то я счелъ не лишнимъ продолжать работу Нескер'а, основываясь на болѣе новой казуистикѣ, и здѣсь предлагаю, кромѣ очерка леченія и исходовъ внѣматочной беременности еще матеріалы по симпоматологіи и нѣкоторымъ этиологическимъ даннымъ внѣматочной беременности, въ описаніи которыхъ я придерживался выработанной Нескер'омъ программы. Патологическая анатомія внѣматочной беременности, мало затронутая въ работѣ Нескер'а, за послѣднее время настолько значительно изучена, что можетъ составить совершенно самостоятельную тему для литературной обработки; она мною оставлена совершенно въ сторонѣ въ настоящей моей работѣ, такъ какъ я лично не имѣлъ возможности произвести по этому поводу собственныхъ изслѣдованій, которыя бы дали мнѣ право обсуждать имѣющіеся въ литературѣ спорные вопросы относительно патологической анатоміи внѣматочной беременности. Я ограничился только по преимуществу клиническими отдѣлами ученія объ этой аномаліи беременности и желалъ представить статистическій трудъ, основанный на тщательномъ изученіи данныхъ, заключающихся въ казуистикѣ внѣматочной беременности за послѣднее десятилѣтіе. Къ описаннымъ мною здѣсь впервые, съ со-



гласія профессора Славянскаго, двумъ случаямъ вѣматочной беременности я отношусь, какъ къ статистическому литературному матеріалу, въ виду того, что самъ я ихъ не наблюдалъ. Если даже, располагая такимъ сравнительно большимъ казуистическимъ матеріаломъ, какъ собранные мною 500 случаевъ вѣматочной беременности, я не имѣлъ возможности сдѣлать широкихъ общихъ выводовъ по отдѣльнымъ вопросамъ, такъ какъ, послѣ надлежащей группировки случаевъ, цифры оказались недостаточно большими,—если мнѣ пришлось затратить довольно много труда на собираніе массы случаевъ, которые въ концѣ концовъ оказались непригодными служить статистическимъ матеріаломъ,—то причина этому лежитъ, главнымъ образомъ, въ разнообразіи случаевъ и сложности даннаго предмета. Казуистика вѣматочной беременности какъ нельзя больше подтверждаетъ изрѣченіе Н. И. Пирогова, что „жизнь не укладывается въ тѣсныя рамки доктрины и измѣнчивую ея казуистику не выразить никакими догматическими формулами“.

С.-Петербургъ.  
Январь 1886 годъ.





Подъ вѣматочною беременностью (*graviditas extrauterina, grossesse par erreur de lieu-Levret-Baudelocque, ectopic gestation—Barnes*) мы понимаемъ развитіе оплодотвореннаго яйца на другомъ мѣстѣ, а не въ полости матки, вслѣдствіе какихъ либо препятствій на пути яйца изъ фолликула до полости матки, при нормальномъ строеніи и цѣлости этой послѣдней. По единогласному почти заявленію большинства авторовъ, древніе врачи не знали о существованіи вѣматочной беременности, что вполне согласуется съ отсутствіемъ въ древности правильныхъ познаній по анатоміи и физиологіи женскихъ половыхъ органовъ. Только въ статьѣ Schreyer'a <sup>841</sup> \*) я нашелъ противоположное мнѣніе: онъ говоритъ, что уже Гиппократъ зналъ о существованіи вѣматочной беременности, и приводитъ слѣдующую цитату изъ книги Гиппократовскаго сборника сочиненій *De morbis mulierum* „foetus locum suum deserit ob abundantiam pituitae et suffocationem producit“. Проверить эту цитату мнѣ удалось только по другому изданію Гиппократовскихъ сочиненій, и подходящую цитату я также нашелъ въ томъ же *liber I de morbis mulierum* \*\*); но мнѣ кажется, что цитируемое мѣсто изъ сборника Гиппократа скорѣе можно понять, какъ описаніе картины *rupturae uteri sub partu*, хотя и при этомъ комментаріи остается непонятнымъ, что древній авторъ хотѣлъ сказать о возвращеніи плода на прежнее свое мѣсто. Во всякомъ случаѣ, въ книгѣ „*de morbis mulierum*“, которая, къ тому же, признается теперь апокрифическимъ сочиненіемъ, не

---

\*) Подробныя литературныя указанія находятся въ концѣ этой работы.

\*\*) *Hippocratis Opera omnia. Editio Anton. Van der Linden. Lugduni Batav. 1665. Tomus II, pag. 447. § XLIX.*



принадлежащимъ самому Гиппократу, не находится ничего убѣдительнаго въ пользу вышеприведеннаго мнѣнія Schreyer'a. Разумѣется, это не значить, что въ древности не наблюдались случаи внѣматочной беременности; но только правильное ихъ объясненіе не было возможно для древняго наблюдателя, такъ какъ его глаза, такъ сказать, были завязаны тѣми превратными и часто-абстрактными теоріями зачатія, которыя господствовали не только въ древности, но перешли по наслѣдству и въ послѣдующія столѣтія и подверглись переработкѣ и уничтоженію только въ XVI столѣтіи. Мы имѣемъ описанія болѣе или менѣе несомнѣнныхъ случаевъ внѣматочной беременности изъ болѣе поздняго періода исторіи (примѣры первыхъ лапаротомій при внѣматочной беременности находятся у Abulcasis'a и Павла Эгинскаго), но эти случаи, по тогдашнимъ понятіямъ, отнесены къ разрывамъ матки. Безсознательное, такъ сказать, описаніе случаевъ внѣматочной беременности, какъ *sigiosa naturae*, держалось почти до половины XVII столѣтія: то говорили о плодахъ, изгнанныхъ съ гноемъ, образовавшимся въ абсцессахъ брюшныхъ стѣнокъ и чрезъ стѣнки влагалища или прямой кишки; то говорилось о плодныхъ кистахъ, найденныхъ только при вскрытіи и скорлупа которыхъ, сдѣлавшись известковою, такъ сказать, окаменѣла (Deraul). Въ сочиненіи Jac. Primerosii *De mulierum morbis*, 1665 года, описанъ случай лапаротоміи при двойной внѣматочной беременности подъ названіемъ „*partus prodigiosus*“, относящійся къ 1595 году, а въ книгѣ Fran. Rausseti<sup>330</sup>, 1591 года, о кесарскомъ сѣченіи, приводится нѣсколько исторій болѣзни, которая также можно отнести къ внѣматочной беременности. Очевидно, всѣ эти случаи отнесены ихъ авторами къ маточной беременности, и, какъ говорить Stolz,<sup>362</sup> даже въ XVII столѣтіи защищались тезисы, отвергающіе возможность внѣматочной беременности: *An foetus in tuba uteri generari possit? negat. Quentin Tevenyn (1639). An homo extra uterum gigni potest? negat Ant. Ruffin 1658*, и потому гипотеза о продолженной беременности (*grossesse prolongée—missed labour*) была очень распростра-



нена, и въ эту категорію и относились наблюдавшіеся тогда случаи внѣматочной беременности.

Важныя открытія William Harvey'а, Iohannes Van-Horne, Kerkring'a, Stepon'a и главнымъ образомъ Regner de Graaf'a<sup>7</sup> въ области ученія объ оплодотвореніи, давшія новыя теоріи зачатія, положили начало ученію о внѣматочной беременности, и со времени этихъ работъ, т. е. съ половины XVI столѣтія, нужно считать исторію внѣматочной беременности, какъ отдѣльной формы беременности. Правда, что новое ученіе de Graaf'a и Harvey'а не сразу было принято, и потому далеко не всѣ ученые конца XVI и даже XVII столѣтія,—оставшіеся вѣрными древнему ученію о двухъ семянныхъ жидкостяхъ, дающихъ начало зародыша въ маткѣ,—признавали возможность зачатія внѣ матки. Такъ, напримѣръ, въ философской критикѣ различныхъ мнѣній „De conceptione adversaria“ Carolus Drelincurtius, въ 1685, сомнѣвается въ возможности яичниковой беременности; Mauriceau никогда не хотѣлъ допустить внѣматочную беременность, хотя самъ описалъ и даже представилъ рисунокъ трубной беременности, какъ это на томъ же препаратѣ доказалъ Dionis<sup>93</sup> въ 1718 году. De la Motte<sup>88</sup>, въ 1721 г., также относилъ всѣ случаи внѣматочной беременности къ разрывамъ матки, не смотря на то, что уже въ то время были описаны и изслѣдованы случаи всѣхъ трехъ главныхъ формъ внѣматочной беременности. Приоритетъ перваго описанія трубной беременности подъ ея настоящимъ названіемъ признается за Riolan'омъ младшимъ. Въ доступномъ мнѣ сочиненіи Riolan'a<sup>320</sup> (V изданіе 1611 года) я встрѣтилъ слѣдующую цитату: что какой-то хирургъ въ Парижѣ нашелъ на вскрытіи „*molam genitam extra uterum juxta ipsius fundum in vasis spermaticis*“. Яичниковая беременность допускалась, повидимому, еще раньше, вскорѣ послѣ того, какъ появилось изслѣдованіе De Graaf'a о фолликулахъ яичника, которые онъ разсматривалъ какъ *ovum humanum* въ виду того, что уже Fallopius доказалъ присутствіе сѣмени въ трубахъ и, слѣдовательно, можно было допустить оплодотвореніе въ яичникахъ (Astruc<sup>7</sup>).



Astruc<sup>7</sup> тщательно собралъ въ хронологическомъ порядкѣ первыя наблюденія различныхъ видовъ внѣматочной беременности. Онъ приводитъ, какъ первый случай яичниковой беременности, случай Perigord'a, называемаго также de Saint Maurice, относящійся къ 1682 году. Плодъ, при вскрытіи, былъ найденъ въ полости живота, плавающимъ въ большомъ количествѣ крови, но разрывъ яичника очевидно доказывалъ, что онъ первоначально въ немъ развивался. Относительно брюшной беременности Astruc говоритъ, что она встрѣчается рѣже трубной, и какъ одинъ изъ самыхъ извѣстныхъ случаевъ цитируетъ случай Courtial'я (Observ. X), гдѣ 9-мѣсячный плодъ найденъ былъ лежащимъ въ лѣвой сторонѣ подчревной области головою внизъ ногами кверху, укрѣпленный пуповиною къ послѣду, который прикрѣплялся къ еріплоон и желудку.

Первыя систематическія описанія внѣматочной беременности, повидимому, представили Levret<sup>223</sup> во Франціи, Smellie<sup>352</sup> въ Англіи, Bianchi въ 1741 и Böhmer въ 1752 году. Главнымъ же образомъ во Франціи ученіе о внѣматочной беременности получило быстрое развитіе въ XVIII столѣтіи.— Levret<sup>223</sup> различалъ три главныя формы внѣматочной беременности: яичниковую, трубную и брюшную, и назвалъ внѣматочную беременность *grossesse par erreur de lieu*. Послѣ него этимъ же вопросомъ занимались Astruc<sup>7</sup>, Baudelocque<sup>20</sup> и цѣлый рядъ ученыхъ. Вообще внѣматочная беременность получила, благодаря этимъ работамъ, право гражданства въ наукѣ; съ тѣхъ поръ уже во всѣхъ учебникахъ акушерства имѣется глава объ этомъ предметѣ и всѣ отдѣлы его подверглись быстро разработкѣ. Симптоматологіей занимался Antoine Petit, но симптомы, установленные имъ, далеко не давали возможности распознаванія при жизни этого заболѣванія. Heim'у въ 1812 году принадлежитъ право перваго прижизненнаго діагноза, и онъ же первый, повидимому, предложилъ производить чревосѣченіе при угрожающихъ жизни разрывахъ плоднаго внѣматочнаго мѣшка. Съ этого времени, т. е. съ начала текущаго столѣтія начинается разработка ученія о внѣматочной беременности также и въ Германіи. Скоро оказалось описанныхъ



такъ много случаевъ, что дана была возможность производства статистическаго изученія различныхъ спорныхъ вопросовъ. Классификація вѣматочной беременности подвергалась въ теченіе времени большимъ измѣненіямъ; главнымъ образомъ относительно яичниковой беременности оказался необходимымъ тщательный пересмотръ прежнихъ наблюденій, такъ какъ Cruveilhier и др. описали дермоидныя кисты, у Astruc'a еще прямо включавшіяся въ разрядъ яичниковой беременности. Velpeau<sup>279</sup> и за нимъ цѣлый рядъ ученыхъ стали отвергать ея существованіе.

Только трубная беременность осталась прочно установившимся фактомъ, и относительно нея всѣ мнѣнія сходились и также довольно единогласно признавалась брюшная форма беременности. Статистическія работы появились только со второй половины текущаго столѣтія. Necker<sup>164</sup>, въ 1859 г., представилъ полное статистическое изученіе теченія и исходовъ вѣматочной беременности по отдѣльнымъ видамъ, кромѣ яичниковой, въ существованіи которой онъ имѣлъ только „субъективное“ убѣжденіе. Масса работъ объ исходахъ и терапіи появилась въ разныхъ странахъ: Kiwisch<sup>193</sup>, Mattei<sup>253</sup> и многіе другіе представили цифровыя данныя объ естественныхъ исходахъ вѣматочной беременности безъ рѣзкаго разграниченія видовъ. Работы Rogers'a, Campbell'a, Hutchinson'a<sup>184</sup>, Van Cauvenberghe, Keller'a<sup>192</sup> касаются больше терапіи, и, наконецъ, Parry<sup>294</sup>, въ 1876 году, представилъ уже полную монографію о вѣматочной беременности, основанную на статистическомъ изученіи данныхъ, заключающихся въ 500 наблюденіяхъ; эта книга до сихъ поръ считается наилучшимъ по полнотѣ сочиненіемъ относительно занимающаго насъ вопроса. О трубной беременности подобную же тщательно написанную статистическую работу представилъ въ томъ же 1876 году Hennig<sup>169</sup>.

По отдѣльнымъ вопросамъ имѣются и болѣе новыя работы. Такъ Deschamps<sup>9\*</sup>, на основаніи 114, опубликованныхъ послѣ работы Parry, случаевъ, написалъ въ 1880 году диссертацию объ исходахъ и леченіи вѣматочной беременности;



въ томъ же году появилась весьма важная статья Litzmann'a <sup>224</sup> о показаніяхъ къ оперативному леченію вѣматочной беременности, также статистическая, основанная на пересмотрѣ 43 случаевъ лапаротомій и по этому вопросу совершенно замѣнившая невѣрные вычисленія Parry. Насколько обширенъ литературный матеріалъ, по преимуществу казуистическій, за послѣднія 10 лѣтъ, видно уже изъ того обстоятельства, что мнѣ удалось за это время собрать сълишкомъ 500 случаевъ, тогда какъ Parry набралъ 500 случаевъ чуть ли не за все время существованія ученія о вѣматочной беременности, т. е. съ конца XVI-го столѣтія до 1876 года. Я не буду перечислять всѣхъ работъ; укажу только на довольно полный литературной указатель, приложенный къ этой работѣ. За границей каждый почти случай вѣматочной беременности тщательно описывается, даже нѣсколько разъ (случаи Gusserow'a и Schröder'a и др.) въ докторскихъ диссертацияхъ съ различныхъ точекъ зрѣнія.

Въ русской литературѣ имѣется весьма интересный казуистическій матеріалъ \*), но, насколько мнѣ извѣстно, нѣтъ статистическихъ работъ, подобныхъ монографіямъ Necker'a, Hennig'a, Parry, Puech'a, Deschamps'a и многихъ другихъ.

Со времени Нестора Максимовича Амбодика, упоминающаго въ своемъ „Искусствѣ повиванія или наукѣ о бабичьемъ дѣлѣ“ о вѣматочной беременности при перечисленіи показаній къ производству кесарскаго сѣченія, занимающая насъ аномалія беременности описывалась систематически, повидимому, только въ руководствахъ акушерства и гинекологіи. Кромѣ того, въ доступной мнѣ литературѣ я нашелъ одинъ критическій обзоръ литературы вѣматочной беременности за 15 лѣтъ, составленный проф. Китеромъ <sup>420</sup> въ 1849 году, и двѣ диссертациі о вѣматочной беременности: Купффера <sup>423</sup>, написанную въ Дерптѣ въ 1822 году, и Собољщикова <sup>442</sup> — въ Петербургѣ въ 1856 году.

---

\*) См. указатель литературы №№ 406 — 454.



### Классификація вѣматочной беременности.

Приступая къ статистической разработкѣ новѣйшей казуистики вѣматочной беременности, мнѣ первымъ долгомъ пришлось установить точку зрѣнія, которая бы соотвѣтствовала современному состоянію ученія о вѣматочной беременности, относительно группировки наблюдений. Очень часто авторы называли свои случаи просто вѣматочною беременностью, не задаваясь вовсе, по разнымъ причинамъ, вопросомъ о разновидности ея; другой рядъ по описанію вполне однородныхъ случаевъ описывался подъ самыми различными видовыми названіями, смотря потому какого взгляда придерживался данный авторъ на классификацію формъ вѣматочной беременности. Эта неточность описанія была, вѣроятно, главнѣйшею причиною того обстоятельства, что даже въ такихъ новыхъ монографіяхъ о вѣматочной беременности, какъ книга Раггу, симптоматологія, исходы и т. д. разработаны авторомъ для вѣматочной беременности вообще, а не вполне проведены для отдѣльныхъ ея видовъ. Въ настоящее время подобное неразгруппированное изученіе вѣматочной беременности не имѣетъ никакого научнаго значенія и дало бы только совершенно ложный результатъ, такъ какъ главнѣйшее требованіе всякой статистики заключается въ подборѣ однородныхъ данныхъ. Мнѣ, слѣдовательно, пришлось ознакомиться съ литературой вопроса о классификаціи видовъ вѣматочной беременности, и я скоро убѣдился, какъ разнообразны мнѣнія авторовъ въ этомъ отношеніи. Едва ли найдемъ двухъ-трехъ авторовъ, придерживающихся одной и той же классификаціи. Въ подтвержденіе этого своего взгляда считаю не лишнимъ привести нѣсколько самыхъ разнообразныхъ по своему характеру классификацій. Levret, представивши первое систематическое изложеніе ученія о вѣматочной беременности, различалъ три вида этой по его выраженію „grosseesse contre nature, quoique véritable, par erreur de lieu“,—тубную, яичниковую и брюшную беременность. Это классическое дѣленіе держалось долго въ наукѣ и признавалось, кажется, всѣми авторами.



Въ 1824 году Breschet \*) описалъ новый по его мнѣнію видъ внѣматочной беременности—„*graviditas in uteri substantia*“, оказавшуюся впоследствии промежутою беременностью—*grav. interstitialis sive tubo-uterina*.

Затѣмъ Velpeau <sup>379</sup> счелъ нужнымъ различать: 1) интерстиціальную беременность и 2) беременность [маточно-трубную, и, съ другой стороны, отвергъ внутреннюю яичниковую беременность.

Dezeimeris \*\*), въ 1837 году, описалъ новый видъ внѣматочной беременности, „*grossesse sous-péritonéo-pelvienne*“, и довелъ подраздѣленіе внѣматочной беременности, такъ сказать, *ad maximum*, различая 10 видовъ и основываясь, главнымъ образомъ, на патолого-анатомическихъ данныхъ. Онъ различаетъ слѣдующіе виды:

- 1) *Graviditas ovaria*.
- 2) „ *subperitoneo-pelvica*.
- 3) „ *tubo-ovarialis*.
- 4) „ *tubo-abdominalis*.
- 5) „ *tubaria*.
- 6) „ *interstitialis tubo-uterina*.
- 7) „ *utero-interstitialis*.
- 8) „ *utero-tubaria*.
- 9) „ *utero-tubo-abdominalis*.
- 10) „ *abdominalis*.

Какъ совершенно вѣрно говорить Parry, только 1, 3, 4, 5 и 10-я группы могутъ считаться дѣйствительно отдѣльными формами, и названія ихъ ясно выражаютъ первичное мѣсто развитія яйца, тогда какъ остальные пять группъ не что иное, какъ результатъ или исходъ которой нибудь изъ первыхъ группъ, а именно: форма *subperitoneo-pelvica*—исходъ трубной беременности, если разрывъ беременной трубы про-

---

\*) См. Parry l. c. pag. 36.

\*\*) Цитирую по Parry, Moreau и Depaul'ю



исходитъ безъ нарушенія цѣлости брюшины и яйцо попадаетъ (и развивается дальше) между листками *lig. lat.* Впрочемъ, этотъ же видъ внѣбрюшинной беременности можетъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, напр. Гугенбергера<sup>414</sup>, Beaucamp<sup>30</sup>, Collet у Gurgui<sup>75</sup> и др., быть результатомъ яичниковой беременности.

Вышеприведенныя 6, 7 и 8-я формы внѣматочной беременности, по терминологіи Dezeimeris, обозначаютъ, въ сущности, одну и ту же *graviditas tubo-uterina*, которую, въ свою очередь, нужно разсматривать, какъ одинъ изъ видовъ трубной беременности. Наконецъ, 9-я группа классификаціи Dezeimeris, *utero-tubo-abdominalis*, предложена имъ для тѣхъ крайне загадочныхъ случаевъ, гдѣ ребенокъ найденъ былъ, на вскрытіи, свободно лежащимъ въ брюшной полости, тогда какъ пуповина его проходила черезъ весь каналъ трубы къ послѣду, прикрѣпленному въ полости самой матки (случаи Ratuna, Neu'я и Hofmeister'a). Если признать достовѣрность этихъ случаевъ, то ихъ нужно, согласно Parry<sup>294</sup> (р. 34), отнести къ разряду исходовъ трубно-маточной беременности.

Классификація Dezeimeris представляется интересною: 1) по своей сложности, 2) по чисто-анатомической точкѣ зрѣнія и 3) потому, что, не смотря на свою сбивчивость, — обусловленную, впрочемъ, сбивчивымъ же описаніемъ самихъ случаевъ, которые Dezeimeris хотѣлъ сгруппировать, — она признавалась безъ всякихъ измѣненій Moreau<sup>243</sup> и съ небольшими измѣненіями Chailly-Honore и Cazeaux<sup>59</sup>. Послѣдній авторъ, однако, уже въ 7-мъ изданіи своего трактата, очевидно сознавая ея непригодность, замѣнилъ ее болѣе простою, принявъ только 5 видовъ:

- 1) *abdominalis*,
- 2) *tubo-abdominalis*,
- 3) *tubaria*,
- 4) *tubo-uterina-interstitialis*,
- 5) *utero-tubaria*.

Эта классификація, какъ мнѣ кажется, основана на клинической картинѣ внѣматочной беременности и въ этомъ



смыслъ противоположна патолого-анатомической классификаціи Dezeimeris; но она замѣчательна также и тѣмъ, что, собственно говоря, включаетъ уже только 2 формы—брюшную и трубную, такъ какъ группы 2, 3, 4 и 5-я обозначаютъ только мѣсто развитія яйца въ различныхъ участкахъ трубы. Слѣдовательно, это не больше какъ разновидности одной и той же трубной формы беременности.

Я уже говорилъ, что Velpeau усомнился въ существованіи собственно-яичниковой беременности (внутренней), такъ какъ допускаемую имъ наружную яичниковую беременность можно было разсматривать какъ брюшинную беременность, такъ какъ, по тогдашнимъ понятіямъ, яичникъ былъ вполне заключенъ въ складкѣ брюшины. Послѣ Velpeau сомнѣвались въ существованіи истинной (внутренней) яичниковой беременности Farre и Thompson въ Англіи, Geoffray St. Hilaire и Pouchet во Франціи (1847), Willigk, Kiwisch и Hecker въ Германіи и многіе другіе, потому что не было еще достаточно убѣдительныхъ случаевъ, а также и потому, что съ развитіемъ ученія о дермоидныхъ кистахъ оказалось, что всѣ почти старые случаи яичниковой беременности (Astruc <sup>7)</sup>) были не что иное, какъ дермоидныя кисты яичника, или относились къ другимъ формамъ внѣматочной беременности.

Max Mayer <sup>\*)</sup>, въ 1845 году, пользуясь недостаточностью описанія белѣе старыхъ случаевъ, зашелъ такъ далеко, что проводилъ мысль о существованіи только одной трубной внѣматочной беременности.

Kiwisch <sup>193</sup> принимаетъ двѣ первоначальныхъ формы внѣматочной беременности, а именно: беременность фаллопиевой трубы и брюшной полости; кромѣ того, онъ причисляетъ сюда же еще беременность въ недостаточно развитой половинѣ матки, какъ отдѣльную форму внѣматочной беременности, тогда какъ, соглашаясь съ мнѣніемъ Bischoff'a и Max Mayer'a, считаетъ недоказаннымъ существованіе яичниковой беременности.

---

<sup>\*)</sup> Mayer. Kritik der Extrauterinschwangerschaft und s. w. Giessen 1845.



Scanzoni и Czihak <sup>79</sup>, въ 1859 году, признавали попрежнему 4 вида: 1) трубную, 2) яичниковую, 3) абдоминальную, 4) *in substantia uteri*.

Merriman, Rokitsansky, Campbell, Rogers, Tanner, Barnes, въ 1874 году, отвергая брюшинную беременность, признавали: 1) трубную и 2) яичниковую съ ихъ видовизмѣненіями.

Во Франціи, послѣ Velpeau, Stoltz, а за нимъ Depaul, въ классическомъ своемъ сочиненіи о брюшинной беременности сводили всѣ формы вѣматочной беременности къ двумъ: 1) трубной, которая подраздѣляется на *gr. tubaria propria* и *gr. interstitialis* и 2) *gr. peritonealis* (*gr. primitiva et secundaria*). Того же дѣленія, повидимому, придерживается и Chayé въ 1883 году.

Naegele и Grenzer различали 4 вида: 1) трубную, 2) интерстиціальную или трубно-маточную, 3) брюшную и 4) яичниковую беременность.

Schröder прибавляетъ *gr. tubo-abdominalis* и *tubo-ovarialis*, какъ подъ-отдѣлы 3-хъ главныхъ формъ: 1) трубной, 2) брюшной и 3) яичниковой беременности.

Spiegelberg придерживается того же дѣленія: трубную онъ подраздѣляетъ на *gr. tubaria*, *tubo-uterina* и *gr. tubo-abdominalis*, затѣмъ различаетъ яичниковую и брюшинную или брюшную беременность.

Проф. Лазаревичъ подобнымъ же образомъ классифицируетъ вѣматочную беременность.

Parry, также существенно не измѣнивъ ее, только въ подраздѣленіяхъ немного усложнилъ классификацію, различая *gr. tubo-ovarialis et ovario-tubaria*. Совершенно въ другомъ родѣ представляются новѣйшія классификаціи, преслѣдующія чисто-клиническія цѣли. Такъ, напримѣръ, Freund различаетъ 4 группы вѣматочной беременности:

1) Въ предсуществующихъ узкихъ, мышечныхъ полостяхъ: интерстиціальная, трубная и беременность въ неразвитомъ *рогѣ uteri bicornis*; 2) яичниковую беременность; 3) абдоминальную беременность съ послѣдомъ, прикрѣпляющимся не на прямой кишкѣ; 4) абдоминальную беременность съ послѣдомъ,



сидящимъ въ области recti, отличающуюся большою наклонностью къ септической инфекціи.

Gaillard Thomas <sup>126</sup> для клиническихъ цѣлей допускаетъ только три формы: трубную, интерстиціальную и абдоминальную, тогда какъ для патолога, по его мнѣнію, существуетъ гораздо больше разновидностей, какъ-то: яичниковая, трубно-яичниковая и др. Какъ примѣръ новѣйшей анатомической классификаціи, привожу здѣсь дѣленіе Fenger'a <sup>111</sup>. Онъ различаетъ: 1) яичниковую и эпיוваріальную, 2) абдоминальную (первичную), 3) трубную съ подраздѣленіями на grav. tub-abd. s. tubo-ovarialis, tubaria, tubo-uterina, 4) экстраперитонеальную въ lig. latum, 5) беременность въ одной сторонѣ uterus bicornis и 6) вторичную абдоминальную, если яичникъ, труба или даже сама матка (bicornis или *нормальная*) во время беременности разорвались, плодъ выпалъ въ перитонеальную полость, но остался въ связи съ первичнымъ мѣшкомъ. Наконецъ, крайне интересно замѣтить, что вышеприведенное исключительное мнѣніе Max Mayer'a, диссертацию котораго Necker <sup>164</sup> называетъ „eine jugendliche Sturmschrift“, не имѣющею серьезнаго значенія, до сихъ поръ имѣетъ очень крупныхъ представителей въ наукѣ: Lawson Tait <sup>213</sup> полагаетъ, что въ началѣ всякая вѣматочная беременность бываетъ трубною и разновидности ея зависятъ отъ того направленія, въ которомъ произошелъ разрывъ трубы; раннихъ стадій развитія другихъ видовъ ему не приходилось видѣть ни на секціонномъ столѣ, не при операціи, и, напротивъ того, всѣ оперированные имъ случаи доказываютъ трубное происхожденіе всѣхъ формъ вѣматочной беременности. Съ этимъ мнѣніемъ Lawson Tait'a соглашаются Braithwaite <sup>40</sup> и Robsen. Bandl <sup>12</sup> также сомнѣвается въ существованіи первичной брюшной и яичниковой беременности и, на основаніи изслѣдованія имѣвшихся у него анатомическихъ препаратовъ, склоненъ думать, что описанные подъ именемъ брюшной беременности случаи—не что иное, какъ трубно-абдоминальныя формы.

Я не стану дальше перечислять различныхъ мнѣній: они очень интересны для исторіи ученія о вѣматочной беремен-



ности, для моей же цѣли, доказать ихъ сбивчивость и разнообразіе, достаточно и вышеприведеннаго перечня мнѣній. Я позволю себѣ только сдѣлать нѣсколько общихъ обо всемъ этомъ замѣчаній:

1) Разнообразіе мнѣній относительно классификаціи вызвано самою сложностью предмета: наблюденія внѣматочной беременности бываютъ такъ разнообразны, такъ значительно измѣняются анатомическія отношенія органовъ брюшной и тазовой полостей, что часто бываетъ невозможно, при болѣе или менѣе давно развивающейся внѣматочной беременности, распознать даже на вскрытіи первоначальное мѣсто развитія яйца.

2) Разнообразіе классификаціи также много зависитъ отъ точки зрѣнія и преслѣдуемой цѣли, и, собственно говоря, нужно допустить, по крайней мѣрѣ, двѣ группировки—патолого-анатомическую и клиническую.

3) Оставляя въ сторонѣ всѣ исключительныя и единичныя мнѣнія объ одной или двухъ только формахъ, приходится въ настоящее время, согласно большинству авторовъ, признать въ сущности классическою классификацію Леврета, различая три главныхъ формы: яичниковую, трубную и брюшную (или вѣрнѣе—по Дераулю—брюшинную), съ подраздѣленіемъ каждой изъ нихъ на разновидности.

Эта тройственная классификація будетъ болѣе или менѣе удовлетворять и анатома, и клинициста; но, затѣмъ, симптоматологія, исходы, теченіе, причины и патологическая анатомія должны въ статистическихъ работахъ разбираться отдѣльно для главныхъ формъ (какъ это впервые сдѣлано Нескер'омъ) и по возможности также и для разновидностей ихъ, причемъ отнесеніе cadaго даннаго случая въ ту или другую категорію должно основываться не только на вскрытіяхъ или анатомическомъ изслѣдованіи при операціи, а также можетъ производиться по сходству клиническаго теченія даннаго случая съ болѣе или менѣе подробно описанными случаями той же формы.

4) Типическіе случаи каждой разновидности и формы су-



ществуютъ какъ для трубной беременности, въ существованіи которой никто не сомнѣвается и не сомнѣвался, такъ и для первичной брюшной и яичниковой, долго смущавшихъ взыскательныхъ авторовъ (случай Ruesch'a и т. д.)

5) Вторичная брюшная беременность не можетъ признаваться отдѣльною формою внѣматочной беременности; но, на основаніи анатомическаго или клиническаго теченія, слѣдуетъ стараться опредѣлить въ каждомъ данномъ случаѣ первоначальное мѣсто развитія яйца, такъ какъ эта вторичная брюшинная беременность есть не что иное, какъ одинъ изъ исходовъ другихъ формъ.

6) Согласно данному мною въ началѣ этой работы опредѣленію, мнѣ кажется, можно исключить изъ описанія внѣматочной беременности, включенную первоначально Kiwisch'омъ, а затѣмъ и многими другими авторами до Fenger'a, беременность рудиментарнаго рога матки, такъ какъ здѣсь главная причина развитія беременности „на ненормальномъ мѣстѣ“ лежитъ въ аномаліи строенія самой матки, и беременность не происходитъ, строго говоря, внѣ полости матки. Säger \*) говоритъ, что беременность рудиментарнаго прибавочнаго рога анатомически нельзя назвать внѣматочною, хотя она клинически весьма близко подходитъ къ ней; она можетъ быть, по мнѣнію Säger'a, названа гиватретической (*gynatretische Schwangerschaft*) беременностью и занимаетъ средину между интерстиціальною и трубною беременностями. Küchenmeister <sup>201</sup> также причисляетъ беременность рудиментарнаго рога къ внутриполостнымъ маточнымъ беременностямъ.

7) Точно также мнѣ кажется неумѣстнымъ называть внѣматочною беременностью, какъ это дѣлаютъ Fenger<sup>111</sup> и Goodell, случаи нормальной маточной беременности послѣ полного или неполнаго \*\*) (съ сохраненіемъ брюшиннаго покрова) разрывовъ матки, потому что здѣсь главная причина страданія ле-

---

\*) Säger. Arch. f. Gynäk. 1884. Band 24, p. 332.

\*\*) Goodell. Transact. Amer. Gynak. Soc. Vol. VII, (1882) 1883, p. 237—240. Case XIII.



жить въ нарушеніи цѣлости матки (и ея полости), а не въ тѣхъ препятствіяхъ, которыя мѣшаютъ яйцу проникнуть до полости матки; вотъ почему я счелъ нужнымъ прибавить въ вышеприведенномъ опредѣленіи внѣматочной беременности оговорку о цѣлости маточной стѣнки.

8) Интерстиціальная беременность, по мнѣнію большинства новѣйшихъ авторовъ (Schröder, Parry, Spiegelberg, Doran <sup>96</sup> и др.), есть только трубно-маточная форма тубарной беременности, а не отдѣльный видъ.

9) Трубную беременность слѣдуетъ подраздѣлять на 3 главныхъ формы: трубно-маточную, собственно-трубную и трубно-абдоминальную (Schröder).

10) Трубно-яичниковая форма, согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ Beaucamp и Vuillet, составляетъ переходную форму между трубною и яичниковою беременностями и можетъ быть отдѣльно описываема, а не вмѣстѣ съ *gr. tubo-abdominalis*, какъ это сдѣлано Schröder'омъ и Parry.

11) Относительно яичниковой беременности старое дѣленіе на наружную и внутреннюю, или *epiovarialis* (Landau <sup>203</sup> и Fenger <sup>111</sup>) и *intraovarialis*, примѣнимо только для раннихъ случаевъ, и, согласно Schröder'у, наружную форму можно прямо отнести къ брюшинной беременности.

12) Дѣленіе болѣе детальное, какъ, напримѣръ, допускаемое Parry, на *grav. tubo-ovarialis* и *ovario-tubaria*, согласно замѣчанію самого же Parry \*), непримѣнимо на практикѣ и потому совершенно лишнее, точно также какъ и подраздѣленіе брюшной беременности на основаніи мѣстоприкрѣпленія послѣда по Freund'у.

Руководствуясь вышеприведенными соображеніями, я группирую свои случаи такимъ образомъ:

---

\*) Parry. Extrauter. pregnancy. 1876, pag. 50, примѣчаніе 1-е.



Формы.	Разновидности.
1. Трубная беременность всего 198 случ.	<div> <div>собственно-трубная—118 случ.</div> <div>трубно-маточная—22 случая.</div> <div>трубно-абдоминальная—47 случаевъ.</div> <div>трубно-яичниковая—11 случ.</div> </div>

2. Яичниковая беременность—18 случаевъ.

3. Брюшная беременность—120 случаевъ.

Не признавая вторичной брюшной беременности за отдельную форму и выбирая только случаи съ ясно обозначеннымъ первоначальнымъ мѣстомъ развитія яйца и достаточно подробно описанные, мнѣ, разумѣется, пришлось, подобно Parry, исключить изъ патологической части своей работы большое число собранныхъ мною въ литературѣ случаевъ.

*Частота* вѣматочной беременности сравнительно съ нормальной и сравнительная частота различныхъ формъ вѣматочной беременности не опредѣлимы даже приблизительно по литературнымъ даннымъ, такъ какъ въ литературѣ обыкновенно описываются только „интересные“ случаи, а далеко не всѣ случаи даже изъ тѣхъ, которые встрѣчаются во врачебной практикѣ. Кромѣ того, мы относительно вѣматочной беременности не можемъ получить цифры хотя бы приблизительно вѣрныя, такъ какъ и описанные въ литературѣ случаи часто остаются безъ точнаго діагноза относительно формы беременности и, съ другой стороны, нельзя съ необходимою точностью получить достовѣрныхъ данныхъ относительно статистики нормальной беременности. Kleinwächter <sup>197</sup> говоритъ, что статистика родильныхъ домовъ непригодна для нашихъ вычисленій, такъ какъ въ родильные дома обращаются далеко не всѣ нормально беременныя, а, напротивъ того, гораздо чаще обращаются вѣматочно-беременныя, патологическое состояніе которыхъ заставляетъ искать врачебной помощи. Еще менѣе пригодны для вычисленій данные частной практики, такъ какъ врачей зовутъ только въ патологическихъ случаяхъ беременности и родовъ (Hennig, s. 96.) Общая статистика, по



миѣнію Hennig'a, даетъ болѣе точныя данныя; такъ, Löw вычисляетъ 1 вѣматочную беременность на 4—500,000 родовъ.

По общему же миѣнію новѣйшихъ авторовъ, вѣматочная беременность встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ это думали прежде (Schröder, Freund и др). По Bandl'ю <sup>12</sup>, въ клиникахъ Braun'a и Späth'a въ теченіе 7 лѣтъ было 5 случаевъ вѣматочной беременности на 60,000 общаго числа индивидовъ, поступившихъ въ эти клиники.

Большое разногласіе существуетъ также относительно сравнительной частоты различныхъ формъ вѣматочной беременности. Kiwisch<sup>193</sup> считаетъ самою частою формою беременность въ средней части трубы; затѣмъ идутъ по частотѣ: трубно-абдоминальная, первичная брюшная и интерстиціальная. По Necker'у <sup>16</sup>, абсолютно чаще встрѣчается брюшная. По вычисленію Parry <sup>19</sup>, несравненно чаще (214 разъ) встрѣчается трубная беременность и гораздо рѣже, но почти одинаково часто бываютъ первичная брюшная и яичниковая беременность (29: 27 разъ). По Sohnstein'у<sup>7</sup>, брюшная, трубная и яичниковая беременности даютъ слѣдующія процентныя отношенія частоты: 32: 26: 4, что почти совпадаетъ съ цифрами de Smet'a: 43: 33,5: 11.

Миѣ кажется, что на основаніи вычисленій,—какъ, напри- мѣръ, цифры Parry и мои, гдѣ изъ 500-случаевъ почти половина не могла быть классифицирована, и гдѣ только трубныя формы болѣе или менѣе достовѣрно констатированы,—нельзя сдѣлать почти никакихъ точныхъ выводовъ о частотѣ различныхъ формъ вѣматочной беременности, хотя, однако, изъ вышеприведенной моей таблицы видно, что трубная беременность, повидимому, бываетъ чаще брюшной и несравненно чаще яичниковой.

Отдѣльные же виды трубной беременности, по моему вычисленію, представляютъ слѣдующій порядокъ по частотѣ: собственно-трубная, трубно-абдоминальная, трубно-маточная и трубно-яичниковая.

*Этіологія* вѣматочной беременности мало еще выяснена. Изученіе причинъ, по выраженію Hennig'a, должно быть по-



слѣднею работою врача, а Freund обходитъ вопросъ объ этиологіи, говоря, что „за послѣднія 30 лѣтъ этотъ вопросъ не подвинулся впередъ ни на одинъ шагъ“.

Въ виду недостатка фактическихъ данныхъ о причинахъ внѣматочной беременности вообще, а также въ виду вѣроятной общности этихъ причинъ для всѣхъ формъ внѣматочной беременности, я позволю себѣ здѣсь сдѣлать общія замѣчанія объ этиологіи разбираемаго нами страданія, на основаніи тѣхъ данныхъ, которыя я нашелъ въ литературѣ послѣдняго времени. Главною причиною, вызывающею развитіе внѣматочной беременности, считаются тѣ препятствія, которыя встрѣчаетъ яйцо при прохожденіи своемъ отъ фолликула до полости матки. Препятствія эти могутъ быть:

1) Органическія, болѣе или менѣе стойкія, измѣненія просвѣта или положенія трубъ вслѣдствіе новообразованій, воспаленій и т. д. \*)

2) Временныя условія, суживающія просвѣтъ трубы, какъ, на примѣръ, опуханіе ея слизистой оболочки, даже вслѣдствіе простой гипереміи или усиленнаго прогрессивнаго и регрессивнаго ея развитія, совпавшихъ случайно со временемъ зачатія (Veit<sup>377</sup>, p. 25).

3) Старое мнѣніе Burdach'a, Lallemand'a и др. о вліяніи сильныхъ психическихъ аффектовъ во время и вскорѣ послѣ coitus'a до сихъ поръ имѣетъ своихъ приверженцевъ, напр. Freund'a<sup>120</sup> и Cattani<sup>58</sup>.

4) Преждевременный быстрый ростъ оплодотвореннаго яйца признается Hennig'омъ<sup>16</sup> и отчасти Hun'омъ за причину трубной беременности; Hun<sup>182</sup>, при объясненіи происхожденія наблюдавшагося имъ случая трубной беременности съ *transmigratio ovi externa*, предполагаетъ, что труба настолько сильно перегнулась, что прилежала къ яичнику противоположной стороны, и этотъ перегибъ трубы затруднилъ прохожде-

---

\*) Oidtman<sup>286</sup> указалъ на туберкулезное пораженіе трубъ, какъ на причину трубной беременности.



ніе яйца въ полость матки и яйцо успѣло „перерости“ просвѣтъ трубы.

5) Искали также причину трубной беременности въ смѣщеніяхъ матки, вызывающихъ болѣе или менѣе неправильное положеніе трубъ, напр. при retroflexio и выпаденіи матки (Meadows, Parry, Pallen<sup>291</sup>, Bozeman<sup>32</sup>).

Всѣ эти разнообразныя мнѣнія далеко не достаточны для объясненія всѣхъ встрѣчающихся случаевъ, и обыкновенно этиологія внѣматочной беременности остается совершенно темною. Не малое значеніе для выясненія этого темнаго вопроса, какъ уже указалъ Нескер<sup>164</sup>, имѣетъ изученіе предшествовавшихъ внѣматочной беременности обстоятельствъ, которыя косвеннымъ образомъ доказываютъ патологическое состояніе половыхъ органовъ, напр. продолжительное безплодіе или пауза въ дѣторожденіи, частые выкидыши и т. д. Эти, по выраженію Нескер'а, „коэффекты“ одного неизвѣстнаго этиологической момента внѣматочной беременности будутъ изучены мною для каждаго вида отдѣльно.

### Трубная беременность.

Если оплодотворенное яйцо продолжаетъ свое развитіе, укрѣпившись въ средней части канала фаллопиевой трубы, то получается собственно трубная беременность—

#### Graviditas tubaria propria.

Типическая эта форма встрѣчается чаще другихъ двухъ; мнѣ удалось найти въ литературѣ 118 болѣе или менѣе достовѣрныхъ случаевъ, которые и послужатъ матеріаломъ для составленія описанія этой формы внѣматочной беременности.

Относительно возраста, въ которомъ она встрѣчается, мнѣ только пришлось подтвердить давно установившееся мнѣніе о преобладаніи возраста отъ 30—40 лѣтъ.

Такъ, мы находимъ, что изъ 103 случаевъ больныя были въ возрастѣ:



19 лѣтъ	1 разъ.
20—29 „	39 „
30—38 „	52 раза
40—48 „	11 разъ.

Больше интереса представляетъ отношеніе перво-и-повторнобеременныхъ среди женщинъ, заболѣвающихъ трубною беременностью. Отношеніе это выразилось въ 88 случаяхъ слѣдующимъ образомъ:

первобеременныхъ 16  
выкидывавшихъ 1 разъ 5  
повторнобеременныхъ 67.

Слѣдовательно, отношеніе перво-и-повторно-беременныхъ равно 1: 4,5 (безъ выкидышей 1: 4,2). что вполне подтверждаетъ, опровергаемое Нескер'омъ, мнѣніе о большемъ предрасположеніи многородящихъ къ трубной беременности, такъ какъ это отношеніе превышаетъ максимальное нормальное отношеніе перво-и-многородящихъ 1: 3,5.

Приведенныя цифры имѣютъ значеніе для выясненія предрасполагающихъ къ вѣматочной беременности обстоятельствъ, такъ какъ повторная беременность и послѣродовой періодъ составляютъ важный этиологическій моментъ гинекологическихъ заболѣваній. Хотя и не всегда эти послѣднія точно обозначены въ разбираемыхъ нами случаяхъ, но зато имѣются данныя, какъ-бы отдаленныя причины, объясняющія развитіе у этихъ женщинъ тубарной беременности:

Изъ числа 16 первобеременныхъ у 12-ти отмѣчены:

Dysmenorrhoea	1	разъ.
Dysmenorrhoea и 5-лѣтнее безплод- ное замужество	1	„
Dysmenorrhoea и amenorrhoea	1	„
Неправильность регулъ	1	„
Начало регулъ на 17 году и поздняя беременность (33 и 37 л.)	2	раза.



Больше 10 лѣтъ (11 и 12 л.) бесплодное

замужество . . . . . 2 раза.

Поздняя беременность (на 28, 30, 32, 35 году). 4 „

Хотя общее число первобеременныхъ невелико, но все-таки же вышеприведенная таблица даетъ, мнѣ кажется, право сдѣлать такое заключеніе, что большинство женщинъ, забеременѣвающихъ первый разъ тубарно, представляютъ ясныя отклоненія относительно своей половой сферы, а именно: не-правильности регуль (6 разъ), бесплодіе (3 раза) и позднее забеременѣваніе (4 раза). Тѣ же патологическіе моменты встрѣчаемъ мы и у 5 больныхъ вѣматочною беременностью, которыя прежде имѣли одинъ разъ выкидышъ, который вообще въ этиологіи вѣматочной беременности играетъ несомнѣнную роль; кромѣ выкидыша и преждевременныхъ родовъ, у 4 изъ этихъ больныхъ отмѣчены:

Dysmenorrhoea и 8—9-лѣтнее бесплодіе . . . 1

4 „ „ 1

Послѣ преждевре-  
менныхъ родовъ вслѣд-

ствіе травмы . . . 12 „ „ 1

Больше . . . 7 „ „ 1

Повторно-беременные и многородящія женщины въ анамнезѣ своемъ не менѣе часто указываютъ на различныя отклоненія отъ нормы въ отпращивленіяхъ половыхъ органовъ, хотя, разумѣется, отклоненія эти разнообразны и потому не характерны для тубарной беременности, а только вообще свидѣтельствуютъ о патологическомъ состояніи половыхъ органовъ этихъ женщинъ.

Во 2-й разъ беременныхъ было . . 23

Въ 3-й „ „ „ . . 13

„ 4-ый „ „ „ . . 8

„ 5-ый „ „ „ . . 7

„ 6-ой „ „ „ . . 4

„ 7-ой „ „ „ . . 1

„ 8-ой „ „ „ . . 1

„ 9-ый „ „ „ . . 1



„13-ый „	„	„	•	•	1
Многократно беременныхъ было.	•				4
Имѣвшихъ до трудной беременности:					
1 роды и 1 выкидышъ	•	•	•	•	1
3 родовъ и 1 „	•	•	•	•	2
4 „ и 2 выкидыша	•	•	•	•	1
1 роды и нѣсколько выкидышей.	•				1

На 67 повторно-беременныхъ больше половины приходится II и III родящихъ и 13,5% имѣвшихъ выкидыши. Кромѣ того, изъ числа этихъ же самыхъ 67 повторно-беременныхъ у 42 имѣются указанія на слѣдующія ненормальности:

Болѣе или менѣе продолжительная пауза въ дѣторожденіи, принимая 2 года за максимумъ нормальнаго безплодія (Necker), наблюдалась:

отъ 2—5 лѣтъ	7 разъ.
„ 6—10 „	9 „
„ 12—17 „	6 „
нѣск. и много лѣтъ	2 раза.

Всего 24 раза наблюдалось безплодіе безъ обозначенія причины этой паузы въ дѣторожденіи или другихъ патологическихъ явленій.

Въ 10 случаяхъ, кромѣ безплодія, продолжавшагося отъ 3—16 лѣтъ, замѣчались еще слѣдующія патологическія явленія:

1. Безплодіе 3 года и начало регулъ на 17 году.
2. „ 5 лѣтъ и послѣродовое заболѣваніе.
3. „ 6 „ послѣродовое заболѣваніе и неправильность регулъ.
4. „ 6 „ и dysmenorrhoea.
5. „ 7 „ и dysmenorrhoea.
6. „ 7 „ послѣ родовъ subinvolutio матки, воспаление въ тазу, metritis и dysmenorrhoea.
7. „ 10 „ послѣродовое страданіе и регулы слабы.
8. „ 10 „ и возрастъ 41.



9.	„	16	„	начало регуль на 18 году, послѣ 2-хъ родовъ регулы слабы, dysmenorrhoea и возрастъ 41.
10.	„	10	„	и retroflexio.
Въ остальныхъ восьми случаяхъ наблюдались:				
Трудная беременность во время кормленія грудью 3 раза.				
Послѣ послѣднихъ родовъ 16 мѣс. неправильность				
регуль. . . . .				1 разъ.
Dysmenorrhoea и регулы во время первой поло-				
вины берем. всегда (Burchardt) . . . . .				1 „
Первыя регулы на 18 году (Муратовъ). . . . .				2 раза.
Трудные роды . . . . .				1 разъ.
				<hr/>
Всего. . . . .				8 разъ.

Итакъ, изъ ненормальностей, замѣченныхъ у нашихъ повторно-беременныхъ, на первомъ планѣ стоитъ также болѣе или менѣе продолжительная пауза въ дѣтороженіи, какъ предшествующій моментъ трубной беременности; это безплодіе отмѣчено въ 42 случаяхъ 34 раза (почти 80%) и представляетъ важное обстоятельство, уже давно отмѣченное въ этиологіи вѣматочной беременности вообще. Безплодіе и трубную беременность Нескер уже разсматривалъ, какъ ко-эффекты одной общей для нихъ причины, лежащей въ патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ половыхъ органовъ женщины, предрасположенной къ вѣматочной беременности (воспаленіе тазовой брюшины, измѣненія положенія трубъ и т. д.).

Другія вышеуказанныя ненормальности встрѣчаются сравнительно рѣже и ничего характернаго для трубной беременности не представляютъ, хотя и онѣ подтверждаютъ мысль, что трубная беременность есть результатъ предшествующихъ ей разнообразныхъ гинекологическихъ страданій. Заключение, которое можно вывести изъ всего этого изученія предшествующихъ трубной беременности обстоятельствъ: 1) что оно подтверждаетъ установленные уже давно въ наукѣ взгляды о большѣмъ предрасположеніи многородящихъ къ трубной беременности; 2) что ей обыкновенно предшествуетъ болѣе



или менѣе продолжительная пауза въ дѣторожденіи; 3) что, помимо этого безплодія, какъ результата страданія половыхъ органовъ, другихъ характерныхъ явленій для трубной беременности въ анамнезѣ этихъ больныхъ женщинъ пока не удается найти, хотя 4) большинство этихъ женщинъ страдало до развитія трубной беременности самыми разнообразными гинекологическими формами заболѣванія (неправильность регулъ, послѣродовыя заболѣванія, выкидыши и т. д.).

Перехожу теперь къ *симптоматологii* трубной беременности. Не задаваясь цѣлью представить полнаго описанія клинической картины трубной беременности, я только постараюсь на основаніи 118 случаевъ рѣшить вопросъ о частотѣ различныхъ симптомовъ; это важно въ виду того разногласія, которое существуетъ между авторами относительно важности того или другаго явленія: мнѣнія далеко не сходятся даже относительно главнѣйшихъ симптомовъ. Со времени Heim'a вопросъ о характернѣйшихъ проявленіяхъ трубной беременности остается спорнымъ, въ виду чего до сихъ поръ діагнозъ раннихъ періодовъ трубной беременности считается нѣкоторыми авторами даже совершенно невозможнымъ.

Разсужденія, основанныя на единичныхъ наблюденіяхъ, едва ли внесутъ свѣтъ въ діагностику трубной беременности, и только сопоставленіе массы случаевъ дастъ возможность установить типическую картину симптомовъ разбираемаго нами заболѣванія. Ради наглядности я представляю симптомы трубной беременности, аналогично нормальной маточной беременности, по мѣсяцамъ. Разбивая такъ свой матеріалъ, числа оказываются очень малыми для болѣе или менѣе обобщающихъ выводовъ, но все-таки же мнѣ кажется, что подобная группировка симптомовъ трубной беременности всего рельефнѣе можетъ охарактеризовать эту аномалію беременности и если не выяснитъ окончательно ея клинической картины, то, по крайней мѣрѣ, поможетъ: во-1-хъ, доказать фактически разницу картины этой беременности отъ нормальной, съ которой не разсмѣшивали первую; во-2-хъ, сравнительную частоту и важность различныхъ, считающихся характерными, симптомовъ труб-



ной беременности, и, въЗ-хъ, выяснитъ хотя нѣкоторые пункты для дифференціального діагноза трубной беременности отъ другихъ гинекологическихъ заболѣваній. Подобная разработка клинической картины внѣматочной беременности пока еще не примѣнялась, насколько мнѣ извѣстно, никѣмъ, и, мнѣ кажется, этотъ способъ изученія симптомовъ внѣматочной беременности далъ бы очень хорошіе результаты, если бы онъ былъ примѣненъ на большомъ числѣ одинаково подробно описанныхъ случаевъ. Мнѣ же пришлось ограничиться только 118 болѣе или менѣе несомнѣнными случаями собственно-трубной беременности, причемъ изъ нихъ для отдѣльныхъ мѣсяцевъ оказалось пригодныхъ случаевъ: maximum 85 для II-го мѣсяца и minimum 11—для X-го. Нужно, однако, замѣтить, что постепенное уменьшеніе отъ этого максимальнаго къ минимальному числу лежитъ въ природѣ самаго процесса трубной беременности, обыкновенно заканчивающейся смертью въ теченіе первыхъ уже мѣсяцевъ беременности.—Въ составленной мною таблицѣ симптомовъ обозначены для каждаго мѣсяца беременности валовыя числа наблюденій, такъ какъ при вычисленіи сравнительной частоты даннаго симптома необходимо принимать во вниманіе именно эти числа, а не общее число всѣхъ случаевъ собственно-трубной беременности (118 случаевъ), послужившее матеріаломъ для изученія симптоматики *grav. tubariae propriae*.

**Таблица симптомовъ трубной беременности по мѣсяцамъ.**

МѢСЯЦЫ.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Число наблюденій для каждаго мѣсяца трубн. беремен.	67	85	60	34	26	20	18	19	14	11
Симптомы.										
I. Общія и субъективныя явленія трубн. беремен.										
Общее недомоганіе . . . . .	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Лихорадочное состояніе . .	—	2	4	4	—	—	1	1	—	—



МѢСЯЦЫ.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Число наблюдений для каждаго мѣсяца трубн. беремен.	67	85	60	34	26	20	18	19	14	11
Обычные признаки берем. . .	11	10	8	13	1	—	—	1	—	—
Сознаніе начавшейся беременности . . . . .	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Боли . . . . .	8	29	20	9	3	2	1	1	—	—
Отсутствіе признаковъ и самосознанія беременности .	3	6	3	—	—	—	—	—	—	—
II. Объективныя явленія.										
Перитонитъ . . . . .	—	5	5	—	—	—	—	—	—	—
а) Выдѣленія изъ матки:										
Прекращеніе регуль . . . . .	45	38	11	9	8	8	8	5	—	—
Неправильность регуль . . . .	5	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Кровотеченіе изъ полов. органовъ . . . . .	5	21	19	5	1	1	1	—	—	1
Регулы продолжались . . . . .	2	6	3	—	—	—	—	—	—	—
Регулы возвратились . . . . .	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
b) Состояніе матки:										
Увеличеніе матки . . . . .	2	17	18	8	2	—	—	—	—	—
Смѣщенія " . . . . .	—	3	19	2	—	—	—	1	—	—
Сокращенія " . . . . .	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—
Матка не увеличена . . . . .	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Матка не смѣщена . . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Decidua находилась въ маткѣ.	1	9	8	2	—	—	—	—	—	—
" выдѣлилась изъ матки.	—	3	15	3	—	—	1	1	—	—
" не найдена въ маткѣ.	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—
c) Опухоль (плодный мѣшокъ):										
Присутствіе опухоли констатировано . . . . .	—	9	8	12	—	—	—	—	—	1
Величина опухоли констат. . .	—	2	2	—	—	—	1	—	—	1
Положеніе " " . . . . .	—	1	1	1	—	—	1	—	—	1
Чувствит. " " . . . . .	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1
Зыбленіе " " . . . . .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Консистенц. " " . . . . .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Сокращеніе стѣнокъ опухоли констатировано . . . . .	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—
Постепенный ростъ опухоли констатированъ . . . . .	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—
Уменьшен. опухоли констат. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
d) Измѣненія грудныхъ железъ.										
Гипертрофія груд. жел. . . . .	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—



МѢСЯЦЫ.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Число наблюдений для каждого мѣсяца труби. беремен.	67	85	60	34	26	20	18	19	14	11
Colostrum въ груд. жел. . . . .	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—
Грудныя жел. не были гипертрофированы . . . . .	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1
e) Явленія со стороны плода:										
Жизнь плода опредѣлена . . . . .	—	—	—	—	16	8	8	8	8	1
Движенія „ „ . . . . .	—	—	—	2	—	7	4	3	—	—
Движенія плода болѣзненны . . . . .	—	—	—	—	1	1	1	1	—	—
Сердцебиеніе плода констатировано . . . . .	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Части плода прощупывались . . . . .	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—
Валлотированіе . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
Плцентарный шумъ . . . . .	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—
Смерть плода произошла безъ разрыва плоднаго мѣшка . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
f) Признаки давленія опухоли на органы таза.										
Разстройства мочеиспусканія:										
Anuria-Ischuria . . . . .	—	2	3	3	2	—	—	—	—	—
Dysuria . . . . .	—	6	3	—	2	—	—	—	—	—
Incontinentia urinae . . . . .	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Разстройство дефекаціи:										
Боль при дефекаціи . . . . .	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Кровотеченіе при дефекаціи . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Запоръ . . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
g) Родовыя боли (ложныя роды):										
Родовыя боли наблюдались . . . . .	—	—	—	—	—	1	1	1	1	5
Кровотеченія при ложныхъ родахъ наблюдались . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ложныхъ родовъ не было . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—
h) Явленія рѣдкія и исключительныя:										
Пульсація сосудовъ въ сводахъ влагалища опредѣлялась . . . . .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Кохлясь при боляхъ . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Истерическія явленія . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Dyspareunia . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Отекъ ногъ . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
Неукротимая рвота . . . . .	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—



Эта таблица позволяет до нѣкоторой степени составить себѣ понятіе о клинической картинѣ трубной беременности.

Обычное *сознаніе* совершившагося зачатія рѣдко является у больныхъ въ началѣ трубной беременности, такъ какъ обычные признаки зачатія являются приблизительно только въ 10% случаевъ съ перваго же мѣсяца беременности.

*Боли*, которыя у англійскихъ авторовъ носятъ названіе „colicky pain“, въ нашихъ случаяхъ имѣли характеръ:

коликъ. . . . .	3	раза
спазмъ. . . . .	2	„
схватокъ . . . . .	3	„
dysmenorrhoeae . . . .	1	„
перитонитическій . . .	2	„

Кромѣ того, боли 1 разъ являлись въ различныхъ мѣстахъ въ низу живота и 1 разъ обуславливались движеніями плода. На основаніи этихъ немногихъ данныхъ нельзя установить въ точности характеръ болей при трубной беременности, но, повидимому, причина ихъ лежитъ въ сокращеніяхъ мышцъ, заложенныхъ въ стѣнкахъ беременной трубы или въ самой маткѣ, такъ какъ сокращенія обоихъ этихъ органовъ констатированы объективно Fraenkel'емъ<sup>117</sup>, Kaltenbach'омъ<sup>191</sup> и другими. Иногда боли появляются уже въ теченіе первыхъ недѣль беременности, но чаще и рельефнѣе выражены на II и особенно на III мѣс. ея, затѣмъ, повидимому, ослабѣваютъ, если беременность идетъ дальше. Въ ряду объективныхъ явленій на первомъ планѣ стоитъ *прекращеніе регулъ* въ 67% случаевъ, какъ одинъ изъ самыхъ постоянныхъ признаковъ совершившагося зачатія, тогда какъ кровотеченія и неправильности регулъ наблюдаются при трубной беременности гораздо рѣже: на I мѣсяцѣ приблизительно въ 15% случаевъ, но чаще—на II и III мѣсяцахъ. Правильное же наступленіе регулъ при трубной беременности наблюдается въ теченіе первыхъ трехъ мѣсяцевъ только въ 2—7% случаевъ. Въ двухъ другихъ случаяхъ два мѣсяца отсутствовавшія регулы снова появились на III-мъ мѣсяцѣ беременности.



Увеличеніе матки чаще наблюдается на II и III мѣс., а смѣщеніе ея—въ болѣе рѣзкой формѣ на III-мъ мѣс. Чтобы судить о размѣрахъ этого увеличенія, мы приведемъ нѣсколько измѣреній: въ случаѣ Davidson'a <sup>23</sup> матка была въ 2 раза больше нормы въ случаѣ Мазинга <sup>430</sup> на IV-мъ мѣс. она соотвѣтствовала по величинѣ своей III-му мѣсяцу маточной беременности, въ случаѣ проф. Славянскаго <sup>439</sup> она соотвѣтствовала сроку беременности и была длиною 10 cm., въ случаѣ Wiedemann'a <sup>411</sup> соотвѣтствовала II-му мѣсяцу беременности, въ случаѣ Земацкаго и Котельникова <sup>417</sup> она была вдвое больше нормы, въ случаѣ Суворцева <sup>443</sup> длина ея была 11 cm., а въ случаѣ Wilson'a <sup>399</sup>—4 дюйма, въ случаѣ Hassler'a <sup>160</sup> на IV-мъ мѣсяцѣ —  $4\frac{1}{2}$  дюйма, въ сл. Hartigan'a <sup>155</sup> на II-мъ мѣс.—5 дюймовъ, въ случаяхъ Freund'a <sup>120</sup> g—h матка на II-мъ мѣсяцѣ равнялась 11 cm. длины, а въ другомъ случаѣ была въ два раза больше нормы, наконецъ въ случаѣ Fraenkel'я <sup>117</sup> матка соотвѣтствовала сроку беременности, причемъ въ этомъ случаѣ объективно наблюдались ея сокращенія на V-мъ мѣс. беременности. Смѣщенія матки были: боковое 10 разъ, впередъ 4 раза, назадъ 2 раза и вверхъ 2 раза. Неувеличенной матка оказалась только 1 разъ, въ сл. Macdonald'a <sup>235</sup>, и въ нормальномъ положеніи—тоже 1 разъ, въ сл. Wilson'a <sup>399</sup>, на III мѣсяца трубной беременности.

Decidua замѣчена одинъ разъ уже на первомъ мѣсяцѣ беременности; но гораздо чаще ея образованіе констатируется на второмъ и третьемъ мѣс. беременности, выдѣленіе же ея изъ матки по преимуществу наступаетъ на третьемъ мѣсяцѣ, что вполне соотвѣтствуетъ времени наступленія разрыва беременной трубы, который, какъ мы увидимъ, наступаетъ чаще всего на третьемъ мѣсяцѣ беременности.

Опухоль, зависящая отъ расширенія трубы развивающимся въ ней яйцомъ, въ 10% случаевъ можно опредѣлить уже на второмъ мѣсяцѣ, но чаще можно, при двойномъ гинекологическомъ изслѣдованіи, найти ее на 4-мъ мѣсяцѣ. Относительно величины опухоли я не могъ найти точныхъ цифръ,



для различныхъ мѣсяцевъ беременности. Консистенція, зыбленіе и чувствительность плоднаго мѣшка ничего характернаго не представляютъ. Баллотированіе плода въ этомъ мѣшкѣ считается нѣкоторыми авторами, какъ, напр., Gaillard Thomas и Bandl <sup>12</sup>, весьма цѣннымъ діагностическимъ признакомъ, но, повидимому, наблюдается довольно рѣдко: оно замѣчено на IV-мъ мѣс. въ сл. Groedel'я <sup>152</sup> и на VI-мъ мѣс. въ сл. Litzmann'a <sup>224</sup>. Сокращеніе стѣнокъ плоднаго мѣшка объективно опредѣлено Litzmann'омъ <sup>224с</sup> и Kaltenbach'омъ <sup>191</sup> на VI и VII мѣс. трубной беременности. *Положеніе* внѣматочнаго плоднаго мѣшка обыкновенно бываетъ не срединное, на что указываетъ также преобладаніе боковыхъ смѣщеній матки. Сравнительно-быстрый *ростъ* опухоли при трубной беременности, крайне важное для діагноза обстоятельство, наблюдается, повидимому, рѣдко. Въ теченіе второй половины беременности большое значеніе имѣютъ *признаки со стороны плода*, и чаще другихъ наблюдаются *движенія* его, которыя только одинъ разъ были болѣзненны для матери, начиная съ IV-го мѣс. беременности; гораздо рѣже удается выслушивать *сердцебиеніе* и ощупать части плода; въ интересномъ случаѣ Litzmann'a <sup>224с</sup>, кромѣ сердцебиенія, при выслушиваніи, движенія плода сопровождались звукомъ, частей же плода прощупать не удавалось.

Относительно наблюдающихся при беременности *измѣненій въ грудныхъ железахъ* я могу только подтвердить мнѣніе Hennig'a <sup>169</sup> о незначительности этихъ измѣненій при трубной беременности, такъ какъ въ моихъ случаяхъ гипертрофія грудныхъ железъ замѣчена только въ 4% случаевъ на II-мъ мѣс. беременности и въ 9% случаевъ на IV-мъ мѣс.; содержаніе же въ нихъ молозива отмѣчено только въ 6% случаевъ на III-мъ мѣс. беременности.

*Разстройства мочеиспусканія*, по преимуществу dysuria, наблюдаются въ 10% случаевъ со II по V-ый мѣс. беременности. Рѣже наблюдаются разстройства дефекаціи. Въ концѣ трубной беременности, обыкновенно въ срокъ, но иногда и



раньше, наступают ложные роды, и только 2 раза изъ 14 случаевъ ихъ не было вовсе.

*Перитонитъ* и обусловленное имъ *лихорадочное состояніе* наблюдаются рѣдко при этой формѣ беременности въ ранніе ея періоды, такъ какъ яйцо развивается здѣсь въ каналѣ трубы и потому меньше раздражаетъ брюшину, чѣмъ, напр., при брюшной (перитонеальной) беременности. Изъ нашей таблицы видно, что перитонитъ наблюдался на II и III мѣс. въ 5—8% случаевъ, а лихорадочное состояніе на III и IV мѣс. въ 8—10% случаевъ.

Кромѣ этихъ болѣе или менѣе обычныхъ явленій, наблюдались иногда еще: *пульсация сосудовъ* въ сводахъ влагалища на IV мѣсяцѣ въ случаѣ Ernst Fränkel'a, одинъ разъ наблюдался *коляпсъ при боляхъ* въ сл. Breisky, *истерическія явленія* и *Dyspareunia* на II-мъ мѣсяцѣ беременности въ сл. Daly. *Рвота*, наблюдающаяся въ началѣ беременности, принимала характеръ неукротимой рвоты на II-омъ мѣсяцѣ беременности четыре раза и одинъ на VI-омъ въ случаяхъ Kochmann'a, Denham'a, Fränkel'a, Агафонова и Litzmann'a; слѣдовательно, это явленіе наблюдается при внѣматочной (трубной) беременности не такъ рѣдко, какъ это думалъ проф. Горвицъ<sup>413</sup>, описавшій подобный же характерный случай внѣматочной беременности.

### Исходы трубной беременности.

Взгляды авторовъ на исходы трубной внѣматочной беременности значительно измѣнились со времени работы Нескер'a, принимавшаго почти 100% смертности для трубной беременности, вслѣдствіе почти неминуемаго, по его мнѣнію, ранняго разрыва трубнаго плоднаго мѣшка; въ настоящее время много высказывается голосовъ за гораздо меньшую опасность трубной беременности для жизни матери, такъ какъ, по изслѣдованіямъ Veit'a и др., разрывъ беременной трубы представляетъ картину haematocoele (приблизительно въ 25% всѣхъ случаевъ haematocoele) и оканчивается часто выздоровленіемъ.



# Таблица исходовъ собственно-трубной беременности.

## Случай ранняго періода.

Исходъ и срокъ беременности.	Операциѣ.	Результатъ.	Число случаевъ.	Авторы.
Разрывъ беременной трубы	—	смерть.	53	*)
" " "	Лапаротомія.	смерть.	1	Lawson Tait № 212 а **)
" " "	—	выздор.	14	***)
" " "	Лапаротомія.	"	11	Lawson Tait № 212, 214, 215. Westermarck № 392.
" мочевого пузыря на IV-мъ мѣс. беремен.	—	смерть.	1	Groedel № 152.
Трубная берем. II мѣс.	Пункція.	выздор.	1	Freund № 120 b.
Смерть зародыша на II мѣс.	Ранняя лапаротомія.	выздор.	2	Veit Howitz № 179, № 377 c.
Ранняя трубная беремен.	Леченіе электричествомъ.	выздор.	3	Rockwell № 322 c. Mundé № 266. Garrigues № 132.

\*) См. указатель литературы №№ 2, 13 а, 18, 36, 52, 46 а—b, 76, 77, 81, 83, 87, 101, 117, 116, 120 j, 149, 150, 151, 138, 158, 157, 165, 182, 219, 222, 230, 231, 234, 238, 257, 264, 273, 280, 286, 289, 280, 292, 325, 331, 351, 366, 377 а, 378 b, 385, 393, 400, 406, 417, 430, 433, 439, 443.

\*\*) Эти нумера около фамилий авторовъ относятся къ литературному указателю, помѣщенному въ концѣ этой работы.

\*\*\*) См. указатель литературы №№ 50, 120 а с f g, 126 t, 235, 262, 377 b 380, 427, 411 и два случая haemotosele, описанные въ этой диссертациі.



Случаи позднего периода.

№	Плодъ.	Первоначальный исходъ.	Послѣдовательный исходъ.	Операция.	Результатъ.	Авторы.
1	См. плода въ срокъ.	Разрывъ на III мѣс.	Gr. abd. sec. Нагноеніе въ мѣшкѣ. Сепсисъ.	—	См.	Hassler, № 160.
2	См. плода на VI мѣс.	Разрывъ на III мѣс.	Черезъ 2 1/2 года послѣ срока и двухъ послѣдовательныхъ беременностей. Elim. per rectum.	—	Вызд.	Kjōnik, № 195.
3	См. плода въ срокъ.	Разрывъ на III мѣс.	Gr. abd. sec. Lithoraedion 5 лѣтъ. Elimatio per vesicam. Сепсисъ.	Лапаротомія.	См.	Breisky, № 42.
4	—	Разрывъ на II мѣс.	Перетонитъ. Абсцессъ вскрылся per vaginam et rectum.	—	Вызд.	Freund, № 120 h.
5	Плодъ убитъ электричествомъ.	Разрывъ.	Gr. abd. sec. Lithoraedion.	Электричество.	Вызд.	Kochmann, № 199.
6	—	Разрывъ.	Gr. abd. sec. Неполная элиминація per rectum.	—	Вызд.	Alderson, № 3.
7	—	Разрывъ на V мѣс.	Gr. abd. sec. Lithoraedion.	—	Вызд.	Holz, № 177.
8	См. плода въ срокъ.	Разрывъ на II мѣс.	Gr. abd. sec. Распаденіе плода.	Лапаротомія.	Вызд.	Braithwaite, № 40b.
9	—	Разрывъ на III мѣс.	Gr. intraligamentaris.	Элиротомія.	См.	Kaltenbach, № 191.



№	П л о д ъ.	Первоначальный исходъ.	Послѣдовательный исходъ.	Операция.	Результатъ.	Авторы.
10	См. плода на VIII мѣс.	Разрывъ.	Gr. intraligamentaris.	Лапаротомія.	Вызд.	Lawson Tait. № 211.
11	См. плода на IX мѣс.	Разрывъ.	Gr. intraligam. Распаденіе мѣшка.	Лапаротомія.	См.	Nicolini. № 277.
12	—	Разрывъ на VI мѣс.	Gr. intraligament.	Лапаротомія.	Вызд.	Braithwaite. № 40 а.
13	—	Разрывъ на IV мѣс.	Gr. intraligament.	Лапаротомія.	Вызд.	Frommel. № 122.
14	См. плода на VII мѣс.	Разложеніе въ мѣшкѣ.	Elim. per uterum.	Лапаротомія.	Вызд.	Dönitz. № 95.
15	См. плода на IV мѣс.	Lithoraedion начи- нающійся.	Разложеніе въ мѣшкѣ черезъ 4 мѣс.	Лапаротомія.	Вызд.	Kn. Thornton. № 198.
16	См. плода на VII— VIII мѣс.	Lithoraedion.	—	Лапаротомія.	Вызд.	Litzmann. № 224 с.
17	См. плода въ срокъ.	Нагноеніе плоднаго мѣшка.	—	Лапаротомія.	Вызд.	Brendel. № 43.
18	См. плодъ на IX мѣс.	Lithoraedion начи- нающійся.	Разложеніе въ плодн. мѣшкѣ.	Лапаротомія.	Вызд.	Проф. Славинскій. № 440 а.
19	Плодъ живой.	—	—	Лапаротомія при жив. плодѣ.	См.	Vedeler und Nor- mann. № 375.



20	Плодъ мертвый почти доношенный.	—	Перитонитъ.	Punctio.	См.	Simpson. № 350.
21	—	—	Нагноеніе мѣшка и гнойный перитонитъ черезъ 2 года. Явления перитонита.	—	См.	Bang. № 13.
22	Плодъ живой почти IX-мѣсячный.	—	Перитонитъ. Нефритъ.	Лапаротомія при жив. плодѣ.	См.	Fränkel. № 117.
23	Плодъ живой доношенный.	—	Перитонитъ. Нефритъ.	Лапаротомія при жив. плодѣ.	См.	Litzmann. № 224 b.
24	Плодъ доношенный.	—	—	Лапаротомія.	См.	Лазаревичъ. № 425.
25	Смерть плода на VIII мѣс.	—	Гнилостное нагноеніе плода. мѣшка.	Лапаротомія.	Вызд.	Муратовъ. № 431.
26	Плодъ доношенный.	Послѣ срока беременности и ложныхъ родовъ перитонитъ и общее истощеніе. Нагноеніе мѣшка.	—	Лапаротомія.	Вызд.	Litzmann. № 224 c.
27	Плодъ доношенный.	Lithoraedion 14 лѣтъ.	Elimin. per rectum.	Rectoextractio.	См.	Orton. № 287.
28	Плодъ доношенный.	Lithoraedion 7 лѣтъ.	Послѣдовательная нормальная беременность.	—	См. отъ туберкулоза.	Rampin. № 312.
29	Плодъ доношенный, мертвый, хорошо сохранившійся.	Lithoraedion 56 лѣтъ.	—	—	См. отъ мааразма.	Sarrey. № 335.
30	Плодъ умеръ въ срокъ окончанія берем.	Lithoraedion 57 лѣтъ.	—	—	См. отъ мааразма.	Küchenmeister. № 201.
31	Смерть плода около V мѣс.	Разрывъ мочевого пузыря на VII мѣсяцѣ беременности.	—	—	См.	Litzmann. № 224 a.
32	Смерть плода около VIII мѣс.	Кровотеченіе въ плодный мѣшокъ на VIII мѣсяцѣ беременности. — Явления внутреннего кровотечения.	—	—	См.	Taylor. № 365.



Въ нашихъ 118 случаяхъ разрывъ трубы также составляетъ самый частый исходъ; онъ наступилъ въ теченіе первыхъ 4-хъ мѣсяцевъ 93 раза, но, кромѣ смертельнаго кровоизліянія въ брюшную полость, далъ цѣлый рядъ другихъ послѣдовательныхъ исходовъ и 34 раза окончился выздоровленіемъ. Кромѣ того, за послѣднее время доказано, что трубная беременность можетъ достигнуть болѣе позднихъ степеней развитія, и даже безъ разрыва плоднаго мѣшка, образованнаго трубою, плодъ можетъ быть доношеннымъ.

*Разрывъ беременной трубы.* Этотъ исходъ трубной беременности наступаетъ обыкновенно въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ и, кромѣ смерти матери отъ кровоизліянія въ брюшную полость, влечетъ за собою, особенно въ случаяхъ, окончившихся выздоровленіемъ, развитіе слѣдующихъ патологическихъ формъ: 1) haematocele, 2) haematoma subperitoneale (sive graviditatem interligamentarem), 3) вторичную брюшную беременность.

Разсмотримъ каждый изъ этихъ исходовъ отдѣльно. При раннемъ разрывѣ стѣнки беременной трубы обыкновенно внезапно получается обильное кровоизліяніе въ свободную брюшную полость, и больная погибаетъ, иногда очень быстро, при явленіяхъ острой анеміи или шока. Клиническая картина этого исхода вообще похожа на картину внутренняго кровотечения, и Barnes<sup>15</sup> предложилъ для нея названіе „abdominal collapse“.

Впрочемъ, картина этого смертельнаго разрыва бываетъ крайне разнообразна и не разъ давала поводъ къ діагностическимъ ошибкамъ: такъ, въ случаѣ Griswold'a<sup>151</sup> и Noegge-gath'a<sup>150</sup> разрывъ трубы начался явленіями похожими на приступъ холеры, или остраго токсическаго гастрита въ сл. Albi,<sup>2</sup> что дало поводъ заподозрить отравленіе точно такъ же, какъ это было еще въ случаяхъ Gray'a,<sup>149</sup> Wilson'a,<sup>400</sup> Суворцева<sup>443</sup> и Massabruni.<sup>238</sup>

Причиною наступленія ранняго разрыва считается чрезмерное растяженіе стѣнки трубы, которая не успѣваетъ гипертрофироваться сообразно быстрому росту плоднаго яйца;



но въ нѣкоторыхъ случаяхъ удается опредѣлить ближайшую причину разрыва: такъ, изъ нашихъ 93 случаевъ разрывъ произошелъ sub coitu 2 раза (Burton, <sup>52</sup> Lieven <sup>427</sup>), при дефекаціи 2 раза (Lowe <sup>230</sup>, Freund <sup>120a</sup>), одновременно съ наступившею рвотою 8 разъ (Wilson <sup>400</sup>, Noeggerath <sup>280</sup>, Суворцевъ <sup>443</sup>, Агафоновъ <sup>106</sup>, Denham <sup>87</sup>, Griswold <sup>151</sup>, Maccabruni <sup>238</sup>, Gray <sup>149</sup>). Вѣроятно это не было простое совпаденіе, хотя правда трудно рѣшить, которое изъ двухъ явленій—разрывъ или рвота—было причиною или послѣдствіемъ.

Послѣ зондированія матки произошелъ разрывъ трубнаго мѣшка въ случаѣ Fгаenkel'я и неоднократно—послѣ повторнаго энергическаго изслѣдованія

Наконецъ, такъ какъ разрывъ мѣшка 6 разъ сопровождался выдѣленіемъ deciduae, въ двухъ случаяхъ ясно выраженъ былъ характеръ схваточныхъ болей, то можно усматривать въ сокращеніяхъ матки также не маловажную причину разрыва беременной трубы, тѣмъ болѣе, что выдѣленіе deciduae и разрывъ трубы обыкновенно наступаютъ одновременно на III-мъ мѣс. беременности, и сокращенія матки констатированы объективно Fгаenkel'емъ при этой формѣ внѣматочной беременности. Что разрывъ трубы зависитъ иногда отъ сокращеній беременной трубы, а не отъ простаго ея растяженія,—указываетъ цѣлый рядъ наблюденій, въ которыхъ кровоизліяніе происходило въ полость мѣшка при преждевременномъ отдѣленіи яйца (напр. въ сл. Земацкаго <sup>417</sup>) или послѣда (случай Taylor'a <sup>365</sup> и другихъ), а главнымъ образомъ прямое наблюденіе сокращеній стѣнки беременной трубы въ случаяхъ Kaltenbach'a <sup>191</sup> и Litzmann'a <sup>224</sup>

Относительно времени наступленія разрыва мѣшка при трубной беременности давно установленъ фактъ, что онъ наступаетъ рано—въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ. Въ нашихъ случаяхъ онъ наступилъ:

на I мѣсяцѣ . . . . .	2 раза
на II „ . . . . .	28 разъ
на III „ . . . . .	42 раза
на IV „ . . . . .	9 разъ



на V „ . . . . . : . . . . 1 разъ.  
въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ . . . . . 11 „

Мы видимъ значительное преобладаніе разрыва на III и II мѣс., тогда какъ онъ можетъ наступить и на I-мъ мѣс. и рѣдко бываетъ послѣ четвертаго мѣсяца.

Разрывъ мѣшка 53 раза окончился произвольно смертью и 1 разъ послѣ произведенной лапаротоміи; въ остальныхъ случаяхъ наблюдались вышеупомянутые другіе исходы разрыва.

*Haematocoele.* Изъ числа нашихъ случаевъ ранняго разрыва этотъ исходъ получился 21 разъ, причемъ 7 разъ наступила смерть и 14 разъ выздоровленіе. Въ послѣднее число включены нижеописанные случаи вѣматочной беременности, наблюдавшіеся въ клиникѣ проф. Славянскаго.

1-ый случай. № 11 и 36 „Врачебнаго Журн.“ 1878 года. Въ акушерскую гинекологическую клинику доставлена, вечеромъ 9-го января 1878 г., больная Анисья С., крестьянка Смоленской губ., 30 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, живущая въ Петербургѣ полгода, служащая въ нянькахъ.—Первыя регулы у нея появились на 14-мъ году; вышла замужъ 11 лѣтъ тому назадъ; вдовѣтъ 3-й годъ; рожала три раза и имѣла одинъ выкидышъ; первые роды на 6-мъ году замужества, послѣдніе—4 года тому назадъ; живыхъ дѣтей имѣтъ двоихъ. Недѣль 5—6 тому назадъ были послѣдній разъ регулы, послѣ чего С. ничего особеннаго не ощущала, кромѣ потери аппетита, но считала себя беременною. Предъ новымъ годомъ, по выраженію больной, она „побѣсилась у знакомыхъ и тѣмъ повредила плоду“. Съ этихъ поръ начались рѣзы и колотье въ животѣ. Сначала онѣ были сносны, но затѣмъ постепенно усилились. За послѣдніе два дня больная ничего почти не ѣла; нѣсколько дней былъ запоръ. 9-го января (день поступленія въ клинику), въ 7 час. утра, у больной внезапно появились икота, тошнота, головокруженіе, непродолжительное (минуть 10) обморочное состояніе; послѣ наступили общая слабость и колотье въ бокахъ и въ низу живота. Послѣ полудня ей дали кастороваго масла, и ее прослабило три раза. Къ вечеру, послѣ послабленія, наступили сильныя схватки въ низу живота и боль поясицы и значительная болѣзненность при давленіи на нижнюю часть живота.

Status praesens. Блѣдность общихъ покрововъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ; кожа холодна; пульсъ еле ощутимъ. Больная въ сознаніи, стонетъ, мечется, на спинѣ почти не можетъ лежать, сгибаетъ ноги въ коленныхъ.  $t^{\circ}$  in recto 36,5—36,7. Дыханій 40. Въ легкихъ ничего патологическаго не найдено; тоны сердца слабы, но чисты. Животъ вялъ, почти не увеличенъ. Въ области всего кишечника тупой тонъ, не ясно переходящій иногда, при перемѣнѣ положенія больной, въ тимпанической. При гинекологическомъ



изслѣдованіи, которое, будучи крайне болѣзненно для больной, не могло быть произведено достаточно полно, нашли размягченную *portio vaginalis*, матку немного увеличенную, повидимому отклоненную назадъ; задній и правый своды представляютъ резистенцію. Такъ какъ больная цѣлый день не мочилась, то моча была выпущена катетеромъ, но оказалась въ небольшомъ количествѣ и мутною. Поставленъ клистиръ изъ воды съ прованскимъ масломъ; сфинктеры парализованы: вода почти вся тотчасъ же вытекла изъ *rectum*.

Въ 10 часовъ и 15 минутъ вечера больную прослабило. Въ 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> час. t° подъ мышкою 34,9. Пульсъ не ощущимъ. Дыханій 24 въ минуту. Назначено: T-га Moschi подъ кожу, согревающій компрессъ на животъ и грѣлка къ ногамъ.

10-го января, въ 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часовъ утра, больная чувствуетъ сильную боль въ области подреберій и въ желудочной области. Боль въ низу живота все-еще сильная. t°—36. Рвота. Тупой тонъ живота при перемѣнѣ положенія, ясно переходящій въ тимпаническій. Въ 9 часовъ утра t° 36,3. Днемъ немного спала. Мочи не вывелось катетеромъ ни капли, не смотря на то, что больная со вчерашняго дня не мочилась. Послѣ вина и двухъ порошковъ Pulv. Doveri по gr. iij сильная рвота. Дали одну каплю tinct. jodi на полрюмки воды, послѣ чего рвота унялась настолько, что за весь вечеръ одинъ разъ только рвало слизью. Въ 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часа вечера: t° 36,6; пульсъ ощущимъ, даетъ 104 удара въ минуту (дѣлались впрыскиванія Tinct. Moschi); общее состояніе больной къ вечеру лучше. Животъ вздутъ. Боли колющія неперіодическія ощущаются больною справа въ низу живота. Незначительное выдѣленіе крови изъ половыхъ органовъ; t° вечеромъ 38,1. Къ ночи больная сама мочилась. Не можетъ приводить правую ногу къ животу, а только слегка сгибаетъ ее въ колѣнѣ. Бреда нѣтъ.

11-го января. Ночью нѣсколько разъ рвало. Боль подъ ложечкой затрудняетъ дыханіе. На правой сторонѣ живота перкуторный тонъ тупѣе, нежели на лѣвой. T°=37,4, пульсъ 100. Больная спокойнѣе; блѣдность не такъ рѣзко выражена; лицо приняло блѣдно-красную окраску. Поворачиваться все-таки очень трудно для больной. Всего удобнѣе лежать на спинѣ. Даемъ рвало нѣсколько разъ. Рвота унялась послѣ приема одной капли t-гаe jodi съ водою. Не слабило. Кровотеченіе продолжается. Въ мочѣ много мочекислыхъ солей; бѣлка и сахару не оказалось. T° вечеромъ 37,9.

12-го января: Ночью больная спала немного. Рвота была рѣдко, но тошнота почти постоянная. Больная уже не стонетъ, не мечется, почти спокойна. Кровотеченіе прекратилось. За весь день ни разу не рвало, только тошнота усиливалась послѣ вина. Головная боль, ощущеніе озноба и жара. Боль въ спинѣ. Утромъ t° 37, вечеромъ t° 38,3.

13-го января: Ночью была сильная головная боль. Рвоты нѣтъ. Боль подъ ложечкой. Тошнота уменьшилась. При внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи нашли увеличенную матку въ *anteflexio* и болѣзненную, *partio vaginalis* разрыхлена. Въ правомъ и заднемъ сводахъ не ясно ощущается опухоль. Утромъ t° 37,7, пульсъ 92; веч. t° 38.

Съ 15 по 17 января t° колебалась между 37,3 и 38,3. Выдѣленіе мочи



задерживалось. Частые и крайне болезненные позывы на мочеиспускание. Дефекация также сопровождалась болью и тонезмами. Ночные поты.

18-го января:  $t^{\circ}$  37,3—37,5. Бессонница. Головная боль. Ночью потела, днем знобило; чувство жара. Боли в спине и тянущие резкие боли в низу живота справа. Назначены: согревающий компресс на живот. Внутрь—*Natr. salicylicum*.

19-го января:  $t^{\circ}$  37—37,5. Мочиться не может произвольно по причине сильной боли. В правом своде *vaginae* ясно прощупывается болезненная опухоль. Матка увеличена, плотна. Головная боль усилилась к вечеру. Пульс хороший. Кровотечения нет, но появились боли.

20-го января:  $t^{\circ}$  36,9—37,8. Боль при испражнении исчезла. Голова не болит. Больная пробовала немного ходить по комнате, но боли в правой подвздошной области усилились и она значительно ослабла.

21-го января:  $t^{\circ}$  37 — 37,1. Метеоризм. Боль при мочеиспускании. Бели.

22-го января:  $t^{\circ}$  37,4—38. Больная плохо спит, бредила ночью. Живот сильно вздут. Боль в низу живота и при мочеиспускании усилилась. Бели.

23-го января:  $t^{\circ}$  37—37,9. Явления те же, но общее состояние больной лучше. Плохой сон и бред ночью. Слабит правильно. Мочи мало, выпускается катетром, не содержит белка. Иногда больная ощущает биение сердца.

24-го января:  $t^{\circ}$  36,9—38,3. Пульс 76, дыхание 20. Громкий бред ночью. Пальпитации сердца не было. Мочится легче. Боли справа в низу живота рвущие. Появилось кровотечение из половых органов и болезненность в *introitus vaginae*.

25-го января: При гинекологическом исследовании из *цервикального канала удалены два куса deciduae verae*, что впоследствии констатировано микроскопическим исследованием. Боли в низу живота справа сильные. Общее состояние без перемен.  $t^{\circ}$  37,4—38,1.

26-го января. Со вчерашнего дня ощущение жара, мочеиспускание значительно легче. Боли поясницы и в *introitus vaginae*. В живот теперь прощупывается справа и на 2 поперечных пальца над симфизом опухоль величиною с небольшой кулак. Перкуторный тон справа в низу живота тупее, чем слева. Крови выделяется *ex sexualibus* мало. После вагинального спринцевания вышли слизистые хлопья из *portio vaginalis*. Больная вовсе не спала ночью; бреда уже несколько ночей не было.  $t^{\circ}$  37,7—38,5. Пульс 88—100. Дыхание 20.

27-го января: Самочувствие больной лучше. Немного спала ночью и бредила громко. Схваточные боли поясницы и живота. Кровотечение незначительное.  $t^{\circ}$  37,4—37,9. Пульс 80. Дыхание 20.

С 28 января по 12 февраля: Состояние больной постепенно улучшалось. Температура только по вечерам раза два была 38,3. Кровотечение незначительное. Боли живота также уменьшились.

С 13 по 18-е февраля. При усилившихся болях живота выделялась еще незначительной величины частица *deciduae*. 17-го февраля констатировано увеличение опухоли правой стороны подчревной области, и маточ-



ное кровотечение усилилось. Температура по вечерамъ стала выше—иногда доходила до 39,2.

Съ 19 по 26 февраля. Состояніе больной снова улучшилось.  $t^0$  стала нормальной. Боли живота то усиливались, то ослабѣвали, но, въ общемъ, значительно менѣе беспокоили больную. Опухоль чувствительна при давлении. Кровотечение прекратилось. Больная встаетъ съ постели и ходитъ 27-го февраля.

1-го марта. Снова усиленіе болей живота и, кромѣ того, чувствительность опухоли значительная, даже при легкомъ дотрогиваніи. Лихорадочнаго состоянія нѣтъ. Мочениспусканіе болѣзненно. Снова появилось кровянистое истеченіе изъ половыхъ органовъ. Въ слѣдующіе дни кровотечение значительно усилилось, но, не смотря на это, больная выписалась на-время изъ клиники.

10-го марта, по причинѣ ухудшившагося состоянія здоровья и значительной слабости, вслѣдствіе продолжающаго кровотечения, снова легла въ клинику. Констатировано, при изслѣдованіи, увеличеніе опухоли правой подчревной области, которая была очень болѣзненна и бугриста. При надлежащемъ уходѣ, въ теченіе почти двухъ мѣсяцевъ, постепенно больная окончательно поправилась, и ко 2-му мая 1878 г. опухоль живота почти совершенно исчезла.

2-ой случай, № 615 „Врачебн. Журн.“ 1883 года. Парасковья М., 23 лѣтъ, еврейка, мѣщанка г. Ковно. Поступила въ клинику 16-го декабря 1883 года. Первые регулы у больной появились на 15-мъ году и затѣмъ являлись правильно черезъ 4-хъ-недѣльные промежутки, безъ болей; продолжались 3—4 дня. Замужъ вышла 15-ти лѣтъ и черезъ 9 мѣсяцевъ родила благополучно, встала на 6-й день и послѣ родовъ была 4½ года здорова. По разсказу больной, 2½ года тому назадъ она снова забеременѣла, регулы прекратились, появились тошнота, рвота, но все-таки же три мѣсяца она чувствовала себя сносно. На четвертомъ мѣсяцѣ появились схваточныя боли въ низу живота, въ поясницѣ и въ лѣвомъ бедрѣ, и скоро больная сама замѣтила опухоль въ правой паховой области. Черезъ 2 недѣли появилось кровотечение, которое, сначала не сильное, потомъ усилилось, причемъ кровь шла сгустками. Это кровотечение продолжалось 6—7 дней, потомъ прекратилось, и опухоль живота стала уменьшаться постепенно въ объемѣ, такъ что мѣсяца черезъ два больная совершенно поправилась. Три мѣсяца тому назадъ регулы снова прекратились, у больной появлялась по утрамъ тошнота и рвота, но болей въ животѣ не было. Пять недѣль тому назадъ больная почувствовала боли (походящія на схватки) въ низу живота, поясницѣ и правомъ бедрѣ и чувство напиранія внизъ. Схватки сначала были не болѣе одного раза въ день, но продолжались очень долго,—часа по два—по три. Недѣли три тому назадъ больная замѣтила опухоль въ лѣвомъ паху, чрезвычайно болѣзненную; схваточныя же боли въ это время уменьшились.

Status praesens. Больная малаго роста и средняго тѣлосложенія;  $t^0$  38,5. Пульсъ 90. Дых. 20. При осмотрѣ, правая половина живота кажется нѣсколько выдающеюся, и на этомъ мѣстѣ прощупывается опухоль, лежащая



съ одной стороны нѣсколько выше *spinae ilei ant. sup.*, а съ другой стороны пальца на два недоходящая до средней линіи живота.

Опухоль эта чрезвычайно болѣзненна, и вся правая наружная часть живота также болѣзненна, но меньше. Весь животъ представляется умеренно вздутымъ. Наружные половые органы безъ измѣненій. *Portio vaginalis* разрыхлена, наружный зѣвъ приоткрытъ, матка увеличена въ *anteflexio*, болѣзненна и трудно контурируется. Задній сводъ занятъ опухолью, имѣющею форму отрѣзка шара, довольно плотною, бугристою, мѣстами эластическою и мѣстами очень болѣзненною. Опухоль эта распространяется также и на правый сводъ и составляетъ одно цѣлое съ опухолью, прощупываемую въ правой подчревной области снаружи. Изъ цервикальнаго канала выдѣляется слизисто-кровянистая масса бурого цвѣта, которая при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась состоящею изъ массы распада измѣненныхъ красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и изъ *иныхъ группъ децидуальныхъ клетокъ*.

Теченіе болѣзни: 17-го декабря  $t^{\circ}$  37,6—37,7. Пульсъ 80. Дыханіе 20. Потугообразныя боли, дліящаяся больше получаса. Выдѣленія нѣтъ никакого. Назначены: влагаліщныя спринцеванія съ карболовою кислотою, клизма, согрѣвающий компрессъ на животъ. *Extr. bellad. in suppositoriis*.

18-го декабря:  $t^{\circ}$  37,2. Пульсъ 72. Дыханіе 20. Одинъ разъ днемъ была рвота. Небольшое кровотеченіе.

19-го декабря:  $t^{\circ}$  37,9—37,6. Пульсъ 84—90. Дыханіе 20. Утромъ рвота.

20-го декабря:  $t^{\circ}$  37,9. Пульсъ 80. Дыханіе 20. Слабило нѣсколько разъ. Опухоль задняго свода мягче. Движенія опухоли передаются на *portio vaginalis*.

21-го декабря:  $t^{\circ}$  37,6—37,3 пульсъ 90. Вздутіе живота меньше. Опухоль ясно прощупывается; кверху она суживается, достигаетъ до уровня пупка и здѣсь удалена отъ *linea alba* на три поперечныхъ пальца, внизу же подходить совершенно къ средней линіи живота. Назначены души въ 28°.

Съ 22-го по 25-е декабря  $t^{\circ}$  была нормальна. Поносъ. Боли уменьшались.

26-го декабря:  $t^{\circ}$  36,8 — 37,5. Пульсъ 80. Дыханіе 24. Опухоль меньше чувствительна. *Portio vaginalis* обращена взадъ, разрыхлена. Тѣло матки опредѣляется въ переднемъ сводѣ. Опухоль задняго свода уменьшилась и несомнѣнно переходитъ въ прощупываемый чрезъ брюшныя стѣнки бугристый туморъ. Поносъ прекратился.

Съ 27-го декабря 1883 по 4-е января 1884 года состояніе больной безъ существенныхъ перемѣнъ; температура только вечеромъ достигала нѣсколько разъ 38°.

4-го января появилось кровотеченіе изъ матки. Животъ немного вздулся. Температура нормальна. Пульсъ 73. Задній сводъ свободнѣе, тѣло матки лучше контурируется, правый сводъ болѣзненъ.

Съ 5-го по 13-ое января кровотеченіе въ незначительной степени продолжалось. Опухоль праваго свода эластичнѣе;  $t^{\circ}$  37,5—8.

14-го и 15-го января: поносъ;  $t^{\circ}$  нормальна.

Съ 16-го по 25-ое января поносъ прекратился;  $t^{\circ}$  37,3—37,8. Головные боли. Кровотеченія и боли живота не было.

26-го января:  $t^{\circ}$  38,1—37,8. Снова боли въ поясницѣ и въ низу живота.



Опухоль праваго свода мѣстами плотна, мѣстами эластической консистенціи, но вообще менѣе эластична, чѣмъ прежде; задній сводъ значительно свободнѣе. Это ухудшеніе здоровья больной быстро уступило спокойному лежанію въ постели. Лихорадочнаго состоянія уже въ первыхъ числахъ февраля не было.

6-го февраля: Опухоль живота уменьшилась до размѣровъ апельсина. При наружномъ изслѣдованіи она представлялась плотною, бугристою, ощупывается черезъ правый и отчасти задній своды; она мѣстами была менѣе плотна и мѣстами эластична. Матка ясно контурировалась и опредѣлялась совершенно отдѣльно отъ опухоли, оттѣсненною влѣво.

Больная выписалась, при хорошемъ общемъ состояніи здоровья, 12-го февраля.

Приведенные случаи интересны, главнымъ образомъ, по своему счастливому исходу и весьма характерны для разбираемаго нами исхода трубной беременности съ образованіемъ *haematocoele retrouterina*. Диагнозъ этихъ случаевъ не можетъ подлежать сомнѣнію, такъ какъ здѣсь, кромѣ признаковъ беременности, имѣлся на лицо самый убѣдительный, по Veit'у<sup>377</sup>, диагностическій фактъ, а именно микроскопическимъ изслѣдованіемъ констатировано выдѣленіе частей *deciduae verae* изъ матки.

Первый случай замѣчателенъ по своему медленному теченію и повторностью перитоническихъ явленій, что также, по изслѣдованіямъ Doran'a<sup>96</sup>, Dumontpallier<sup>400</sup> и др., особенно характерно для *haematocoele ex gravid. extrauterina*.

Второй случай интересенъ еще по своему анамнезу, въ которомъ, повидимому, имѣлись указанія на двукратное развитіе вѣматочной беременности у одной и той же больной. Хотя, правда, трудно полагаться вполне на рассказъ больной, но подобное явленіе нельзя считать невѣроятнымъ, такъ какъ у Campbell'a и Parry<sup>394</sup> (р. 144) мы встрѣчаемъ цѣлый рядъ случаевъ повторнаго развитія вѣматочной беременности. Ruess<sup>309</sup> полагаетъ, что повторная беременность встрѣчается почти одинаково часто, какъ нормальная беременность двойнями.

**Haematoma.** Этотъ третій исходъ разрыва трубы можетъ произойти, если беременная труба разорвется именно на томъ мѣстѣ своей периферіи, которое соотвѣтствуетъ мѣсту перехода на нее обоихъ листовъ *ligam. lat.* Тогда, по мнѣнію Lawson Tait'a,<sup>13</sup> Fränkel'a,<sup>118</sup> Veit'a<sup>377</sup> и другихъ, можетъ произойти кровоизліяніе въ интерлигаментарную клѣтчатку, и если развивавшееся яйцо при этомъ не повреждается \*), то беременность даже можетъ продолжать свое развитіе и полу-

---

\*) Въ случаяхъ Hun'a,<sup>182</sup> Masing'a,<sup>430</sup> Skinner'a<sup>351</sup> и двухъ случаевъ Lowe<sup>230—231</sup>, не смотря на разрывъ стѣнки трубы, констатирована на вскрытіи цѣлость плодныхъ оболочекъ.



чится внѣбрюшная внѣматочная беременность, какъ одинъ изъ исходовъ трубной беременности. Это интересное явленіе доказано патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ Schuchardt'a<sup>315</sup>, описавшаго препаратъ, добытый въ случаѣ трубной беременности Ernst Fränkel'я. Изъ числа собранныхъ мною 118 случаевъ трубной беременности подобный исходъ наблюдался 7 разъ, причемъ 3 раза (въ случаяхъ Kaltenbach'a,<sup>191</sup> Lawson Tait'a,<sup>211</sup> Nicolini<sup>277</sup>) плодъ продолжалъ развиваться, помѣщаясь уже между листками широкой связки, 2 раза (въ случаяхъ Frommel'я,<sup>122</sup> Braithwaite) произведена вскорѣ лапаротомія и 2 раза (въ сл. Eugen Fränkel'я<sup>116</sup> и Ernst Fränkel'я<sup>118</sup>) этотъ исходъ закончился смертельно, вслѣдствіе кровотечения. Такъ какъ изъ этихъ 7 случаевъ 5 подверглись оперативному леченію, то судить объ опасности этого исхода при естественномъ его теченіи трудно. Изъ этихъ семи случаевъ 2 окончились смертью безъ операціи, 2 послѣ операціи смертью и 3 послѣ операціи выздоровленіемъ.

*Вторичная брюшная беременность* тоже является иногда исходомъ разрыва трубы. Если мать переживаетъ послѣдствія кровотечения, и при разрывѣ трубы не нарушается цѣлость послѣда и связь плода съ нимъ, то плодъ можетъ продолжать свое развитіе въ брюшной полости, какъ это было въ случаяхъ Hassler'a,<sup>160</sup> Kjonik'a,<sup>195</sup> Breisky,<sup>5</sup> Kochmann'a,<sup>199</sup> Holz'a<sup>177</sup> и Braithwaite<sup>40b</sup>; въ случаяхъ Freund'a и Albersson'a<sup>3</sup> плодъ, очевидно, не пережилъ разрыва. При дальнѣйшемъ своемъ теченіи, вторичная брюшная беременность похожа на первичную, и при ней наблюдаются тѣ же исходы. Изъ нашихъ 8 случаевъ 6 случ. окончились выздоровленіемъ и 2 смертью: въ 4 случаяхъ путемъ элиминаціи плода, 2 разнагноеніемъ плода безъ прободенія сосѣднихъ органовъ, и 2 раза наблюдалось образованіе Lithopaedion'a. Безъ оперативнаго вмѣшательства изъ 5 случаевъ 4 окончились выздоровленіемъ и 1 смертью.

Хотя въ ряду исходовъ трубной беременности разрывъ плоднаго мѣшка занимаетъ, несомнѣнно, первое по частотѣ мѣсто и, какъ мы видѣли изъ нашихъ 118 случаевъ, громад-



ное большинство (93 случая) окончилось, если можно такъ выразиться, первоначально или окончательно разрывомъ, но все-таки теперь уже извѣстно въ наукѣ, что при трубной беременности и помимо разрыва наблюдаются слѣдующіе исходы:

1) *Ранняя смерть плода и обратное развитіе яйца*, Veit\*) считаетъ этотъ исходъ единственнымъ вполне благопріятнымъ для матери, но, повидимому, онъ наблюдается рѣдко и не совсѣмъ благопріятенъ. Самому Veit'у пришлось произвести лапаротомію, въ виду ухудшившагося состоянія здоровья больной въ подобномъ случаѣ. Кромѣ того, въ случаѣ Howitz'a, не смотря на смерть 3—4-недѣльнаго плода, страданія больной не прекратились и черезъ три мѣсяца произведена лапаротомія; въ случаѣ же Duncan'a ранняя смерть плода не помѣшала наступленію разрыва плоднаго мѣшка. Въ виду этихъ фактовъ едва ли можно согласиться вполне съ вышеприведеннымъ оптимистическимъ взглядомъ Veit'a на этотъ исходъ.

2) *Трубная беременность безъ разрыва* можетъ развиваться до періода жизнеспособности и даже полной зрѣлости плода, т. е. она *можетъ быть доношенная*. Затѣмъ, послѣ смерти плода, могутъ наступить всѣ тѣ окончательные исходы, которые прежде считались возможными только для брюшной и яичниковой формы внѣматочной беременности. Изъ нашихъ 118 случаевъ мы имѣемъ 17 случаевъ этого рода, давшихъ въ результатѣ:

Нагноеніе плоднаго мѣшка и перитонитъ

еще при жизни плода . . . . . 9 разъ

Перитонитъ еще при жизни плода. . . . . 3 раза

Lithopaedion . . . . . 4 „

Элиминацію per rectum . . . . . 1 разъ

Эти — правда, небольшія — цифры имѣютъ весьма большое значеніе для характеристики разницы исходовъ доношенной

\*) Veit. Die Eileiterschwangerschaft 1884, pag. 27.



трубной беременности и другихъ формъ внѣматочной беременности, особенно брюшной. Здѣсь обращаютъ на себя вниманіе: 1) сравнительно рѣдкое наступленіе элиминаціи; 2) довольно частое развитіе перитонита и нагноенія безъ прободенія стѣнокъ плоднаго мѣшка; 3) сравнительно частое развитіе литопедіоновъ (въ 23,5 % случаевъ), причемъ нужно обратить особенное вниманіе на то обстоятельство, что въ числѣ 4 упомянутыхъ окаменѣлыхъ плодовъ находятся самые экзвизитные случаи этого рода, а именно случаи Küchenmeister'a <sup>201</sup> и Sappey'я <sup>335</sup>, гдѣ плодъ безвредно оставался въ животѣ матери 56 — 57 лѣтъ. При брюшной беременности мы увидимъ совершенно противоположныя явленія: какъ самый частый исходъ, элиминацію плода и почти полное отсутствіе убѣдительныхъ случаевъ истинныхъ окаменѣлыхъ плодовъ.

Мнѣ кажется, что объясненіе этой рѣзкой разницы исходовъ названныхъ мною двухъ формъ внѣматочной беременности можно искать въ свойствахъ плоднаго мѣшка, такъ какъ мышечный мѣшокъ при трубной беременности можетъ болѣе противостоятъ процессамъ нагноенія и прободенія своихъ стѣнокъ, чѣмъ соединительно-тканное, часто не имѣющее даже собственныхъ стѣнокъ, вмѣстилище плода при брюшной беременности.

Изъ вышеизложеннаго относительно исходовъ собственно трубной беременности слѣдуетъ, что въ большинствѣ случаевъ наблюдается ранній разрывъ трубнаго плоднаго мѣшка (93 раза въ 118 случаяхъ), результатомъ чего бываетъ чаще всего (54 раза) смертельное внутреннее кровотеченіе или haematocoele (21 разъ), или вторичная беременность (8 разъ), или же haematoma и иногда подбрюшинная внѣматочная беременность (7 разъ). Гораздо рѣже (32 раза) трубная беременность достигаетъ болѣе позднихъ періодовъ своего развитія, иногда бываетъ даже вполне доношенной и затѣмъ, послѣ смерти плода, оканчивается нагноеніемъ плоднаго мѣшка, перитонитомъ или образованіемъ истиннаго литопедіона и гораздо рѣже элиминаціей плода. Повидимому, очень рѣдко трубная



беременность можетъ окончиться раннею смертию плода и произвольнымъ запусѣніемъ яйца (Fruchttod по Veit'y).

Кромѣ того, какъ исключительно рѣдкій исходъ, наблюдался въ числѣ нашихъ 118 случаевъ трубной беременности разрывъ мочевого пузыря на IV-мъ мѣсяцѣ беременности въ случаѣ Groedel'я и на VII мѣсяцѣ въ случаѣ Litzmann'a. Одинъ разъ (въ случаѣ Taylor'a) смерть больной обусловлена была кровотеченіемъ въ неповрежденный плодный мѣшокъ на VIII мѣсяцѣ беременности,—вѣроятно вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія послѣда.

### **Смертность при собственно-трубной беременности.**

Смертность при трубной беременности можетъ быть правильно опредѣлена только на основаніи нелеченныхъ случаевъ. Изъ нашихъ 118 случаевъ было 79 случаевъ, давшихъ безъ всякаго оперативнаго леченія 58 смертей \*), что равняется съ лишкомъ 73% смертности, тогда какъ изъ 39 оперированныхъ больныхъ умерло 10, что составляетъ около 24% смертности. Изъ этого можно, повидимому, заключить, что оперативное леченіе этой формы внѣматочной беременности значительно понижаетъ смертность собственно-трубной беременности.

### **Трубно-маточная беременность.**

Graviditas tubo-uterina.

Эта форма трубной беременности описывалась прежде подъ различными названіями, которыя только отчасти могутъ считаться синонимами, какъ-то: gr. interstitialis, gr. in sub-

---

\*) Въ это число не включены три случая автопедіона, гдѣ смерть не находилась въ зависимости отъ внѣматочной беременности (Rampin, Sappey, Küchenmeister'a).



stantia uteri, gr. muralis s. intramuralis, intercanalicularis (Küchenmeister).

На самомъ дѣлѣ всѣ эти названія обозначаютъ различныя патологическія формы беременности, которыя до сихъ поръ еще смѣшиваются съ трубно-маточною беременностью, не будучи иногда даже вовсе внѣматочною беременностью.

Въ эту группу относили случаи развитія яйца въ нормальныхъ боковыхъ вѣтвяхъ и дивертикулахъ фаллопиевой трубы (сл. Baudelocque \*) и матки, случаи неполнаго разрыва стѣнки матки съ послѣдовательнымъ развитіемъ яйца въ грыжевомъ мѣшкѣ изъ покрывающей матку брюшины (Goodell<sup>143</sup>, Steele<sup>360</sup>), и со времени Breschet'a для объясненія этихъ различныхъ случаевъ gr. in uteri substantia прибѣгали къ различнымъ гипотезамъ, думали, что яйцо развивается въ дивертикулѣ маточной стѣнки (Breschet и Meyer), или на мѣстѣ изъязвленія слизистой оболочки (Hodge \*\*), и даже недавно Küchenmeister высказывалъ мысль, что „зародышъ можетъ, на подобіе echinococcus multilocularis, прокладывать себѣ искусственные пути въ паренхимѣ матки“. Parry говорить, что „работа Breschet'a объ интерстиціальной беременности только задержала развитіе науки, и литература занимающаго насъ вопроса ничего бы не потеряла, если-бы Breschet не написалъ вовсе своей статьи, и, вѣроятно, давно бы случаи интерстиціальной беременности получили надлежащее названіе трубно-маточной беременности“ (Parry <sup>294</sup>, pag. 37). На самомъ-же дѣлѣ, благодаря работѣ Breschet'a, выяснено много интересныхъ и сложныхъ фактовъ изъ патологіи беременности.

Въ настоящее время доказано изслѣдованіями Doran'a \*\*\*), и др., что graviditas interstitialis въ большинствѣ случаевъ представляетъ беременность, развившуюся въ той части ка-

\*) См. Hennig <sup>169</sup>, pag. 411.

\*\*) См. Parry <sup>294</sup>, pag. 36.

\*\*\*) Allan Doran. Interstitial or tubo-uterine gestation. Transact. Obst. Soc. London. 1882. Vol. XXIV, pag. 227.



нала трубы, которая проходит въ стѣнкѣ матки, и что эту форму легко смѣшать съ беременностью рудиментарнаго рога матки \*).

Barnes <sup>15</sup> различаетъ два вида интерстиціальной беременности: 1) *grav. tubo-uterina*, если яйцо растеть въ сторону полости матки и *orif. tubae int.* расширяется, и 2) *grav. tubo-interstitialis*, гдѣ яйцо при ростѣ своемъ направляется вдоль трубнаго канала кнаружи и *orif. tubae int.* совершенно закрывается. Это подраздѣленіе важно помнить при объясненіи возможности наступленія родовъ *per vias naturales* въ цѣломъ рядѣ случаевъ трубно-маточной беременности.

Изъ 22 собранныхъ мною случаевъ трубно-маточной беременности 15 разъ обозначенъ возрастъ больныхъ, причемъ оказывается, что въ возрастѣ отъ 26 до 29 лѣтъ было 7 женщинъ, въ возрастѣ отъ 30 до 37 лѣтъ было 8 женщинъ. Первый разъ беременныхъ было изъ 13 случаевъ, въ которыхъ имѣются необходимыя свѣдѣнія, только 2 (Burney, Maschka) и 11 повторнобеременныхъ. Эти послѣдніе случаи распредѣлялись такъ:

во 2-й разъ	беременныхъ	было	4
въ 3-й	"	"	3
" 4-й	"	"	1
" 5-й	"	"	1
" 6-й	"	"	1
" 8-й	"	"	1
Всего . . . .			11

Изъ числа повторно-беременныхъ имѣли выкидыши 5 женщинъ:

безъ родовъ	1	выкидышъ	1 разъ
послѣ 1 родовъ	1	"	1 "
" 3 "	1	"	1 "
" 1 "	4	выкидыша	1 "
" 3 "	4	"	1 "

\*) Schröder въ послѣднемъ изданіи своего учебника акушерства (1884 г.) указываетъ на анатомическія различія этихъ двухъ видовъ ненормальной беременности.



Кромѣ того только въ пяти случаяхъ имѣлись еще слѣдующія ненормальности здоровья:

Большіе промежутки между 3 родами и 8-лѣтнее бесплодіе передъ вѣматачною беремен- ностью . . . . .	1
Чахотка . . . . .	1
14 лѣтъ бесплодія, продолжительное воспаленіе матки и кишекъ . . . . .	1
3 года бесплодія . . . . .	1
1 трудные роды . . . . .	1

Симптомы трубно-маточной беременности представлены мною въ видѣ прилагаемой здѣсь таблицы, на основаніи которой мы можемъ составить себѣ нѣкоторое представленіе объ особенностяхъ теченія этой формы беременности.

Таблица симптомовъ трубно-маточной беременности по мѣсяцамъ.

М ѣ с я ц ы.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Число наблюденій для каж- даго мѣсяца.	11	13	14	10	6	4	3	3	2	5
<b>I. Общія и субъективныя яв- ленія трубно-маточной бере- менности:</b>										
Странныя ощущенія . . . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Сознаніе беременности . . . .	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Обычныя признаки беремен- ности (тошнота рвота, и т. д.)	3	2	2	1	—	—	—	—	—	—
Боли . . . . .	2	1	3	—	1	—	—	—	—	—
Отсутствіе признаковъ бере- менности . . . . .	3	3	1	1	—	—	—	—	—	—
<b>II. Объективныя явленія. Перитонитъ.</b>										
<i>а) Выдѣленія изъ матки.</i>										
Прекращеніе регулъ . . . . .	10	9	6	4	1	2	2	2	1	—



М Ѣ С Я Ц Ы.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Число наблюдений для каждаго мѣсяца.	11	13	14	10	6	4	3	3	2	5
Кровотеченіе. . . . .	2	3	5	3	—	—	—	—	—	1
Регулы продолжаются. . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>b) Состояніе матки:</i>										
Увеличеніе матки. . . . .	—	1	6	4	1	—	—	—	—	1
Смѣщеніе матки. . . . .	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
Сокращенія матки. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Матка не увеличена. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Матка не смѣщена. . . . .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Decidua найдена въ маткѣ. .	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—
Decidua выдѣлилась изъ матки.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Decidua не найдена въ маткѣ.	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>c) Опухоль (Плодный мѣшокъ):</i>										
Опредѣлялась при изслѣдованіи. . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Величина опухоли. . . . .	—	—	1	4	1	—	—	1	—	—
Положеніе опухоли. . . . .	—	—	1	4	—	—	—	1	—	—
Чувствительность опухоли. .	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Decidua найдена въ плодномъ мѣшкѣ. . . . .	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Уменьшеніе опухоли замѣчено.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
<i>d) Измѣненія грудныхъ железъ.</i>										
Молоко въ груд. железахъ. .	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
<i>e) Явленія со стороны плода.</i>										
Жизнь плода констатирована.	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—
Движенія плода. . . . .	—	—	—	—	3	2	3	—	—	—
Плодъ родился живымъ. . . .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Плодъ рожденъ мертвымъ. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Плодъ умеръ. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
<i>f) Дѣйствительные роды.</i>										
Отхожденіе водъ. . . . .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
<i>g) Ложные роды.</i>										
Ложные роды. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
<i>h) Симптомы исключительныя и рѣдкіе:</i>										
Непрерывная рвота. . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—



Субъективное сознание совершившагося зачатія и обычные признаки беременности наблюдаются въ этой формѣ беременности съ перваго мѣсяца больше чѣмъ въ половинѣ случаевъ,—повидимому, чаще, чѣмъ при собственно-трубной беременности. Боли въ первые три мѣсяца ощущаются въ 8-ми или 21-мъ<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаевъ. Перитоническихъ явленій вовсе не наблюдалось.

Объективнымъ признакомъ бываетъ почти постоянно прекращеніе регулъ, при сравнительно рѣдкомъ кровотеченіи ex sexualibus (18<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); но это послѣднее явленіе учащается довольно рѣзко въ послѣдующіе мѣсяцы беременности и на III мѣс. уже наблюдалось въ 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаевъ. Матка увеличена нерѣдко, и увеличеніе это замѣчается на III-мъ мѣсяцѣ беременности.

Вопреки мнѣнію Küchenmeister'a<sup>201</sup>, полагающаго, что при интерстиціальной беременности не образуется маточной *diciduae*, я въ своихъ случаяхъ нашелъ, что присутствіе ея констатировано 4 раза въ маткѣ и, кромѣ того, выдѣленіе ея отмѣчено 2 раза.

Измѣненіе грудныхъ железъ, повидимому, рѣдко встрѣчается при этой формѣ беременности.

Опухоль плоднаго мѣшка представляетъ характерную особенность, выражающуюся тѣсною связью съ однимъ изъ угловъ матки, и опредѣлялось объективно по преимуществу на IV-мъ мѣсяцѣ.

Если беременность эта не оканчивается раннимъ разрывомъ плоднаго мѣшка, то съ V-го мѣсяца появляются признаки жизни плода.

Обыкновенно (40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случ.) на IV-мъ мѣс., иногда же позже и рѣдко на X-мъ мѣсяцѣ беременность эта заканчивается не ложными, а действительными родами, и только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ форму маточно-трубную, наблюдаются ложные роды.



Таблица исходовъ трубно-маточной беременности.

№	Плодъ.	Исходъ.	Операция.	Смерть или выздоровление.	Авторы.
1	—	Разрывъ мѣшка на II мѣс.	—	См.	Macdonald 235.
2	—	Разрывъ мѣшка на II мѣс.	Лапаротомія.	»	Briddon 44.
3	—	Разрывъ мѣшка на III мѣс.	—	»	Habgood 153.
4	—	Разрывъ мѣшка на III мѣс.	—	»	Roberts 321.
5	—	Разрывъ мѣшка на III мѣс.	—	»	Rathgeb 314.
6	—	Разрывъ мѣшка на III мѣс.	—	»	Fitz 113.
7	—	Разрывъ мѣшка на IV мѣс.	—	»	Hull 181.
8	—	Разрывъ мѣшка на IV мѣс.	—	»	Cleveland 72.
9	—	Разрывъ мѣшка на V мѣс.	—	»	Maschka 251.
10	Плодъ почти доношен- ный.	Разрывъ мѣшка на IX мѣс.	Лапаротомія post mortem.	»	Пр.Крассовскій 424.
11	Плодъ умеръ рано.	Перитонитъ. Кровоизлияніе въ мѣш. и маточное кровотечение.	—	»	Leopold. 220.



№	П л о д ъ.	Исходы.	Операция.	Смерть или выздоравленіе.	Авторы.
12	Плодъ умеръ VIII мѣс.	Eliminatio per rectum. Истощеніе. Селсисъ.	Retroextractio на 16-мъ мѣс.	См.	Janvrin 187.
13	Плодъ доношен.	Eliminatio per rectum черезъ 5 лѣтъ.	—	»	Chiari 69 а.
14	Плодъ IV мѣс.	Нормальные роды.	—	Вызд.	Williams 398.
15	Плодъ IV мѣс.	Нормальные роды.	—	»	Graham 148 а.
16	Плодъ IV мѣс.	Нормальные роды.	—	»	Graham 148 б.
17	Плодъ IV мѣс.	Нормальные роды.	—	»	Burney 51.
18	Плодъ IV мѣс.	Нормальные роды.	—	»	Janvrin 188.
19	Плодъ VI мѣс.	Роды нормальные на VI мѣс.	—	»	Smith 355.
20	Плодъ доношенный живой.	Роды нормальные въ срокъ.	Надрѣзъ стѣнки матки.	»	Gilbert 135.
21	Плодъ доношенный.	Lithoraedion. Разложеніе плода. Perforatio colonis.	Лапаротомія.	»	Dunnett 103.
22	Плодъ доношенный.	Разложеніе мѣшка и плода.	Лапаротомія.	»	Martin 248.



Объ исходахъ трубно-маточной беременности можно, на основаніи приведенной таблицы, сдѣлать слѣдующее заключеніе:

Изъ 22 случаевъ 11 окончились разрывомъ мѣшка.

7 разъ родами *per vias naturales*.

3 „ элиминаціей плода.

1 „ разложеніемъ безъ элиминаціи.

Плоды въ возрастѣ отъ II—V мѣс.—15 разъ.

„ „ „ „ VI—IX „ — 3 раза

зрѣломъ — 4 „

Мы видимъ, слѣдовательно, что эта форма трубной беременности рѣже оканчивается разрывомъ, чѣмъ собственно-трубная, но чаще, чѣмъ *gr. tubo-abd.* (50%); что плодъ достигаетъ чаще, чѣмъ при собственно-трубной, бѣльшаго развитія, и, наконецъ, мы здѣсь встрѣчаемъ исходъ для внѣматочной беременности совершенно исключительный, приближающій эту форму къ нормальной беременности, т. е. роды *per vias naturales*, чтѣ, вѣроятно, происходитъ въ тѣхъ случаяхъ, которые Barnes<sup>15</sup> называетъ *gr. tubo-uterina*.

Послѣ смерти плода, частичная элиминація его черезъ кишечный каналъ наблюдается въ 14% случаевъ, а въ 4% случаевъ разложеніе содержиимаго плоднаго мѣшка безъ элиминаціи.

### Трубно-брюшная беременность.

*Grav. tubo-abdominalis.*

Сюда относятся тѣ случаи внѣматочной беременности, гдѣ яйцо остановилось и продолжало свое развитіе на слизистой оболочкѣ абдоминальнаго конца фаллопиевой трубы, или ея фимбріи, и, при дальнѣйшемъ развитіи беременности, хотя бѣльшая или меньшая часть послѣда развилась на этой же части трубы, осталъная часть плоднаго мѣшка постепенно выпятилась и продолжала расти въ направленіи общей полости брюшины. Въ эту группу войдутъ, слѣдовательно:



1) Случаи, въ которыхъ яйцо, очевидно, развилось въ абдоминальномъ концѣ трубы.

2) Тѣ случаи, въ которыхъ, путемъ вскрытія или при операціи, констатировано прикрѣпленіе послѣда въ области абдоминальнаго конца трубы, и, наконецъ,

3) Многіе случаи вторичной брюшной беременности..

Относящихся сюда случаевъ описано въ болѣе новой литературѣ хотя и не особенно много, но они всѣ почти точно подтверждены анатомическимъ путемъ и съ этой стороны интересны, какъ достовѣрные факты, чего нельзя сказать о многихъ случаяхъ собственно-трубной беременности, окончившихся выздоровленіемъ. Эта болѣе точная діагностика трубно-абдоминальной беременности и дала возможность Bandl'ю<sup>12</sup> усомниться въ существованіи чистыхъ абдоминальныхъ и яичниковыхъ формъ беременности, которыя онъ относитъ всѣ къ трубно-брюшнымъ.

Нужно, однако, замѣтить, что случаи трубно-абдоминальной беременности хотя и даютъ возможность составить себѣ болѣе точное представленіе о теченіи этой формы, но такъ какъ эта аномалія положительно констатируется только при возможности анатомическаго изслѣдованія, т. е., главнымъ образомъ, на вскрытіи,—нужно остерегаться дѣлать выводы о смертельности и вообще свойственныхъ этому виду виѣматочной беременности исходахъ, такъ какъ мы ничего не знаемъ о случаяхъ, окончившихся выздоровленіемъ, и, основываясь только на смертельныхъ случаяхъ, получимъ, разумѣется, невѣрный и черезчуръ большой <sup>о</sup>/о смертности, и, такимъ образомъ, на основаніи подобнаго вычисленія, мы бы пришли къ совершенно неправильному заключенію о крайне плохомъ прогнозѣ для этого вида, хотя логически нужно и можно было ожидать совершенно обратное, если бы мы имѣли возможность опредѣлять трубно-брюшную беременность при жизни больныхъ и имѣли бы возможность включить въ нашу статистику, кромѣ смертельныхъ случаевъ, также и тѣ, которые окончились выздоровленіемъ.

Пока же это невозможно, и мы принуждены изучать, на



основаніи статистики, только тѣ факты, которые важны для клиники, этиологии и патологической анатоміи; объ исходахъ же и смертности судить только съ вышеприведенными оговорками.

Мнѣ удалось найти въ литературѣ послѣднихъ 10 лѣтъ 48 случаевъ этого вида вѣматочной беременности, и я ихъ опишу такъ же, какъ это сдѣлано мною, по примѣру Necker'a и Hennig'a, со случаями *graviditatis tubariae propriae*.

Возрастъ и предшествующія обстоятельства представляютъ почти тѣ же явленія, какъ и для собственно-трубной беременности. Вотъ эти данныя:

Въ 47 случаяхъ возрастъ обозначенъ 41 разъ:			
возрастъ отъ 24—29 лѣтъ	наблюдался	8	"
" " 30—39 "	" "	28	"
" " 40—44 "	" "	5	"

35 разъ отмѣчены различныя гинекологическія болѣзни, и 31 разъ имѣются свѣдѣнія о предшествовавшихъ беременностяхъ.

Первобеременныхъ и при этой формѣ гораздо меньше, чѣмъ повторнобеременныхъ: въ первый разъ забеременѣвшихъ вѣматочно было только три женщины: одна изъ нихъ имѣла до 30-лѣтняго возраста неправильныя регулы (случай Blix-Netzel'a<sup>32</sup>); вторая (случай G. Thomas'a<sup>1261</sup>)—нерожавшая до 35 лѣтъ, хотя нѣсколько лѣтъ была замужемъ; третій случай описанъ Кузнецкимъ: женщина, начавшая менструировать съ 13 лѣтъ, забеременѣла первый разъ на 36 году.

До вѣматочной беременности одинъ выкидышъ	
у нерожавшихъ наблюдался. . . . .	3 раза.
Повторно-беременныхъ было. . . . .	28 разъ.

Отношеніе перво-и-повторнобеременныхъ было 1:10, т. е. отношеніе это рѣзко выражаетъ преобладаніе многородящихъ среди заболѣвающихъ трубно-брюшною беременностью.







Въ 30% случаевъ трубно-брюшной беременности наблюдается, слѣдовательно, предшествующее безплодіе съ продолжительностью отъ 2 до 12 лѣтъ.

Кромѣ того, изъ 47 беременныхъ у 7 только имѣются указанія на предшествовавшія внѣматочной беременности страданія половыхъ органовъ:

Неправильность регулъ . . . . .	1 разъ.
Регулы были слабы и болѣзненны . . . . .	1 „
Регулы обильны . . . . .	1 „
Dysmenorrhoea и anteflexio uteri. . . . .	1 „
Dysmenorrhoea и трудные роды . . . . .	1 „
Хронич. гнойный эндометритъ. . . . .	1 „
Выпаденіе влагалища и гипертрофія шейки матки . . . . .	1 „

Итакъ, прямые указанія на предшествующія трубно-брюшной беременности гинекологическія страданія вообще очень скудны, но довольно часто наблюдаемое безплодіе и выкидыши служатъ довольно убѣдительными доказательствами ненормальнаго состоянія половыхъ органовъ въ моментъ наступленія внѣматочной беременности.

Симптомы трубно-абдоминальной беременности я такъ же, какъ и для собственно-трубной, ради большей наглядности, представляю въ видѣ таблицы, по мѣсяцамъ беременности.

**Таблица симптомовъ трубно-брюшной беременности по мѣсяцамъ.**

М ѣ с я ц ы.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Число наблюденій для каждаго мѣсяца.	25	28	21	17	13	7	8	10	11	11
Симптомы:										
Общія и субъект. явленія:										
Лихорадочное состояніе . . . . .	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—
Обычн. признаки беремен. . . . .	3	3	1	—	—	—	—	—	1	—
Сознаніе беременности . . . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Боли . . . . .	10	13	5	5	1	1	—	2	2	—



М ѣ с я ц ы.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Число наблюдений для каждаго мѣсяца.	25	28	21	17	13	7	8	10	11	11
Объективныя явленія:										
Перитонитъ . . . . .	2	2	—	—	—	—	—	—	1	—
Выдѣленія изъ матки:										
Прекращеніе регуль . . . . .	21	19	13	11	8	4	5	3	3	—
Кровотеченіе изъ половыхъ органовъ . . . . .	2	2	4	—	1	2	—	—	—	—
Непрекращеніе регуль . . . . .	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Возобновленіе регуль . . . . .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Состояніе матки:										
Увеличеніе матки . . . . .	—	1	1	4	1	—	1	—	3	1
Смѣщеніе матки . . . . .	—	—	—	—	—	2	—	—	3	—
Матка не увеличена . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
„ не смѣщена . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Decidua находилась въ маткѣ . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
„ выдѣлилась изъ матки . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Опухоль (плодный мѣшокъ).										
Опредѣленіе опухоли . . . . .	—	3	3	3	—	—	1	—	—	1
Величина „ . . . . .	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—
Положеніе „ . . . . .	1	2	—	—	—	—	—	—	1	—
Постеп. ростъ „ . . . . .	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Увеличеніе „ . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—
Измѣненія въ груди, железахъ . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Явленія со стороны плода:										
Жизнь плода констатирована . . . . .	—	—	—	—	—	2	2	3	2	2
Движенія плода „ . . . . .	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—
Смерть плода наступила . . . . .	—	—	—	1	—	—	1	1	3	1
Плодъ убитъ . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Признаки давленія на органы таза . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Разстройства мочеиспусканія . . . . .	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—
Разстройства дефекаціи:										
Запоръ . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Ложные роды . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	7
Явленія рѣдкія, исключительныя.										
Неукротимая рвота . . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Обмороки . . . . .	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—



Изъ приведенной таблицы симптомовъ видно, что при трубно-абдоминальной формѣ беременности субъективное сознание совершившагося зачатія наблюдалось довольно рѣдко: въ 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаевъ.

*Признаки же беременности* чаще появлялись—въ 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаевъ.

*Боли* ощущаются больными въ первые же мѣсяцы беременности довольно часто: въ 40—46<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаевъ. Характеръ этихъ болей большею частью спазматическій; но такъ какъ иногда наблюдаются въ первые же два мѣсяца беременности явленія перитонита, то и боли въ этихъ случаяхъ имѣютъ воспалительный характеръ.

*Регулы* при этой формѣ беременности почти постоянно вполне прекращаются въ 84<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаевъ; съ другой стороны, персистирующія регулы и патологическія кровотеченія изъ половыхъ органовъ составляютъ довольно рѣдкое явленіе и наблюдались въ 4—19<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаевъ.

*Матка* въ первые мѣсяцы беременности только рѣдко наблюдалась увеличенною—въ 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаевъ, но на IV-мъ мѣсяцѣ мы встрѣчаемъ ее увеличенною въ 24<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаевъ.

Смѣщеніе матки наблюдалось только во второй половинѣ беременности.

*Decidua* образуется и наблюдалась въ 55<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаевъ, выдѣленіе же ее произошло 3 раза на 22 случая—одинъ разъ на III и 2 раза на IX мѣсяцѣ.

Внѣматочный плодный мѣшокъ прощупывался въ видѣ опухоли уже на II-омъ мѣсяцѣ беременности въ 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаевъ.

*Измѣненія грудныхъ железъ*, повидимому, очень рѣдко наблюдаются, и то только въ концѣ трубно-абдоминальной беременности.

Съ V-го мѣсяца беременности наблюдаются *признаки жизни плода* въ тѣхъ случаяхъ, когда беременность достигаетъ до этого времени, и *движеніе плода* составляетъ самый постоянный признакъ его жизни и наблюдалось въ 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаевъ.



*Смерть плода*, если беременность не закончилась раннимъ разрывомъ мѣшка, наблюдалась въ 28% случаевъ на IX мѣсяцѣ; чаще она наступаетъ, повидимому, въ болѣе ранніе мѣсяцы и рѣже въ срокъ окончанія беременности.

Изъ этого видно, что не существуетъ прямой связи смерти плода съ ложными родами, наблюдающимися обыкновенно въ 64% случаевъ въ срокъ окончанія беременности.

*Разстройство мочеиспусканія* наблюдалось только въ 7% случаевъ на II-мъ мѣсяцѣ беременности.

Обыкновенно наблюдаемая въ началѣ беременности *рвота* имѣла характеръ неукротимой 1 разъ на II и III мѣсяцахъ беременности.

**Исходы gr. tubo-abdominalis ранняго періода съ I—V мѣсяца беременности \*).**

Смертельный разрывъ плоднаго мѣшка наступилъ:

Рано . . . . .	2 раза.
На II-мъ мѣсяцѣ. . .	6 разъ.
„ III-мъ . . . . .	4 раза.
„ IV-мъ . . . . .	4 „
„ V-мъ . . . . .	2 „
Въ нѣсколько разъ между II и V мѣсяц.	1 разъ.

Смерть послѣ punctio отъ плацентарнаго кровотече-  
нія на III мѣсяцѣ . . . 1 разъ (Barbour).

Смерть послѣ Laparotomia  
при явленіяхъ заворота  
кишекъ на III мѣс. . . 1 „ (Obalinski).

Выздоровленіе послѣ La-  
parotomia на III мѣсяцѣ. 1 „ (Veit).

\*) Мои 47 случаевъ трубно-брюшной беременности значатся въ литератур-  
номъ указателѣ подъ №№ 14, 33, 69b, 82, 86, 96, 100, 102d, 115, 116b, 119,  
126—1, 134, 139, 159, 162, 168, 171, 176, 186, 217, 243, 250, 261, 268—a—b  
—c, 270, 271, 272, 274, 282, 283, 311, 326, 334, 340, 359, 368, 378, 416, 419a  
428, 438, 444, 446, 453a.



# Исходы grav. tubo-abdominalis.

Случаи позднего периода.

№	П л о д ь.	Первоначальный исход беременности.	Последовательный исход.	Операция.	Смерть или выздоровление.	Авторы.
1	Плодь умерь послѣ V-го мѣсяца.	Lithoraedion.	Eliminatio per rectum	—	Смерть	Muller I.
2	Плодь убитъ въ концѣ беременности.	Lithoraedion.	черезъ 3 года и 3 мѣ- Послѣдов. беремен- ность. Искусст. выхл. Сенсисъ. Perforatio in- terstini.	Kolpotoμία.	См.	Muller II.
3	Плодь почти доношенный умерь.	Нагноение мѣшка. Сенсисъ. Haema- toma placentae.	—	Laparotomia.	См.	Muller III.
4	Плодь умерь доношенный.	Перитонитъ.	—	—	См.	Rainaldi.
5	Плодь умерь доношенный.	Разложение въ мѣшкѣ.	—	Laparotomia.	См.	Fränkel.
6	Плодь умерь доношенный.	Перитонитъ.	—	—	См.	Schonover.
7	Плодь умерь на VII мѣ- сяцѣ.	Перитонитъ.	—	—	См.	Сутугинъ.
8	Плодь умерь на X мѣ- сяцѣ.	Перитонитъ.	—	—	См.	Тарновскій.
9	Плодь умерь на VIII мѣсяцѣ.	Перитонитъ.	—	—	См.	Schröder.
10	Плодь умерь доношенный.	Перитонитъ.	—	—	См.	Francis.
11	Плодь умерь на IV мѣ- сяцѣ.	Перитонитъ. (Явле- ніе холеры). Пиэмія.	—	—	См. на XI мѣс.	Legendre.



№	П л о д ь.	Первоначальный исход беременности.	Послѣдовательный исходъ.	Операция.	Смерть или выздоровленіе.	А в т о р ы.
12	Плодъ умеръ на X мѣсяцѣ.	Разложеніе въ мѣшкѣ. Перитонитъ.	—	Laparotomia. Плацентарное кровоотеченіе.	См.	Netzel.
13	Плодъ умеръ послѣ V мѣсяца.	Lithoraedion.	Явленія ущемленія кишокъ черезъ 7 мѣтѣ.	Laparotomia.	См.	Notta Maurice.
14	Плодъ почти доношен. живой.	—	—	Laparotomia, prim.	См. отъ пл. кровот.	Heywood Smyth.
15	Плодъ жив. и доношенный.	—	—	Laparotomia, prim.	См. отъ пл. кровот.	Netzel.
16	Плодъ мертвый.	Перитонитъ.	Перитонитъ.	Леченіе различн. способами.	См.	Duncan.
17	Плодъ умеръ на IV мѣс.	Lithoraedion.	Eliminatio per vaginam et ves. urin.	—	См. отъ истощен.	Monnier.
18	Плодъ доношенный.	Разрывъ мѣшка на X мѣсяцѣ. Перитонитъ.	Черезъ 2 года перитонитъ отъ случайной причины.	—	См.	Живописцевъ.
19	Ранняя см. плода.	Lithoraedion.	—	—	См. случайная.	Blix и Netzel.
20	—	Lithoraedion 50 мѣтѣ.	—	—	См. слущ.	Chiari.
21	Смерть плода на IV—V мѣсяцѣ.	Наematocoele.	Наematoma placentaе.	Punctio.	См.	Hartmann.
22	Почти доношенный мертвый плодъ.	Lithoraedion.	—	Laparokelyphoectomia.	Вызд.	Кузнецкій I.
23	—	Lithoraedion 12 лѣтъ.	Разложеніе въ плодномъ мѣшкѣ. Хроническій перитонитъ.	Тоже.	Вызд.	Martin.
24	Плодъ умеръ, доношен.	Разложеніе въ мѣшкѣ. Сепсисъ.	—	Laparotomia.	Вызд.	Rosenthal.
25	Плодъ мертвый.	Перитонитъ.	Перитонитъ.	—	См.	Decaudin.



Изъ прилагаемой таблицы исходовъ видно, что 47 случаевъ трубно-брюшной беременности окончились:

раннимъ разрывомъ плоднаго мѣшка. . . . .	21	разъ
нагноеніемъ плоднаго мѣшка и перитонитомъ. . . . .	15	„
элиминаціей . . . . .	3	разъ.
haemotocele . . . . .	1	разъ.
lithopaedion . . . . .	1	„
послѣ операціи . . . . .	6	„

Въ этомъ списокѣ исходовъ характерно выражено сходство этой формы беременности какъ съ брюшною, такъ и съ собственно-трубною беременностью.

Съ послѣднею формой трубно-абдоминальная форма сходна по довольно частому наступленію ранняго разрыва плоднаго мѣшка, который, впрочемъ, здѣсь наступаетъ абсолютно рѣже, чѣмъ при собственно-трубной формѣ (22 раза на 47 сл.=46%), по рѣдкости элиминаціонныхъ процессовъ и сравнительной частотѣ нагноенія и перитонита безъ перфораціи стѣнки мѣшка и, наконецъ, по возможности дать въ результатѣ истинный Lithopaedion (сл. Chiari). Подобно же брюшной беременности при трубно-абдоминальной формѣ плодъ чаще, чѣмъ при собственно-трубной, достигаетъ болѣе полнаго развитія. Изъ нашихъ 47 случаевъ 14 разъ плоды были жизнеспособны (31%).

На этомъ основаніи съ полнымъ правомъ можно считать трубно-абдоминальную беременность переходною формою между собственно-трубною и брюшною внѣматочною беременностями.

### Трубно-яичниковая беременность. Graviditas tubo-ovarialis.

Хотя эта форма беременности обыкновенно причисляется къ трубно-абдоминальной, я здѣсь считаю не лишнимъ выделить ее въ отдѣльную группу, въ виду измѣнившихся на нее взглядовъ новѣйшихъ авторовъ. Трубно-яичниковая беременность можетъ быть, по первоначальному своему развитію, либо яичниковою, либо трубною.



Vulliet <sup>382</sup> описалъ недавно одинъ случай этой формы беременности и предполагаетъ, что беременность развилась въ предсуществовавшей кистѣ яичника, полость которой сообщалась съ проходимымъ каналомъ трубы (трубно-яичниковая киста).

Для объясненія зачатія, онъ допускаетъ въ стѣнкѣ кисты сохранившуюся нормальную ткань яичка, давшую при овуляціи яйцо, оплодотворенное въ самой полости кисты.

При описаніи другаго случая трубно-яичниковой беременности, оперированной Schröder'омъ, Beaucamp <sup>30</sup> объясняетъ развитіе беременности подобнымъ же образомъ: онъ допускаетъ возможность предсуществовавшаго слѣпаго мѣшка образованнаго яичникомъ и фаллопиевою трубою (Ovarialtube).

Въ виду этихъ заявленій нельзя, мнѣ кажется, въ настоящее время признавать трубно-яичниковую беременность только какъ результатъ послѣдовательныхъ воспалительныхъ срощеній трубы и яичника вслѣдствіе роста плоднаго мѣшка, развившагося первоначально на почвѣ яичника или въ абдоминальномъ концѣ трубы.

Хотя до сихъ поръ число случаевъ трубно-оваріальной формы беременности очень невелико, но, чтобы получить сравнимыя данныя съ другими формами беременности, я все-таки же счелъ не лишнимъ изложить ихъ отдѣльно, подвергнувъ аналогической съ другими формами вѣматочной беременности обработкѣ симптомовъ и исходовъ трубно-яичниковой беременности.

Всѣхъ случаевъ трубно-яичниковой беременности мнѣ удалось найти въ литературѣ послѣдняго времени 11: Gilbert'a <sup>136</sup>, Wheeler'a <sup>365</sup>, Berry <sup>28</sup>, Mansell-Moullin'a <sup>241</sup>, Lusk'a <sup>233</sup>, Villiet'a <sup>282</sup>, Enerström'a <sup>109</sup>, Campbell'a <sup>52</sup>, Billroth'a <sup>32</sup>, проф. Крассовскаго <sup>422</sup> и Beaucamp <sup>30</sup>.

Сначала разсмотрю предшествовавшія вѣматочной беременности обстоятельства (antecedentia по Hecker'y).

Изъ 10 случаевъ въ возрастѣ отъ 21—29 было 3 больн.

30—36	„	6	„
44	„	1	„



Предшествующія внѣматочной беременности обстоятельства выражались слѣдующимъ образомъ:

Первобеременныхъ . . . . .	3
I берем. на 31 году . . . . .	1
I берем. послѣ 11-лѣтн. бесплод. замужества . . . . .	1
I берем. на 36 году послѣ 11-лѣтн. бесплод. замужества, регулы всегда обильны . . . . .	1
Повторнобеременныхъ . . . . .	7
II-ой разъ берем. послѣ 1 выкидыша, послѣ котораго тифъ и спазматическія боли во время регулъ. . . . .	1
II-ой разъ берем. послѣ 1 родовъ и 6—9 лѣтняго бесплодія, регулы всегда неправильны, болѣзненны. Было воспаленіе въ тазу съ обостреніями и колики. . . . .	1
II-ой разъ берем. 44 лѣтъ послѣ 1 род. и 23 лѣтъ бесплодія . . . . .	1
II-ой разъ берем. послѣ 1 род. и 12 лѣтъ бесплодія . . . . .	1
III-ой разъ берем., регулы съ 12-ти лѣтъ всегда съ болью и рвотою . . . . .	1
V-ый разъ берем. послѣ 4 род., изъ которыхъ 2 раза родились мертвыя дѣти; регулы всегда неправильны, съ болью и коликами. . . . .	1
Нѣсколько разъ берем. 33 лѣтъ. . . . .	1

Изъ 10 случаевъ, слѣдовательно, у 8 женщинъ имѣлись въ анамнезѣ ясныя указанія на предшествующее внѣматочной беременности ненормальное состояніе половыхъ органовъ.

Изъ 9 было 6 повторно и 3 первобеременныхъ.

Симптомы этой беременности представлены такъ же, какъ и для другихъ формъ трубной беременности, въ видѣ слѣдующей таблицы.



**Таблица симптомовъ трубно-яичниковой беременности по мѣсяцамъ.**

МѢСЯЦЫ.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Число наблюдений для каждаго мѣсяца трубн. беремен.	7	7	5	3	3	2	3	2	3	4
<b>I. Общія и субъективныя явленія.</b>										
Лихорадочное состояніе. . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Обычные признаки беременности (рвота и т. п.). . . . .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Боли (колики и molimina menstrua и т. п.). . . . .	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1
Отсутствіе признаковъ беременности . . . . .	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>II. Объективныя явленія.</b>										
II. Перитонитъ . . . . .	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>a) Выдѣленія изъ матки.</i>										
Отсутствіе регулъ. . . . .	4	4	3	2	1	1	1	1	1	1
Кровотеченія. . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Регулы продолжаются . . . . .	2	2	1	1	—	—	—	—	—	1
<i>b) Состояніе матки.</i>										
Матка увеличена . . . . .	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1
„ смѣщена. . . . .	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—
„ чувствительна . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Зѣвъ и цервикальный каналъ открыты . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Матка не увеличена . . . . .	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—
„ не смѣщена . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Decidua находится въ маткѣ. . . . .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Decidua выдѣлилась изъ матки. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
<i>c) Опухоль (плодн. мѣшка).</i>										
Опредѣляется и изслѣдована . . . . .	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—



МѢСЯЦЫ.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Число наблюдений для каждаго мѣсяца трубн. беремен.	7	7	5	3	3	2	3	2	3	4
<i>Измѣненія грудныхъ железъ .</i>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Гипертрофія . . . . .	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Молоко въ грудяхъ. . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
<i>Явленія со стороны плода:</i>										
Величина плода. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Движенія плода. . . . .	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—
Части плода прощупываются .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Части плода не прощупываются.	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
Жизнь плода опредѣлена . .	—	—	—	—	—	—	1	1	1	2
Плацентарный (маточный) шумъ . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Смерть плода. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Потуги . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Ложные роды . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3
<i>Рѣдкія явленія:</i>										
Обмороки . . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

Приведенная таблица даетъ возможность судить о частотѣ главнѣйшихъ симптомовъ данной формы беременности.

Субъективные *признаки* наступившаго зачатія наблюдались изъ 7 случаевъ только 1 разъ на II-мъ мѣсяцѣ беременности (14<sup>0</sup>/); чаще наблюдаются боли спазмотического характера въ видѣ коликъ и рѣже перитонического свойства уже на первомъ мѣсяцѣ беременности (въ 30<sup>0</sup>/ случаевъ).

Изъ объективныхъ явленій *регулы* съ перваго же мѣсяца перестаютъ появляться въ 57<sup>0</sup>/ случаевъ; патологическихъ же кровотеченій не было вовсе въ разбираемыхъ нами случаяхъ, но регулы персистировали въ 28<sup>0</sup>/ случаевъ.



*Матка*, повидимому, довольно рѣдко увеличивается при этой формѣ беременности, хотя *образованіе deciduae* замѣчено на IV мѣсяцѣ и выдѣленіе ея наблюдалось при ложныхъ родахъ на X мѣсяцѣ.

*Гипертрофія грудныхъ железъ* наблюдается, повидимому, довольно часто на IV мѣсяцѣ, такъ какъ она отмѣчена изъ 3 случаевъ въ 2, и, кромѣ того, молоко въ грудныхъ железахъ оказалось на VII мѣс. беременности въ одномъ изъ 3 случаевъ.

*Плодный мѣшокъ* объективно опредѣлился уже на III мѣсяцѣ въ видѣ опухоли, не находящейся въ тѣсной связи съ маткою и расположенной экстремедианно въ полости живота.

*Признаки жизни плода* наблюдались начиная съ V-го мѣсяца, и смерть плода обыкновенно наступаетъ при срочныхъ ложныхъ родахъ.

#### Исходы трубно-яичниковой беременности.

№.	Плодь.	Исходы.	Операция.	Смерть или выздоров.	Авторы.
1.	—	Разрывъ мѣшка на II мѣс.	—	см.	Gilbert.
2.	—	Разрывъ мѣш. на III мѣс.	—	см.	Wheeler.
3.	—	Разрывъ мѣш. на III мѣс.	—	см.	Berry.
4.	—	Разрывъ мѣш. на IV мѣс.	—	см.	Mansell Moullin.
5.	Плодь VI мѣс.	Разрывъ мѣш. на VII мѣс.	—	см.	Vulliet.
6.	Плодь IX мѣс.	Перитонитъ на X мѣс.	—	см.	Enerström.
7.	Пл. доношенный.	Истощеніе, водянка, отекъ легкихъ черезъ 7 мѣс. послѣ срока.	—	см.	Campbell.
8.	Пл. VIII—IX мѣс.	Перитонитъ послѣ срока.	Лапарокели-фоектомія.	выздор.	Billroth.
9.	Пл. VII мѣс.	Разложеніе мѣшка, сепсисъ.	Лапарокели-фоектомія.	см.	Beaucamp.
10.	—	—	Ранняя лапаротомія.	выздор.	Lusk.
11.	Плодь ум. послѣ пункции.	На IV мѣсяцѣ.	Punctio.	вызд.	Проф. Красовскій.



Мы здѣсь имѣемъ, слѣдовательно, исходы трубно-яичниковой беременности:

Раннего разрыва. . . . .	4 раза
Перитонитъ и разложеніе . . .	6 разъ
Выздоровленіе послѣ пункции .	1 „

Въ виду малочисленности, можно, пожалуй, воздержаться отъ всякихъ выводовъ, но все-таки же и здѣсь оправдывается предположеніе о вліяніи свойства плоднаго мѣшка на окончательный исходъ. Здѣсь при предсуществующемъ мѣшкѣ также элиминація не наблюдалась вовсе, на что уже указалъ Vulliet.

### Яичниковая беременность.

При яичниковой беременности оплодотворенное въ граафовомъ фолликулѣ яйцо развивается дальше насчетъ ткани самаго яичника. Эта форма беременности, какъ мы уже видѣли раньше, долго отвергалась цѣлымъ рядомъ ученыхъ; даже Bischoff, самъ впервые доказавшій возможность оплодотворенія на яичникѣ, сомнѣвался въ существованіи яичниковой беременности. Но въ настоящее время всѣ эти сомнѣнія устранены, такъ какъ желаніе Нескер'а, имѣть случай свѣжій, типическій и относящійся къ раннему періоду беременности, сбылось и Ruess'омъ <sup>307</sup> въ 1878 году описано вполне убѣдительное наблюденіе: На вскрытіи убитой своимъ мужемъ женщины найдена въ лѣвомъ яичникѣ киста величиною съ вишню, поверхность которой была желтаго цвѣта и сосудиста. Внутри кисты находилась оболочка, снабженная ворсинками, похожими на chorion, отдѣленная отъ наружной оболочки кисты кровянистою жидкостью. Внутренняя поверхность этой второй оболочки была выстлана сосудистою тканью, особенно обильно развитою на одномъ мѣстѣ, гдѣ находился полушарообразный сосокъ, въ 10 и 9 mm діаметра. Сосокъ этотъ представлялъ полость, содержащую свѣтлую серозную жид-



кость и зародышъ въ одинъ миллиметръ длины.

Лѣвая фаллопѣева труба была совершенно свободна и проходима; желтое тѣло найдено въ правомъ яичникѣ.

За послѣднее время не только несомнѣнно констатированъ фактъ существованія яичниковой беременности, но также неоднократно пересмотрѣна и окритикована болѣе старая казуистика, а также установлены анатомическіе критеріи, необходимые для доказательства яичниковаго происхожденія беременности.

Такъ, Cohnstein <sup>77</sup> требуетъ для доказательства яичниковой беременности на вскрытіи слѣдующія анатомическія условія:

1) Отсутствіе яичника на соотвѣтствующей беременности сторонѣ.

2) Соединеніе плоднаго мѣшка съ маткою при помощи удлиненной и утолщенной маточно-яичниковой связки.

3) Слоистое строеніе стѣнки мѣшка и цилиндрическій эпителий на внутренней его поверхности; непосредственный переходъ волокнистыхъ цуговъ albugineae въ стѣнку плоднаго мѣшка.

4) Присутствіе фолликуловъ, или желтаго тѣла, или маленькихъ кровяныхъ кистъ въ непосредственной близости съ полостью яйца.

Spiegelberg <sup>356</sup> находитъ, что условія, перечисляемыя Cohnstein'омъ <sup>74</sup> подъ № 3, недоказательны и не могутъ быть найдены при болѣе или менѣе продолжительномъ существованіи яичниковой беременности, и, по его мнѣнію, для признанія яичниковаго характера плоднаго мѣшка необходимо, чтобы: 1) не было яичника на одной сторонѣ; 2) чтобы элементы яичниковой ткани участвовали въ образованіи стѣнки плоднаго мѣшка; 3) чтобы киста соединялась посредствомъ lig. utero-ovaricum съ маткою, и 4) чтобы трубы не участвовали въ образованіи плоднаго мѣшка.

Эти же критеріи признаются необходимыми для яичниковой беременности Ruess'омъ <sup>307</sup>. По мнѣнію доктора Патенко <sup>434</sup>, яичниковая беременность можетъ быть несомнѣнно доказана только послѣ секціи, путемъ тщательнаго микроскопическаго



изслѣдованія стѣнокъ плоднаго мѣшка, которыя въ этомъ случаѣ должны содержать элементы яичниковой ткани.

Talbot Jones <sup>361</sup> считаетъ вышеприведенныя условія, требуемыя Cohnstein'омъ, за чрезчуръ абстрактныя и высказывается за меньшую взыскательность при критикѣ описанныхъ случаевъ яичниковой беременности, такъ какъ едва-ли какой либо случай, болѣе или менѣе старый, можетъ удовлетворить всѣмъ требованіямъ Cohnstein'a.

Нельзя, мнѣ кажется, не согласиться отчасти съ приведеннымъ мнѣніемъ Talbot Jones'a, такъ какъ, дѣйствительно, установленныя анатомическіе критеріи на дѣлѣ все-таки же оказались не вполне пригодными. Когда стали примѣнять ихъ къ оцѣнкѣ доказательности описанныхъ въ литературѣ случаевъ, то все-таки же не получилось полного согласія авторовъ. Такъ, напр., Schröder \*) цитируетъ 9 несомнѣнныхъ случаевъ яичниковой беременности; Cohnstein прибавилъ къ нимъ еще 3 несомнѣнныхъ и 5 вѣроятныхъ случаевъ изъ болѣе старой литературы; Spiegelberg признаетъ еще 1 эксквизитный случай (Walther'a). и всѣ случаи, прибавленные Cohnstein'омъ, такъ что въ результатѣ у Schröder'a и Cohnstein'a въ общей сложности получается 17, а по Spiegelberg'у только 9 болѣе или менѣе убѣдительныхъ случаевъ яичниковой беременности въ литературѣ до 1878 года.

Это разногласіе авторовъ по поводу обсужденія однихъ и тѣхъ же литературныхъ фактовъ особенно рельефно выразилось въ работѣ Collet у Gurgui <sup>75</sup>, которая появилась въ 1880 году, но основана на казуистическомъ литературномъ матеріалѣ, относящемся къ періоду времени до 1875 года.

Собравъ описанные подъ названіемъ яичниковой беременности случаи, начиная съ XVI-го столѣтія и до 1875 года, Collet у Gurgui группируетъ ихъ по патолого-анатомическимъ признакамъ (добытымъ на вскрытіи), которые авторами ихъ считались характерными и существенными для доказательства

\*) Въ 5-мъ изданіи своего учебника.



яичниковой их природы. Случаи же болѣе новые, т. е. съ 1845 по 1875 годъ, Collet у Gurgui критикуетъ каждый отдѣльно, приведши предварительно дословно всѣ протоколы вскрытій. Нигдѣ во всей этой работѣ нельзя найти какихъ либо общихъ заключеній относительно тѣхъ условій, при которыхъ бы Collet у Gurgui согласился признать несомнѣнную яичниковую беременность, и, прочитавъ всю эту работу, приходишь къ одному только выводу, что, по мнѣнiю автора, до 1875 года не имѣется въ литературѣ ни одного вполне доказательнаго случая яичниковой беременности, а пять только болѣе или менѣе вѣроятныхъ случаевъ.

Я не буду больше останавливаться на этой оригинальной критической работѣ, такъ какъ она относится къ литературѣ яичниковой беременности до 1875 года, моя же задача заключается въ изученiи болѣе новой казуистики. Обращаю только вниманiе на разногласiе авторовъ относительно числа и оцѣнки описанныхъ въ литературѣ наблюденiй яичниковой беременности. Не менѣе сбивчивыми представляются до сихъ поръ классификацiя видовъ и даже самое понятiе о сущности яичниковой беременности.

Böhmer въ половинѣ XVIII столѣтiя и Carus въ 1838 году различали двѣ формы яичниковой беременности: внутреннюю и наружную, смотря по тому, гдѣ начиналось развитiе оплодотвореннаго яйца—внутри ли яичника, или на его поверхности. Заимствую подробное изученiе этой классификацiи изъ работы Ньерре<sup>180</sup>, посвященной изученiю патогенеза яичниковой и брюшинной беременности. Такъ какъ, говоритъ Ньерре, сперматозоиды не могутъ прободать тканевыя пластинки, то оплодотворенiе и развитiе яйца въ совершенно неповрежденномъ фолликулѣ нельзя допустить, а нужно признать двѣ возможности:

1) Или разрывъ фолликула послѣ оплодотворенiя снова закрывается и опухоль, по удачному сравненiю Schröder'a, развивается вполне внутри яичника, какъ киста яичника, съ тою лишь разницею, что плодный мѣшокъ обладаетъ болѣе быстрымъ ростомъ и сидитъ на широкой ножкѣ. Растущая опу-



холь раздражаетъ окружающія ткани, и образуются сращения ея съ заднею поверхностью матки, перитонеальный покровъ которой приподымается опухолью. Труба рѣдко остается свободною: она съ теченіемъ времени почти постоянно плотно ложится на растущую опухоль, начиная со своего абдоминальнаго конца, и фимбріи ея теряются въ стѣнкахъ опухоли.

2) Или же мѣсто разрыва не закрывается, яйцо выходитъ, при ростѣ своемъ, изъ разрыва; яйцевой мѣшокъ, слѣдовательно, лежитъ внѣ яичника— „интраперитонеально,“ тогда какъ мѣсто прикрѣпленія послѣда „интраоваріально.“ (Очень поучителенъ для понятія отношеній настоящей яичниковой беременности случай Walther'a, гдѣ ворсинки chorion'a виѣдрялись, какъ и при обыкновенной беременности, въ материнскіе венозные синусы, но, говоритъ Ньерре, обыкновенно, вслѣдствіе сращеній, отношенія частей не такъ ясны, какъ въ этомъ поучительномъ случаѣ).

Кромѣ этой настоящей связанной съ фолликуломъ формы яичниковой беременности, которую Sagus называетъ *grav. ovarii interna*, Ньерре, согласно Sagus'у, отличаетъ еще *grav. ovarii externa*, хотя она трудно узнается *in vivo*, благодаря сращениямъ. Эта эпиоваріальная беременность относительно образованія послѣда сходна съ брюшною беременностью и часто съ нею смѣшивалась.

Вышеприведенная цитата изъ работы Ньерре представляетъ полное описаніе всѣхъ допускаемыхъ различными авторами формъ яичниковой беременности.

Нѣкоторые авторы признаютъ какую либо одну или двѣ изъ этихъ формъ.

Такъ, напр., Schröder \*) причисляетъ къ яичниковой беременности только тѣ случаи, „въ которыхъ яйцо, оплодотворенное въ граафовомъ пузырькѣ, остановилось тамъ и продолжаетъ развиваться подъ бѣлочною оболочкою яичника.“ Эти случаи подходятъ, слѣдовательно, подъ опредѣленіе первой

\*) 6-е изданіе учебн. акуш. Русск. переводъ 1881 года.



формы *grav. internae* Ньерре. Напротивъ того, Heineken <sup>167</sup> считаетъ мыслимою только такую яичниковую беременность, гдѣ послѣдъ сидитъ интраоваріально, а плодный мѣшокъ находится въ полости брюшины; другими словами: Heineken допускаетъ только вторую форму настоящей яичниковой беременности по вышеприведенной классификаціи Ньерре.

Landau <sup>203</sup>, Fenger <sup>311</sup> и Talbot Jones <sup>364</sup> признаютъ эпיוваріальную и первую форму истинной яичниковой беременности по Ньерре.

Описанные недавно Beauchamp'омъ <sup>30</sup> и Vulliet'омъ <sup>382</sup> случаи трубно-яичниковой беременности подходятъ, повидимому, подъ описанную у Ньерре вторую форму *grav. ovarii internae*.

Наконецъ, Collet у Gurgui <sup>75</sup>, не различая вовсе внутренней и наружной формы яичниковой беременности, признаетъ одну только форму яичниковой беременности, безразлично, будетъ ли оплодотворенное яйцо развиваться внутри фолликула, или вышедши изъ него на поверхность яичника, такъ какъ и въ томъ, и въ другомъ случаѣ развитіе яйца происходитъ на счетъ ткани самого яичника, и, по изслѣдованіямъ Waldeyer'a, эпителий, находящійся на поверхности яичника, и тотъ эпителий, который выстилаетъ внутреннюю поверхность фолликула, представляютъ идентичныя образованія, одинъ и тотъ же зародышевый эпителий (*Keimepithel*).

Я полагаю, что, дѣйствительно, лучше всего отрѣшиться отъ искусственной и запутанной старой классификаціи яичниковой беременности на внутреннюю и наружную формы, такъ какъ едва ли онѣ строго различимы при вскрытіи случаевъ, болѣе или менѣе зашедшихъ далеко въ своемъ развитіи, гдѣ анатомическія отношенія органовъ сильно измѣнились. Согласно Collet у Gurgui \*) и другимъ авторамъ, можно, мнѣ кажется, признать яичниковую беременность въ томъ случаѣ, когда яичникъ представляетъ единственную первоначальную

---

\*) Collet у Gurgui l. c., p. 116.



почву развитія яйца (какъ это, напр., было въ случаяхъ Puech'a и Talbot Jones'a), или когда, при дальнѣйшемъ развитіи беременности, послѣдъ находится въ тѣсной органической связи съ тканью яичника (сл. Walther'a, Heineken'a и др.).

Мѣсто прикрѣпленія послѣда играетъ, вообще, первостепенную роль въ классификаціи внѣматочной беременности, какъ единственный, такъ сказать, *punctum fixum* яйца; нужно только, какъ на это указываетъ Collet у Gurgui, различать простое сращеніе плоднаго мѣшка съ яичникомъ отъ того, что мы назвали органическою связью послѣда съ тканью яичника, т. е. вросанія ворсинокъ chorion'a въ ткань эту, играющую при яичниковой беременности роль *placentae maternae*. Это послѣднее отношеніе яйца къ яичнику и можетъ приниматься въ расчетъ, какъ главный критерій при опредѣленіи яичниковой беременности.

Изъ вышеизложеннаго видно, что до сихъ поръ не закончены еще вполне споры, если ужъ не объ абсолютномъ отсутствіи яичниковой беременности, то, по крайней мѣрѣ, относительно классификаціи, частоты ея и даже о числѣ до сихъ поръ описанныхъ несомнѣнныхъ случаевъ. Если оставить въ сторонѣ обстоятельную и, пожалуй, чрезчуръ строгую критику Collet у Gurgui, признающаго только нѣсколько вѣроятныхъ случаевъ яичниковой беременности, то и у другихъ авторовъ, какъ мы уже видѣли, имѣется очень небольшой казуистическій матеріалъ. Впрочемъ Schröder, вполне соглашаясь съ мнѣніемъ Keller'a, думаетъ, что большое число случаевъ яичниковой беременности описано подъ именемъ брюшной.

Landau же заходитъ такъ далеко, что готовъ признать всѣ случаи абдоминальной беременности за случаи яичниковой беременности. Малочисленностью наблюдений и сбивчивостью понятій объясняется то обстоятельство, что въ учебникахъ только очень кратко описывается (напр. у Schröder'a) клиническая картина яичниковой беременности, уже не говоря о такихъ авторахъ, какъ Parry, Bandl и многіе другіе, излагающіе симптоматику и отдѣль объ исходахъ не отдѣльно для каждой формы, а для всѣхъ видовъ внѣматоч-



ной беременности вмѣстѣ. Нескер же, много разъ цитируемый мною, какъ впервые занявшійся статистическимъ изученіемъ отдѣльныхъ видовъ внѣматочной беременности, оставилъ совершенно въ сторонѣ подробное разсмотрѣніе яичниковой беременности, на томъ, главнымъ образомъ, основаніи, что всѣ описанные до него случаи яичниковой беременности, какъ принадлежащіе къ позднимъ періодамъ, не достаточно ясны въ патолого-анатомическомъ отношеніи, и потому Нескер предоставилъ будущему рѣшеніе этого вопроса съ очевидностью на основаніи типическихъ и не особенно далеко зашедшихъ въ своемъ развитіи случаевъ.

Задавшись цѣлью представить современное положеніе вопроса о внѣматочной беременности главнымъ образомъ на основаніи фактическихъ данныхъ, добытыхъ на послѣднее десятилѣтіе, я буду говорить по преимуществу только о случаяхъ, описанныхъ послѣ 1875 года, такъ какъ клиническая картина и исходы болѣе старыхъ случаевъ яичниковой беременности вошли уже въ общее описаніе внѣматочной беременности Раггу (всего числомъ 27 сл. \*).

Къ сожалѣнію, общее число описанныхъ за послѣднія 10 лѣтъ случаевъ яичниковой беременности очень невелико. Я нашелъ всего только 21 случай яичниковой беременности. Присоединивъ сюда же еще два случая, хотя и болѣе старыхъ, но описанныхъ въ Россіи и невошедшихъ, повидимому, въ статистику Раггу, а именно Гугенбергера и Горвица, получается общее число 23 случая. Изъ этого небольшого числа, однако, не всѣ годятся для нашей цѣли, а только 18 сл. \*\*), такъ какъ нѣкоторые изъ нихъ не достаточно подробно описаны.

Лѣта больныхъ обозначены 12 разъ. Въ возрастѣ:

отъ 24 — 29 лѣтъ больныхъ было . . .	3
„ 30 — 38 „ „ „ . . .	8
40 „ „ „ . . .	1

\*) Раггу.

\*\*) См. указатель литературы №№ 25, 35, 70, 120—о, 142—h, 154, 167, 172, 203, 220, 259, 307, 364, 383, 397, 356, 412, 434.



При яичниковой беременности, какъ и при другихъ формахъ внѣматочной беременности преобладаютъ женщины въ возрастѣ отъ 30—40 лѣтъ.

Свѣдѣнія о предшествовавшихъ яичниковой беременности ненормальныхъ явленіяхъ въ состояніи здоровья имѣются слѣдующія въ 11 случаяхъ:

1-й разъ беременная послѣ 5-лѣт- наго замужества . . . . .	1 Goodell.
1-й разъ беременная послѣ 12-лѣт- наго замужества . . . . .	1 Heineken.
1-й разъ беременная страдала dys- menorrhoea. . . . .	1 Freund.
2-й разъ беременная послѣ 1-хъ ро- довъ и 9 лѣтъ безплодія, были боли въ тазу, слѣва; первые ре- гулы 20 лѣтъ . . . . .	1 Spiegelberg.
2-й разъ беременная. . . . .	1 Messner.
3-й „ „ послѣ 2-хъ ро- довъ . . . . .	1 Waitz.
3-й разъ беременная послѣ 1-хъ ро- довъ и 1 выкидыша, 12 лѣтъ безплодія. . . . .	1 Landau.
4-й разъ беременная послѣ 3-хъ ро- довъ и 7 лѣтъ безплодія . . . .	1 Talbot Jones.
4-й разъ беремен. послѣ 2-хъ родовъ 12 лѣтъ тому назадъ и 1 выки- дыша 5 лѣтъ тому назадъ . . . .	1 Benicke.
5-й разъ беременная, 40 лѣтъ, послѣ 4-хъ родовъ. . . . .	1 Leopold.
5-й разъ беременная послѣ 4-хъ ро- довъ и 3 лѣтъ безплодія . . . .	1 Горвицъ.



**Таблица симптомовъ яичниковой беременности по мѣсяцамъ**

МѢСЯЦЫ.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Число наблюдений для каждаго мѣсяца трубн. беремен.	12	12	10	9	11	7	7	6	5	8
<b>I. Общія и субъективныя явленія.</b>										
1) Общее разстройство здоровья . . . . .	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—
2) Лихорадочное состояніе. .	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
3) Обычные признаки беременности (тошнота, рвота и т.д.).	2	3	1	—	—	—	—	—	—	—
4) Сознаніе беременности .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5) Боли (колики) . . . . .	3	4	2	2	1	—	—	—	—	—
6) Общее благосостояніе . .	—	—	—	—	7	5	5	5	5	5
7) Отсутствіе признаковъ и сознанія беременности. . .	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>II. Объективныя явленія.</b>										
1) Перитонитъ . . . . .	—	1	1	—	1	—	—	—	—	1
<b>а) Выдѣленія изъ матки:</b>										
2) Прекращеніе регулъ . . .	7	6	5	3	3	3	2	2	2	—
3) Неправильность регулъ . .	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—
4) Кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. . . . .	—	3	1	1	1	—	2	—	—	3
5) Регулы продолжались . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6) „ возвратились . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>б) Состояніе матки:</b>										
7) Увеличеніе матки . . . . .	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1
8) Смѣщеніе матки . . . . .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
9) Сокращенія матки . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10) Матка не увеличена . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11) Матка не смѣщена . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12) Decidua находилась въ маткѣ . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
13) Decidua выдѣлилась изъ матки . . . . .	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2







Если вообще позволительно, за недостаткомъ бѣльшаго количества наблюденій, дѣлать какіе либо выводы на основаніи такого небольшого числа, какъ наши 18 случаевъ яичниковой беременности, то мы, просматривая эту таблицу, основанную на максимальномъ числѣ 12 и минимальномъ 5 случаевъ, видимъ, что относительно субъективныхъ явленій въ теченіе первыхъ пяти мѣсяцевъ при яичниковой беременности сравнительно рѣдко наблюдались общее разстройство здоровья беременныхъ и обычные признаки наступившаго зачатія; только въ одной трети случаевъ на II-мъ мѣсяцѣ беременности наблюдались боли, похожія на колики. Во второй же половинѣ беременности почти всѣ больныя чувствовали себя хорошо.

Изъ объективныхъ явленій въ большинствѣ случаевъ замѣчено отсутствіе регулъ въ теченіе всей беременности и рѣже (въ 25% случаевъ) наблюдались кровотеченія изъ половыхъ органовъ.

Увеличеніе и смѣщеніе матки отмѣчены изъ 10 случаевъ только одинъ разъ.

Выдѣленіе deciduae наблюдалось также рѣдко: 1 разъ на V-мъ мѣсяцѣ и изъ 8 случаевъ на X-омъ мѣсяцѣ—3 раза; кромѣ того, 1 разъ decidua найдена въ маткѣ.

Опухоль плоднаго мѣшка впервые опредѣлялась объективнымъ изслѣдованіемъ на 3-ьемъ мѣсяцѣ беременности, но вообще подвергалась изслѣдованію только 1 разъ.

Измѣненіе грудныхъ железъ наблюдается, повидимому, рѣдко, при этой формѣ беременности.

Зато признаки жизни плода, его движенія главнымъ образомъ, опредѣляются довольно часто (5 разъ изъ 11 случаевъ пятого мѣсяца).

Смерть плода наступаетъ въ случаяхъ, зашедшихъ за вторую половину беременности, обыкновенно на 10-омъ мѣсяцѣ и рѣдко раньше.

Ложные роды наступали изъ 8 случаевъ 4 раза въ срокъ окончанія беременности, и преждевременное ихъ появленіе не наблюдалось.



Явленія давленія, производимаго на тазовые органы, почти вовсе не наблюдаются при этой формѣ беременности. Одинъ разъ было развитіе зоба и 2 раза боли живота сопровождались обмороками.

*Исходы* 18 случаевъ яичниковой беременности. Изъ предлагаемой таблицы видно, что ранній разрывъ плоднаго мѣшка наступилъ 4 раза; 1 разъ развился перитонитъ на VI мѣсяцѣ; 10 разъ яичниковая беременность достигла періода жизнеспособности и полной зрѣлости плода, и окончилась: 4 раза разложеніемъ содержимаго мѣшка, 3 раза перитонитомъ, 3 раза образованіемъ *Lithopaedion*'а, изъ которыхъ одинъ только, и то послѣ случайной причины, послѣдовательно подвергся разложенію, и, слѣдовательно, 1 разъ только наблюдалась элиминація *per rectum*.

Повидимому, эти цифры говорятъ за то обстоятельство, что элиминаціонные процессы рѣдко наступаютъ при яичниковой беременности, и, съ другой стороны, наблюдается образованіе истинной окаменѣлости плода, что, мнѣ кажется, можно объяснить присутствіемъ предсуществующаго плоднаго мѣшка съ довольно резистентными стѣнками, не склонными къ распаденію даже при развивающемся разложеніи содержимаго плоднаго мѣшка и при развивающемся перитонитѣ.

Вообще же объ исходахъ яичниковой беременности можно сказать, что при ней наблюдались всѣ тѣ исходы, какъ и при трубной и брюшной; но ранній разрывъ мѣшка здѣсь наступаетъ рѣже, чѣмъ при трубной, а элиминація плода гораздо рѣже наблюдается здѣсь, чѣмъ при брюшной формѣ, зато яичниковая беременность, подобно трубной, благоприятна для развитія постоянныхъ окаменѣлыхъ плодовъ. Определить процентъ смертности для яичниковой беременности трудно на основаніи этихъ немногихъ случаевъ. Мы видимъ, что въ 3 случаяхъ смерть не зависѣла отъ внѣматочной беременности, и въ большинствѣ изъ остальныхъ 15 случаевъ больныя подвергались оперативному леченію, такъ что эти случаи также не вполне пригодны для нашей цѣли установить размѣры



смертности при естественномъ теченіи этой формы вѣматочной беременности.

### Исходы яичниковой беременности.

1. Ранняя беременность — случайная смерть. Puech.
2. Разрывъ ранній плоднаго мѣшка—смерть. Winter.
3.     "     на II мѣс.     "     "     "     Child.
4.     "     на III мѣс.     "     "     "     Hildreth.
5.     "     на IV мѣс.     "     "     "     Talbot.
6.     "     "     "     "     "     Горвицъ.

### Случаи поздняго періода яичниковой беременности.

Плодь.	Исходъ беременности.	Операція.	Смерть или выздоровл.	Авторы.
7 Плодь донош.	Разложене мѣшка.	Лапаротомія.	Смерть.	Geodell.
8 Плодь донош.	Разлож. мѣшка и перитонить.	Лапаротомія.	Смерть.	Heineke.
9 Плодь донош.	Разлож. мѣшка и перитонить.	Лапаротомія.	Смерть.	Benicke.
10 Плодь донош. живой.	Перитонить на X-мъ мѣс. ruptura.	Лапаротомія prim.	Смерть.	Spiegelberg.
11 Плодь донош.	Перитонить на X мѣс.	Лапаротомія.	Смерть.	Landau.
12 Плодь VI мѣс.	Перитонить.	Лапаротомія.	Смерть случайн.	Hall-Davis.
13 Плодь донош.	Перитонить черезъ 3 года.	Keliphoeck- tomia.	Смерть.	Waitz.
14 Плодь VIII мѣсячный.	Lithopaedion много лѣтъ. Послѣдовательная норм. берем. Искусственный вы- кидышъ. Травматическій перитонить. Элиминація per rectum.	—	Смерть.	Bossi.
15 —	Lithopaedion.	—	Смерть случайн.	Патенко.
16 —	Lithopaedion 35 лѣтъ.	—	Смерть случайн.	Leopold.
17 Плодь VII мѣс.	Разложене плод. мѣшка.	Лапаротомія.	Вызд.	Messner.
18 Плодь донош.	Разложене плод. мѣшка. Сепсисъ.	Лапаротомія.	Вызд.	Freund.



## Брюшная беременность.

*Graviditas abdominalis.*

Брюшная или брюшинная беременность происходит, если оплодотворенное яйцо укрѣпляется гдѣ-либо въ полости брюшиннаго мѣшка и здѣсь продолжаетъ развиваться. Это будетъ такъ-называемая первичная брюшная беременность.

Вторичная же брюшная беременность не что иное, какъ исходъ трубной или яичниковой беременности, и потому ее нельзя разсматривать, какъ самостоятельную форму внѣматочной беременности. Для распознаванія первичной брюшной беременности необходимы слѣдующія анатомическія условія:

1. Мѣшокъ долженъ быть образованъ безъ участія внутреннихъ половыхъ органовъ.

2. Послѣдъ, этотъ *punctum fixum* яйца, долженъ прикрѣпляться гдѣ-либо на брюшинѣ, но не въ трубѣ, яичникѣ и т. д.

3. Трубы и яичники должны быть нормальны или, по крайней мѣрѣ, не входить въ составъ мѣшка.

Этимъ теоретическимъ требованіямъ удовлетворяютъ очень немногіе случаи болѣе или менѣе застарѣлой внѣматочной беременности; но, тѣмъ не менѣе, ихъ нужно имѣть всегда въ виду при отнесеніи каждаго даннаго случая къ тому или другому виду. Если бы имѣть хоть нѣсколько подобныхъ типическихъ случаевъ брюшной беременности ранняго періода и на основаніи ихъ установить клиническую картину этой формы, то можно бы разобраться и въ случаяхъ болѣе или менѣе сложныхъ и застарѣлыхъ, гдѣ, благодаря долгому существованію плоднаго мѣшка въ брюшной полости, измѣнились анатомическія отношенія сосѣднихъ органовъ, хотя они первоначально и не участвовали въ образованіи плоднаго мѣшка.

Исходя изъ этихъ соображеній, я выбралъ изъ числа 120 случаевъ, описанныхъ подъ названіемъ *grav. abdominalis*, тѣ



случаи, которые удовлетворяли болѣе или менѣе установленнымъ выше анатомическимъ требованіямъ.

Къ сожалѣнію, такихъ чистыхъ случаевъ имѣется въ литературѣ немного, такъ какъ, по смыслу вышеизложенныхъ соображеній, это должны быть случаи, окончившіеся смертью или операціей, съ полнымъ анатомическимъ описаніемъ въ раннемъ періодѣ, а именно брюшная форма внѣматочной беременности, какъ уже доказано многими авторами, даетъ самое лучшее предсказаніе *quo ad vitam* больной.

Сюда относятся слѣдующіе 8 случаевъ:

Гугенбергера <sup>414a</sup>, Müller'a <sup>268d</sup>, Cederschjöld'a <sup>71</sup>, Зембицкаго <sup>405</sup>, 2 случая Fulcher'a <sup>123</sup>, Witten'a <sup>402</sup> и Oettinger'a <sup>28</sup>.  
Представляю краткое описаніе этихъ случаевъ:

1. Случай Гугенбергера: Дѣвица 34 лѣтъ, II р. беременная, поступила въ повивальный институтъ 22 мая 1846 года. Въ послѣдній разъ родила 13 лѣтъ тому назадъ и вновь лишилась регулъ въ концѣ августа 1845 года. Первые мѣсяцы беременности она, при непрерывныхъ страданіяхъ, провела почти постоянно въ постели. При первомъ движеніи младенца страданія уменьшились. На VIII—IX мѣсяцѣ беременности она вновь занемогла и около 7 недѣль являлась,—вѣроятно, отъ перитонита. При поступленіи больной на X лунномъ мѣсяцѣ беременности, найдено: общее истощеніе, явленіе остраго перитонита, въ области пупка абсцессъ брюшной стѣнки; непосредственно подъ брюшными покровами прощупывались части плода, движеніе котораго ощущалось еще три дня тому назадъ, но, при изслѣдованіи, признаковъ жизни плода не было. Спустя 48 часовъ по поступленіи въ больницу, больная, при постепенно увеличивающемся упадкѣ силъ, скончалась. Вскрытіе произведено проф. Пироговымъ. Плодовый мѣшокъ нижнимъ отрѣзомъ своимъ доходилъ до задняго Дугласова пространства, верхнимъ же—до желудочной области. Вся передняя стѣнка яйца плотно срослась съ брюшными покровами до самой подложечной области. Изъ многочисленныхъ различной величины нарывовъ, находившихся въ толщѣ брюш-



ныхъ стѣнокъ, самый бѣльшій былъ около пупка. Онъ содержалъ до 3-хъ фунт. гноя и для неестественнаго вывода плода почти прободалъ брюшные покровы. Задняя стѣнка яйца прикрѣплялась посредствомъ перепончатыхъ и нитеобразныхъ новообразованій къ брюшинной оболочкѣ желудка, печени и всего сильно сжатаго кишечнаго канала. Кожистую оболочку плода, спереди и снизу утолщенную, съ трудомъ можно отдѣлить отъ мочеваго пузыря и дна матки. Въ заднематочномъ пространствѣ было совершенное приращеніе нижняго отрѣзка яйца. *На широкихъ маточныхъ связкахъ, ячникахъ и фаллопиевыхъ трубахъ, по отдѣленіи ихъ отъ плодоваго мѣшка, кромѣ нѣкотораго утолщенія и набуханія, не было найдено ничего патологическаго.*

2. Случай Müller'a: Больная 32 лѣтъ; беременность продолжалась 14 мѣсяцевъ, и затѣмъ, послѣ внезапнаго профузнаго поноса, опухоль живота быстро уменьшилась. Больная умерла, и на вскрытіи оказалось, что плодный мѣшокъ былъ сращенъ съ кишками, съ сальникомъ, съ дномъ матки, съ мочевымъ пузыремъ и rectum, содержалъ гнилостный гной и сгнившій 8-мѣсячный плодъ, кости котораго выдѣлялись чрезъ фистулу recti. *Послѣдъ прикрѣплялся на внутренней стѣнкѣ живота и in regione iliaca. Трубы и яичники нормальны. Матка увеличена.*

3. Въ случаѣ Cederschjöld'a въ срокъ наступили родовыя боли и затѣмъ развился перитонитъ, отъ котораго больная умерла. Вскрытіемъ констатированы: разрывъ плоднаго мѣшка, диффузный перитонитъ, послѣдъ на лѣвой стѣнкѣ мѣшка. *Трубы и яичники безъ измѣненій.*

4. Ziembicki описалъ случай беременности, окончившійся смертью больной на 15-омъ мѣсяцѣ. Плодный мѣшокъ начинался отъ верхней части матки, былъ сращенъ съ окружающими его петлями кишекъ, перфорированными въ нѣсколькихъ мѣстахъ; кромѣ того, было сообщеніе плоднаго мѣшка съ брюшною полостью.

5. Первый случай Fulcher'a: На 5-омъ мѣсяцѣ внѣматочной беременности, вслѣдствіе травмы, произошелъ разрывъ плод-



наго мѣшка, и больная умерла при явленіяхъ внутренняго кровотеченія. На вскрытіи оказалось: 5-ти мѣс. плодъ и отдѣлившійся послѣдъ свободно плавали въ крови, излившейся въ брюшную полость; *прикрѣпленіе послѣда* было „*паріетальное*“; *обѣ трубы интактны*.

6. Второй случай Fulcher'a: У 32-лѣтней больной внѣматочная беременность безъ рѣзкихъ болѣзненныхъ явленій достигла нормального срока. Въ срокъ появились приступы болей, поносъ, наступила смерть плода и вскорѣ развился перитонитъ, окончившійся смертью больной. *Послѣдъ* очень большого доношеннаго плода *прикрѣплялся на lig. latum, fossa iliaca sin.* и отчасти на передней брюшной стѣнкѣ.

7. Въ случаѣ Witten'a произошелъ разрывъ плоднаго внѣматочнаго мѣшка на III мѣс. беременности, послѣ трехмѣсячнаго субъакутнаго перитонита. Вскрытіемъ обнаружено, что *плодный мѣшокъ прикрѣплялся къ задней поверхности матки и къ лѣвому яичнику*, матка въ anteflexio, *фаллопиевы трубы* проходимы и *яичники здоровы*.

8. Случай Oettinger'a: Больная 55 лѣтъ; внѣматочная беременность длилась 16 лѣтъ; затѣмъ внезапно развилась картина непроходимости кишокъ, плевритъ и упадокъ силъ, вслѣдствіе чего больная умерла. Вскрытіе: гнойный плевритъ, перигепатитъ, обострившійся хроническій перитонитъ. *Плодъ превратился въ литопэдионъ, совсемъ не былъ инкиспированъ, но сращенъ съ сальникомъ и тонкими кишками. Матка, яичники и фаллопиевы трубы не находились въ связи съ плодомъ.*

Эта группа типическихъ случаевъ брюшной беременности, по своей малочисленности, не допускаетъ никакихъ общихъ выводовъ, но имѣетъ несомнѣнное значеніе для установки факта существованія настоящей брюшной беременности, въ чемъ сомнѣваются даже нѣкоторые новѣйшіе авторы, какъ, напр., Lawson Tait <sup>213</sup> и Bاندl <sup>12</sup>, а также можетъ быть полезно при классификаціи другихъ, менѣе характерныхъ случаевъ, особенно окончившихся смертью. Но для случаевъ, окончившихся выздоровленіемъ, нужно искать какой-либо клинической кри-



терій группировки. Въ теченіе брюшной беременности замѣчены уже извѣстныя характерныя явленія:

1) Перитонитъ съ самаго почти начала беременности, причемъ этотъ перитонитъ обыкновенно бываетъ локализованный и протекаетъ не особенно бурно, а иногда даже вовсе незамѣтно для больной (Ньерре <sup>180</sup>).

2) Беременность достигаетъ своего болѣе или менѣе полнаго развитія (VIII—IX—X луннаго мѣсяца), и затѣмъ наступаютъ

3) ложныя родовыя боли, причемъ плодъ умираетъ и подвергается различнымъ измѣненіямъ, имѣющимъ цѣлью его обособить, какъ постороннее для организма больной тѣло, или элиминировать его, благодаря чему и приходится наблюдать различныя болѣе или менѣе характерныя для этой формы беременности

4) исходы: нагноеніе съ прободеніемъ recti, vaginae, мочевого пузыря, передней брюшной стѣнки и т. д., или же образованіе такъ называемаго lithoraedion. На основаніи этихъ данныхъ можно съ большою вѣроятностью распознать клинически брюшную беременность. Ошибки, однако, возможны: въ группу брюшныхъ беременностей могутъ попасть случаи *gr. abdominalis secundariae*, если анамнезъ больныхъ не достаточно точенъ для рѣшенія вопроса о первоначальномъ мѣстѣ развитія яйца; кромѣ того, сюда же могутъ, по ошибкѣ, быть отнесены хотя и довольно рѣдкіе случаи доношенной трубной или яичниковой беременности, протекшихъ безъ явленій разрыва плоднаго мѣшка, но все-таки же и здѣсь иногда имѣются клиническія указанія, выясняющія дѣло.

Трудно найти въ каждомъ данномъ случаѣ совокупность всѣхъ перечисленныхъ анатомическихъ и клиническихъ признаковъ брюшной беременности, и зачастую приходится ограничиваться только нѣкоторыми изъ нихъ. Такъ, напр., мы имѣемъ случаи, характеризующіеся своимъ клиническимъ теченіемъ, или исходомъ, или мѣстомъ прикрѣпленія послѣда, какъ брюшная беременность, и подобные случаи, особенно окончившіеся выздоровленіемъ, необходимо принимать въ расчетъ, не смотря



на то, что, строго говоря, только вскрытіемъ и тщательнымъ анатомическимъ изслѣдованіемъ можно съ положительностью констатировать брюшную беременность. Нужно, однако, замѣтить, что если мы будемъ основываться только на случаяхъ, окончившихся смертью, то мы рискуемъ составить себѣ совершенно ложное представленіе объ исходахъ и опасности даннаго заболѣванія, и, съ другой стороны, мы знаемъ, что даже на секціонномъ столѣ не всегда удастся опредѣлить съ положительностью первоначальное мѣсто развитія яйца при внѣматочной беременности. Діагнозъ cadaго даннаго случая внѣматочной беременности не можетъ быть абсолютно точенъ и я уже выше указывалъ, какимъ путемъ я старался подойти къ рѣшенію этого вопроса при группировкѣ своихъ случаевъ: можно выбрать случаи брюшной беременности болѣе или менѣе несомнѣнные и на основаніи сходства ихъ данныхъ съ клиническими или анатомическими условіями сомнительныхъ случаевъ относить ихъ къ этой же формѣ беременности. Мнѣ кажется, что, поступая такимъ образомъ, кругъ ошибокъ діагноза будетъ довольно суженъ и выводы наши не будутъ, правда, несомнѣнными, но болѣе близки къ достовѣрности, чѣмъ выводы, основанные на полномъ пренебреженіи всякой классификаціи формъ внѣматочной беременности, какъ, напр., статистика Kiwisch'a<sup>193</sup>, Mattei<sup>253</sup>, Puech'a<sup>306</sup>—объ исходахъ, или изложеніе симптоматологіи внѣматочной беременности вообще у Parry<sup>294</sup> и многихъ другихъ болѣе старыхъ авторовъ. При нашей группировкѣ случаевъ брюшной беременности—на основаніи всей совокупности данныхъ и по аналогіи съ типическими наблюденіями—мы исключили по возможности случаи доношенной трубной беременности по отсутствію раннихъ потугообразныхъ и спазмотическихъ болей и случаи вторичной брюшной беременности по признакамъ разрыва плоднаго мѣшка въ ранніе періоды беременности.

Далеко не всѣ собранные мною 120 случаевъ—болѣе или менѣе характерные случаи брюшной беременности—пригодны для полнаго статистическаго изученія этой формы внѣматочной беременности: во многихъ изъ нихъ не имѣется вовсе



указаній на тотъ или другой признакъ или же не имѣется точныхъ указаній о времени появленія различныхъ симптомовъ. Эта неточность описанія зависитъ, главнымъ образомъ, отъ недостаточности анамнестическихъ данныхъ, такъ такъ при этой формѣ вѣматочной беременности больныя обыкновенно обращаются къ врачамъ въ болѣе поздніе періоды беременности, обыкновенно только послѣ нормальнаго срока, когда ожидавшіеся роды оказались ложными или уже наступили тягостные для больныхъ явленія элиминаціи плода.

За недостаткомъ фактическихъ данныхъ, здѣсь нельзя будетъ представить картины беременности по мѣсяцамъ, какъ это я сдѣлалъ для трубныхъ видовъ беременности. Течение брюшной беременности мнѣ пришлось разбить на болѣе крупныя сроки, чтобы можно было представить болѣе или менѣе характерную клиническую картину, и потому я буду различать три періода брюшной беременности:

1. Періодъ вѣроятной беременности: съ I до V мѣсяца, т. е. до появленія несомнѣнныхъ признаковъ беременности.
2. Періодъ достовѣрной беременности: отъ V—X мѣсяца, т. е. до срока окончанія нормальной беременности.
3. Періодъ исходовъ беременности: послѣ X мѣсяца или послѣ смерти плода.

Прежде, чѣмъ перейти къ описанію клинической картины брюшной беременности, я разсмотрю предшествующія этой вѣматочной беременности обстоятельства—*antecedentia*, по Нескер'у—придерживаясь программы, выработанной этимъ авторомъ.

Изъ моихъ 120 случаевъ возрастъ беременныхъ обозначенъ въ 91 случаѣ:

Меньше	20 лѣтъ	3	раза.
отъ	20—30	„	34 „
„	30—40	„	48 разъ
„	40—50	„	6 „

Очевидно, и здѣсь преобладаетъ возрастъ отъ 30—40 лѣтъ. Впрочемъ, согласно Нескер'у, возрастъ самъ по себѣ не имѣетъ



большаго значенія въ объясненіи этиологіи внѣматочной беременности.

Гораздо большее значеніе имѣютъ свѣдѣнія о числѣ предшествовавшихъ беременностей, регулахъ и гинекологическихъ страданіяхъ нашихъ больныхъ.

Въ 91 случаѣ брюшн. беременности было:

первобеременныхъ	13
повторнобеременныхъ	78.

Разница настолько рѣзкая, что вполне подтверждается снова вышеприведенное мнѣніе: что многородящія болѣе расположены къ внѣматочной беременности, чѣмъ впервые забеременѣвающія. Далеко не такъ убѣдительны цифровыя указанія на патологическіе процессы половыхъ органовъ, которые могли бы выяснить этиологію данной внѣматочной беременности.

О началѣ регулъ имѣются изъ 120 случаевъ свѣдѣнія только въ 15 случаяхъ:

на 11 году начало регулъ	1 разъ.
„ 12 „ „ „	1 „
„ 13 „ „ „	2 раза
„ 14 „ „ „	2 „
„ 15 „ „ „	4 „
„ 16 „ „ „	4 „
„ 17 „ „ „	1 разъ

Предшествовавшія внѣматочной беременности гинекологическія болѣзни изъ 120 случаевъ указаны только въ 16-ти:

Erosiones et hypertrophia port. vag.	
etritis acuta . . . . .	1 разъ.
Menstruatio pauca . . . . .	1 „
Menstr. pauca и perimetritis . . . . .	1 „
Menstr. profusa, dysmenorrhoea . . . . .	2 раза
Dysmenorrhoea . . . . .	2 „
Metrorrhagia . . . . .	2 „



Perimetritis . . . . .	3	раза
Metritis chronica. . . . .	1	разъ
Retroflexio . . . . .	1	"
Нелеченный выкидышъ . . . . .	1	"
Послѣродовое страданіе. . . . .	1	"

Разнообразіе этихъ страданій и малочисленность наблюденій не допускаютъ никакихъ выводовъ.

За отсутствіемъ прямыхъ указаній на страданіе внутреннихъ половыхъ органовъ, нужно искать косвенныя доказательства ненормальности ихъ, и здѣсь мы имѣемъ, главнымъ образомъ, 3 характерныхъ явленія: 1) предшествовавшее вѣматочной беременности безплодіе со времени послѣднихъ нормальныхъ родовъ или отъ начала половой жизни; 2) выкидыши, предшествовавшіе вѣматочной беременности; 3) слишкомъ раннее или позднее зачатіе.

У первобеременныхъ уже а priori мы должны ожидать, что встрѣтимъ ненормальности въ ихъ анамнезѣ.

Въ нашихъ 13 случаяхъ оказалось:

- 1) Вѣм. берем. на 13 году отъ роду сл. Ahlfeld'a.
- 2) " " " 16 " " " " Еджубова.
- 3) " " " 19 " " " " Heard'a.
- 4) " " " 29 " " " " Dahlmann'a.
- 5) " " " 29 " " " " König'a.
- 6) " " " 33 " " " " Maygrier'a.
- 7) " " " 38 " " " " Chayé.
- 8) " " " 34 году послѣ 14-лѣтн.  
безплоднаго замужества " Chauvenet'a.
- 9) " " " 30 году послѣ 16-лѣтн.  
безплодія " Васильева.
- 10) " " послѣ 15-лѣтн. безплодія " Schlesinger'a.
- 11) " " " 5 " " " " Paschal'a.
- 12) " " " dysmenorrhoea " " Anderson'a
- 13) " " безъ всякихъ патологическихъ  
явленій " " Rutledge



Изъ этой таблицы видно, что у 12 больныхъ изъ общаго числа 13 первобеременныхъ брюшною беременностью наблюдались: ранняя беременность 3 раза, позднее зачатіе 6 разъ, предшествовавшее безплодіе, длившееся отъ 5 до 16 лѣтъ— 4 раза и болѣзненные регулы—1 разъ.

Переходя къ разсмотрѣнію анамнеза нашихъ повторно-беременныхъ, я буду различать двѣ группы больныхъ, забеременѣвшихъ внѣматочно: 1) послѣ нормальныхъ родовъ и 2) послѣ выкидышей и родовъ.

### І группа.

Послѣ 1 нормальн. родовъ 2-ая берем. была внѣматоч. — 33 раза.

„ 2	„	„	3-ья	„	„	„	— 11	„
„ 3	„	„	4-ая	„	„	„	— 7	„
„ 4	„	„	5-ая	„	„	„	— 6	„
„ 5	„	„	6-ая	„	„	„	— 2	„
„ 6	„	„	7-ая	„	„	„	— 1	„
„ 7	„	„	8-ая	„	„	„	— 1	„
„ 8	„	„	9-ая	„	„	„	— 3	„
У повторно-рожавшихъ							— 2	„

Мы видимъ, что II и III разе представляютъ 50% повторно-беременныхъ, заболѣвающихъ брюшною беременностью.

### II группа.

2-ая внѣмат. берем. послѣ 1-го выкидыша наблюдалась— 5 разъ

2-ая	„	„	„	1	преждеврем. р.	„	— 1	„
3-ья	„	„	„	1	род. и 1-го выкид.	„	— 1	„
4-ая	„	„	„	1	„ 2	„	— 1	„
5-ая	„	„	„	3	„ 1	„	— 1	„
6-ая	„	„	„	4	„ 1	„	— 1	„
6-ая	„	„	„	1	„ 4	„	— 1	„
7-ая	„	„	„	5	„ 1	„	— 1	„
8-ая	„	„	„	5	„ 2	„	— 1	„
9-ая	„	„	„	6	„ 2	„	— 1	„



Мы видимъ, что больше 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> женщинъ, заболѣвшихъ брюшною беременностью, перенесли раньше отъ 1 до 4 выкидышей, родивши въ то же время нормально отъ 1 до 6 разъ.

Пауза въ дѣторожденіи (безплодіе) наблюдалась изъ 120 случаевъ 42 раза, и продолжительность его выражалась такими цифрами:

1 годъ . . . . .	1 разъ
2 года . . . . .	2 раза
3 " . . . . .	2 "
4—5 лѣтъ . . . . .	6 разъ
6 " . . . . .	2 раза
7 " . . . . .	1 разъ
8—9 " . . . . .	7 "
10 " . . . . .	3 раза
13 " . . . . .	5 разъ
14 " . . . . .	2 раза
15 " . . . . .	6 разъ
16 " . . . . .	1 "
17 " . . . . .	4 раза
<hr/>	
42 раза	

Или, соединивъ цифры, для большей рельефности, по пятилѣтіямъ, мы получимъ:

2 года до 5 лѣтъ . . . . .	11 разъ
6 " " 10 " . . . . .	13 "
11 " " 15 " . . . . .	13 "
16 " " 17 " . . . . .	5 разъ
<hr/>	
42 раза	

Мы видимъ, что вѣматочной беременности предшествуетъ зачастую (35<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) безплодіе, которое по преимуществу бываетъ продолжительное—отъ 6—15 лѣтъ (или слишкомъ 61<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).



### Симптомы брюшной беременности.

Для составленія описанія перваго періода, т. е. съ начала до появленія первыхъ достовѣрныхъ признаковъ беременности со стороны жизни плода, я могъ воспользоваться 80 случаями изъ 88 болѣе подробно описанныхъ случаевъ и только отчасти остальными случаями, которые мнѣ не были извѣстны въ надлежащей подробности.

Предварительно считаю не лишнимъ замѣтить о крайней условности всѣхъ выводовъ, которые основываются на пересмотрѣ казуистики брюшинной беременности, зависящей оттого, что, такъ какъ брюшинная беременность обыкновенно наблюдается врачами въ позднія стадіи,—большею частью въ періодъ, который я называю періодомъ исходовъ,—то какъ относительно перваго, такъ даже и втораго періода большинство данныхъ, не только субъективныхъ, но и объективныхъ, получено не путемъ наблюденія, а путемъ разспроса больной. А вѣдь извѣстно, насколько осторожно и критически нужно вообще относиться къ анамнезу больныхъ. Итакъ цифры, приводимыя мною, не могутъ имѣть абсолютной достовѣрности, но все-таки же, мнѣ кажется, не будутъ лишены нѣкотораго значенія для того, чтобы составить себѣ хоть нѣкоторое понятіе о клинической картинѣ, исходахъ и т. д. брюшинной беременности.

Начну съ тѣхъ обычныхъ вѣроятныхъ признаковъ зачатія, которые наблюдаются такъ часто, если не всегда, при нормальной.

Полное прекращеніе регулъ отмѣчено .	41	разъ.
Неполное или неправильное появленіе регулъ . . .	5	„
Кровотеченія изъ половыхъ органовъ .	17	„
Регулы не прекращались . . . . .	2	раза

Субъективные и объективные признаки беременности (тошнота по утрамъ, припуханіе грудей пигментаціи и т. д.) най-



дены 19 разъ и отдѣльно опуханіе и чувствительность грудей— 4 раза, причемъ въ случаѣ Rutledge<sup>332</sup> молоко въ грудяхъ появилось на III мѣсяцѣ, въ случаѣ же Deschamps<sup>91</sup> — на V-мъ мѣсяцѣ послѣ смерти плода, а въ случаѣ Chevalier<sup>67</sup>, послѣ четырехмѣсячной гипертрофіи, грудныя железы стали уменьшаться въ объемѣ на V-мъ мѣсяцѣ беременности.

Рвота болѣе или менѣе сильная и продолжительная—8 разъ. Въ случаѣ Polaillon'a<sup>302</sup> она имѣла характеръ неукротимой рвоты беременныхъ на I мѣсяцѣ, но затѣмъ прекратилась сама собою.

Въ 12 случаяхъ говорится объ отсутствіи всякихъ страданій во время беременности.

Сопоставляя эти данныя съ подобными же при нормальной беременности, мы находимъ:

- 1) непостоянное прекращеніе регуль;
- 2) замѣну ихъ въ 21% случаевъ ненормальными кровотечениями изъ половыхъ органовъ;
- 3) довольно рѣдкое появленіе субъективныхъ признаковъ беременности со стороны пищеварительныхъ органовъ и, съ другой стороны, рвоту довольно сильную почти въ 10% случаевъ;
- 4) въ 15% случаевъ отсутствіе всякихъ тягостныхъ признаковъ.

Въ этихъ данныхъ, однако, не имѣется ничего особенно характернаго для брюшинной беременности, и характеристику ея искать нужно не столько въ значительныхъ числовыхъ отклоненіяхъ, свойственныхъ также и нормальной беременности симптомовъ, а въ тѣхъ явленіяхъ, которыя почти вовсе не наблюдаются при нормальной внутриматочной беременности. Сюда относятся:

*Боли*, которыя отмѣчены въ этомъ періодѣ 33 раза, причемъ характеръ этихъ болей былъ слѣдующій по обозначенію авторовъ:



перитоническія	боли.	. . .	2	раза
неперитоническія	"	. . .	1	разъ
рѣжущія	"	. . .	1	"
колющія	"	. . .	1	"
тянущія	"	. . .	1	"
потугообразныя	"	. . .	2	раза
колики	"	. . .	1	разъ
боли поясицы	. . .	. . .	1	"
"	въ тазу, спинѣ и бедрахъ.		1	"
"	не сильныя одной стороны			
"	живота . . . . .		1	"
"	сильныя. . . . .		2	раза
"	постоянныя . . . . .		3	"
"	періодическія . . . . .		1	разъ
"	неопредѣленнаго характера.		15	"
Всего . .			33	раза.

Характеръ болей, какъ видно, разнообразенъ и не достаточно типиченъ для брюшной беременности. Здѣсь-то и проявляется вышеуказанная мною недостаточность данныхъ, такъ какъ они собраны путемъ анамнеза; а субъективныя ощущенія трудно анализировать. Одно только можно сказать, что боли вообще, при этой формѣ беременности, наблюдаются часто и въ этомъ смыслѣ характерны для отличія брюшной беременности отъ нормальной. При болѣе подробномъ разсмотрѣніи исторій болѣзни, мы можемъ, правда, иногда найти и характеристику этихъ болей, основанную на объективных данныхъ. Hunter<sup>183</sup> говоритъ, что у вѣматочно-беременныхъ сильныя боли имѣютъ ремиттирующій, а не интермиттирующій характеръ, что особенно характерно выражено въ случаяхъ, гдѣ наступаетъ разрывъ мѣшка. Rutledge<sup>322</sup> подробно описываетъ различныя боли, наблюдавшіяся въ теченіе брюшной беременности: до V-го мѣсяца боли ощущались въ спинѣ и крестцовой области и отдавались въ плечо; животъ былъ очень чувствителенъ; боли усиливались по ночамъ, но, однако, не мѣшали больной работать и даже врачами принимались



за боли невралгическаго характера. Иногда особенный характеръ болѣй зависитъ отъ давленія, причиняемаго на тазовые нервы прикрѣпляющимся послѣдомъ. Такъ, Gaillard Thomas<sup>310</sup> и Purefoy<sup>180</sup> наблюдали характерную для ischias'a боль нижнихъ конечностей. Однако, не взирая на эти исключительные случаи, общей характеристики болѣй при брюшной беременности нельзя представить, и, вопреки мнѣнію авторовъ, перитонитическія боли вовсе не такъ часто наблюдаются при брюшной беременности, что, вѣроятно, находить себѣ объясненіе въ предположеніи Нюерре<sup>180</sup>, Freund'a<sup>120</sup> и Guichard'a<sup>145</sup> относительно большой разницы процесса укрѣпленія яйца на брюшинѣ и простаго воспаленія брюшины. Хотя нельзя, съ другой стороны, отвергать связи этихъ болѣй съ тѣми перитонитическими страданіями, которыя отмѣчены несомнѣнно уже въ этомъ раннемъ періодѣ для 14 случаевъ съ выраженнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, истощеніемъ и анеміей въ 3 изъ нихъ, и мѣстными признаками развитія опухоли, которая, помѣщаясь обыкновенно въ нижней части живота, вызываетъ, кромѣ болѣй, и другія явленія, указывающія на давленіе тазовыхъ органовъ: расстройства моченспусканія (dysuria 6 разъ, incontinentia 1 разъ) 7 разъ, расстройства отправления кишечника 6 разъ (тенезмы и запоры). Особенное вниманіе на эти расстройства отправления кишечника обращаетъ Freund<sup>120</sup>, ставя ихъ въ зависимость отъ прикрѣпленія послѣда на прямой кишкѣ. Матка, по мнѣнію однихъ авторовъ, симпатически принимаетъ участіе въ патологическихъ процессахъ при брюшной беременности; другіе авторы считаютъ это ея участіе или вовсе отсутствующимъ, или гораздо меньшимъ, чѣмъ при другихъ формахъ вѣматочной беременности (Baudelocque, Hecker, Depaul). Къ сожалѣнію, я нашелъ только въ 10 случаяхъ необходимыя указанія относительно величины матки въ этомъ періодѣ:

въ случ. Freund'a<sup>120</sup> матка была увеличена въ два раза на II—V мѣс.

въ сл. Mühsam	} матка найдена увеличенною на III мѣс.
Gaillard Thomas <sup>176</sup>	
Witten <sup>402</sup>	



въ сл. Polaillon <sup>302</sup> }  
 Fulcher <sup>423a</sup> } матка увеличена на V мѣс.  
 въ сл. Chevalier <sup>67</sup> величина матки была на V мѣс. 13 ctm.  
 въ сл. Purefoy <sup>310</sup> " " " " " 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> дюйм.

(Въ сл. Witten была найдена фиброзная опухоль матки, и послѣдъ прикрѣплялся на ней).

Нормальныхъ размѣровъ въ этомъ періодѣ матку нашли Тарновскій <sup>447</sup> и Васильевъ <sup>410</sup>. Во всякомъ случаѣ, изъ этого небольшого числа наблюденій видно, что и при брюшной беременности матка иногда достигаетъ довольно рано большихъ сравнительно размѣровъ (13 ctm.—14 ctm. длины).

Относительно смѣщенія матки вслѣдствіе развитія плоднаго мѣшка найдено, что матка была смѣщена:

внизъ (выпаденіе) 3 раза . . . . .	{	Teuffel <sup>367</sup>
		Gusserow <sup>146</sup>
		Br. Hicks <sup>41</sup>
внизъ (опущеніе) 1 разъ . . . . .	{	Deschamps <sup>91</sup>
впередъ " 2 раза . . . . .		O'Hara <sup>285</sup>
	{	Gaillard Thomas <sup>126f</sup>
впередъ и вверхъ 1 разъ . . . . .		Gaillard Thomas <sup>126m</sup>
впередъ и вправо 2 раза . . . . .		Freund V <sup>129</sup>
	{	Chevalier <sup>67</sup>
anteflexio. . . . 1 разъ . . . . .		Witten <sup>402</sup>
retroflexio . . . 1 " . . . . .		Mühsam <sup>267</sup>
норм. положеніе 1 ,, . . . . .		Тарновскій <sup>447</sup>
подвижность. . . 1 ,, . . . . .		Fulcher <sup>123</sup>

Смѣщеніе матки, зависящее отъ положенія опухоли по преимуществу въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ болѣе или менѣе срединно и иногда довольно низко, объясняетъ вышеприведенныя смѣщенія матки впередъ (4 раза), внизъ (3 раза), вверхъ (1 разъ), какъ болѣе частыя формы, тогда какъ боковое смѣщеніе и перегибъ матки назадъ встрѣчаются гораздо рѣже.



Decidua выдѣлилась изъ матки въ этомъ раннемъ періодѣ только 4 раза: въ случаѣ Freund'a <sup>120e</sup> на II—V мѣсяцѣ, въ случаѣ Lange <sup>206a</sup>—на III мѣс., въ сл. Gaillard Thomas'a <sup>126m</sup>—на III—IV мѣс. и O'Hara <sup>285</sup>—на V мѣсяцѣ. Изъ этого видно, что decidua при брюшной беременности хотя и образуется, но выдѣляется рѣдко въ теченіе первыхъ пяти мѣсяцевъ беременности.

Относительно самаго важнаго признака при объективномъ изслѣдованіи, этого, такъ сказать, corpus delicti внѣматочной беременности, т. е. самой опухоли плоднаго мѣшка, указанія найдены мною только 15 разъ:

1. Опухоль величиною съ головку плода на III—IV мѣс. . . . . G. Thomas <sup>126 m</sup>
2. Опухоль велич. съ головку плода, шарообразная, надъ лоннымъ соединеніемъ, на III м. . . . . Dahlmann <sup>80</sup>.
- 3 { Опухоль замѣчена самою больною на Сутугинъ <sup>445</sup>.
- 4 { III мѣсяцѣ . . . . . Deschamps <sup>81</sup>.
5. Опухоль велич. съ головку ребенка, мягкая, съ тяжами, въ заднемъ сводѣ, на IV м. . . . . Тарновскій <sup>447</sup>.
6. Опухоль растущая, слѣва (Haematocoele) на IV мѣс. . . . . White <sup>394</sup>.
- 7 { Замѣченъ больною постепенно увеличи-
- 8 { вающійся объемъ живота на IV м. . Butleau <sup>49</sup>.
- 9 {                   тоже           на V м. . Rouzol <sup>37</sup>.
10. Опухоль живота на 3 пальца выше симфиза, справа твердая, бугристая, ощущается черезъ задній сводъ отдѣльно отъ матки, на IV мѣсяцѣ . . . . . Weiss <sup>320</sup>.
11. Двѣ опухоли, одна—съ яблоко, на ножкѣ, слѣва, другая, флюктуирующая, менѣе подвижная, справа (сердцебіеніе), на V мѣс. Gu; chard.
12. Опухоль въ заднемъ Douglas'ѣ . . . Mühsam
13.                   тоже . . . . . G. Thomas VI.



14.                                   тоже                                   на V мѣс.                   О'Нага.  
15. Опухоль въ заднемъ сводѣ и слѣва въ  
животѣ выше пупка на V мѣс. . . . . Purefoy.

Трудно составить себѣ понятіе о ходѣ роста опухоли въ первые мѣсяцы беременности на основаніи этихъ немногочисленныхъ данныхъ, но тѣмъ не менѣе изъ нихъ видно, что опухоль иногда уже на III и IV мѣсяцѣ достигаетъ величины головки ребенка, причемъ ростъ ея—и вмѣстѣ съ нею увеличеніе живота,—становится рано замѣтнымъ для больной. При объективномъ же изслѣдованіи находили относительно часто въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, или черезъ брюшныя стѣнки, шарообразную, иногда подвижную, иногда флюктуирующую или твердую бугристую опухоль, не находящуюся въ связи съ маткою, причемъ иногда удается опредѣлить по консистенціи, пульсацію сосудовъ и присутствію тяжей прикрѣпляющійся въ Douglas'овомъ пространствѣ (сл. О'Нага и Тарновскаго) послѣдъ.

### Второй періодъ брюшной беременности.

Для описанія этого періода я воспользовался 108 случаями брюшной беременности.

Тогда какъ въ первомъ періодѣ субъективные признаки беременности вообще играли довольно видную роль, здѣсь страданія больной отходятъ, повидимому, на задній планъ, такъ какъ о боляхъ и разстройствѣ органовъ пищеваренія мы имѣемъ здѣсь не особенно много указаній. Правда, что изъ числа 23 случаевъ перваго періода, гдѣ были замѣчены боли, онѣ съ тѣмъ же характеромъ продолжали являться и въ этомъ періодѣ и описаны два раза (Chayé<sup>166</sup> и Teuffel<sup>167</sup>) появившимися на VI мѣсяцѣ; но эти боли, какъ мы увидимъ дальше, составляли только второстепенный симптомъ при другихъ, болѣе характеризующихъ этотъ періодъ явленіяхъ, какъ напр. движенія плода, ложные роды или другіе процессы, характеризующіе исходъ брюшной беременности, такъ какъ



большое число случаевъ брюшной беременности (57) оканчивается въ этомъ II-мъ періодѣ.

Точно также ничего почти новаго нельзя сказать относительно регулъ и другихъ выдѣленій изъ матки и о мѣстныхъ и общихъ разстройствахъ въ организмѣ брюшинно-беременной. Эти всѣ явленія, на которыя мы старались обратить вниманіе при изложеніи перваго періода, такъ какъ они составляли единственную точку опоры для постановки діагноза, здѣсь имѣютъ гораздо меньше значенія, въ виду появившихся положительныхъ признаковъ беременности и болѣе выраженныхъ объективныхъ признаковъ, на основаніи которыхъ больше, повидимому, имѣется возможности, — разъ уже беременность вообще не подлежитъ сомнѣнію, — отличить маточную беременность отъ внѣматочной вообще и брюшинной въ частности. Въ виду чего, остановившись вкратцѣ на видоизмѣненіяхъ патологическихъ явленій, которыя наблюдались уже въ первомъ періодѣ, я затѣмъ перейду къ описанію измѣненій матки, роста и характеристики опухоли внѣматочнаго плоднаго мѣшка, характерныхъ для этого періода ложныхъ родовъ и проявленій жизни и смерти плода.

Относительно *регулъ* въ этомъ періодѣ можно прибавить только, что онѣ продолжали отсутствовать тамъ, гдѣ ихъ не было въ первомъ періодѣ, и что онѣ вновь появились 6 разъ (Benicke<sup>24</sup>, Еджубовъ<sup>415</sup>, Chayé<sup>66a</sup>, Mc.Collom<sup>256</sup>, Wysin<sup>403</sup> и Carter<sup>57</sup>), и то только послѣ срока беременности, послѣ смерти плода и срочныхъ ложныхъ родовъ, т. е. тогда, когда брюшная беременность закончила свое прогрессивное развитіе и начались уже процессы регрессивные или исходные для брюшинной беременности.

Одинъ разъ только, въ случаѣ Carter'a<sup>57</sup>, безъ видимой причины онѣ возвратились и были неправильны съ VI по X мѣсяць (можетъ быть, это были патологическія кровотеченія). Кровотеченія наблюдались въ этомъ періодѣ или, вѣрнѣе, въ концѣ этого періода 10 разъ, и также послѣ смерти плода (5 разъ), при ложныхъ родахъ и послѣ нихъ (2 раза), при выходѣ *deciduae* 2 раза, и только одинъ разъ, въ случаѣ



Wysin'a, кровотечение происходило съ VI по VII мѣсяцъ въ замѣнъ правильныхъ регулъ. Въ случаѣ Carter'a<sup>57</sup> b, послѣ смерти плода и кровотечения на VI мѣсяцѣ, наблюдалось съ VI—IX мѣсяцъ гнойное истечение изъ половыхъ органовъ.

Общее состояніе больныхъ во второмъ періодѣ названо хорошимъ въ 2 случаяхъ (Dahlmann<sup>80</sup> и Еджубовъ) при жизни плода. Лихорадочное состояніе 6 разъ отмѣчено въ началѣ исходнаго періода, при ложныхъ родахъ и смерти плода.

Коляпсъ наблюдался въ случаѣ Gusserow'a<sup>146</sup> при смерти плода.

Обморокъ во время ложныхъ родовыхъ болей тоже одинъ разъ (Сутугинъ<sup>445</sup>).

Перитонитъ наблюдался въ этомъ періодѣ всего только 4 раза (Polaillon<sup>302</sup>, Freund<sup>120</sup>, Teuffel<sup>367</sup>, Гугенбергеръ<sup>414</sup>) раньше срока и 1 разъ (Cederschjöld<sup>71</sup>) какъ результатъ разрыва плоднаго мѣшка.

Phlegmasia alba dolens 2 раза (Polaillon<sup>302</sup>, Guichard<sup>145</sup>). Отекъ одной только лѣвой ноги 1 разъ (Macdonald<sup>236</sup>). Это явленіе—скажу между прочимъ—Antoine Petit<sup>298</sup> считалъ характернымъ признакомъ внѣматочной беременности. Небольшое количество данныхъ относительно общаго состоянія здоровья при разбираемой нами формѣ беременности зависитъ, главнымъ образомъ, оттого, что вообще брюшная беременность въ первыхъ двухъ періодахъ сравнительно рѣдко подвергается врачебному наблюденію, а это обстоятельство допускаетъ, мнѣ кажется, выводъ, что женщина при этой формѣ беременности чувствуетъ себя относительно хорошо, и если она уже раньше была беременна, то не замѣчаетъ особенно рѣзкой разницы между предшествовавшими и настоящею своею беременностью. Дальше мы увидимъ, что цифра наблюдающихся случаевъ увеличивается для исходнаго періода послѣ срока окончанія беременности и ложныхъ родовъ, которые впервые даютъ возможность больнымъ заподозрить рѣзкую аномалію послѣдней беременности, протекшей, повидимому, нормально.



О состояніи матки въ этомъ періодѣ мы располагаемъ слѣдующими данными:

Матка была:

- 1) немного увеличена на VI мѣс. . . . . Freund<sup>120</sup>, сл. IX
- 2) немного увеличена на VIII мѣс. . . . . Lange<sup>206</sup> сл. I
- 3) увеличена на V—VII мѣс. . . . . Barnes<sup>18</sup>
- 4) увеличена на X м. (на вскрытіи) . . . Гугенбергеръ<sup>414</sup>
- 5) увеличена въ срокъ . . . . . Rousseau<sup>329</sup>
- 6) увеличена . . . . . } Gousserow<sup>146</sup>
- 7) увеличена . . . . . }
- 8) увеличена въ 2 раза на IX—X мѣс. . Freund<sup>120b</sup>
- 9) увеличена—5 дюймовъ длины—на VII м. Macdonald<sup>236</sup>
- 10) увеличена—9 ctm. или 4 дюйма—на V м. Möricke<sup>263</sup>
- 11) увеличена до 12 ctm. длины и 10 ctm.  
ширины въ срокъ окончанія беремен-  
ности (на вскрытіи). . . . . Cederschjöld<sup>71</sup>
- 12) увеличена какъ на 2-мъ мѣс. беремен-  
ности во время ложныхъ родовъ. . Rutledge<sup>332</sup>
- 13) увеличена 10 ctm. въ срокъ . . . . . Löhlein<sup>227</sup>
- 14) не увеличена на VI мѣс. . . . . Br.Hicks<sup>41</sup>
- 15) не увеличена на X мѣс. . . . . Dahlmann<sup>80</sup>

Изъ этой таблицы мы видимъ, что матка изъ 15 случаевъ въ 13-ти была увеличена. Наибольшая величина ея опредѣляется цифрами въ 4 дюйма на V мѣсяцѣ, въ 5 дюймовъ на VII мѣс. Въ срокъ окончанія беременности длина матки достигаетъ 10 — 12 ctm. длины, иногда же матка бываетъ въ 2 раза больше нормальной.

Смѣщенія матки:

- 1) вверхъ и влѣво на VII мѣсяцѣ. . Chayé<sup>66</sup>
- 2) впередъ и вправо на VI мѣс. . . . . Freund<sup>120</sup>, сл. IX
- 3) впередъ и влѣво на V—VI мѣс. . . Barnes<sup>18</sup>
- 4) вправо на X мѣсяцѣ . . . . . Cederschjöld<sup>51</sup>
- 5) впередъ . . . . . Сутугинъ<sup>445</sup>
- 6) внизъ (выпаденіе) . . . . . Гугенбергеръ<sup>414</sup>
- 7) то-же . . . . . Br.Hicks<sup>41</sup>



Хотя Deraul считаетъ смѣщеніе матки важнымъ признакомъ для отличія нормальной беременности отъ брюшной, оно наблюдается, повидимому, рѣдко въ этомъ періодѣ; изъ 7 нашихъ случаевъ, матка была смѣщена въ сторону 4 раза, впередъ 3 раза, внизъ 2 раза и вверхъ 1 разъ.

Подробное изслѣдованіе внѣматочной плодной опухоли мы нашли 6 разъ въ этомъ періодѣ:

1. На VI мѣсяцѣ: опухоль съ дѣтскую головку, круглая, эластическая, чувствительная, сросшаяся съ окружающими органами; признаки жизни плода объективно не опредѣляются, хотя движенія плода ощущаются больно. (Случай Freund'a<sup>120</sup> IX).

2. На VII мѣсяцѣ: опухоль въ крестцовой впадинѣ съ ясно ощущаемыми движеніями плода, причемъ, однако, части плода не прощупываются. (Случай Chayé, l. c. p. 80).

3. На VII—VIII мѣс. опухоль живота подвижная выше пупка; плодъ лежалъ во второмъ поперечномъ положеніи; активныя движенія его ясно опредѣлялись; слѣва ниже пупка и черезъ задній сводъ vaginae опредѣлялась другая опухоль, эластическая, зависящая отъ помѣщающагося здѣсь послѣда. (Случай Guichard'a<sup>145</sup>).

4. На VII мѣс. опухоль въ лѣвой сторонѣ живота, продолговатая, простирающаяся изъ лѣвой паховой области до края ложныхъ реберъ, съ ясно ощущаемыми движеніями плода. (Сл. Charpant'a<sup>63</sup>).

5. На IX мѣс. опухоль, расположенная срединно въ животѣ и отдѣльно отъ матки въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ; головка плода прощупывается въ правомъ паху, плодъ мертвый. (Случай Сутугина<sup>414</sup>).

6. На X мѣсяцѣ при вскрытіи найдена опухоль живота въ 12 и 8 дюймовъ діаметра, простирающаяся изъ задняго Дугласоваго пространства до желудочной области, сросшаяся съ окружающими частями и нагноившаяся.

Изъ этого небольшого числа случаевъ все-таки же можно составить себѣ нѣкоторое понятіе о тѣхъ данныхъ, которыя получаютъ при изслѣдованіи плоднаго мѣшка въ этомъ пе-



ріодъ. На 6-мъ мѣсяцѣ небольшая опухоль (съ головку ребенка) быстро растетъ въ теченіе второй половины беременности, слѣдую увеличенію объема плода, если онъ живъ. Къ концу беременности опухоль занимаетъ большую часть полости живота, причемъ въ ней уже съ VII-го мѣсяца удастся прощупать части плода, опредѣлить движенія и сердцебіеніе плода.

Въ виду немногихъ несомнѣнно характерныхъ для вѣматочной беременности признаковъ находится образованіе и выдѣленіе изъ матки *deciduae verae*. Это явленіе настолько важно, что оно обращаетъ вниманіе не только врачей, но и больныхъ, и потому относительно его мы обладаемъ большимъ количествомъ наблюденій, чѣмъ относительно разобранныхъ нами выше симптомовъ. Интересно также, въ виду большого разногласія авторовъ, не только опредѣлить частоту образованія *deciduae*, но и обстоятельства, сопровождающія выдѣленіе ея изъ матки.

Изъ общаго числа 120 случаевъ брюшной беременности, въ 4-хъ случаяхъ *decidua* выдѣлилась, какъ мы уже говорили выше, въ теченіе перваго періода беременности. Въ разбираемомъ нами второмъ періодѣ объ отпадающей оболочкѣ мы имѣемъ слѣдующія свѣдѣнія въ 20-ти случаяхъ:

*Decidua* или часть ея выдѣлилась:

1. Между II и V мѣсяцами при повторныхъ кровотеченіяхъ. (Случай Freund'a<sup>120</sup> V).
2. На III мѣс., при кровотеченіи сгустками, плодъ остался живъ (Lange<sup>206</sup>, сл. I).
3. При явленіяхъ угрожающаго разрыва плоднаго мѣшка на 6-мъ мѣсяцѣ (O'Hara<sup>285</sup>).
4. Въ концѣ III-го мѣсяц. при кровотеченіи (Gaillard Thomas<sup>526</sup>, XII).
5. На V мѣс. при смерти плода и боляхъ (Chalmers<sup>61</sup>).
6. На VII мѣс. при кровотеченіи и смерти плода (Klau<sup>196</sup>).
7. На VIII мѣс. — ребенокъ остался живъ (Carter<sup>57</sup>, I).
8. На VIII мѣс. при явленіяхъ выкидыша и очень сильномъ кровотеченіи (Charpman<sup>63</sup>).



9. На VIII мѣс. при явленіяхъ ложныхъ родовъ и черезъ мѣсяць почти послѣ смерти плода (Ribemont<sup>318</sup>).
10. На VIII мѣс. безъ ложныхъ родовъ (Сутугинъ<sup>445</sup>).
11. На IX мѣс.—плодъ остался живъ, не смотря на ложные роды, которые были за мѣсяць раньше выдѣленія deciduae (Lange<sup>206</sup> II).
12. Въ срокъ окончанія беременности при ложныхъ родахъ и 18 дней послѣ смерти плода (Gusserow<sup>146</sup>).
13. Вѣроятно, при срочныхъ ложныхъ родахъ, вмѣстѣ со сгустками крови (Bouzol<sup>37</sup>).
14. Въ срокъ окончанія беременности при кровотеченіи, плодъ умеръ уже на VI мѣсяцѣ беременности (Weinlechner<sup>389</sup>).
15. Въ срокъ окончанія беременности при ложныхъ родовыхъ боляхъ и кровотеченіи, ребенокъ остался живъ (?) (Teuffel<sup>367</sup>).
16. Въ срокъ конца беременности при ложныхъ родахъ и смерти плода (Толочиновъ<sup>448</sup>, II).
17. Въ срокъ, при ложныхъ родахъ, кровотеченіи, причѣмъ констатированы сокращенія матки и плодъ умеръ (Gusserow<sup>147</sup>).
18. Послѣ срока (Benicke<sup>24</sup>).
19. Послѣ срочныхъ ложныхъ родовъ черезъ недѣлю (Löhlein-Hofmeister<sup>227</sup>).
20. Послѣ срока и черезъ 22 дня послѣ ложныхъ родовъ (Chauvenet et Negri<sup>5</sup>).
21. Decidua выдѣлилась (Möricke<sup>235</sup>).
22. При кровотеченіи на VIII м. (Deschamps<sup>91</sup>).
23. Послѣ срока и смерти плода (Толочиновъ<sup>448</sup>, III).
24. Decidua на VII мѣс. найдена при вскрытіи въ неувеличенной маткѣ (Br. Hicks<sup>41</sup>).

Изъ этой таблицы видно, что образованіе deciduae наблюдается при брюшной беременности довольно часто: на 120 случаевъ 24 раза, что составляетъ 20% случаевъ.



Выдѣленіе ея произошло:

между II и V мѣсяцами . . . . .	5 разъ
на VII-мъ мѣсяцѣ . . . . .	2 раза
„ VIII-мъ „ . . . . .	5 разъ
„ IV-мъ „ . . . . .	1 „
въ срокъ окончанія беременности	6 „
послѣ срока . . . . .	4 раза

Изъ этого можно вывести заключеніе, что при брюшной беременности *decidua* выдѣляется позже, чѣмъ при трубной, а именно послѣ пятого мѣсяца и чаще всего въ срокъ окончанія беременности.

Выдѣленіе *deciduae* сопровождается обыкновенно кровотеченіями, иногда очень сильными (сл. Charpman'a), и не находится въ неразрывной связи со смертью плода, такъ какъ 4 раза плодъ пережилъ этотъ процессъ, и нѣсколько разъ *decidua* выдѣлилась долго спустя послѣ смерти плода. Ложныя родовыя боли не обязательно сопровождаютъ выдѣленіе *deciduae*, которое, какъ констатировано Gussegow'ымъ, зависитъ отъ сокращеній матки.

### Л о ж н ы е р о д ы .

Къ сроку окончанія нормальной беременности, т. е. къ концу 10-го мѣсяца, и при внѣматочной беременности наблюдается картина родоваго акта, настолько похожая на нормальные начинающіеся роды, что не только больныя, но и врачи иногда вводятся въ заблужденіе. Разумѣется, этотъ актъ не заканчивается рожденіемъ ребенка, и потому онъ-то именно и выясняетъ діагнозъ въ сомнительныхъ случаяхъ. Безуспѣшность этой родовой дѣятельности наводитъ иногда впервые на мысль о ненормальности данной беременности. Ложныя роды (*spurious labor, faux travail*) заслуживаютъ особеннаго вниманія при объясненіи причины наступленія нормальныхъ срочныхъ родовъ, и правильность ихъ наступленія



обыкновенно вполнѣ въ срокъ окончанія беременности опровергаетъ лучше всякихъ разсужденій всѣ теоріи наступленія родовъ, ставящія ихъ въ связь съ извѣстными измѣненіями матки, со зрѣлостью или смертью плода и т. д., и заставляетъ искать новыя, болѣе подходящія объясненія.

Barnes <sup>16</sup> ищетъ объясненія для наступленія родовъ въ состояніи раздражительности центральной нервной системы; профессоръ Славянскій <sup>440</sup> также высказывается за причину родовъ, зависящую отъ нервной системы, тогда какъ другіе авторы видятъ причину ложныхъ родовъ, согласно взгляду Schröder'a на нормальные роды, въ жировомъ перерожденіи deciduae, образующейся въ маткѣ при вѣматочной беременности. Но мы уже видѣли, что тѣсной связи между выдѣленіемъ deciduae, смертью плода и ложными родами не существуетъ: эти три явленія могутъ наблюдаться и совершенно отдѣльно, и очевидно, слѣдовательно, не составляютъ комплекса явленій, зависящаго отъ одной общей причины.

Мы здѣсь, слѣдовательно, не будемъ долѣе останавливаться на объясненіи этихъ загадочныхъ явленій, а прямо обратимся къ фактамъ, лучше всякихъ теорій выясняющимъ дѣйствительность.

На 120 случаевъ брюшной беременности о ложныхъ родахъ указанія имѣются 67 разъ слѣдующія:

ложные роды наступили въ срокъ . . .	35 разъ
ложные роды наступили на VIII м. бер. . .	12 „
ложныхъ родовъ вовсе не было. . . . .	20 „

Изъ этого видно, что ложные роды нерѣдко бываютъ преждевременными и довольно часто могутъ и вовсе отсутствовать.

Посмотримъ, какія явленія наблюдаются одновременно съ безуспѣшными родовыми болями.

Срочные ложные роды сопровождались:

21 разъ смертью плода.

4 раза ребенокъ умеръ раньше.

4 раза ребенокъ остался живъ.

Только 4 раза ложные роды сопровождались выходомъ



deciduae: при смерти плода 3 раза и 1 разъ при жизни плода.

Одинъ разъ при этомъ наблюдалось прямо сокращеніе матки (Gusserow<sup>147</sup>).

Кровотеченіе изъ матки было 7 разъ.

Одинъ разъ выпаденіе матки, и 2 раза только она была открыта.

Мы видимъ, слѣдовательно, что ложные роды далеко не всегда сопровождаются выходомъ deciduae, и хотя наблюдалось при нихъ сокращеніе матки, но только одинъ разъ, и нельзя пока сказать, чтобы это сокращеніе и было причиною клинической картины срочныхъ родовъ. Смерть плода часто сопровождала эти роды, но они наблюдались также и послѣ смерти плода, и при жизни его, что даетъ тоже право сомнѣваться въ причинѣ родовъ, зависящей отъ состоянія плода. Ложные роды, однако, 12 разъ на 67 случаевъ были преждевременными, что, повидимому, зависѣло отъ ранней смерти плода, и ни разу при этомъ не замѣчено выхода deciduae. Чаше они бывали на VIII мѣс., и раньше VI мѣсяца не наблюдались. Здѣсь еще труднѣе опредѣлить причину ихъ наступленія. Два раза только они, повидимому, обусловлены были травмою.

Кромѣ того, 25 разъ не наблюдалось вовсе ложныхъ родовыхъ болей. Правда, что въ нѣкоторыхъ изъ нихъ смерть матери произошла рано, но 2 раза вышла decidua и 2 раза умеръ плодъ безъ ложныхъ родовъ; 8 разъ смерть плода произошла раньше. Повидимому, преждевременная смерть плода какъ будто предшествуетъ наступленію ложныхъ родовъ. Разнообразіе и непостоянство только-что перечисленныхъ признаковъ не даютъ, разумѣется, возможности на нихъ основывать характеристику ложныхъ родовъ. Причину ихъ наступленія нельзя пока еще опредѣлить; во всякомъ случаѣ нельзя согласиться съ Baumgarten'омъ<sup>21</sup>, который полагаетъ, что „о родовыхъ боляхъ можно говорить только когда выдѣляется decidua, и сущность родовыхъ болей лежитъ въ сокращеніяхъ матки“. Это мнѣніе основано на одномъ дѣйствительно крайне



рельефномъ наблюдении Gusserow'a, но зато есть также тщательныя наблюденія (Rutledge<sup>332</sup>), гдѣ сокращеній матки во время ложныхъ родовъ не наблюдалось. Относительно же отдѣленія deciduae мы видѣли, что оно рѣдко сопровождаетъ ложные роды: изъ нашихъ 35 срочныхъ ложныхъ родовъ оно наблюдалось только 3 раза (сл. Gusserow'a<sup>117</sup>, Teuffel'a<sup>367</sup> и Bouzol<sup>37</sup>). Главный признакъ и сущность ложныхъ родовъ представляютъ боли, которыя обыкновенно имѣютъ характеръ періодическихъ, перемежающихся схватокъ, вообще по характеру своему похожихъ на нормальныя родовыя боли въ первые 2 періода родовъ. Продолжительность ложныхъ родовъ бываетъ очень разнообразна, отъ 36 часовъ (сл. Mc. Collom<sup>256</sup>) до нѣсколькихъ недѣль (Rutledge<sup>332</sup>). Parry<sup>294</sup> нашелъ нѣсколько случаевъ, гдѣ ложные роды наступали повторно черезъ 12 дней, черезъ 4—6 недѣль и больше (р. 112). Послѣ сопровождавшаго роды кровотеченія, какъ уже указывалъ Parry, иногда бываетъ отдѣленіе ex sexualibus, похожее на lochia. Изъ собранныхъ мною случаевъ только одинъ разъ подобное явленіе наблюдалось Carter'омъ<sup>57</sup>.

*Жизнь плода.* Первые признаки жизни плода, какъ и при нормальной беременности, обыкновенно появляются около V-го мѣсяца беременности. Изъ моихъ 120 случаевъ только 91 случай можетъ войти въ счетъ при разборѣ явленій, относящихся къ жизни плода. *Движенія* плода отмѣчены 40 разъ. Они замѣчались всегда съ конца IV-го или начала V-го мѣсяца и были болѣзненны для матери 5 разъ (въ случаяхъ Schade<sup>337</sup>, Jessop'a<sup>190</sup>, Angello Leite<sup>218</sup>, Freund<sup>120</sup>, Gusserow<sup>146</sup>). Въ случаѣ Юзефовича<sup>454</sup> шевеленіе ребенка стало болѣзненно только при наступленіи ложныхъ родовъ. Кромѣ того, 2 раза (Rousseau<sup>329</sup>, Galli<sup>130</sup>) движенія плода были сильныя. Въ случаѣ Lange<sup>206</sup> съ появленіемъ движеній ребенка здоровье матери ухудшилось, и, напротивъ того, боли, ощущавшіяся больною, стихли при появленіи движеній плода въ случаѣ Гугенбергера<sup>414</sup>. Что шевеленіе плода не всегда опредѣлялось объективно, а чаще только было явленіемъ субъективнымъ—это не удивительно: такой особенно рельефный случай наблюдался



Freund'омъ <sup>120</sup>; зато гораздо удивительнѣе отсутствіе всякаго субъективнаго ощущенія при несомнѣнномъ констатированіи движеній плода путемъ объективнаго изслѣдованія на VIII-мъ мѣсяцѣ беременности въ случаѣ Charpant'a <sup>63</sup>. Шевеленіе плода вовсе не наблюдалось въ случаѣ Богаевского <sup>409</sup> и Freund'a <sup>120m</sup>.

Далеко не такъ постоянно наблюдается *сердцебиеніе* вѣматочнаго плода; оно въ моихъ случаяхъ брюшной беременности наблюдалось только всего 4 раза—въ случаяхъ Guichard'a <sup>145</sup>, Тожичинова <sup>448</sup>, Carter'a <sup>57</sup> и Polaillon <sup>302</sup>. Въ случаѣ Chayé <sup>66b</sup> плодъ былъ несомнѣнно живой, такъ какъ шевеленіе его опредѣлялось объективно, и тѣмъ не менѣе сердцебиеніе его на VII мѣсяцѣ не было слышно. Подобное явленіе, по Deraul'ю, объясняется положеніемъ плода спинкою взадъ.

*Плacentарный шумъ* наблюдается тоже рѣдко—всего 2 раза (въ случаяхъ Polaillon'a <sup>302</sup> и Br. Hicks'a <sup>41</sup>) на VI мѣс. беременности. Шумъ этотъ зависитъ отъ плacentарнаго кровообращенія, но онъ можетъ быть не слышенъ, если послѣдъ прикрѣпляется не на передней стѣнкѣ живота. *Баллотированіе плода*, повидимому, не можетъ считаться вѣрнымъ и постояннымъ признакомъ вѣматочной беременности, какъ это думаетъ Gaillard Thomas <sup>126</sup>, такъ какъ оно наблюдалось довольно рѣдко (въ случаяхъ Gaillard Thomas'a <sup>126 c-b</sup>, Rousseau <sup>328</sup>, Lange <sup>206</sup>).

*Смерть плода.* Обыкновенно говорятъ, что именно при брюшной беременности плодъ болѣе или менѣе достигаетъ полнаго развитія и умираетъ только, при наступленіи ложныхъ родовъ, въ нормальный срокъ окончанія беременности. Провѣряя это мнѣніе на основаніи фактическихъ данныхъ нашихъ 120 случаевъ брюшной беременности, мы находимъ, что въ 40 случаяхъ время наступленія смерти плода осталось неизвѣстнымъ, въ остальныхъ же 80 случаяхъ можно различить три категоріи: 1) случаи, гдѣ плодъ умеръ раньше срока окончанія беременности, 2) въ срокъ и 3) сомнительные случаи, гдѣ плодъ, повидимому, пережилъ срокъ окончанія нор-



мальной беременности (случаи Teuffel <sup>367</sup>, Atkinson <sup>\*</sup>, Czaplicki <sup>452</sup> и Thissen <sup>369</sup>).

Смерть плода наступила:

на III мѣсяцѣ	2	раза
„ IV „	4	„
„ V „	6	„
„ VI „	5	разъ
„ VII „	10	„
„ VIII „	14	„
„ IX „	7	„
Раньше срока	2	раза

50 разъ.

Въ срокъ . . . . . 30 „

Неизвѣстно когда . . . . . 35 „

Плодь убитъ на VI мѣсяцѣ 1 разъ.

„ „ рано „ 1 „

Плодь жилъ до операціи на

VIII и XI мѣсяц. . . . . 3 раза.

Мы видимъ, что смерть плода на 80 разъ наступила въ большинствѣ случаевъ ( 50 р.) до наступленія срока беременности, что до нѣкоторой степени опровергаетъ установившееся вышеприведенное мнѣніе о созрѣваніи плода при брюшной беременности; но все-таки же и на основаніи вышеприведенныхъ цифръ оказывается, что въ большинствѣ случаевъ при брюшной беременности плодь достигаетъ періода жизнеспособности, т. е. VII-го и VIII-го мѣсяцевъ. Интересно знать, какія причины обуславливаютъ здѣсь смерть плода: главная причина смерти плода въ срокъ беременности лежитъ, разумеется, въ тѣхъ экспульсивныхъ движеніяхъ, которыя сопровождаютъ ложные роды и обусловленное ими отдѣленіе послѣда и плацентарное кровотеченіе \*). Ранняя смерть плода

\*) Случай Cusserow'a <sup>146</sup>.



наступает: 1) при разрывѣ плоднаго мѣшка; 2) при преждевременныхъ ложныхъ родахъ; 3) при выдѣленіи *deciduae* и другихъ случайныхъ причинахъ, какъ травма и т. п.

### Третій періодъ брюшной беременности.

Брюшная беременность не всегда заканчивается въ нормальный срокъ окончанія маточной беременности; напротивъ того, именно то обстоятельство, что роды оказались ложными, и составляетъ характеристику внѣматочной беременности. Этотъ третій періодъ можно, пожалуй, сравнить съ послѣродовымъ періодомъ и назвать его періодомъ исходнымъ.

Въ организмѣ матери начинаются процессы обратной инволюціи и стремленія элиминировать мертвый плодъ.

Не говоря пока еще объ элиминаціи плода, мы остановимся сначала на измѣненіяхъ въ организмѣ матери въ этомъ періодѣ.

Регулы послѣ ложныхъ родовъ обыкновенно возвращаются, но матка, бывшая увеличенною, не всегда претерпѣваетъ обратную инволюцію.

Такъ, мы находимъ, что матка была:

- 1) не увеличена черезъ  $2\frac{1}{2}$  мѣсяца послѣ срока. Bouzol <sup>37</sup>
- 2) длиною  $4\frac{1}{2}$  cm. черезъ 3—4 мѣс.. . . . Polaillon <sup>301</sup>
- 3) длиною 3 дюйма черезъ 1 мѣс. . . . . Толочиновъ <sup>448b</sup>
- 4) нормальной величины на 1 мѣс.. . . . Michie <sup>250</sup>
- 5) атрофирована черезъ 4 мѣс. . . . . Богаевскій <sup>401</sup>
- 6) норм. величины черезъ 1 годъ послѣ зачатія. Bergwall <sup>26</sup>
- 7) нормальной черезъ 10 лѣтъ. . . . . Paschal <sup>295</sup>
- 8) увеличена (какъ на 5 мѣсяцѣ беременности)  
черезъ 6 мѣс. послѣ срока и смерти плода  
на VII мѣс. бер. . . . . Толочиновъ <sup>447</sup>
- 9) увеличена чрезъ 4 года послѣ срока . . . Bell <sup>22</sup>
- 10) длиною 9 cm. черезъ  $\frac{1}{2}$  года послѣ срока. Teuffel <sup>367</sup>
- 11) увеличена черезъ 4 мѣс. послѣ срока. . Müller <sup>268 d.</sup>



Въ этихъ 11 случаяхъ матка, слѣдовательно, послѣ срока была 5 разъ нормальной величины, 2 раза меньше нормы и 4 раза осталась увеличенною послѣ X мѣс. беременности. О положеніи матки имѣются въ 10 случаяхъ слѣдующія свѣдѣнія. Матка была смѣщена:

впередъ и влѣво . . . . .	1 разъ	Толочиновъ <sup>443b</sup>
впередъ и внизъ. . . . .	1 „	Carter <sup>57</sup>
внизъ выпаденіе передн. стѣнки vaginae		
черезъ 6 мѣс. послѣ срока . . .	1 „	Benicke <sup>24</sup>
взадъ черезъ 3—4 м. послѣ срока.	2 раза	Polaillon <sup>302</sup>
впередъ. . . . .	2 „	Priestley
вверхъ черезъ 7 м. послѣ срока. .	1 разъ	Czaplicki <sup>412</sup>
влѣво черезъ 2—3 мѣс. . . . .	1 „	Bergwall <sup>26</sup>
Матка не смѣщена . . . . .	1 „	Michie <sup>260</sup>

Мы имѣемъ на 10 случаевъ 9 разъ смѣщеніе матки и только одинъ разъ нормальное ея положеніе. Направленіе смѣщенія было 4 раза впередъ, 3 раза внизъ, 2 раза влѣво, 1 разъ вверхъ и 1 разъ назадъ.

Маточная шейка найдена короткою 1 разъ (Benicke<sup>24</sup>) и зѣвъ открытымъ 1 разъ (Bell<sup>22</sup>). При изложеніи симптомовъ перваго періода мы уже говорили о симпатическихъ измѣненіяхъ, наблюдаемыхъ въ грудныхъ железахъ при брюшной беременности; въ исходномъ періодѣ имѣются также данныя по этому вопросу. Отдѣленіе молока наблюдалось послѣ смерти плода 6 разъ (въ случ. Толочинова<sup>448</sup>, Carter'a<sup>57</sup>, Chayé<sup>166b</sup>, Angello Leite<sup>218</sup>, Сутугина<sup>445</sup> и Pinard'a<sup>300</sup>). Одинъ разъ молоко пропало послѣ ложныхъ родовъ (сл. Толочинова<sup>448b</sup>). Для охарактеризованія разбираемаго нами періода беременности, который аналогиченъ послѣродовому періоду при маточной беременности, необходимо хотя вкратцѣ еще остановиться на измѣненіяхъ, замѣчаемыхъ тотчасъ послѣ ложныхъ родовъ или послѣ смерти плода въ опухоли плоднаго мѣшка, тогда какъ различныя послѣдовательныя ея измѣненія будутъ разобраны отдѣльно, при изложеніи исходовъ брюшной беременности.



Плодный мѣшокъ послѣ ложныхъ родовъ и смерти плода обыкновенно уменьшается въ объемѣ, и это считается весьма важнымъ діагностическимъ признакомъ вѣматочной беременности. Изъ 44 случаевъ уменьшеніе опухоли замѣчено въ 10 случаяхъ, и такъ какъ оно зависитъ отъ всасыванія отдѣлившейся при жизни плода околоплодной жидкости, то, разумеется, въ этихъ же случаяхъ замѣчено и уменьшеніе флюктуацин, иногда до полного ея исчезновенія, какъ это было въ случаѣ Bergwall'a <sup>16</sup>, черезъ 3 мѣсяца послѣ срока окончанія беременности. Но въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ подъ вліяніемъ неизвѣстной пока еще причины,—вѣроятно, вслѣдствіе раздраженія опухоли при безуспѣшномъ экспульсивномъ движеніи во время ложныхъ родовъ,—иногда тотчасъ послѣ нихъ развиваются различные воспалительные процессы въ плодномъ мѣшкѣ и опухоль даже увеличивается въ объемѣ, какъ это наблюдалось въ случаѣ Pinard'a <sup>300</sup>, вслѣдствіе быстро наступившаго нагноенія въ плодномъ мѣшкѣ; въ случаѣ же Gusserow'a <sup>146</sup> также замѣчено быстрое увеличеніе опухоли при ложныхъ родахъ и тотчасъ послѣ нихъ, которое обусловлено плацентарнымъ кровотеченіемъ въ полость мѣшка.

Общее состояніе больной представляетъ послѣ ложныхъ родовъ рѣзкія отклоненія отъ нормы. Часто наблюдаются лихорадочное состояніе, боли, и иногда довольно рано наступаютъ септические и піемические явленія, зависящія отъ нагноенія мѣшка, главнымъ же образомъ явленія, характеризующія начинающееся воспаленіе брюшины по окружности плоднаго мѣшка, и потому подвижность опухоли, если она прежде замѣчалась, становится меньше. Крайне интересенъ въ этомъ отношеніи случай проф. Крассовскаго, гдѣ подвижность опухоли затрудняла постановку правильнаго діагноза, хотя она была ложная и зависѣла отъ отека забрюшинной кѣтчатки. Въ теченіе этого ложнаго послѣродоваго періода развивается тромбозированіе плацентарныхъ сосудовъ, вслѣдствіе чего исчезаетъ шумъ сосудовъ послѣда, если онъ раньше выслушивался. Во всякомъ случаѣ, слѣдуетъ помнить объ этомъ ложно-пуэрперальномъ состояніи беременной, такъ какъ



оно считалось нѣкоторыми авторами—напр. Parry и Litzmann'омъ—противопоказаніемъ къ оперативному вмѣшательству.

### Исходы брюшной беременности.

Брюшная беременность можетъ окончиться въ каждомъ изъ 3-хъ принимаемыхъ нами періодовъ либо выздоровленіемъ, либо смертью матери, причемъ исходъ этотъ можетъ быть или результатомъ естественнаго теченія болѣзни, или обусловливаться тѣмъ или другимъ вмѣшательствомъ врача. Но такъ какъ врачебная помощь обыкновенно является необходимою уже тогда, когда сама природа намѣтила, такъ сказать, тотъ или другой исходъ, то и леченные случаи могутъ войти въ статистику исходовъ, — разумѣется, если окончательный результатъ не находился въ прямой причинной связи съ даннымъ леченіемъ. Во всякомъ случаѣ, мнѣ кажется, что трудно доказать, чтобы врачи особенно часто оперировали при внематочной беременности; напротивъ, исторія учитъ насъ, что при данномъ страданіи черезчуръ много полагались на цѣлебную силу природы и приступали обыкновенно тогда только къ энергическому вмѣшательству, когда уже стремленія природы оказывались недостаточными или даже прямо гибельными для больной.

Благопріятное вліяніе терапіи на теченіе внематочной беременности, какъ мы увидимъ дальше, можно доказать и прямымъ вычисленіемъ.

Изъ нашихъ 120 случаевъ брюшной беременности

въ I-мъ періодѣ	закончились	12 случаевъ
во II-мъ	„	51 случай
въ III-мъ	„	57 случаевъ.

Ради наглядности представляю здѣсь исходы собранныхъ мною 120 случаевъ брюшной беременности въ видѣ слѣдующей таблицы:



Таблица исходовъ брюшной вѣмноточной беременности.

№	Плодъ.	Первоначальный исходъ.	Послѣдовательный исходъ.	Операцин.	Результатъ.	Авторы.
1.	—	Разрывъ мѣшка на III мѣсяцѣ.	—	—	Смерть	Witten, № 402.
2.	—	Разрывъ мѣшка на III мѣсяцѣ (совпалъ со врем. регул.).	—	—	Смерть	Mühsam, № 267.
3.	—	Разрывъ мѣшка на V мѣсяцѣ (отъ травмы).	—	—	Смерть	Fulcher, № 123a.
4.	—	Угрожающій разрывъ мѣшка на V мѣсяцѣ (послѣ выдѣленія deciduae).	—	Элирот.	Смерть отъ кровотеч.	O'Hara, № 285.
5.	—	Разрывъ мѣшка на VI мѣсяцѣ.	Eliminatio per gestum на IX мѣс.	—	Выздор.	Толочиновъ, № 448a.
6.	—	Разрывъ мѣшка на VII мѣсяцѣ (въ обла- сти прикрѣпленія послѣда).	—	Лапарот.	См.	Brax. Hicks, № 41.
7.	—	Разрывъ (?) на VIII мѣс.	—	—	См. вне- запная.	Laroeyenne, № 207.
8.	—	Разрывъ мѣшка на IX мѣс.	—	—	См.	Guichard, № 145.
9.	—	Разрывъ мѣшка на X мѣс. во время ложн. родовъ.	—	—	См.	Юзефовичъ, № 454.



№	Плодь.	Первоначальный исходъ.	Послѣдовательный исходъ.	Операци.	Результатъ.	Автори.
10.	—	Разрывъ мѣшка въ срокъ.	—	—	См.	Cederschjöld, № 71.
11.	—	Перитонитъ на III—IV мѣс.	—	—	См.	Васильевъ, № 410.
12.	См. плода на III мѣс.	Перитонитъ на III—V мѣс.	Непроходимость кишечникаъ.	—	См.	Chevalier, № 67.
13.	—	Перитонитъ септический (послѣ выдѣленія deciduae).	—	Лапарот.	См.	Freund, № 120e.
14.	См. плода на IV мѣс.	Перитонитъ.	—	Punctio.	См. на VI мѣс.	Tarnowsky, № 447.
15.	См. плода на IV мѣс.	Перитонитъ.	Eliminatio per vesicam urin.	Uretroex-tractio.	Выздор.	White, № 394.
16.	См. плода на V—VI мѣс.	Перитонитъ, разложене мѣшка на IV мѣс.	—	—	См.	Barnes, № 18.
17.	—	Перитонитъ. Воспаление мѣшка и разложене плода вскорѣ послѣ срока.	—	Punctio. Kolpotomia	Выздор.	Harrison, № 157.
18.	—	Перитонитъ. Воспаление мѣшка и разложене плода вскорѣ послѣ срока.	Явленія заворота кишечникаъ.	—	Выздор.	Chayé, № 66, pag. 33.
19.	См. плода въ срокъ.	Перитонитъ. Разложене мѣшка тотчасъ послѣ ложн. род.	—	—	См.	Fulcher II, № 123.
20.	См. плода ранъше срока.	Тоже черезъ 1/2 года.	—	Kolpotom.	Выздор.	Hancocke Wathen, № 155.



21.	См. плода въ срокъ.	Тоже, вскорѣ септи- ческія явленія.	—	Rectoex- tractio.	Выздор.	Pinard, № 300.
22.	См. плода въ срокъ.	Тоже вскорѣ.	—	Лапар.	Выздор.	Кузнецкій, № 419а.
23.	См. плода на VIII мѣс.	Тоже тотчасъ послѣ срока.	—	Лапар.	Выздор.	Gusserow, № 146.
24.	См. плода въ срокъ.	Тоже на X мѣс.	—	Лапар.	Выздор.	Gail. Thomas, № 125d.
25.	См. плода въ срокъ.	Тоже вскорѣ.	—	Лапар.	Выздор.	Rousseau, № 329.
26.	См. плода на IX мѣс.	Тоже тотчасъ послѣ ложн. родовъ.	—	Лапар.	См.	Gusserow, № 147.
27.	См. плода на IX мѣс.	Тоже (и hydramnion) черезъ 1/2 года.	—	Punctio.	См.	Teuffel, № 367.
28.	См. плода въ срокъ бер.	Нагноеніе мѣшка и распаденіе плода (lithoraedion) на 26 мѣс. бер.	—	Лапар.	Выздор.	Southal, № 354.
29.	См. плода на VIII мѣс.	Распаденіе содержим. мѣшка на IX мѣс.	—	Лапар.	Выздор.	Rutledge, № 332.
30.	См. плода въ срокъ.	Разложеніе плода черезъ 2 мѣс. послѣ срока.	—	Kolprotomia.	Выздор.	Chauvenet et Negri, № 65.
31.	См. плода въ срокъ.	Разложеніе мѣшка черезъ 1/2 года.	—	Лапар.	Выздор.	Gail. Thomas, № 126с.
32.	Плодъ живъ на VIII мѣс.	Разрывъ мѣшка и пе- ритонитъ.	—	Лапарот. при жив. плодѣ.	Выздор.	Jessor., № 190.



№	Плодъ.	Первоначальный исходъ.	Послѣдовательный исходъ.	Операции.	Результатъ.	Авторы.
33.	Плодъ живой VIII мѣс.	Перитонитъ на VIII мѣс.	—	Лапарот. при жив. плодѣ.	См.	Lange, сл. I, № 206a.
34.	Плодъ живой на IX мѣс.	Перитонитъ послѣ ложныхъ родовъ на IX мѣс.	—	Лапарот. при жив. плодѣ.	См.	Lange, сл. II, № 206b.
35.	См. плода(?)давности беремен-ности 15 мѣс.	Перитонитъ; послѣ ложныхъ родовъ разрывъ мѣшка и прободеніе толстой кишки въ нѣсколькихъ мѣстахъ.	—	—	См.	Ziembicki, № 405.
36.	См. плода въ срокъ.	Перитонитъ и истощеніе.	—	Лапар.	Выздор.	Cattani, № 58.
37.	—	Разложеніе плода. Перитонитъ.	—	—	См.	Bode, № 34a.
38.	—	Перитонитъ.	—	Лапар.	Выздор.	Mörcke, № 265.
39.	См. плода на VII мѣс.	Нагноеніе мѣшка черезъ 8 мѣс.	—	Лапар.	Выздор.	Meadows, № 258.
40.	—	Разложеніе мѣшка.	—	Лапар.	Выздор.	Ward, № 386.
41.	См. плода въ срокъ.	Нагноеніе мѣшка на 15 мѣс. берем.	—	Лапар.	Выздор.	L. Championnière, сл. I.
42.	См. плода въ срокъ.	Начинающееся превращеніе въ lithoraedion.	На 26 мѣсяцѣ беременн. нагноеніе мѣшка.	Лапар.	Выздор.	L. Championnière, № 62b.
43.	—	Начинающ. обр. lithoraedion.	Нагноеніе.	Лапар.	Выздор.	Eastley, № 105.
44.	—	Начинающ. обр. lithoraedion.	Перитон., разлож. плода на 15 м. 6.	—	См.	Klau, № 196a.



45.	См. плода на VI мѣс. (убить электрич.)	Lithoradion (наблюд. 1 мѣс.).	—	—	Выздор.	Freund, Case IX, 120.
46.	См. плода на VIII мѣс.	Lithoradion наблюд. 2 мѣс.	—	—	Выздор.	Chayé, № 66.
47.	См. плода на VIII мѣс.	Lithoradion начинаю- щийся.	2 мѣсяца общее состояніе хо- рошо.	Лапар.	Выздор.	Сутугинъ, № 445.
48.	См. плода въ срокъ.	Lithoradion наблюд. 1 мѣс.	—	—	Выздор.	Freund, № 120b.
49.	См. плода въ срокъ.	Lithoradion не долго наблюд.	—	—	Выздор.	Gail. Thomas, № 127e.
50.	См. плода на VII мѣс.	Lithoradion наблюд. 4 мѣс.	—	—	Выздор.	Klau, № 196b.
51.	См. плода въ срокъ.	Lithoradion не долго.	—	—	Выздор.	Ahlfeld, № 1.
52.	См. плода въ срокъ.	Начинающ. образ. li- thoradion'a.	Перитонитъ черезъ 8 мѣс.	—	См.	Freund, № 120m.
53.	См. плода въ срокъ.	Сначала лихорадка, а затѣмъ lithoradion.	черезъ три мѣ- сяца lithoradion.	—	Выздор.	Толочиновъ, сл. II, № 448.
54.	См. плода на VII мѣс.	Lithoradion черезъ 3—4 мѣс. послѣ срока.	—	—	Выздор.	Polailon, № 302.
55.	См. плода на VI мѣс.	Lithoradion черезъ 2—3 мѣсяца послѣ срока бер.	—	—	Выздор.	Bergwall, № 26.
56.	См. плода на VIII мѣс.	Lithoradion. Наблюд. Послѣдоват. беремен- ность, выкидышъ.	—	—	Выздор.	Chapmann, № 63.
57.	См. плода на VIII мѣс.	Lithoradion. Наблюде- ніе 5 мѣсяцевъ.	—	—	Выздор.	Wysin, № 403.



№	Плодъ.	Первоначальный исходъ.	Послѣдовательный исходъ.	Операцин.	Результатъ.	Авторы.
58.	См. плода на IX мѣс.	Lithorädon, наблюд. 9 мѣс.	—	—	Выздор.	Schlesinger, № 338.
59.	—	Lithorädon, наблюд. 12—18 мѣсяцевъ всего.	—	—	Выздор.	Schmidt, № 339.
60.	См. плода въ срокъ.	Lithorädon, наблюд. 1 годъ и 7 мѣс. Послѣд. норм. беременн. и роды.	—	—	Выздор.	Ribot, № 319.
61.	См. плода на IX мѣс.	Lithorädon наблюд. 1 годъ. Послѣдовательная беременн. и трудные роды; опухоль стала уменьшаться.	—	—	Выздор.	Dahlmann, № 80.
62.	См. плода въ срокъ.	Lithorädon, наблюд. 2 года. Послѣдов. беременность и нормальные роды.	—	—	Выздор.	Anderson, № 5.
63.	См. плода ранъше срока.	Lithorädon.	Черезъ 2 года травма, перитонитъ.	Лапарот. (какъ ultimo refug).	См.	Byford, № 53.
64.	См. плода въ срокъ, бер.	Lithorädon.	Черезъ 2 года послѣдоват. беременность, перитонитъ.	Лапар.	См.	Смоленскій, № 441.
65.	—	Lithorädon.	Черезъ 3 года послѣнорм. бер. elim. per rectum.	—	См.	Hunter, № 183.
66.	—	Lithorädon.	Чер. 4—5 лѣтъ послѣ 2 норм. бер. elim. per abd.	Лапар.	См.	Polatschek, № 303.



67.	См. плода въ Lithorädon. срокъ.	Черезъ 7 лѣтъ нагноеніе мѣш. послѣ нормал. беременн.	—	См.	Simpson, № 350.
68.	См. плода въ Lithorädon. срокъ.	Черезъ 7 лѣтъ elim. per rectum, per ves. ur., per va- ginam. Ракъ матки	—	См. отъ друг. прич.	Löhlein-Hofmeister, № 227.
69.	—	Черезъ 7 лѣтъ elim. p. rectum, per ves. ur.	Colotomia.	Выздор.	Benham, № 23.
70.	—	Черезъ 7 лѣтъ elim. p. rectum.	—	Выздор.	Brun du Bois Noir, № 48.
71.	См. плода на V мѣс. (?)	Чер. 8—9 лѣтъ.	—	См. вне- запная.	Chalmers, № 61.
72.	См. плода на VI мѣс.	Черезъ 9 лѣтъ Лапар. разлож. мѣшка, прободеніе со- лон. descend.	—	См.	Martin, № 247.
73.	См. плода въ срокъ.	Черезъ 11 лѣтъ elim. per rectum.	—	См. отъ истощенія.	Mc Collom, 256.
74.	См. плода на VIII мѣс.	Черезъ 12 лѣтъ elim. p. vagin. tractio.	Vaginoex- tractio.	Выздор.	Priestley, № 304.
75.	См. плода на VI мѣс.	Черезъ 16 лѣтъ перитонитъ.	—	См.	Oettinger, № 284.
76.	—	Черезъ 27 лѣтъ elim. p. rect.	—	Выздор.	Laupus, № 208.
77.	См. плода въ срокъ.	Черезъ 27 лѣтъ elim. p. rectum. tractio.	Rectoex- tractio.	Выздор.	Benicke, № 24.



Плодъ.	Первоначальный исходъ.	Послѣдовательный исходъ.	Операции.	Результатъ.	Авторы.
78. См. плода на IX мѣс.	Тоже.	Черезъ 37 лѣтъ послѣ родовъ и травмы перитонитъ.	—	См.	Galli, № 130.
79. См. плода на III мѣс.	на Lithorädon.	—	—	Выздор.	Gaill. Thomas, № 126 m.
80. См. плода на IV—V мѣс.	Вскорѣ elimin, per rectum.	—	—	Выздор.	Weiss, № 390.
81. См. плода на IV мѣс.	Нагноеніе мѣшка съ IV до VII мѣс. бер.	Eliminatio per rectum	—	Выздор.	Storer, № 363.
82. —	На 12-омъ мѣс. беременности прободеніе тодстой кишки.	—	Лапар.	Выздор.	Thissen, № 369.
83. См. плода на VI мѣс.	Съ 7-го по 9 мѣс. беременности тонкой кишки.	Септицемія.	Лапар.	Выздор.	Macdonald, № 236.
84. См. плода на V мѣс.	Черезъ 4 года elim. per rectum.	Септицемія.	—	Выздор.	Purefoy, № 310.
85. См. плода на VII мѣс.	На 12-мъ мѣс. беременности per rectum.	Eliminatio eliminatio	Лапар.	Выздор.	Ribemont, № 318.
86. См. плода на VII мѣс.	Eliminatio per rectum et per uterum.	—	—	См.	Rasch, № 313.
87. —	Съ 9 по 12 мѣс. беременности elim. per rectum.	—	—	Выздор.	Bulteau, № 49.



88.	См. плода на Съ 10 по 12 мѣс. беременности elim. per rectum.	Rectoextratio.	Выздор.	Schade, № 337.
89.	Плодъ убитъ рано.	Eliminatio per rectum.	Выздор.	G. Thomas, № 125b.
90.	—	Elimin. per rectum.	Выздор.	G. Thomas, № 125a.
91.	—	Elimin. per rectum.	Выздор.	Goodell, № 143a.
92.	—	Elimin. per rectum.	Выздор.	Goodell, № 143b.
93.	—	Elim. per rectum дилась 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> года.	См.	Jaquet, с.л. II, № 189.
94.	—	Elim. per rectum.	Выздор.	Deschamps, № 91.
95.	См. плода на Съ 3 года elim. per rectum.	Rectoextr.	Выздор.	Толочиновъ, с.л. II, № 448.
96.	См. плода на Съ 1 мѣс. послѣ срока elim. per rectum.	Rectotomia.	Выздор.	Czaplicki, № 455.
97.	См. плода на Съ 5 мѣс. elim. per rectum.	Rectoextr.	Выздор.	Michie, № 260.
98.	См. плода на Съ годъ послѣ срока elim. per rect.	Тоже.	Выздор.	Еджубовъ, № 417.
99.	См. плода на Съ 2 мѣс. послѣ срока elim. per rectum.	Тоже.	Выздор.	König, № 200.
100.	См. плода на Съ 3 года elim. per rectum.	Тоже.	Выздор.	Carter, № 57b.



№	Плодъ.	Первоначальный исходъ.	Послѣдовательный исходъ.	Операции.	Результатъ.	Авторы.
101.	См. плода въ срокъ.	Черезъ 10 лѣтъ elim. per rectum.		Тоже.	Выздор.	Paschal, № 295.
102.	См. плода въ срокъ.	Черезъ 3 мѣс. послѣ срока перитонитъ и elim. per rectum.		—	См.	Atkinson, № 8.
103.	См. плода на VIII мѣс.	Черезъ 4 мѣс. послѣ срока elim. per rectum.		—	См.	Müller, № 268d.
104.	См. плода въ срокъ.	Черезъ 2 мѣс. (послѣ паденія) elim. per rectum.		Лапар.	Выздор.	G. Thomas, № 125e.
105.	—	Черезъ 3 съ лишкомъ года elim. per rectum.		—	Выздор.	Bell, № 22.
106.	См. плода на VП мѣс.	Черезъ 5 лѣтъ elim. per rectum.		Rectoextr.	Выздор.	Doe, № 94.
107.	См. плода на VI мѣс.	Черезъ 3 года отъ начала берем. elim. per rectum et ves. ur.		Lithotomia.	Выздор.	Rackiewicz, № 436.
108.	См. плода на VI мѣс.	Черезъ 3 мѣс. послѣ срока бер. elim. per abd. et rectum.		—	См.	Weinlechner, № 389.
109.	См. плода на VIII мѣс.	Въ срокъ окончанія беременн. elim. per rectum.		Лапар.	См.	Maugnier, № 255.
110.	—		Септицемія. Elim. per rectum et abdom.	Лапар.	Выздор.	Poincaré, № 301.
111.	См. плода въ срокъ.	Черезъ полгода послѣ срока прободеніе тонкой кишки. Септицемія.		Лапар.	См.	Percival, № 297.



112.	См. плода въ срокъ.	Черезъ 3 недѣли послѣ срока elim. per abdom (полная).	—	Выздор.	Bouzol, № 37.
113.	—	Черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ срока elim. per abdom.	Лапар.	Выздор.	Богачевскій, № 409.
114.	См. плода въ срокъ.	На 11-мъ мѣс. беременности elim. per abdom.	Лапар.	Выздор.	Hofmeister, № 176.
115.	См. плода въ срокъ.	Черезъ мѣсяцъ послѣ срока elim. per abdom.	Лапар.	Выздор.	Carter, № 57a.
116.	См. плода на VII мѣс.	Черезъ нѣск. недѣль elim. per abd.	Лапар.	Выздор.	Angello Leite, № 48.
117.	См. плода на VII—VIII мѣс.	Черезъ 10 лѣтъ(?) elim. per abd.	Лапар.	Выздор.	Heard, № 163.
118.	См. плода на IX мѣс.	Черезъ мѣсяцъ elim per abd.	—	См.	Гугенбергеръ, № 414a.
119.	См. плода на V мѣс.	Черезъ 2 года послѣ срока elimin. per vaginam (послѣ норм. беременности).	Угинеох-tract.	Выздор.	Freund, № 120k.
120.	См. плода на VIII мѣс.(?)	Черезъ 2 года elim. per vaginam s. uterum (послѣ норм. беременности).	—	См.	Lamy, № 202*).

\*) №№ эти смотри въ указателѣ литературы.



Просматривая приложенную здѣсь таблицу исходовъ нашихъ 120 случаевъ брюшной беременности, мы получаемъ довольно много поучительныхъ данныхъ. Для того, чтобы составить себѣ правильное понятіе объ опасности и о характерѣ исхода при данной формѣ беременности, часто бываетъ необходимо наблюдать больную въ теченіе весьма продолжительнаго времени, и тогда только можно видѣть, что окончательный исходъ зачастую существенно разнится отъ намѣченнаго природою исхода тотчасъ послѣ смерти плода. Это особенно относится къ образованію такъ называемаго lithopaedion'a, который, какъ мы увидимъ, обыкновенно рано или поздно вызываетъ нагноеніе и прободеніе стѣнокъ плоднаго мѣшка. Вотъ почему мы здѣсь, при составленіи таблицы, сочли необходимымъ отличать первоначальный и послѣдовательный исходы даннаго страданія. Послѣдовательный исходъ почти исключительно вліяетъ на результатъ (смерть или выздоровленіе) брюшной беременности. Мы видѣли уже, что громадное большинство случаевъ беременности достигаетъ второй половины беременности и окончаніе страданія больной рѣдко наступаетъ, при этой формѣ беременности, въ теченіе первыхъ пяти мѣсяцевъ (12: 108 разъ), и это составляетъ характерную особенность, отличающую брюшную беременность отъ трубной, которая, какъ мы уже видѣли, обыкновенно достигаетъ рано своего конца. Дальнѣйшая разниа, существующая между названными двумя формами внѣматочной беременности, выразится еще рѣзче, если посмотрѣть на характеръ исходныхъ процессовъ брюшной беременности.

Изъ случаевъ, закончившихся въ первомъ періодѣ:

Разрывъ плоднаго мѣшка наступилъ . . . . .	3 раза.
Перитонитъ развился . . . . .	5 разъ.
Прободеніе recti . . . . .	1 „
„ vesicae urinae . . . . .	1 „
Lithopaedion . . . . .	1 „
При угрожавшемъ разрывѣ мѣшка произведена elytrotomia (сл. О'Нара) . . . . .	1 „

Изъ 51 случая второго періода окончились:



Разрывомъ плоднаго мѣшка . . . . .	6 случ.
Нагноеніемъ плоднаго мѣшка и перитонитомъ (безъ прободенія сосѣдн. органовъ). . . . .	19 „
Прободеніемъ recti и другихъ отдѣловъ кишечнаго канала . . . . .	7 „
Прободеніемъ маточной стѣнки . . . . .	1 „
„ передн. брюшной стѣнки . . . . .	5 „
Lithopaedion . . . . .	13 „
Изъ 57 случаевъ третьяго періода окончились:	
Нагноеніемъ и перитонитомъ плоднаго мѣшка (безъ проб. сосѣдн. органовъ). . . . .	16 случ.
Прободеніемъ recti. . . . .	24 „
„ тонкой кишки . . . . .	1 „
„ толстой кишки (colon). . . . .	1 „
Прободеніемъ стѣнки матки или свода vaginae . . . . .	1 „
„ свода vaginae. . . . .	2 „
„ передней брюшной стѣнки . . . . .	3 „
„ recti и передн. брюшной стѣнки . . . . .	2 „
„ recti et vesicae urinariae . . . . .	2 „
„ recti vesicae urinariae et vaginae . . . . .	1 „
„ Lithopaedion . . . . .	4 „

Изъ этого мы видимъ, что разрывъ мѣшка и образованіе Lithopaedion'a наблюдается чаще во второмъ періодѣ, тогда какъ для третьяго періода особенно характерны процессы элиминаціи мертваго плода чрезъ сосѣдніе органы. Но гораздо нагляднѣе выражаетъ исходы брюшной беременности слѣдующая таблица. Мы видимъ, что наши 120 случаевъ дали слѣдующіе исходы:

Разрывъ мѣшка. . . . .	10 разъ.
Нагноеніе мѣшка и перитонитъ (безъ элиминаціи). . . . .	40 „
Элиминація . . . . .	52 раза.
Lithopaedion. . . . .	18 разъ.



Изъ этого видно, что *элиминаціонные* процессы составляютъ самый частый исходъ брюшной беременности, а также нагноенія мѣшка и перитонитъ можно разсматривать какъ начинающуюся элиминацію, тогда какъ *Lithoraedion*,—это инкапсулированіе плода, чтобы сдѣлать его безвреднымъ для матери,—получается, вопреки прежнему мнѣнію авторовъ, гораздо рѣже (18: 130), и еще рѣже брюшная беременность (въ первые два періода) оканчивается, на подобіе трубной беременности, внезапнымъ разрывомъ плоднаго мѣшка (10 разъ: 120).

Переходимъ къ характеристикѣ различныхъ этихъ исходовъ:

*Разрывъ* мѣшка наблюдался всего 9 разъ. Онъ наступилъ:

- 1) на III мѣсяцѣ и окончился смертью сл. Witten'a.
- 2) на III „ замѣчено совпаденіе разрыва съ временемъ наступленія регуль и окончился смертью . . . сл. Mühsam'a.
- 3) на V мѣс., вслѣдствіе травмы, окончился смертью . . . сл. Fulcher. Case I.
- 4) на VI мѣс.; затѣмъ элиминація *per rectum*; окончился выздоровленіемъ . . сл. Толочинова.
- 5) на VII мѣс. въ области прикрѣпленія послѣда. Лапаротомія. Смерть . . сл. Br. Hicks'a.
- 6) на VIII мѣс. окончился внезапною смертью.
- 7) на IX мѣс. окончился смертью . . сл. Guichard'a
- 8) на X „ во время ложныхъ родовъ сл. Юзефовича.
- 9) то же . . . сл. Cederschjold'a.

Мы видимъ, что разрывъ мѣшка при брюшной беременности наступаетъ гораздо рѣже, чѣмъ при трубной, въ теченіе первыхъ четырехъ мѣсяцевъ. Изъ нашихъ случаевъ онъ наблюдался 2 раза на III мѣсяцѣ и 6 разъ между V и X мѣсяцами. Онъ здѣсь еще болѣе опасенъ для жизни матери, чѣмъ при собственно-трубной беременности (гдѣ онъ предст. 66% см.), такъ какъ онъ 8 разъ окончился смертью и только 1 разъ выздоровленіемъ послѣ элиминаціи костей (VI мѣс. плода *per rectum*). Причиною разрыва 1 разъ была травма и



2 раза ложные родовыя боли. Въ остальныхъ 6 случаяхъ причины неясны, хотя въ случаѣ Mühlsam'a разрывъ совпалъ съ временемъ наступленія регулъ и въ случаѣ Braxton Hicks'a онъ, вѣроятно, также обусловливался наступившими преждевременно ложными родами.

Смерть въ случаяхъ разрыва обусловливается шокомъ, кровотеченіемъ и если смерть не наступаетъ быстро, то послѣдовательнымъ острымъ перитонитомъ.

Второй, болѣе частый исходъ вѣматочной брюшной беременности заключается въ образованіи *lithopaedion'a*—„каменный чловѣкъ“, по выраженію проф. Славянскаго. Такъ какъ изученіе патологической анатоміи вѣматочной беременности не входитъ въ программу этой моей работы, то я не буду говорить о результатахъ цѣлаго ряда весьма важныхъ работъ, касающихся этого вопроса и появившихся за послѣднія 10 лѣтъ, какъ-то: Chiari, Werth'a, Welponer Zillner'a, Baumgarten'a, Inez-Gachés Sarraute и многихъ другихъ, въ которыхъ подробно изслѣдованы относящіеся сюда анатомическіе препараты. Укажу только на монографію Küchenmeister'a, занявшагося систематическимъ описаніемъ и классификаціей этого рода случаевъ и различающаго три главныхъ вида каменныхъ плодовъ, смотря по тому, гдѣ отлагаются соли щелочныхъ земель, въ самомъ ли плодѣ *Lithopaedion* \*), или только въ покрывающихъ вѣматочный плодъ оболочкахъ и стѣнкахъ мѣшка—*Lithokelyphos*—или же въ плодѣ и его оболочкахъ одновременно—*Lithokelyphopaedion*. Для моей цѣли особенный интересъ представляютъ изслѣдованія, касающіяся клиническаго теченія вѣматочной беременности, переходящей въ образованія этихъ замѣчательныхъ окаменѣлыхъ плодовъ. Я буду говорить только, если можно такъ выразиться, о клиническомъ *lithopaedion'ѣ*, на который за послѣднее время совершенно измѣнились взгляды авторовъ. Такъ, напр., Schröder,

---

\*) Прекрасный препаратъ этого рода находится въ музеѣ при клиникѣ проф. Славянскаго и описанъ имъ въ его клинической лекціи (о чревостѣченіи при вѣматочной беременности).



въ 1872 году, писалъ: „при превращеніи плода въ lithoraedion, всякая тарапія излишня“; въ послѣднемъ же изданіи своего учебника онъ по этому поводу говоритъ: „опытъ учить (насъ), что литопэдіоны, даже при долгомъ своемъ пребываніи, опасны для матери по причинѣ воспаленій, которыя они могутъ обусловить, и потому активное вмѣшательство предпочтительнѣе экспетативнаго леченія“. Этотъ поучительный опытъ, о которомъ говоритъ Schröder, добытъ, дѣйствительно, за послѣднее время, наблюденіемъ дальнѣйшей участи больныхъ внѣматочною беременностью, причемъ оказалось, что въ большинствѣ случаевъ клинически наблюдаемое образованіе lithoraedion'a составляетъ только преходящее явленіе, такъ какъ отложеніе солей извести, чаще всего отлагающихся лишь въ стѣнкахъ плоднаго мѣшка—Kelyphoraedion—„на время только задерживаетъ болѣе бурные процессы нагноенія и ихорознаго разложенія“ (проф. Славянскій<sup>410</sup>). Статистическія изслѣдованія по этому поводу произведены главнымъ образомъ Sachs'омъ, который нашелъ, что изъ 51 случая 38 разъ наблюдались ихорозное распаденіе и нагноеніе повидимому-окаменѣвшихъ плодовъ, настоящій же lithoraedion получился только 13 разъ.

Исходъ брюшной беременности съ образованіемъ lithoraedion'a (т. е. клиническій литопэдіонъ) узнается обыкновенно клинически по слѣдующимъ явленіямъ: послѣ ложныхъ родовъ или смерти плода опухоль живота, т. е. плодный мѣшокъ, болѣе или менѣе быстро \*) уменьшается въ объемѣ, флюктуація исчезаетъ и опухоль становится плотнѣе на ощупь; явленій перитонита или вовсе при этомъ не наблюдается, или же они очень мало выражены и вскорѣ исчезаютъ совершенно; больная оправляется отъ такъ называемаго ложнопуэрперальнаго страданія и относительно здоровою продолжаетъ вести свой обычный образъ жизни. На этихъ данныхъ, главнымъ образомъ, основывается клиническое предположеніе о начинающемся окаменѣніи плода. Если подобныя

---

\*) Случай Polaillon'a.



больныя дальше не наблюдаются врачомъ, то подобный случай остается занесеннымъ въ литературу, какъ окончившійся благополучно путемъ образованія lithopaedion'a. Рѣдко находимъ мы случаи, подобные случаю Küchenmeister'a, гдѣ врачи, такъ сказать, по пятамъ слѣдили за больною, чтобы подтвердить діагнозъ свой на вскрытіи.

Обыкновенно же выписавшаяся здоровою носительница подобнаго lithopaedion'a является черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, лѣтъ и даже десятковъ лѣтъ съ явленіями перитонита, нагноенія мѣшка или даже съ признаками начинающейся элиминаціи частей плода и другими явленіями разложенія содержимаго плоднаго мѣшка, развившимися вслѣдствіе травмы, послѣдовательныхъ нормальныхъ беременностей и родовъ или другихъ не всегда ясныхъ причинъ. Подобнаго рода исходъ уже ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть названъ lithopaedion'омъ, а относится къ разряду элиминаціонныхъ процессовъ и скелетированію плода. Хотя изъ числа нашихъ 120 случаевъ оказалось 18, закончившихся, повидимому, окаменѣlostью плода, но, мнѣ кажется, нужно относиться съ нѣкоторымъ недоувѣріемъ къ частотѣ этого благопріятнаго исхода, и на основаніи вышеизложенныхъ соображеній, по моему мнѣнію, нужно всегда обращать вниманіе на продолжительность наблюденія подобныхъ случаевъ.

Я беру только тѣ изъ моихъ 120 случаевъ, которые перешли въ нагноеніе чрезъ годъ и больше послѣ смерти плода и также, изъ числа болѣе раннихъ случаевъ, такіе, гдѣ при операціи найдены сращенія плода со стѣнками плоднаго мѣшка, какъ, напр., случаи Eastley, Southal'я и Lucas Championnière и другихъ, потому что это явленіе нужно разсматривать какъ одинъ изъ начальныхъ признаковъ образованія lithopaedion'a \*).

Въ вышеприведенной таблицѣ мы находимъ 28 разъ на-

---

\*) См. мою работу: „Къ вопросу о чревостѣченіи“, стр. 18, и Albers: Zur Geschichte des Lithopaedion. Monatschr. f. Geburtskunde Band. XVII. 1861, pag. 42—64.



гноеніе плоднаго мѣшка, наступившее чрезъ 2 или даже чрезъ 37 лѣтъ послѣ смерти плода, тогда какъ lithopaedion'овъ безъ нагноенія оказывается въ нашей таблицѣ 18, но изъ нихъ большинство подвергались врачебному наблюденію не долго (меньше года), и только 5 случаевъ (Charmann'a, Dahlmann'a, Anderson'a, Schmidt'a и Ribot) можно съ нѣкоторою вѣроятностью назвать истиннымъ исходомъ въ образованіи lithopaedion'a, такъ какъ они наблюдались больше года спустя послѣ смерти плода, и въ четырехъ изъ нихъ здоровье больныхъ не подверглось разстройству, не смотря на послѣдовательные беременность и роды, въ случаѣ же Dahlmann'a даже замѣчено быстрое уменьшеніе опухоли съ внѣматочнымъ плодомъ послѣ нормальныхъ родовъ. На этомъ основаніи, мнѣ кажется, можно вполне согласиться съ Sachs'омъ, что образованіе *истиннаго* lithopaedion'a составляетъ очень рѣдкое явленіе при брюшной беременности, и если принять во вниманіе, что нельзя, повидимому, опредѣлить время, когда окаменѣлый плодъ становится совершенно безвреднымъ для матери, такъ какъ нагноеніе его наблюдалось даже черезъ 27 и 37 лѣтъ ношенія, то и вышеприведенные 5 случаевъ lithopaedion'a потеряютъ свою доказательность. Вслѣдствіе этого можно даже заключить, что въ разобранныхъ мною 120 случаяхъ вовсе не имѣется наблюденій, доказывающихъ несомнѣнно образованіе истинныхъ окаменѣлыхъ плодовъ при брюшной беременности. Если же вспомнить, что трубная и яичниковая формы внѣматочной беременности въ этомъ отношеніи составляютъ противоположность съ брюшною, такъ какъ при нихъ, какъ мы видѣли, наблюдались весьма убѣдительные случаи (Küchenmeister'a, Sappey и др.) настоящихъ lithopaedion'овъ, то и причина этихъ явленій можетъ быть съ нѣкоторою вѣроятностью установлена. Причина эта лежитъ въ свойствахъ плоднаго вмѣстилища: при трубной и яичниковой беременностяхъ мы имѣемъ резистентный, иногда вполне мышечный, плодный мѣшокъ; здѣсь же, при брюшной беременности, плодъ помещается въ соединительно-тканномъ вмѣстѣлищѣ, а иногда въ импровизированной полости, образованной только сращениями



брюшныхъ внутренностей, и потому подобнаго свойства плодный мѣшокъ при брюшной беременности гораздо меньше можетъ предохранять плодъ отъ разложенія и легче наступаютъ прободенія сосѣднихъ полыхъ органовъ и различные виды элиминаціонныхъ процессовъ.

Опредѣленіе сравнительной *опасности* и *смертности* при разбираемомъ нами *исходѣ* брюшной беременности также далеко не будетъ правильно выражаться, если мы просто скажемъ, что изъ числа нашихъ 120 случаевъ 18 окончились выздоровленіемъ путемъ образованія lithopaedion'a. Напротивъ того, нужно сначала сдѣлать цѣлый рядъ оговорокъ. Мы видѣли, что изъ 18 случаевъ lithopaedion'a только 5 могутъ быть болѣе или менѣе приняты за истинный исходъ съ окаменѣніемъ плода; съ другой стороны, мы имѣемъ 28 lithopaedion'овъ, перешедшихъ впослѣдствіи въ нагноеніе и элиминацію плода; кромѣ того, изъ этого числа 28 случаевъ могутъ входить въ расчетъ, при вычисленіи смертности, только тѣ случаи, которые не подвергались операціи, а именно 15 случаевъ (сл. Klau<sup>196a</sup>, Freund'a<sup>120m</sup>, Hunter'a<sup>183</sup>, Simpson'a<sup>350</sup>, Löhlein'a<sup>227</sup>, Mc. Collom'a<sup>256</sup>, Oettinger'a<sup>284</sup>, Chalmers'a<sup>61</sup>, Galli<sup>130</sup>, Lamy<sup>202</sup>, Brun du bois Noir'a<sup>48</sup>, Laupus'a<sup>208</sup>, Benicke<sup>24</sup>, Storer'a<sup>363</sup> и Bell'a<sup>22</sup>).

Такимъ образомъ, въ результатѣ мы получаемъ, что lithopaedion, какъ естественный исходъ брюшной беременности, даетъ на 33 случая 10 смертельныхъ исходовъ, или съ лишкомъ 30 % смертности.

Гораздо характернѣе для брюшной беременности представляются слѣдующіе два исхода ея, или, собственно говоря, одинъ и тотъ же, т. е. *нагноеніе и ихорозное разложеніе плоднаго мѣшка* безъ элиминаціи или съ послѣдовательными прободеніемъ и выдѣленіемъ частей плода черезъ сосѣдніе полые органы и черезъ переднюю брюшную стѣнку. Этого рода исходъ наблюдался 93 раза на 120 случаевъ: 39 разъ безъ элиминаціи и 54 раза съ элиминаціей плода. Остановимся сначала на разсмотрѣніи случаевъ простаго нагноенія плоднаго мѣшка.



Этотъ исходъ наблюдается чаще всего во второмъ періодѣ брюшной беременности. Онъ наступаетъ или вскорѣ послѣ смерти плода, или уже, какъ послѣдовательное измѣненіе, даже черезъ очень долгое время, послѣ того, какъ плодъ, повидимому, превратился въ lithopaedion; въ случаѣ Freund (V) перитонитъ тотчасъ послѣ выдѣленія deciduae принялъ септический характеръ.

Перитонитъ развился тотчасъ послѣ срока или ложныхъ родовъ 13 разъ, черезъ два мѣсяца—1 разъ, черезъ полгода—1 разъ, черезъ 2 мѣсяца послѣ смерти плода, наступившей на VI-мѣс.,—1 разъ и, наконецъ, 3 раза перитонитъ развился еще при жизни плода на VIII и IX мѣсяцахъ, въ случаяхъ Jesorp'a и Lange, что дало поводъ произвести лапаротомію. Кромѣ того, воспаленіе брюшины составляетъ обычное явленіе при нагноеніи плоднаго мѣшка, которое наблюдалось изъ 120 случаевъ 93 раза.

О причинахъ этого исхода мы уже говорили при изложеніи случаевъ мнимаго lithopaedion'a. Смертность при нагноеніи плоднаго мѣшка, вычисленная на основаніи только не оперированныхъ всего 13 случаевъ, весьма значительна, такъ какъ изъ этихъ 13 случаевъ только одинъ окончился выздоровленіемъ, что составляетъ почти 93 % смертности.

Остается еще разсмотрѣть послѣдній и самый частый исходъ брюшной беременности, т. е. объ *элиминаціи* плода изъ организма матери. Мы имѣемъ въ нашей таблицѣ 54 подобныхъ случаевъ. Этотъ исходъ по преимуществу наблюдается въ третьемъ періодѣ брюшной беременности, и относительно направленія, въ которомъ происходитъ элиминація частей плода, мы получаемъ слѣдующую таблицу. Элиминація происходила:

черезъ прямую кишку и другіе отдѣлы кишечника . . . . .	37 разъ
черезъ переднюю брюшную стѣнку . . . . .	9 „
черезъ сводъ влагалища . . . . .	4 раза
черезъ мочевой пузырь . . . . .	3 „
черезъ стѣнку матки . . . . .	1 разъ

Эти цифры весьма рѣзко выражаютъ сравнительную частоту различныхъ путей элиминаціи, и особенно ясно видно



преобладаніе элиминаціи черезъ прямую кишку. Авторы, писавшіе объ исходахъ вѣматочной беременности, расходятся въ мнѣніяхъ при опредѣленіи частоты различныхъ путей, которыми происходитъ элиминированіе плода; но мои цифры несравнимы съ вычисленіями Mattei, Puech'a, Parry и Deschamps'a и другихъ, такъ какъ эти авторы при изложеніи исходовъ не различали отдѣльныхъ видовъ вѣматочной беременности. *Смертность*, получаемая при произвольной элиминаціи мертваго плода безъ оперативнаго вмѣшательства, вычисленная на основаніи 24 случаевъ, давшихъ 11 смертельныхъ исходовъ, равняется съ лишкомъ 45 %.

*Выводы:* 1. На основаніи собранныхъ мною 120 случаевъ брюшной беременности, изъ которыхъ 61 случай не подвергался никакому оперативному леченію и далъ 30 смертей и 31 выздоровленіе, можно опредѣлить *естественную* смертность для брюшной беременности равною почти 50 %.

2. *Сравнительная частота и опасность четырехъ естественныхъ исходовъ* брюшной беременности выражается въ слѣдующихъ цифрахъ:

61 случай брюшной беременности далъ въ результатѣ:					
Элиминацію . . .	23 раза (37%)	съ 11 см. исход.	(44%)		
Нагноеніе и перитонитъ. . . . .	12 разъ (20%)	" 11 "	" "	(90%)	
Lithopaedion'овъ. 18	" (30%)	" 1 "	" "	{ (6%)	{ (20%)
" (5)	" (8%)				
Разрывъ пл. мѣш.	8 " (13%)	" 7 "	" "	(87%)	
	<u>61</u>		<u>30</u>		

Изъ этихъ цифръ мы видимъ, что самый рѣдкій исходъ представляетъ разрывъ мѣшка; но если на основаніи вышеприведенныхъ соображеній признать только 5 несомнѣнныхъ случаевъ lithopaedion'a, то образованіе lithopaedion'a составитъ самый рѣдкій (8%) исходъ брюшной беременности, разрывъ же мѣшка окажется исходомъ болѣе частымъ (13%). Еще чаще (20%) наблюдаются перитонитъ и нагноеніе плоднаго мѣшка безъ элиминаціи, и самый частый (37%) исходъ представляетъ выведеніе частей мертваго плода—элиминація. Отно-



сительно опасности своей, судя по количеству даваемыхъ ими смертныхъ случаевъ, вышеприведенные четыре исхода представляются въ слѣдующемъ порядкѣ: почти одинаково опасны нагноеніе безъ элиминаціи и разрывъ плоднаго мѣшка, почти на половину менѣе опасна элиминація, и самый благопріятный для больной исходъ, повидимому, составляетъ образованіе lithopaedion'a.

3. Такъ какъ изъ нашихъ 120 случаевъ брюшной беременности 59 случаевъ подвергались оперативному леченію и дали только 13 смертельныхъ исходовъ на 46 выздоровленій, что составляетъ около 22% смертности, то, сравнивая эти данныя съ результатами вышеприведенныхъ нелеченныхъ случаевъ и принимая во вниманіе незначительность разницы чиселъ двухъ сравниваемыхъ группъ наблюденій (нелеченныхъ 61, леченныхъ 59 случаевъ),—можно заключить, что оперативное леченіе брюшной беременности значительно (почти на 28%) понижаетъ смертность при этой формѣ вѣматочной беременности.

### Леченіе вѣматочной беременности.

Необходимость вмѣшательства врачебнаго искусства въ теченіе вѣматочной беременности сознавалась съ перваго же дня описанія этой аномаліи дѣторожденія, и даже оперативное леченіе ея примѣнялось раньше сознательнаго ея описанія (случаи лапаротоміи у Абульказиса, Павла Эгинскаго и въ началѣ XVI столѣтія). Дальнѣйшее же изученіе естественныхъ исходовъ вѣматочной беременности, описаніе, главнымъ образомъ, относительнаго ея исцѣленія путемъ образованія такъ называемаго lithopaedion'a, вызвало другое направленіе въ терапіи занимающаго насъ страданія, и авторы стали высказываться больше за необходимость выжидательнаго леченія, во всякомъ случаѣ, по тогдашнимъ мнѣніямъ, болѣе благопріятнаго для жизни беременныхъ, чѣмъ устрашавшія въ то время операціи вскрытія брюшной полости,



и операціи эти, считавшіяся смертельными для матери, допускались только въ интересахъ жизнеспособнаго плода; при мертвомъ плодѣ допускалось только или вполне выжидательное симптоматическое леченіе, или же оперативное пособіе только въ видѣ облегченія начавшейся уже естественной элиминаціи частей мертваго плода изъ тѣла матери.

Вопросъ о радикальномъ леченіи вѣматочной беременности не входитъ въ разсмотрѣніе авторовъ вплоть до 2-ой половины нашего столѣтія, или же единичныя мнѣнія авторовъ о примѣнимости его остались безъ распространенія, какъ, напр., попытки примѣненія электричества въ Італіи и предложеніе Heim'a производить лапаротомію.

Только въ послѣдней половинѣ текущаго столѣтія, съ успѣхами хирургіи вообще, постарались путемъ болѣе энергическаго леченія понизить громадный процентъ смертности при вѣматочной беременности, который, по изслѣдованіямъ Нескеръа, для трубной беременности, напримѣръ, равнялся почти 100%.

Быстро одно за другимъ появились сочененія Rogers'a, Campbell'a, Hutchinson'a, Von Cauvenberghe'a, Kalle'a, Depaul'a и Paggi и др., основанныя уже на статистическомъ изученіи радикально леченныхъ случаевъ вѣматочной беременности.

Въ Германіи также за послѣднія 10 лѣтъ появился цѣлый рядъ работъ относительно оперативнаго леченія вѣматочной беременности, какъ-то статьи: Gusserow'a, Litzmann'a, Hofmeister'a и др., такъ что въ настоящее время трудно даже разобратъ въ различныхъ взглядахъ на детали относительно времени и различныхъ методовъ леченія, хотя въ общемъ они уже систематизированы по періодамъ беременности и вообще никто почти не сомнѣвается въ необходимости ихъ примѣненія.

Современные взгляды сходятся болѣе или менѣе на той точкѣ, что леченіе вѣматочной беременности должно быть по преимуществу оперативное, и потому я не стану останавливаться на леченіи симптоматическомъ, производимомъ по общимъ правиламъ медицины, а перейду прямо къ леченію,



имѣющему своею цѣлью радикальное исцѣленіе вѣматочной беременности и, вѣриѣе сказать, безвреднаго для матери удаленія изъ ея организма продукта вѣматочной беременности, такъ какъ спасеніе одновременно матери и ребенка пока еще отходить на задній планъ, и вообще заботы терапіи направлены по преимуществу въ пользу матери, а не плода, часто не достигающаго надлежащей степени развитія. Терапія вѣматочной беременности преслѣдуетъ, главнымъ образомъ, цѣль сдѣлать безвреднымъ для матери присутствіе плода на ненормальномъ мѣстѣ: или а) убивъ его, или б) удаливъ его совсѣмъ изъ тѣла матери. Только такъ называемыя первичныя операціи, производимыя въ періодъ уже несомнѣнной жизнеспособности, плода, преслѣдуютъ цѣль,—къ сожалѣнію, пока еще недостижимую вполнѣ,—спасенія и матери, и ребенка.

Перехожу къ разсмотрѣнію различныхъ методовъ радикальнаго леченія вѣматочной беременности въ различные ея періоды, которыхъ я различаю также три, по примѣру другихъ авторовъ, какъ, напр., Depaul'я, Cohnstein'a, Deschamps, Parry:

- 1) Періодъ ранній—до жизнеспособности плода.
- 2) Періодъ жизнеспособности до смерти плода или до нормальнаго срока окончанія беременности.
- 3) Періодъ исходный, послѣ смерти плода или срока окончанія нормальной беременности.

Терапевтическія мѣры, примѣняемыя во второмъ періодѣ, только и имѣютъ въ виду обѣ жизни. Въ первомъ и третьемъ періодахъ терапія имѣетъ въ виду только интересы матери.

Первый періодъ можно еще подраздѣлить на два отдѣла:

а) до наступленія угрожающихъ жизни матери явленій,—главнымъ образомъ, разрыва околоплоднаго мѣшка,—здѣсь примѣняются: пункція, впрыскиванія наркотическихъ веществъ, электричество, имѣющія цѣлью убить плодъ или остановить дальнѣйшее его развитіе, а также операціи полного удаленія всего плоднаго мѣшка;

б) при наступленіи разрыва или немедленно послѣ него,—здѣсь задача леченія состоитъ, главнымъ образомъ, въ оста-



новкѣ смертельнаго кровотеченія и предупрежденія послѣдствательнаго развитія смертельнаго общаго перитонита.

Во 2-мъ періодѣ примѣняются различныя операціи, главнымъ образомъ *laparotomia* съ полнымъ удаленіемъ всего плоднаго мѣшка или только живаго плода, причемъ время производства операціи опредѣляется различно, или операція производится: 1) при несомнѣнной жизнеспособности плода, 2) до наступленія ложно-родовыхъ болей и 3) во время или немедленно послѣ нихъ, пока еще плодъ живъ.

Въ 3-мъ періодѣ тѣ же операціи полнаго или неполнаго удаленія мѣшка *per laparotomiam, kolpotomiam, recto-extractionem*, причемъ время производства операціи можетъ быть различно:

- 1) немедленно послѣ смерти плода;
- 2) послѣ тромбозированія плацентарныхъ сосудовъ;
- 3) при появленіи угрожающихъ жизни матери явленій;
- 4) при развившихся уже процессахъ естественной элиминаціи мертваго плода.

Для наглядности представляю слѣдующую таблицу леченія внѣматочной беременности:

Способъ операціи.	Методъ операціи.	Время операціи.
1. Пункція плоднаго мѣшка.		
2. Инъекція морфія въ плодный мѣшокъ.		
3. Электричество.		
4. Лапаротомія.	$\left\{ \begin{array}{l} \text{a) } \text{Laparokelypho-} \\ \text{tomia.} \\ \text{b) } \text{Laparokely-} \\ \text{phoektomia.} \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{a) до разрыва плод.} \\ \text{мѣшка,} \\ \text{b) послѣ разрыва,} \\ \text{c) до смерти и} \\ \text{d) послѣ смерти} \\ \text{плода.} \end{array} \right.$
5. Элитротомія.		
6. Извлеченіе плода черезъ задній проходъ.		$\left\{ \begin{array}{l} \text{до и послѣ смерти} \\ \text{плода.} \end{array} \right.$



7) Различныя операціи удаленія частей мертвого плода, при начавшейся произвольной элиминаціи.

8) Случайно понадобившіеся оперативные приемы: *colotomia*, *lithotomia* и др.

Описавъ методы леченія вѣматочной беременности, я приведу казуистику ихъ примѣненія и постараюсь сдѣлать оцѣнку достоинствъ cadaго оперативнаго приема, указать на самое удобное время для производства данной операціи и на примѣнимость его при различныхъ формахъ вѣматочной беременности, т. е. изложу показанія, методы и цѣлесообразность оперативнаго леченія вѣматочной беременности на основаніи данныхъ собраннаго въ литературѣ послѣднихъ десяти лѣтъ казуистическаго матеріала.

#### Проколъ плоднаго мѣшка.

Basedow, а затѣмъ Kiwisch совѣтовали, какъ вѣрный методъ способствовать смерти плода въ началѣ беременности, тонкимъ троакаромъ проколотъ ненормальное вѣстилище плода и выпустить наружу околоплодную жидкость. По Kiwisch'у, это примѣнимо въ тѣхъ случаяхъ, когда плодный мѣшокъ находится въ Дугласовомъ пространствѣ и достигается чрезъ рукавъ; онъ же говоритъ, что подобное незначительное поврежденіе не производитъ сильныхъ припадковъ, а за выпущеніемъ околоплодной жидкости смерть плода во всякомъ случаѣ вѣрна. Такимъ образомъ можно предупредить угрожающій разрывъ вѣстилица плода и произвести въ большей части случаевъ такое мѣстное воспаленіе, которое при незначительной величинѣ плода не представляетъ большой опасности, а въ благопріятныхъ случаяхъ можетъ окончиться изгнаніемъ остатковъ плода посредствомъ нагноенія.

По мнѣнію Kiwisch'a, пункція показана даже при плодѣ болѣе значительнаго объема, при появленіи опасныхъ припадковъ растяженія вѣстилица плода, и можетъ быть произведена также чрезъ брюшныя покровы. На самомъ дѣлѣ практика примѣненія пункціи далеко не подтвердила вышеизло-



женнаго взгляда Kiwisch'a, а, напротивъ того, опровергла его почти во всѣхъ пунктахъ.

Deraul, въ 1874 году, считалъ вопросъ объ успѣхѣ этого метода еще нерѣшеннымъ.

Parry упоминаетъ о 7 случаяхъ, изъ которыхъ только 2 раза операція прокола окончилась выздоровленіемъ (случаи Greenhalgh и Tanner); въ остальныхъ же 5-ти (случаи James V. Simpson'a, Br. Hicks'a, Martin'a и 2 случая T. G. Thomas'a) окончились смертью отъ кровотеченія, септицеміи, и кромѣ того, въ случаѣ Simpson'a плодъ остался живъ, не смотря на пункцию.

Cohnstein цитируетъ 9 случаевъ пункции съ неблагоприятнымъ исходомъ, окончившихся смертью вслѣдствіе послѣдовательнаго кровотеченія въ мѣшокъ, воспаленія, септицеміи и другихъ осложнений, и только 7 случаевъ съ исходомъ благопріятнымъ.

Lusk собралъ въ литературѣ до 1881 года всего 21 случай пункции, изъ которыхъ въ 13 наступила смерть матери, 1 случай окончился неуспѣхомъ, такъ какъ плодъ остался живъ, и только 7 случаевъ окончились выздоровленіемъ оперированныхъ.

Lusk изъ этихъ цифръ заключаетъ, что хотя операція эта проста, но не даетъ блестящихъ успѣховъ.

Кромѣ цитированныхъ вышеназванными авторами случаевъ, я могу привести еще только три случая пункции плоднаго мѣшка, произведенной съ цѣлью остановить дальнѣйшее развитіе внѣматочнаго плода. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ, а именно описанномъ весьма подробно Duncan'омъ и Mason'омъ<sup>102a</sup>, операція, не смотря на многократное свое примѣненіе, осталась безъ успѣха; случаи же проф. Красовскаго<sup>442</sup> и цитируемый проф. Славянскимъ<sup>440a</sup> увѣнчались полнымъ успѣхомъ, т. е. больныя благополучно перенесли операцію, плоды же были убиты.

На основаніи этихъ — правда, немногочисленныхъ — наблюдений, можно сдѣлать выводъ, что: 1) пункция, особенно производимая безъ соблюденія антисептики, не представляетъ не-



винной операціи и 2) не всегда достигаетъ цѣли—убить плодъ.

Но все-таки же, по своей удобоисполнимости и при соблюденіи необходимыхъ предосторожностей въ смыслѣ антисептики и медленномъ, но полномъ опорожненіи жидкости плоднаго мѣшка,—этотъ методъ въ теченіе ранняго періода можетъ дать желаемый результатъ остановки дальнѣйшаго развитія вѣматочной беременности, хотя для радикальнаго исцѣленія,—какъ видно изъ случая, цитируемаго проф. Славянскимъ,—можетъ понадобится послѣдовательное удаленіе остатковъ плода или всего плоднаго мѣшка путемъ лапаротоміи.

Впрыскиваніе въ плодный мѣшокъ наркотическихъ средствъ.

Предложенное первоначально Joulin'омъ въ 1863 году и впервые успѣшно произведенное Friedreich'омъ впрыскиваніе раствора морфія въ плодный мѣшокъ съ цѣлью убить плодъ производилось съ тѣхъ поръ въ очень небольшомъ числѣ случаевъ, такъ что вопросъ о цѣлесообразности этого метода, по мнѣнію Parry, не могъ еще въ 1875 году считаться рѣшеннымъ, такъ какъ онъ нашель въ литературѣ всего только одинъ вполне убѣдительный случай излеченія этимъ способомъ (Koeberlé), тогда какъ даже случай Friedreich'a, по его мнѣнію, не можетъ считаться несомнѣннымъ.

Съ 1876 года впрыскиванія морфія, насколько мнѣ извѣстно, примѣнялись всего только 4 раза, въ случаяхъ Cohnstein'a, Müller-Schröder (II случай), Duncan и Mason'a (case IV) и Rennert'a, причемъ достигнутые ими результаты были разнообразны и крайне интересны для оцѣнки этого метода леченія.

Случай Cohnstein'a. Вѣматочная беременность или беременность одного рога—uteri bicornis. На III-мъ мѣсяцѣ выдѣлилась decidua, и затѣмъ Friedreich сдѣлалъ (на III—IV мѣсяцѣ беременности) 5 инъекцій morphii pur. въ растворѣ 0,01—0,02 Провацевскимъ шприцемъ per vaginam и черезъ брюшныя стѣнки послѣ предварительной аспираціи содержа-



щейся въ опухоли жидкости тѣмъ же шприцемъ. Послѣ второй инъекціи опухоль стала уменьшаться, и получился, въ концѣ концовъ, tumor величиною съ яблоко въ лѣвомъ сводѣ влагалища неравномѣрной консистенціи и неболѣзненный. Послѣ первой инъекціи было ухудшеніе состоянія больной, но наркотическаго дѣйствія морфія на организмъ матери не было.

2. Случай Müller'a. Доношенный плодъ убить путемъ впрыскиванія морфія черезъ брюшныя стѣнки въ мозгъ плода.

Впослѣдствіи произведена kolpotomia со смертельнымъ исходомъ.

3. Въ случаѣ Duncan'a и Mason'a произведено нѣсколько впрыскиваній морфія безъ всякаго эффекта на плодъ при трубно-брюшной беременности на V—VI мѣсяцѣ беременности. Послѣ впрыскиванія двухъ гранъ морфія въ амниотическую жидкость получилась интоксикація больной, которую устранили выпущеніемъ 8 унцій содержаемаго плоднаго мѣшка. Въ этомъ интересномъ случаѣ V-ти-мѣсячный плодъ совершенно безнаказанно подвергся, кромѣ инъекціи морфія въ амниотическую жидкость, еще 4-мъ инъекціямъ въ самое тѣло плода отъ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  грана и умеръ только послѣ послѣдней инъекціи, хотя, при той массѣ лечебныхъ вліяній, которымъ подвергалась больная (пункціи, электричество въ разныхъ видахъ, инъекція морфія), трудно рѣшить, дѣйствительно ли морфіемъ убить плодъ, и Duncan справедливо сомнѣвается въ этомъ.

4. Только въ случаѣ, описанномъ Rennert'омъ, эффектъ былъ быстрый и успѣшный: на V мѣсяцѣ внѣматочной беременности убить плодъ впрыскиваніемъ въ плодный мѣшокъ 1 grm 3% раствора морфія, при соблюденіи антисептики, черезъ выпяченный опухолью сводъ влагалища; но затѣмъ развились у больной перитонитъ и признаки разложенія плода въ плодномъ мѣшкѣ, окончившіеся, однако, выздоровленіемъ больной. Нужно, впрочемъ, замѣтить, что во время и послѣ впрыскиваній морфія у больной были потугообразныя боли, во время которыхъ, какъ извѣстно, плодъ часто умираетъ и безъ другихъ вліяній.



Эти немногочисленные факты мало говорят въ пользу разбираемаго метода. Изъ шести леченныхъ этимъ способомъ случаевъ только два раза (Koeberlé и Müller) плодъ былъ убитъ впрыскиваніемъ морфія, но остальные случаи вовсе не говорятъ въ пользу этого способа, особенно случай Duncan'a, гдѣ нѣсколько впрыскиваній не только въ амніотическій мѣшокъ, но и въ тѣло плода оставались безуспѣшными.

Первый случай Friedreich'a и случай Cohnstein'a не безукоризнены въ смыслѣ діагноза вѣматочной беременности, а въ случаѣ Kennert'a есть основаніе думать, что плодъ умеръ не отъ впрыскиванія морфія.

Кромѣ того, случай Duncan'a доказываетъ, что возможна интоксикація матери.

На основаніи вышеприведенныхъ данныхъ, мнѣ кажется, можно прійти къ такимъ заключеніямъ: примѣненіемъ этого леченія хотя, повидимому, и достигается иногда цѣль остановки дальнѣйшаго развитія ранней вѣматочной беременности и даже можно убить уже довольно развитой плодъ, но пока еще слишкомъ мало фактовъ, говорящихъ за несомнѣнный успѣхъ и полную безвредность для больной этого метода леченія. Во всякомъ случаѣ, нельзя вполнѣ согласиться съ Kennert'омъ, считающимъ инъекцію морфія за самый вѣрный и безвредный способъ леченія ранней вѣматочной беременности.

### Электричество.

Леченіе раннихъ періодовъ вѣматочной беременности электричествомъ въ различныхъ его формахъ, впервые примѣненное въ 1857 году Banchetti въ Пизѣ, только за послѣднее время стало примѣняться чаще, благодаря успѣхамъ, достигнутымъ этимъ способомъ, главнымъ образомъ, въ Америкѣ (Lusk, Rockwell, Gaillard Thomas, Garrigues, Landis и др.). Не смотря на довольно значительное число случаевъ, леченныхъ по этому способу, все-таки же примѣненіе электричества не получило еще полного права гражданства въ терапіи вѣматочной беременности.



Болѣе подробное разсмотрѣніе этого вопроса я счелъ не лишнимъ въ виду того, что примѣненіе электричества сопряжено съ гораздо меньшими опасностями для матери, чѣмъ другіе способы леченія, и составило бы важное приобрѣтеніе въ терапіи вѣматочной беременности, если бы дѣйствительно вполнѣ подтвердились большія надежды, возлагаемыя на него американскими врачами.

Обращаюсь къ разбору фактической стороны вопроса. Въ виду разногласія авторовъ въ оцѣнкѣ цѣлесообразности электрическаго леченія, изученіе казуистики леченныхъ этимъ путемъ случаевъ, лучше всякихъ теоретическихъ разсужденій, можетъ выяснить современное состояніе этого вопроса. Garrigues<sup>132</sup> представилъ, въ 1882 году, работу объ электрическомъ леченіи вѣматочной беременности, основанную на 11 случаяхъ успѣшнаго леченія, и категорически высказался за полную цѣлесообразность даннаго способа леченія съ цѣлью убить плодъ и даже вызвать полное исчезновеніе продуктовъ ненормальной беременности. Послѣ этой работы за послѣдніе 3 года мнѣ удалось собрать еще слѣдующіе 19 случаевъ, гдѣ примѣнялось электричество при вѣматочной беременности: случаи Kochmann'a<sup>199</sup>, Duncan-Mason'a<sup>102d</sup>, Freund'a<sup>120i</sup>, Harrison'a<sup>126p</sup>, Everett Herrick'a<sup>126a</sup>, Sibbald'a<sup>347</sup>, Mundé<sup>236</sup>, Fanny Berlin'ой<sup>27</sup>, Cocks'a<sup>73</sup>, Cushier'a<sup>127b</sup>, Lambert'a<sup>127f</sup>, Lusk'a<sup>233</sup>, 3 случая Mann'a<sup>240</sup> и 3 случая Rockwell'a<sup>322</sup> и Rosenstirn'a. Такъ какъ электричество въ большинствѣ случаевъ примѣнялось и предлагается только для раннихъ стадій развитія вѣматочной беременности, то весьма трудно судить объ эффектѣ электрическаго леченія въ виду шаткости діагноза ранней вѣматочной беременности и полного отсутствія для этихъ раннихъ стадій несомнѣнныхъ признаковъ жизни плода. Здѣсь приходится судить о смерти плода обыкновенно только по регрессивному развитію плоднаго мѣшка.

Въ случаѣ Mundé діагнозъ II-мѣсячной вѣматочной беременности можетъ считаться весьма вѣроятнымъ, и послѣ примѣненія сильнаго гальваническаго тока наступили у боль-



ной явленія коллапса, который, однако, Mundé не желаетъ объяснить разрывомъ плоднаго мѣшка, въ виду того, что больная могла ворочаться въ постели. Послѣдовательному же примѣненію фарадизаціоннаго тока авторъ приписываетъ уменьшеніе размѣровъ опухоли. Въ этомъ случаѣ, повидимому, нѣтъ никакихъ данныхъ утверждать, что плодъ убитъ электричествомъ; вѣроятнѣе всего, онъ погибъ вслѣдствіе разрыва плоднаго мѣшка. Кромѣ того, этотъ случай интересенъ въ томъ отношеніи, что здѣсь, послѣ энергическаго электрическаго леченія, развились опасныя явленія коллапса, вѣроятно вслѣдствіе внутренняго кровотеченія. Этотъ случай и описанное Rosenstirn'омъ \*) наблюденіе „колоссальной haematocoele retro-uterina, развившейся вслѣдствіе примѣненія сильнаго гальваническаго тока“, доказываютъ фактически опасность примѣненія сильныхъ электрическихъ токовъ и подтверждаютъ теоретическія соображенія Keller'a<sup>192</sup>, Cohnstein'a<sup>74</sup> и др. относительно опасности вызвать разрывъ плоднаго мѣшка примѣненіемъ электричества, и, слѣдовательно, въ настоящее время нельзя считать эти соображенія „чисто-апріористическими“, какъ ихъ называетъ Garrigues<sup>132</sup>.

Въ случаѣ Lusk'a около IV-го мѣсяца беременности наступили явленія частичнаго разрыва мѣшка и коллапса (partial collapse), которыя, правда, не обязательно сопровождаются, по мнѣнію Gaillard Thomas'a, смертію плода, но все-таки же эти явленія дѣлаютъ сомнительнымъ эффектъ послѣдовательнаго фарадизаціоннаго леченія на прекращеніе жизни плода, и все это наблюденіе можетъ служить только примѣромъ электрическаго леченія haematocoele.

Случай Cushier-Thomas'a вполне аналогиченъ предыдущему, такъ какъ фарадизація примѣнялась уже послѣ явленій частичнаго разрыва плоднаго мѣшка и образованія haematocoele, причемъ замѣчено уменьшеніе опухоли.

Въ случаѣ Sibbald'a электрическому леченію больная под-

---

\*) Rosenstirn (San-Francisko). Centraltbl. f. Gyn. 1881. № 13. Это, по мнѣнію автора, былъ случай gravid. tubo-uterinae.



верглась уже при явленіяхъ перитонита, развившагося вслѣдъ за разрывомъ внѣматочнаго плоднаго мѣшка, и плодъ, вѣроятно, умеръ раньше.

Случай Fanny Berlin'ой и три случая Mann'a, повидимому, убѣдительны въ діагностическомъ отношеніи, такъ какъ Mann говоритъ, что основывалъ свой діагнозъ, между прочимъ, на микроскопическомъ изслѣдованіи выдѣлившейся deciduae; но эти случаи слишкомъ недостаточно описаны (въ доступныхъ мнѣ литературныхъ источникахъ), и потому трудно судить, насколько они могутъ доказывать, что плодъ убитъ дѣйствительно электричествомъ. Въ этомъ отношеніи гораздо болѣе убѣдительны случаи Kochmann'a и Freund'a: въ первомъ случаѣ на V-омъ мѣсяцѣ беременности плодъ несомнѣнно убитъ статическимъ электричествомъ; въ случаѣ же Freund'a около 4-го мѣсяца внѣматочной беременности субъективно ощущавшіяся движенія плода и синхроническій съ пульсомъ матери шумъ сосудовъ (послѣда и пуповины) прекратились послѣ примѣненія электричества. Gaillard Thomas цитируетъ еще 2 случая внѣматочной беременности, видѣнные имъ на консультаціи вмѣстѣ съ Cocks'омъ и Lambert'омъ. Въ случаѣ Cocks'a 4-хъ-мѣсячная внѣматочная беременность констатирована на основаніи баллотированія плода и обычныхъ признаковъ беременности. Опухоль стала быстро уменьшаться послѣ примѣненія гальваническаго тока, и больная поправлялась. Въ случаѣ Lambert'a діагнозъ 5-ти-мѣсячной внѣматочной беременности для всѣхъ изслѣдовавшихъ больную врачей не былъ несомнѣненъ, но Gaillard Thomas полагаетъ, что въ этомъ случаѣ плодъ, кажется, находился въ брюшной полости; послѣ электрическаго леченія черезъ 2 мѣсяца опухоль живота почти совсѣмъ исчезла. Изъ семи случаевъ Rockwell'a я упоминаю только о трехъ новѣйшихъ, такъ какъ остальные уже принимались въ расчетъ Garrigues'омъ въ его работѣ объ электрическомъ леченіи внѣматочной беременности. Изъ этихъ трехъ случаевъ два не убѣдительны въ діагностическомъ отношеніи, и только въ одномъ случаѣ нельзя оспаривать существованія внѣматочной беременности, такъ какъ



діагнозъ былъ поставленъ Sims'омъ и Emmet'омъ; послѣ примѣненія гальваническаго тока на 3-ьемъ мѣсяцѣ беременности опухоль стала уменьшаться.

Случаи Harrison'a и Everett Herrick'a доступны были для меня въ описаніи ихъ Gaillard Tomas'омъ <sup>126—p—u.</sup> Въ первомъ изъ нихъ плодъ, очевидно, умеръ раньше примѣненія электричества, послѣ котораго опухоль 3-хъ-мѣсячной вѣматочной беременности постепенно стала уменьшаться; во второмъ же, при  $2\frac{1}{2}$ -мѣс. трубной беременности, послѣ четырехъ сеансовъ леченія прерывистымъ гальваническимъ токомъ замѣчено было повышеніе температуры и учащеніе пульса немного выше 100, но результатъ леченія былъ очень удовлетворительный, такъ какъ опухоль постепенно уменьшалась и больная совершенно выздоровѣла. Наконецъ, въ интересномъ и весьма тщательно описанномъ случаѣ Duncan-Mason'a, гдѣ на 5-мъ мѣсяцѣ трубно-брюшной беременности, путемъ систематическаго выслушиванія сердцебіенія плода, контролировался эффектъ различныхъ примѣнявшихся въ этомъ случаѣ методовъ безкровнаго леченія,—примѣненіе фарадизаціи, гальваническаго тока и даже электропунктуры не дало ожидавшагося успѣха и плодъ остался живымъ.

Изъ вышеизложеннаго мы видимъ, что въ нашихъ 19 случаяхъ эффектъ электрическаго леченія выразился уменьшеніемъ опухоли 15 разъ, но діагнозъ вѣматочной беременности былъ сомнительный въ 3 случаяхъ. Изъ 3 случаевъ, гдѣ жизнь плода могла быть положительно констатирована, плодъ убитъ электричествомъ 2 раза и остался живъ 1 разъ, не смотря на систематическое примѣненіе различныхъ методовъ электрическаго леченія (сл. Duncan-Mason'a). Въ остальныхъ случаяхъ болѣе ранняго періода вѣматочной беременности плодъ, повидимому, погибъ отъ послѣдствій разрыва плоднаго мѣшка, а не отъ прямого вліянія электричества. Кромѣ того, 3 случая изъ 15-ти, съ болѣе или менѣе вѣроятнымъ діагнозомъ, доказываютъ небезопасность электрическаго леченія въ смыслѣ возможнаго разрыва плоднаго мѣшка и явле-



ній воспаленія, хотя нужно замѣтить, что ни одинъ изъ этихъ случаевъ не окончился смертельно.

На основаніи оцѣнки приведенныхъ выше случаевъ, можно пока прійти къ тому заключенію, что электрическое леченіе требуетъ еще дальнѣйшихъ фактическихъ доказательствъ своей пригодности, но, какъ методъ относительно менѣе опасный, чѣмъ, напримѣръ, проколъ, заслуживаетъ полного вниманія.

Электричество примѣнялось съ одинаковымъ, повидимому, успѣхомъ во всѣхъ почти *видахъ*. Электронпунктура относится къ способамъ леченія, сопряженнымъ съ нарушеніемъ цѣлости плоднаго мѣшка, и представляетъ потому не меньшія опасности, какъ и проколъ вообще. Steavenson<sup>102d</sup> экспериментальнымъ путемъ старался рѣшить вопросъ о дѣйствиіи этого способа. Онъ изслѣдовалъ на мертвыхъ плодахъ эффектъ электронпунктуры и нашелъ, что, благодаря ей, ускоряется разложеніе тканей.

Garrigues полагаетъ, что электронпунктуру слѣдуетъ примѣнять только въ тѣхъ случаяхъ, когда „наружное примѣненіе“ электричества оказалось недѣйствительнымъ.

Duchenne совѣтовалъ Lesoeuf'у примѣнять лейденскую банку. Статическимъ электричествомъ убить плодъ въ случаѣ Kochmann'a.

Rockwell и Gaillard Thomas склоняются въ пользу гальванизма, который, по ихъ мнѣнію, былъ всегда дѣйствительнымъ и безопаснымъ способомъ.

Garrigues, Lusk, Mundé, Landis и Mann предпочитаютъ фарадизацію, такъ какъ ею не вызывается шока, и потому она можетъ безопасно примѣняться въ теченіе долгаго времени и со значительною силой тока.

Такъ какъ фарадизація при помощи электромагнитныхъ индуктивныхъ аппаратовъ примѣнялась успѣшно въ 6-ти случаяхъ, цитируемыхъ Garrigues'омъ, то онъ особенно рекомендуетъ этотъ способъ по своему удобству и простотѣ примѣненія.

*Способъ примѣненія:* отрицательный электродъ обыкновенно вводится или во влагалище, или *per rectum*; положи-



тельный же электродъ ставится на брюшные покровы. Garrigues совѣтуетъ токи средней силы, примѣняемые въ теченіе 10-ти или больше минутъ. Сеансъ нужно повторять ежедневно, пока не появятся признаки обратнаго развитія беременности: уменьшеніе грудныхъ железъ и т. п. Rockwell и Landis предлагаютъ употребленіе сильныхъ токовъ. Gaillard Thomas'у одинъ разъ пришлось примѣнять гальваническій токъ въ 40 cells; обыкновенно же, говоритъ онъ, плодъ можетъ быть убитъ токомъ гораздо меньшей силы.

Способъ дѣйствія электричества пока еще не выясненъ. Нѣкоторые авторы, говоритъ Garrigues, приписываютъ эффектъ электролизу, но самъ Garrigues, на основаніи своихъ опытовъ, признаетъ скорѣе динамическое, нежели химическое вліяніе электричества. Duncan и Steavenson считаютъ невозможнымъ убить плодъ электрическими ударами, потому что у него не достаточно развитъ тормозящій аппаратъ сердца. Landis, кромѣ прямого дѣйствія на плодъ, усматриваетъ еще вліяніе электричества въ нарушеніи пляцентарнаго кровообращенія.

Keller и Deschamps отвергали въ принципѣ леченіе электричествомъ, такъ какъ имъ можно произвести разрывъ мѣшка, вызвавъ мышечное сокращеніе брюшнаго пресса и мышечныхъ стѣнокъ самаго плоднаго мѣшка.

Техническія подробности примѣненія электричества при вѣматочной беременности не могутъ пока еще подвергаться статистическому изученію въ виду малаго числа однородныхъ наблюденій. Необходимыя свѣдѣнія изложены въ сочиненіяхъ Rockwell'я, Lusk'a, Gaillard Thomas'a и Landis'a.

Кромѣ этихъ американскихъ врачей, только Nowitz, въ Копенгагенѣ, высказывается за электрическое леченіе, вопреки мнѣнію Veit'a и другихъ нѣмецкихъ ученыхъ, большинство которыхъ, повидимому, игнорируютъ этотъ способъ леченія.

Въ заключеніе замѣчу, что электричество, — какъ способъ леченія менѣе опасный въ сравненіи съ другими способами, — примѣнимо, мнѣ кажется, при существующей до настоящаго времени шаткости діагноза раннихъ періодовъ вѣматочной беременности, и, вѣроятно, примѣненіе его окажется удобнымъ



при абдоминальной формѣ беременности, гдѣ опасаться сокращеній мѣшка нечего; съ другой же стороны, лапаротомія, какъ мы увидимъ дальше, представляетъ бѣльшія техническія трудности, чѣмъ при настоящей трубной беременности.

#### Ранняя лапаротомія. Кольпотомія.

Цѣль остановки развитія внѣматочной беременности, какъ мы видѣли, достигалась или безъ нарушенія цѣлости самаго плодовмѣстилища, какъ, напр., примѣненіемъ гальваническаго или фарадизаціонныхъ токовъ, благодаря дѣйствию которыхъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, достигается не только смерть плода, но и уменьшеніе, даже полное всасываніе, мертвого яйца: мы видѣли, что, пока, еще факты эти не подтверждены окончательно и этотъ методъ леченія безъ нарушенія цѣлости плоднаго яйца, не смотря на всю свою желательность, оказывается едва ли достигающимъ цѣли. Съ другой стороны, проколъ, впрыскиванія морфія и электропунктура основаны уже на принципѣ нарушенія цѣлости плоднаго мѣшка, безъ полного, однако, его удаленія или полного опорожненія: мы видѣли, что часто эти терапевтическія мѣры вызывали септицемию, послѣдовательныя кровотеченія или опасныя для матери разложенія содержимаго плоднаго мѣшка и воспаленіе его стѣнокъ. Въ виду-то этихъ опасностей, Раггу, напр., отвергаетъ совершенно всякій методъ, сопряженный съ прокободеніемъ стѣнокъ плодовмѣстилища, если за этою операціей тотчасъ не будетъ предпринято полное разрушенія или даже удаленія всего плоднаго мѣшка. Мысль полного уничтоженія причины страданія такъ естественна, что уже давно совѣтовали производить лапаротомію съ полною экстирпаціей плоднаго мѣшка (Heim въ 1812 году, Osiander, Playfair, Meadows и др.), но никто не рѣшался на подобную смѣльную операцію, не только по причинѣ ея прямой опасности, но, главнымъ образомъ, въ виду трудности постановки діагноза въ первые мѣсяцы внѣматочной беременности. Асто-



ритетный голос Spencer Wells'a раздавался положительно противъ этой операціи. Онъ главнымъ образомъ основывалъ свое мнѣніе на томъ соображеніи, что разрывъ плоднаго мѣшка, который желаютъ предупредить этою операціею, вовсе не такъ опасенъ, какъ это думаютъ, такъ какъ послѣ него часто наступаетъ выздоровленіе и развитіе такъ называемой вторичной брюшной беременности. Это мнѣніе, основанное дѣйствительно на болѣе точномъ изученіи исходовъ внѣматочной беременности, тѣмъ не менѣе не дастъ права отказаться отъ всякаго энергическаго терапевтическаго вмѣшательства и попытки оперативнаго леченія внѣматочной беременности, такъ какъ общій процентъ смертности для внѣматочной беременности очень великъ. За послѣднее время успѣхи оперативной гинекологіи дали нравственное право производить пробную лапаротомію и, съ другой стороны, обезпечили благопріятный исходъ за самыми опасными въ былыя времена операціями, такъ что—и съ точки зрѣнія опасности операціи и не смотря на шаткость діагноза—полное удаленіе плоднаго мѣшка въ настоящее время оказалось исполнимымъ. Экстирпація плоднаго мѣшка возможна, разумѣется, только при трубной беременности, которая въ раннемъ своемъ періодѣ развитія не образовала еще сращеній съ окружающими органами. При этихъ-то условіяхъ Dr. J. Veit \*), въ Берлинѣ, произвелъ первую операцію этого рода 16 августа 1883 года,—правда, при невѣрной діагностикѣ опухоли яичника,—и нашелъ сращенную съ окружающими частями беременную трубу величиною съ кулакъ, содержащую пронизанное кровоизліяніями яйцо съ погибшимъ уже раньше плодомъ въ 2 mm. длины.

Другую подобную же операцію, но уже при вѣрномъ діагнозѣ трубной беременности на III-мъ мѣсяцѣ Veit произвелъ 16 февраля 1884 года: удаленъ плодный мѣшокъ, образованный правою трубою и рыхло сращенный съ окружающими

---

\*) Veit. Die Eilieterschwangerschaft 1884, p. 60.



органами съ живымъ плодомъ длиною въ 7 cm. Обѣ операціи окончились полнымъ выздоровленіемъ, и Veit на этомъ основаніи говоритъ \*), что лапаротомія и экстирпація плоднаго мѣшка—единственно вѣрный способъ леченія трубной беременности, пока не существуетъ никакихъ осложненій (разрывъ и др.). Эта операція, по мнѣнію Veit'a, даже при невѣрномъ діагнозѣ менѣе опасна для больной, чѣмъ пункція плоднаго мѣшка и выпрыскиванія морфія. Veit \*) не придаетъ особенной важности діагностической ошибкѣ при смѣшеніи ранней трубной беременности съ другими формами внѣматочной беременности. Боковое положеніе опухоли, переходъ трубы на опухоль и подвижность ея, въ противоположность фиксированному положенію опухоли при брюшной беременности, допускаютъ смѣшеніе только съ яичниковою и трубно-абдоминальною формами; въ этихъ двухъ случаяхъ нѣтъ настоящаго показанія къ операціи въ виду меньшей опасности разрыва. При подобныхъ обстоятельствахъ, если бы оказалась въ дѣйствительности брюшная беременность въ началѣ ея развитія, то нужно продолжать операцію, отдѣлить послѣдъ послѣ разрѣза плоднаго мѣшка, и можно будетъ довольно вѣрно остановить кровотеченіе изъ стѣнки мѣшка обкалываніемъ. Разумѣется, подобная операція имѣетъ совершенно другое значеніе, чѣмъ операція при простой трубной беременности; но и здѣсь можно преодолѣть препятствіе способомъ, совершенно аналогичнымъ тѣмъ, которые примѣняются при субсерозныхъ опухоляхъ яичника. При трубно-абдоминальной или яичниковой беременности условія операціи гораздо болѣе сходны съ условіями при трубной беременности, и здѣсь техника не особенно трудна. Если laparotomia и произведена при невѣрномъ діагнозѣ, то все-таки же можно утѣшить себя тѣмъ, что мы избавили больную отъ операціи въ концѣ беременности, которая гораздо опаснѣе ранней операціи.

---

\*) Veit l. c., p. 54.



Veit<sup>378</sup>, въ самое послѣднее время, реферировалъ въ берлинскомъ акушерско-гинекологическомъ обществѣ, 13 ноября 1885 года, о третьемъ успѣшномъ случаѣ экстирпаціи плоднаго мѣшка на 3-мъ мѣсяцѣ беременности, но уже при трубно-брюшной формѣ, что дало ему возможность подтвердить свое мнѣніе о примѣнимости операціи при всѣхъ видахъ внѣматочной беременности, гдѣ плодный мѣшокъ снабженъ ножкою, и что техника экстирпаціи не труднѣе при положеніи яйца у абдоминальнаго отверстія трубы. Четвертый случай полной экстирпаціи трубной беременности съ 3—4 недѣльнымъ плодомъ описанъ Т. Howitz'емъ<sup>179b</sup>, въ Копенгагенѣ, и онъ вполне согласенъ съ Veit'омъ, что лапаротомія представляетъ единственное раціональное средство, если поставленъ діагнозъ трубной беременности до разрыва ея, но, въ противоположность Veit'у, Howitz считаетъ показанною эту же операцію, если даже констатирована смерть плода, хотя это и трудно.

Эти четыре операціи, увѣнчавшіяся полнымъ успѣхомъ, вполне устанавливаютъ, не смотря на свою малочисленность, право гражданства за операціей давно совѣтуемой, но только за послѣдніе 3 года осуществленной Veit'омъ и Howitz'емъ. Операція эта составляетъ, несомнѣнно, важное приобрѣтеніе въ леченіи внѣматочной беременности, или, по крайней мѣрѣ, трубныхъ формъ беременности; остается только пожалѣть, что шаткость діагноза ранней трубной беременности, вѣроятно, долго еще будетъ служить препятствіемъ къ производству ранней лапаротоміи.

*Кольпотомія.* Элитротомія далеко не представляетъ тѣхъ преимуществъ, какъ полная экстирпація плоднаго мѣшка. Она, во первыхъ, составляетъ уже операцію не удаленія полнаго, а только разрушенія плоднаго яйца, и, слѣдовательно, при ней больная подвергается всѣмъ опасностямъ послѣдова-тельнаго воспаленія стѣнокъ околоплоднаго мѣшка съ его послѣдствіями. Во вторыхъ, при ней возможно пляцентарное кровотеченіе какъ во время операціи, такъ и послѣ нея. Однимъ словомъ, эта операція представляетъ тѣ же опасности, какъ и Lapaerokelyphotomia болѣе ранняя, кромѣ того увели-



ченная трудностью полной антисептики поля операціи, но все-таки-же въ нѣкоторыхъ случаяхъ и эта операція, впервые произведенная Gaillard Thomas'омъ <sup>125</sup>, имѣетъ свои достоинства. Gaillard Thomas, въ 1875 году, при помощи гальвано-каустическаго ножа, примѣненіемъ котораго онъ хотѣлъ по возможности уменьшить кровотеченіе, удалилъ чрезъ разрѣзъ задняго свода влагалища плодъ и послѣдъ 3-хъ-мѣсячной вѣматочной беременности, и, не смотря на послѣдовавшее во время этой операціи кровотеченіе, больная все-таки же выздоровѣла. Не смотря на то, что Раггу называетъ эту операцію самымъ важнымъ новѣйшимъ пріобрѣтеніемъ въ дѣлѣ леченія раннихъ періодовъ вѣматочной беременности, она за послѣднія 10 лѣтъ мало нашла послѣдователей. Слѣдующій подобный случай описанъ О'Нага <sup>285</sup>: элитротомія произведена Albert'омъ Smit'омъ при угрожающемъ разрывѣ плоднаго мѣшка въ концѣ 4-го мѣсяца. Случай этотъ окончился смертью отъ кровотеченія, получившагося не смотря на то, что разрѣзъ былъ произведенъ при помощи термокаутера, такъ какъ при разрѣзѣ раненъ былъ послѣдъ, помѣщавшійся въ Дугласовомъ пространствѣ. Наконецъ, сюда же относится недавно описанный въ Москвѣ случай Пружанской <sup>436</sup>, гдѣ кольпотомія произведена была Снегиревымъ въ присутствіи проф. Склифасовскаго, при помощи Пакеленовскаго термокаутера, и извлеченъ живой плодъ шестимѣсячной вѣматочной беременности, также окончившійся смертью матери; плодъ же, разумѣется, былъ не способенъ къ вѣутробной жизни. Garrigues <sup>132</sup> упоминаетъ еще объ одномъ случаѣ кальпотоміи при трубно-яичниковой беременности, гдѣ Robert Battey на пятомъ мѣсяцѣ вскрылъ полость плоднаго мѣшока изогнутымъ троакаркомъ и экразеромъ Chassaignac'a, также съ летальнымъ исходомъ для больной. Сопоставляя эти 4 случая кольпотоміи, изъ которыхъ только 1, и то случайно, окончился выздоровленіемъ, съ результатомъ ранней лапаротоміи при трубной беременности, разумѣется, получится громадная разница не въ пользу кольпотоміи; но нужно принять во вниманіе большія различія, существующія между всѣми этими случаями даже относительно



вида беременности, и, кромѣ того, въ случаѣ О'Нага смерть обусловлена была непредвидѣннымъ случайнымъ обстоятельствомъ прикрѣпленія послѣда какъ разъ на мѣстѣ разрыва. Существуетъ также большая разница въ срокахъ беременности, при которомъ оперировали: въ случаѣ Gaillard Thomas'a беременность была 3-хъ-мѣсячная, и плаценты, собственно говоря, еще не было, тогда какъ въ случаѣ О'Нага, относящемся къ концу 4-го мѣсяца, тѣмъ болѣе въ случаѣ Пружанской, гдѣ беременность достигла 5-го или 6-го мѣсяца, операція представляла гораздо большія опасности, какъ со стороны большаго развитія плаценты, такъ и вообще всего плоднаго мѣшка. Въ виду разнообразія и малочисленности этихъ случаевъ трудно составить правильную оцѣнку разбираемой нами операціи. Оставляю дальнѣйшее разсмотрѣніе преимуществъ, недостатковъ и показаній этой операціи до разбора этихъ обстоятельствъ для кольпотоміи, производимой послѣ смерти плода.

Этимъ я заканчиваю разборъ методовъ леченія ранней вѣматочной беременности, не останавливаясь на другихъ давно оставленныхъ предположеніяхъ убить плодъ и остановить развитіе вѣматочной беременности, подвергая опасности или нанося сознательно вредъ матери: леченіемъ голодомъ Von Ridgen'a, кровопусканіемъ Cazeaux, сифилизаціей Barnes'a <sup>15</sup> и т. д. Такъ-же нераціоналенъ совѣтъ Malin'a вызвать сдавленіемъ мѣшка остановку его развитія, такъ какъ этимъ способомъ легко можно вызвать разрывъ мѣшка, т. е. именно то, чего желаютъ избѣгнуть. По мнѣнію Veit'a \*), методъ этотъ будетъ допустимъ только тогда, когда мы будемъ имѣть вѣрный способъ борьбы съ внутреннимъ кровотеченіемъ, развивающимся послѣ разрыва вѣматочнаго плоднаго мѣшка. Позволю себѣ сдѣлать краткій общій обзоръ леченія раннихъ періодовъ вѣматочной беременности.

Леченіе ранней вѣматочной беременности, если діагнозъ ея точно установленъ, имѣетъ главною цѣлью остановить дальнѣй-

---

\*) Veit, Die Eileiterschwangerschaft, p. 51.



шее развитіе беременности и, если возможно, то и уничтожить остатки плоднаго мѣшка, которые могутъ, при неблагоприятныхъ условіяхъ, вызвать, какъ постороннее тѣло, послѣдовательныя воспаленія и обусловить опасность для жизни больной. Эта цѣль достигается для трубной беременности, повидимому, лучше всего раннимъ удаленіемъ всего мѣшка путемъ ранней лапаротоміи или примѣненіемъ электричества безъ нарушенія цѣлости мѣшка, хотя и этотъ методъ еще требуетъ дальнѣйшаго изслѣдованія и вмѣстѣ со всѣми методами, основанными на нарушеніи цѣлости мѣшка, не лишень опасности вызвать разрывъ.

При брюшной и яичниковой формахъ беременности, гдѣ мѣшокъ мало содержитъ сократительныхъ элементовъ и опасность разрыва мѣшка меньше, лапаротомія же труднѣе выполняема, пригоднѣе электричество. Всѣ же способы, сопряженные съ небольшими нарушеніями цѣлости плоднаго мѣшка и частичнымъ опорожненіемъ его содержимаго, опасны въ томъ отношеніи, что могутъ вызвать ех васцо кровоизліянія въ мѣшокъ. Съ другой же стороны, небольшія нарушенія цѣлости стѣнокъ мѣшка не даютъ возможности примѣнить антисептику въ случаѣ разложенія содержимаго мѣшка и послѣдовательнаго септического зараженія матери. Въ этомъ отношеніи несомнѣнное преимущество имѣютъ, какъ уже указываетъ Раггу, всѣ операціи разрушенія и полного опорожненія плоднаго мѣшка, предполагая, что мы будемъ имѣть возможность справиться съ кровотеченіемъ и при этомъ избѣгнуть опасности септического зараженія.

#### **Леченіе разрыва плоднаго мѣшка при вѣматочной беременности.**

Разрывомъ мѣшка, по мнѣнію Нескеръа, оканчивались смертельно всѣ случаи трубной беременности, а другіе виды вѣматочной беременности также довольно часто оканчивались этимъ же явленіемъ, хотя и не всегда смертельно. Изслѣдованія послѣдняго времени показали, что разрывъ трубной бере-



менности не обязательно оканчивается смертью отъ внутренняго кровотеченія, а можетъ также кончиться выздоровленіемъ или путемъ образованія ограниченной haematocoele, или даже, съ сохраненіемъ жизни плода, завершиться развитіемъ такъ называемой вторичной брюшной беременности. Но все-таки же эти благопріятные исходы довольно рѣдки, и, во всякомъ случаѣ, на нихъ нельзя рассчитывать, а можно смотрѣть только какъ на счастливую случайность.

Смерть при разрывѣ вѣматочнаго мѣшка зависитъ, главнымъ образомъ, отъ двухъ причинъ: отъ шока и внутренняго кровотеченія, причемъ вторая причина самая частая. Согласно этимъ причинамъ, показанія терапіи должны быть направлены на уменьшеніе или полное уничтоженіе этихъ двухъ фатальныхъ явленій. Во многихъ случаяхъ смерть наступаетъ такъ быстро, что не успѣваетъ подоспѣть врачебная помощь; но при болѣе медленномъ ходѣ процесса и, слѣдовательно, именно тогда, когда можетъ имѣть мѣсто вмѣшательство врача, обыкновенно явленія шока уже изгладились и приходится направить все свое вниманіе на преодоленіе развивающейся острой анэміи, угрожающей жизни больной. Здѣсь помощь обыкновенно бываетъ палліативная: примѣняются всѣ способы леченія внутреннихъ кровотеченій вообще, гдѣ непосредственная хирургическая остановка кровотеченія оказывается невозможною: покой, холодъ, возбуждающіе и наркотическіе средства и т. д. Сюда же относится *трансфузія крови* и—за послѣднее время—трансфузія солянаго раствора. Леченіе трансфузіей примѣнялось, насколько мнѣ извѣстно, еще очень рѣдко и пока не дало еще особенно блестящихъ результатовъ: больная Негар'а<sup>165</sup> умерла послѣ трансфузіи ягнячьей крови черезъ 6 дней отъ уреміи; въ случаѣ Земацкаго и Котельникова<sup>117</sup> послѣ выпрыскиванія солянаго раствора и временнаго улучшенія кровообращенія наступила смерть при явленіяхъ все усиливающейся анэміи; наконецъ въ третьемъ случаѣ, Яcobу<sup>186</sup>, больная, не взирая на временное улучшеніе послѣ подобной же соляной трансфузіи, умерла черезъ 20 часовъ, при явленіяхъ коллапса.



Относительно примѣненія на дѣлѣ предлагавшагося нѣкоторыми авторами и изъ нихъ за послѣднее время Veit'омъ *прижатія аорты* при явленіяхъ внутренняго кровотеченія вслѣдствіе разрыва вѣматочнаго мѣшка, мнѣ не удалось найти въ литературѣ никакихъ указаній. Зато литература вопроса о леченіи разрывовъ обогатилась за послѣднее время цѣлымъ рядомъ успѣшныхъ случаевъ хирургическаго леченія, сущность котораго заключается въ прямой остановкѣ кровотеченія путемъ лапаротоміи. Давно и съ разныхъ сторонъ предлагалась эта операція со времени Heim'a, но даже еще у Раггу мы находимъ выраженіе, что никто до 1875 года не рѣшался на производство этой рискованной операціи и до самаго послѣдняго времени раздавались почти единогласно голоса противъ этого предпріятія. Укажу, какъ на очень недавній примѣръ, на мнѣніе Veit'a \*), прямо считающаго за ошибку производство лапаротоміи при внезапной руптурѣ; онъ даже съ нѣкоторою ироніей говоритъ, что „Wiltshire и Lawson Tait крайне просто относятся къ этому вопросу при каждомъ дебатѣ по этому поводу въ лондонскомъ акушерскомъ обществѣ: если кто либо демонстрируетъ препаратъ разрыва трубной беременности, то они встаютъ и замѣчаютъ, что здѣсь ничего не оставалось сдѣлать, кромѣ лапаротоміи, для спасенія больной“. „Я самъ—говоритъ Veit—одинъ разъ рѣшился на лапаротомію при подобныхъ безнадежныхъ условіяхъ. Кровотеченіе, правда, остановилось, но больная умерла черезъ 60 часовъ послѣ операціи“. Я не нашелъ въ литературѣ ни одного случая,—говоритъ Veit,—гдѣ бы этимъ образомъ была спасена жизнь больной. И уже этотъ фактъ самъ по себѣ, по мнѣнію Veit'a, противорѣчитъ мысли о подобной операціи; но, кромѣ того, нужно принимать во вниманіе, что больная можетъ сама выздороветь, и если она пережила первые часы, то приходится оперировать больную въ состояніи острой анэмii и часто безъ надлежащихъ приготовленій и въ неудобномъ для операціи помѣщеніи и безъ возможности необходимой антисептики, такъ что, въ виду всѣхъ этихъ обсто-

---

\*) Veit l. c., pag. 63.



ательствъ, прогнозъ операціи самъ по себѣ плохъ, тогда какъ прогнозъ для трубной беременности остается тѣмъ же и даже улучшается съ каждымъ годомъ, который переживаетъ больная послѣ разрыва. На основаніи этихъ доводовъ Veit полагаетъ, что о лапаротоміи и остановкѣ кровотеченія, серьезно говоря, не можетъ быть и рѣчи. Мнѣ кажется, что Veit слишкомъ оптимистически относится къ разрыву мѣшка. Онъ, какъ мы видѣли, даетъ большой процентъ смертности даже и въ болѣе позднее время, когда больная переноситъ первый шокъ. Наконецъ, были наблюдаемы случаи повторныхъ кровоизліяній, окончившихся смертью. Въ виду этого, уже *à priori* нельзя, мнѣ кажется, отвергать попытку спасти жизнь больной путемъ хотя бы даже рискованной операціи; но гораздо убѣдительнѣе этого апріористическаго разсужденія говорятъ за эту операцію результаты ея, достигнутые за послѣднее время Lawson Tait'омъ, который въ теченіе 1884 и 1885 годовъ оперировалъ при явленіяхъ разрыва 11 разъ съ однимъ только смертельнымъ исходомъ. Еще одинъ успѣшный случай описанъ Westermarck'омъ<sup>392</sup>. Изъ неудачныхъ же, кромѣ вышеупомянутаго случая Veit'a,<sup>376</sup> мнѣ извѣстны еще случаи Martin'a<sup>246</sup> въ 1879 году, Briddon'a<sup>44</sup> въ 1883 и Vozeman'a<sup>39</sup>; случай, упоминаемый Gail-lard Thomas'омъ; случай, описанный проф. Горвицомъ, и случай Обалинскаго въ Краковѣ. Всего, слѣдовательно, имѣется 20 случаевъ лапаротоміи при разрывѣ мѣшка вѣматочной беременности, изъ которыхъ 9 окончились смертью.

### Лечение вѣматочной беременности въ теченіе втораго періода.

Если вѣматочная беременность дошла до конца 4-го мѣсяца и плодъ живъ, то опасность разрыва даже для трубной беременности значительно уменьшается, и терапія при живомъ, но еще нежизнеспособномъ къ вѣутробной жизни плодѣ будетъ одинакова съ терапіей перваго періода. Здѣсь, какъ и тамъ, главное показаніе заключается въ прекращеніи дальнѣйшаго развитія беременности, такъ какъ въ интересахъ матери можно пожертвовать жизнью плода, который, какъ я уже го-



ворилъ, умираетъ весьма скоро послѣ родовъ. Но послѣ 30-й недѣли живой внѣматочный плодъ можетъ считаться уже жизнеспособнымъ, и естественно рождается вопросъ, нельзя ли спасти его и мать одновременно, производя операцію, аналогичную кесарскому сѣченію на живой женщинѣ, такъ называемую первичную лапаротомію и кольпотомію. Эта операція прежде считалась вполне рациональною, и многіе совѣтовали производить ее, какъ, напр., Kivisch<sup>193</sup>, Hecker<sup>164</sup>, Keller<sup>192</sup> и Deraul<sup>89</sup>, основываясь на сопоставленіи произведенныхъ уже подобныхъ операцій. Такъ, Deraul цитируетъ 9 случаевъ лапаротоміи при живомъ плодѣ, спасшихъ 7 дѣтей и 4 матери, и считаетъ этотъ результатъ очень ободряющимъ и говорящимъ за гастротомію для дальнѣйшихъ попытокъ. Кромѣ того, онъ цитируетъ 3 случая кольпотоміи при живомъ плодѣ также довольно успѣшныхъ (Caignon, Norman и Jonking). Parry собралъ 20 случаевъ первичной лапаротоміи, давшихъ 8 живыхъ дѣтей и 6 матерей, на основаніи чего и Parry склоненъ одобрить дальнѣйшія попытки въ этомъ направленіи. Но таблица, приводимая Parry, какъ впервые на то указалъ Litzmann, во многомъ ошибочна: 5 случаевъ нужно совершенно выкинуть, какъ не относящіеся сюда; по статистикѣ же Litzmann'a, относящейся къ 1880 году, на 24 случая первичной операціи жизнь матери спасена только одинъ разъ; изъ 10 извлеченныхъ живыми плодовъ пережили 3-й день только 4 дѣтей. Для матери, слѣдовательно, первичная лапаротомія даетъ почти 100% смертности, что, разумѣется, заставляетъ вполне отвергнуть эту операцію, такъ какъ при выжидательномъ леченіи по Parry смертность для внѣматочной беременности вообще 67%, и даже въ интересахъ плода эта операція имѣетъ очень мало шансовъ на дѣйствительный успѣхъ. Оставляя совершенно въ сторонѣ невѣрные данныя Keller'a и Parry, я ограничусь пока только результатами, полученными сопоставленіемъ Litzmann'a<sup>224</sup> и прилагаемой здѣсь таблицы болѣе новыхъ случаевъ лапаротоміи: мы имѣемъ 10 случаевъ Litzmann'a, давшихъ 1 только выздоровленіе, и 13 случаевъ, сопоставленныхъ мною (случай Goudell'я можно исключить, такъ какъ извлеченный имъ плодъ 6—7 мѣс. нельзя считать вполне



нѣ жизнеспособнымъ), давшихъ 2 выздоровленія. Слѣдовательно, на 23 раза получено 3 успѣха для матери, что составитъ, — если вообще можно изъ такого небольшого количества случаевъ выводить проценты, — 13% выздоровленій; но нужно при этомъ принять во вниманіе тѣ неблагопріятныя условія, при которыхъ въ большинствѣ случаевъ пришлось оперировать, — состояніе больныхъ было почти безнадежное, два раза не удалось избѣгнуть раненія послѣда, и, слѣдовательно, процентъ смертности (87%) нельзя вполне отнести къ результатамъ операціи полностью, и можно надѣяться, что, при лучшемъ выборѣ момента операціи, можетъ быть, понизится и смертность послѣ нея. Въ настоящее же время нужно сознаться, что факты не говорятъ въ пользу операціи относительно матери. Что же касается результатовъ этихъ же операцій для плода, то мы получаемъ въ 10 случаяхъ Litzmann'a только 4 плода, пережившихъ 3-ій день. Изъ моихъ же 13 случаевъ о 6 плодахъ сказано, что они вскорѣ послѣ операціи умерли отъ асфіксіи, недостатка развитія и истощенія; изъ остальныхъ же 7 только 2 можно считать дѣйствительно спасенными операціей, о четырехъ же нѣтъ у меня достаточныхъ свѣдѣній, такъ что на 23 случая только 11, и то очень условно, можно считать спасенными путемъ операціи отъ неминуемой смерти. Лапаротомія при живомъ плодѣ пока еще далеко не оправдала возлагавшихся на нее болѣе старыми авторами надеждъ, какъ операціи спасительной для матери и плода. Даже блестящій успѣхъ, достигнутый въ случаѣ проф. Лазаревича, не далъ возможности описавшему этотъ случай доктору Масалитинову <sup>429</sup> высказаться въ пользу примѣненія лапаротоміи при живомъ плодѣ. Онъ говоритъ, что „приступать къ чревосѣченію при живомъ плодѣ слѣдуетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не получается благопріятнаго результата отъ средствъ, направленныхъ къ прекращенію родовой дѣятельности, и гдѣ угрожаетъ возможность перитонита, или гдѣ можно ожидать разрыва околоплоднаго мѣшка. Въ случаѣ достиженія результата отъ указанныхъ выше средствъ, нужно выжидать прекращенія кровообращенія въ сосудахъ послѣда и уже тогда приступать къ чревосѣченію“.



Повидимому, гораздо лучше результаты достигаются при лечении внематочной беременности не лапаротоміей, а кольпотоміей. Samprell уже указалъ на преимущества кольпотоміи предъ лапаротоміей въ 9 случаяхъ: три матери и ихъ дѣти были спасены, два раза только матери выздоровѣли, одинъ разъ былъ спасенъ ребенокъ, и въ трехъ случаяхъ погибли и матери и дѣти, т. е. 5 матерей и 4 дѣтей обязаны своею жизнью этой операціи. Tanner изъ 10 операцій нашелъ выздоровѣвшими 6 матерей и спасенными 3 дѣтей. Parry собралъ 15 случаевъ кольпотоміи, давшихъ 60% смертности для матерей и только 2 живыхъ плода. Изъ числа этихъ 15 операцій было 10 первичныхъ, т. е. произведенныхъ при живомъ плодѣ. На этомъ основаніи Parry также считаетъ кольпотомію вообще болѣе успѣшною, чѣмъ первичную лапаротомію, которая, по вычисленіямъ Parry, даетъ 70% смертности. Мы извѣстны только одинъ новый случай кольпотоміи, произведенной Mathieson'омъ и увѣнчавшійся полнымъ успѣхомъ какъ для матери, такъ и для плода.

Въ случаѣ Gilbert'a<sup>135</sup> пришлось во время безуспѣшныхъ родовыхъ болей при 8-мѣсячной интерстиціальной беременности со стороны полости матки надрѣзать перегородку, отдѣлявшую плодный мѣшокъ отъ полости матки. Послѣ этой операціи черезъ 5 часовъ родился *per vias naturales* живой 8 мѣс. ребенокъ, умершій затѣмъ черезъ 6 недѣль отъ *inanitio*. Больная выздоровѣла. Подобную операцію предлагалъ производить уже Parisi и далъ ей названіе *hystérotomie interne* (см. Keller<sup>132</sup>, pag. 37). Сюда же нужно отнести лапаротомію послѣ смерти внематочнобеременной, такъ какъ эта операція, аналогичная кесарскому сѣченію на мертвой, производится съ цѣлью спасти ребенка. Эта операція произведена 4 раза: проф. Крассовскимъ \*) послѣ разрыва на 9-омъ мѣс. при *grav. interstitialis*, Сутугинымъ<sup>444</sup> и Laroeyenne'омъ<sup>207</sup> при *grav. abdominalis* и Schoonover'омъ<sup>340</sup> при *gr. tubo-abdominalis*, но ни одна изъ этихъ операцій не увѣнчалась успѣхомъ.

\*) Медич. отчетъ С.П.Б. Родовсп. Завед. за 1873—1876 г. 1880 г., стр. 6.



Таблица операций при вѣматочности

№	Операторы, авторы и литературы. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операци.	Продолжительность беременности.
1	Heywood Smith. Trans. Obs. Soc. Lond. Vol. XX (1878). 1879. p. 5.	42	—	—	—
2	Vedeler и Normann. Centralb. f. Gyn. 1881. 1880. p. 244.	40	4	Перитонитъ отъ разрыва плодн. мѣшка.	9 мѣсяцевъ
3	Lawson Tait. Obst. Journ. Gr. Brit. VIII. 1880. p. 577.	33	7	Ложныя родовыя боли.	10 мѣсяцевъ
4	Reid. Patterson. ibid. 1880. pag. 85.	—	—	Перитонитъ.	8 мѣсяцевъ
5	Boyland. Bost. Med. and. Surg. Journ. CII. p. 593. Jury 17.	—	—	Одновременная вѣ-и-внутриматочная беременность.	—



беременности съ живымъ плодомъ.

Диагнозъ. родъ выѣм. беремен.	Операція.	Послѣдъ.	Сращеніе плод. мѣшка.	Результатъ операциі.		Примѣчанія.
				Мать.	Ребе- нокъ.	
... tubo- ... d.	Лапаротомія.	Част. уд.	Были.	См.	Живъ	Послѣдъ раненъ при операціи. Мать умерла черезъ 22 часа, а ребенокъ черезъ 40 минутъ послѣ операціи.
... tubaria ... propria.	Лапаротомія.	Остав.	Были.	См.	Живъ	Мать умерла отъ коллапса на слѣдующій день. Ребенокъ былъ въ асфиксін, ожи- вленъ, сосалъ хо- рошо, но умеръ на другой день вечеромъ.
... tubaria ... terliga- ... nt.	Лапаротомія.	Остав.	Были.	См.	Живъ	Мать умерла вскорѣ послѣ опе- раціи отъ шока. Авторъ приписы- ваетъ плохой ис- ходъ слишкомъ поздней операціи.
... extra- ... r. abd.	Лапаротомія.	—	Были.	См.	Живъ	Мать умерла на 4-й день отъ истощенія. До опе- раціи 28 недѣль страдала перито- нитомъ.
—	Лапаротомія.	—	—	См.	Живъ	Предъ опера- ціей за 3 недѣли норм. роды, жи- вымъ ребенкомъ. Мать умерла черезъ 4 дня по- слѣ операціи.



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операци.	Продолжительность беременности.
6	Wilson. Amer. Journ. Obst. 1880. p. 821.	24	4	Одновременная внѣ-и-внутриматочная беременность.	—
7	Goodel. (Case IX). Amer. Obst. Journ. 1881. Vol. XIV. p. 898.	41	Повт.	Перитонитъ.	6—7 мѣс.
8	A. Martin. Berl. Klin. Wochn. 1881. № 52.	39	3	Общее истощеніе.	7 мѣс.
9	Beisome. Gazetta med. de Forino. 1881. 553.	—	—	—	—
10	Lange. (Hildebrandt. 1882). Berl. klin. Wochn. 1885. № 29. 1-й случай.	28	7	Родовыя боли. Сильный перитонитъ.	9 мѣс.
11	Lange. (Hildebrandt. 1882). Ibid. 2-й случай.	26	2	Moribunda. Общій перитонитъ послѣ родовыхъ болей.	10 мѣс.



Діагнозъ. Видъ вѣм. берем.	Операція.	Послѣдъ.	Сращеніе плодн. мѣшка.	Результатъ операци.		Примѣчанія.
				Мать.	Ребе- нокъ.	
r. uterina e extraut. r. abd.	Лапаротомія.	Остав.	Были.	См.	Живъ	Нормальные ро- ды не совсѣмъ до- нош. ребенкомъ. Мать умерла внезапно черезъ 90 часовъ послѣ операци. Вскрытіе: пери- тонита нѣтъ; по- слѣдъ состоялъ изъ трехъ частей.
r. tub.	Лапаротомія. Антисептика.	Остав.	Были.	См.	Живъ	Мать умерла отъ септического перитонита на слѣд. день. Плодъ жилъ только нѣск. минутъ.
r. tub.	Лапаротомія. Частичное уда- леніе стѣнки плодн. мѣшка.	Удал.	Были.	Вызд.	Живъ	Плодъ съ энце- phalocеле, дышалъ нѣкоторое время, умеръ вскорѣ.
r. ovaria.	Лапаротомія.	—	—	См.	Живъ	—
r. abd.	Лапаротомія.	Остав.	Были.	См.	Живъ	Мать умерла отъ фибринозно- гнойнаго перито- нита. Извлеченъ въ асфиксіи, и ожи- вить его не уда- лось.
r. tubo- d.	Лапаротомія. Антисептика.	Остав.	Были.	См.	Живъ	Мать умерла отъ гнойнаго пе- ритонита на 10-й день.



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
12	Netzel. Centralb. f. Gyn. 1881. p. 349.	—	—	—	9 мѣс.
13	Проф. Лазаревичъ. Масалитиновъ. «Врачъ» 1886. №№ 3—6.	27	2	Боли. Лихорадка. Перитонитъ.	10 мѣс.
14	Mathieson. Amer. Obst. Journ. 1884. Vol. XVII. p. 864.	30	6	Родовыя боли. Явленія внутр. кровотеченія. Угрожающая руптура.	10 мѣс.
15	Gilbert. Bost. Med. and Surg. Journ. Vol. 96. 1877. pag. 284.	37	5	Безуспѣшныя родовыя боли.	Около 8 мѣс.



Диагнозъ. Видъ вѣѣм. берем.	Операція.	Послѣдъ.	Срощенія плодн. мѣшка.	Результатъ операціи.		Примѣчанія.
				Мать.	Ребе- нокъ.	
Gr. tub.- abd.	Лапаротомія. Полное удаленіе плодн. мѣшка. Ножка вшита въ рану живота.	Удал.	Были.	См.	Живъ	Мать умерла отъ общаго перитонита на 3-й день. Раненіе послѣда при операціи да- ло сильное крово- теченіе.
r. abd.	Лапаротомія. Неудачныя по- пыткн произве- сти кольпотомію и удалить весь мѣшокъ. Послѣдъ раненъ при операціи. Кровотеченіе. Мѣшокъ и по- слѣдъ вшиты въ рану. Антисептика.	Остав.	Были.	Вызд.	Живъ	Плодъ — доно- шенная дѣвочка— родилась въ ас- фиксіи, оживлена; умерла отъ исто- щенія черезъ 20 дней.
c. extra- uter.	Kolpotomia безъ анэстезіи. Антисептика.	Удал.	—	Вызд.	Живъ	—
inter- stitialis.	Hysterotomia interna. Надрѣзъ боко- вой стѣнки мат- ки.	—	—	Вызд.	Живъ	Послѣ операціи черезъ 5 часовъ ро- дился 8-мѣсячн. живой ребенокъ. Черезъ 6 недѣль онъ умеръ отъ inanitio.



### Оперативное леченіе вѣматочной беременности послѣ смерти плода.

Въ 1859 году, Нескер<sup>161</sup>, въ концѣ своей статистической работы о вѣматочной беременности, говорить, что въ собранныхъ имъ цифрахъ относительно оперативнаго леченія брюшной беременности (такъ какъ, по его мнѣнію, только о брюшной и можетъ здѣсь быть рѣчь, трубныя же формы не достигаютъ полнаго развитія) не имѣется данныхъ, говорящихъ за это леченіе, и „мое личное убѣжденіе, которое, вѣроятно, разделяетъ со мною большинство современныхъ товарищей по специальности, заключается въ томъ, что только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ имѣется показаніе къ производству рискованной операціи, которая и въ подобномъ случаѣ только можетъ преслѣдовать цѣль спасенія живаго доношеннаго ребенка, во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ слѣдуетъ поступать только симптоматически, — правда, въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова“.

Приведенное мнѣніе Нескер'а дѣйствительно долго держалось въ наукѣ. Почти тѣми же словами рѣшался вопросъ объ операціяхъ послѣ смерти плода Schröder'омъ<sup>342</sup> въ 1872 году и Depaul'емъ<sup>89</sup> въ 1875 г. Keller<sup>192</sup>, однако же, въ 1872 году, допускалъ гастротомію при болѣе расширенныхъ показаніяхъ, требуя выжиданія только до времени образованія сращеній плоднаго мѣшка со стѣнкой живота. Parry<sup>294</sup>, въ 1876 году, не смотря на то, что по его же вычисленіямъ вторичныя операціи (послѣ смерти плода) понизили % смертности при вѣматочной беременности на 13,77%, допускаетъ оперативное вмѣшательство только въ крайности и послѣ, по возможности, продолжительнаго выжиданія. Gusserow<sup>146</sup>, въ 1877 году, высказался опредѣленно относительно времени производства лапаротоміи послѣ смерти плода: если ребенокъ умеръ, то нужно дѣлать по возможности скорѣе лапаротомію, чтобы предупредить наступленіе (ложныхъ) родовъ, которые наступаютъ почти обыкновенно черезъ нѣсколько дней послѣ



смерти плода. Во время родовыхъ болѣй оперировать можно только въ исключительныхъ случаяхъ, гдѣ жизни больной угрожаетъ опасность, такъ какъ прогнозъ подобной операціи плохъ. Если же эти бурныя явленія прошли, то, во всякомъ случаѣ, дальнѣйшее леченіе должно зависѣть отъ состоянія больной: если силы и общее состояніе больной хороши, то можно ждать образованія литопедіона или произвольной элиминаціи. Если же состояніе больной плохо, силы падаютъ и есть лихорадка, то чревосѣченіе представляетъ единственную возможность спасти жизнь больной. Предоставляя будущему подтвержденіе цѣлесообразности этихъ показаній производства операціи, Gusserow заканчиваетъ свое изложеніе слѣдующими словами: „если же вообще будутъ оперировать только въ крайнихъ случаяхъ и только послѣ смерти плода, то мы никогда не будемъ въ состояніи составить себѣ правильнаго убѣжденія о леченіи этого опаснаго страданія“.

Ernst Fränkel <sup>117</sup>, въ 1879 году, примѣнилъ мнѣнія Gusserow'a, высказанныя для брюшной беременности, къ леченію доношенныхъ формъ трубной беременности и, вмѣстѣ съ Cohnstein'омъ <sup>71</sup> (1877), указалъ на преимущества элитротоміи въ нѣкоторыхъ удобныхъ случаяхъ. Eugen Fränkel <sup>116</sup>, Hofmeier <sup>176</sup>, Deschamps <sup>90</sup> сходятся съ вышеприведеннымъ мнѣніемъ Gusserow'a относительно показаній для вторичной лапаротоміи. Litzmann <sup>224</sup> значительно расширилъ показанія производства лапаротоміи послѣ смерти плода. Онъ находитъ необходимымъ выждать только облитераціи плацентарныхъ сосудовъ (самое большое 5—6 мѣсяцевъ послѣ смерти плода) и дальше этого срока не совѣтуетъ ждать, тѣмъ менѣе, чѣмъ благопріятнѣе общее состояніе больной, такъ какъ при этомъ условіи мы имѣемъ гораздо больше шансовъ безъ вреда для больной освободить ее отъ обузы, которая всегда угрожаетъ опасностью для больной. Со времени этой классической статьи Litzmann'a <sup>224</sup>, основанной на тщательной критической оцѣнкѣ произведенныхъ до 1880 года лапаротомій при вѣматочной беременности, большинство авторовъ стало высказываться за болѣе широкое примѣненіе оперативнаго леченія



послѣ смерти вѣматочнаго плода. Этому, правда, способствовали также успѣхи, достигнутые оперативною гинекологіей вообще, на которые, какъ на доводъ къ производству лапаротоміи, указывалъ уже Keller <sup>192</sup> въ 1872 году и затѣмъ Sachs <sup>333</sup> въ 1881 году. Послѣдній авторъ, доказавъ обычное послѣдовательное нагноеніе литопедіоновъ, считаетъ лапаротомію послѣ смерти плода показанною въ каждомъ данномъ случаѣ. Болѣе осторожно выражались о показаніяхъ этой операціи Lusk <sup>232</sup> въ 1881 году, Martin <sup>247</sup> въ 1881 году, Gaillard Thomas <sup>126</sup> въ 1882 году и, главнымъ образомъ, Bandl <sup>11</sup> въ 1882 году, заключившій, на основаніи старыхъ статистическихъ изслѣдованій нормальныхъ исходовъ, что больше наблюдается естественныхъ исцѣленій, чѣмъ выздоровленій, достигнутыхъ путемъ операціи. Во второй своей работѣ по этому же вопросу, въ 1881 году, Litzmann <sup>225</sup> опредѣленнѣе установилъ показанія къ лапаротоміи и, на основаніи произведенной имъ въ одномъ случаѣ полной экстирпаціи плоднаго мѣшка, допускаетъ этотъ методъ операціи для трубной и яичниковой беременности. Большинство новѣйшихъ авторовъ высказывается за примѣненіе лапаротоміи даже при хорошемъ общемъ состояніи больной (Charpentier \*), Werth <sup>391</sup>, Schröder <sup>342</sup>, Bandl <sup>12</sup>, Lawson Tait <sup>213</sup>, Сутугинъ <sup>445</sup>, проф. Славянский <sup>440</sup> и др.); но относительно отдѣльныхъ вопросовъ, касающихся производства операціи, въ мнѣніяхъ авторовъ пока еще существуютъ разногласія. Выборъ метода операціи не можетъ быть произвольнымъ, а приходится руководствоваться индивидуальными условіями каждаго даннаго случая. Обыкновенно приходится выбирать между лапаротоміей и кольпотоміей. Cohnstein <sup>72</sup>, Ernst Fränkel <sup>118</sup> и Kaltenbach <sup>194</sup>, главнымъ образомъ, указали на преимущества кольпотоміи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ: 1) плодъ доступнѣе со стороны влагалища; 2) послѣдъ помѣщается на передней брюшной стѣнкѣ и потому при производствѣ чревосѣченія можетъ быть пораненъ; 3) когда мѣшокъ помѣщается интерлигаментарно.

\*) Charpentier. Traité prat. des accouchem. 1883. Vol. I.



Cohnstein полагаетъ, что эта операція благоприятна для матери, лапаротомія же—для плода.

Относительно производства лапаротоміи главные вопросы касаются полнаго или неполнаго удаленія плоднаго мѣшка, послѣда, сращеній плода съ мѣшкомъ и этого послѣдняго съ окружающими органами брюшной полости. Большинствомъ авторовъ принято за правило—оставлять *in situ* послѣдъ, если онъ произвольно не отдѣлился, во избѣжаніе опаснаго кровотечения при недостаточномъ тромбозѣ плацентарныхъ сосудовъ; но такъ какъ оставленный послѣдъ можетъ, разлагаясь, вызвать септическое зараженіе больной послѣ операціи, то изыскивались методы безкровнаго удаленія, и Martin<sup>247</sup> для этой цѣли предложилъ и выполнилъ обкалываніе мѣста прикрѣпленія послѣда. Относительно возможности удаленія всего плоднаго мѣшка мнѣнія авторовъ расходятся: Litzmann считаетъ его невозможнымъ при брюшной беременности и вообще при большихъ сращеніяхъ плоднаго мѣшка, но Кузнецкій, Сутугинъ и др. считаютъ этотъ методъ заслуживающимъ большаго примѣненія, чѣмъ въ настоящее время. При существующихъ сращеніяхъ плоднаго мѣшка съ плодомъ принято въ настоящее время по возможности избѣгать раненія органовъ матери (проф. Славянской); другіе же авторы, какъ, напр., Gaillard Thomas<sup>125</sup>, совѣтуютъ оперировать раньше, т. е. до образованія этихъ сращеній, а болѣе старые операторы насильственно удаляли приращенныя части плода. Одна изъ главныхъ заботъ оператора направлена, кромѣ устраненія опасности самой операціи, также на предупрежденіе септического зараженія послѣ операціи. Эта цѣль достигается примѣненіемъ строгой антисептики; но, кромѣ того, въ видахъ достиженія этой же цѣли предлагаютъ: 1) выждать образованія сращеній плоднаго мѣшка на мѣстѣ раны, чтобы предупредить загрязненіе полости брюшины и развитіе септического перитонита; 2) вызвать искусственно образованіе этихъ сращеній, производя лапаротомію при помощи каустическаго средства въ нѣсколько приѣмовъ (Deraul и др.), или предварительнымъ пришиваніемъ мѣшка (Landau); 3) удаленіе всего разложившагося со-



держимаго мѣшка; но такъ какъ послѣдъ обыкновенно приходится оставлять, то старались 4) умѣрить разложеніе его антисептическими присыпаніями, тампонаціей, и въ самое послѣднее время Kaltenbach <sup>144</sup> пробовалъ обеззаразить послѣдъ путемъ инъекціи его сосудовъ іодоформной эмульсіей, 5) путемъ обширнаго дренажированія дать свободный стокъ содержимому мѣшка 6) зашиваніемъ раны мѣшка послѣ частичнаго удаленія его стѣнки (Martin <sup>247</sup>).

Цѣлесообразность всѣхъ этихъ различныхъ методовъ и модификацій техники операцій при внематочной беременности требуетъ дальнѣйшей провѣрки на основаніи большаго числа случаевъ. Вообще, вся оперативная часть леченія внематочной беременности, составляющая приобрѣтеніе сравнительно недавняго времени, кромѣ вышеприведенныхъ, представляетъ массу стоящихъ на очереди вопросовъ, вѣрный путь рѣшенія которыхъ заключается въ изученіи отдѣльныхъ фактовъ, добытыхъ на практикѣ на основаніи казуистики произведенныхъ операцій.

Казуистика же оперативнаго леченія внематочной беременности съ каждымъ годомъ быстро увеличивается, и если Litzmann, при составленіи своей работы о показаніяхъ къ лапаротоміи, могъ, въ 1880 г., располагать только 33 случаями лапаротомій послѣ смерти плода,—за послѣднее время, кромѣ уже разобранныхъ Litzmann'омъ случаевъ, мнѣ удалось собрать въ литературѣ 68 случаевъ неполныхъ и полныхъ келифотомій, кромѣ того 30 случаевъ операцій при начавшейся уже элиминаціи плода, которыя Litzmann <sup>224</sup>, Gussow <sup>143</sup>, Сутугинъ <sup>445</sup> и др. считаютъ необходимымъ строго отличать отъ лапаротомій при ненарушенной цѣлости плоднаго мѣшка. Всего, слѣдовательно, я располагаю 98 случаями, леченными путемъ лапаротоміи. Затѣмъ еще имѣется въ приведенной мною таблицѣ 11 случаевъ кольпотоміи и 14 операцій удаленія частей плода черезъ задній проходъ (rectoextractio) и влагалище (vaginoextractio). Обращаюсь къ болѣе подробному разсмотрѣнію этихъ 123 случаевъ оперативнаго леченія внематочной беременности послѣ смерти плода.



**ТАБЛИЦА ОПЕРАЦІЙ**  
**ПРИ ВНѢМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**  
**ПОСЛѢ СМЕРТИ ПЛОДА.**



## Таблица операций при вѣматочн

№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.		Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
		Возр.	болн.			
1	Braithwaite. Brit. med. Journ. 1884. I. 223. 1-ый случай.			3	Общее изнуреніе.	
2	Braithwaite. ibidem. 2-ой случай.	35		1	Изнуреніе сильное.	
3	J. Braxton Hicks. Transact. Ob. Soc. London. Vol. XXII. 1880.	29			Внутр. кровотеченіе, лихорадка. Перитонитъ.	7 мѣсяцевъ. Плодь 6-мѣ- сячный.
4	Brendel. Centralbl. f. Gyn. 1883. p. 649.	32		3	Истощеніе. Лихорадка.	Плодь почти доношень.
5	Byford. Annal. de Gynécol. 1878. XII. p. 30.	36		3	Перитонитъ травматическій.	Больше 3 лѣтъ.
6	Caraman. Lyon Médical. 1882. Vol. 40, p. 344.			23	Одновременно внѣ и внутри мат. (беременн. 7 мѣсяцевъ.	6 лѣтъ.
7	Creus y I. Mausó. Gaz. med. italiana. № 28. 1879.					







№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
8	Dunnett Spanton. Brit. Med. Journ. 1884. Vol. I, p. 14 и 53.	26			Около 2 лѣтъ. Плодь почти зрѣлый.
9	Eastley. 1876. Edinb. Med. Journ. Vol. 22. Part I 1876, p. 462.	33	4	Истощеніе, боли.	24 м.
10	Freund. Edinb. Med. Journ. 1883. XXIX. Part I, p. 403. B. Case III.	24	1	Истощеніе, боли, лихорадка.	1 годъ; плодь доношенный.
11	Fritsch. Heineken. Ueber Extrauterin Schwangerschaften. Diss. Halle. 1881.	38	1	Лихорадка и боли.	12 м.; плодь доношенъ.
12	Frommel. Deutsch. Med. Woch. 1884. № 7, p. 108.	32	2	Значительная лихорадка.	4 мѣс. Плодь убитъ на 4-мѣсяцѣ.
13	Galabin. Transact. Obs. Soc. of. London. Vol. XXIII (1881) 1882, p. 141.	36	3	Боли. Явленія разрыва кисты или внѣм. берем. (Lapar. explorativa); комбин. внѣ и внутри мат. берем.	18 мѣс.



Діагнозъ: а) о опер.; б) послѣ опер.	Операція.	Послѣдъ.	Срощеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
а) Діаг- нозъ сом- нительный пробный разрѣзъ). б) Gr. in- terstit.	Лапаротомія. Дренажъ.		Сплош- ное.	Выздор.	Можетъ быть, была до операціи перфо- рація толстой кишки. Черезъ шесть недѣль послѣ операціи изъ мѣшка извлечены кости, остававшіяся въ стѣнкѣ мѣшка.
	Laparokelypho- tomia.	Атроф.	Есть.	Выздор.	Обширныя сраще- нія стѣнокъ мѣшка съ поверхностью пло- да, котор. извлеченъ по частямъ при опе- раціи.
Яичнико- вая бере- менность.	Лапаротомія. Антисептика. Дренажъ.	Остав.	Не вез- дѣ.	Выздор.	Плодъ женск. 1800 gms. 40 cm. длины извлеченъ по ча- стямъ.
а) Gravid. extraut. б) Gravid. ovarial. ab- domin. sec.	Лапаротомія безъ антисеп- тики. Попытки отдѣлить по- слѣдъ дали сильное крово- теченіе.	Остав.	Значит.	Смерть на 3-й день отъ перито- нита.	
а) Gr. ex- traut. въ началѣ 4 мѣсяца. б) Gr. tub. dextr. (?) in- terligament.	Лапаротомія, раненіе послѣ- да. Сильное кро- вотеченіе оста- новлено обка- лываніемъ. Дренажъ per vaginam.	Остав.		Выздор. (?).	Послѣдъ на перед- ней стѣнкѣ.
а) Разрывъ кисты или внѣмат. беремен. (?) б) Gr. ext- rauter. cum grav. nor- mali.	Лапаротомія. Дренажъ. Послѣдъ—на береж. маткѣ; кровь въ мѣш- кѣ.	Остав.	Есть.	Смерть черезъ 4 дня послѣ родовъ отъ вн. кровот.	Авторъ объясняетъ смерть кровоте- ченіемъ изъ мѣста прикрѣп. послѣда на сократившейся послѣ родовъ маткѣ.



№	Операторы, авторы и литературы. указанія.	Возр. болън.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
14	Goodell. Amer. Obst. Journ. 1880. Vol. XIV, p. 128—135.	31	—	Общее истощеніе. Раз- ложеніе содержимаго мѣш- ка.	Больше 2-хъ лѣтъ. Плодъ зрѣлый.
15	Goodell. New-York. Med. Record. 1882. Transact. Gyn. Soc. Amer. Vol. VII.	—	—	Быстрое истощеніе.	
16	Gusserow. 1881. Hugo Klau. Ueber die Therapie bei Extraut. schw. Diss. 1881. S. 17. Charité-Annalen VII, p. 668. 1882.	34	—	Боли и кровотеченія изъ матки.	10 мѣс. Плодъ умеръ недавно
17	Gusserow. Rosenthal. Charité- Annalen. IX. 1884. S. 349.	30	2	Ознобы. Сильная лихо- радка. Нагноеніе плоднаго мѣшка.	1 мѣс. послѣ срока. Смерть плода въ сро-
18	Herff. New-Orl. Med. and Surg. Journ. N. S. VIII. 147. 1880.	—	—		



Диагнозъ: а) о опер.; б) исходъ опер.	Операция.	Послѣдъ.	Сроченіе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
а) Диаг- нозъ до операции сомнитель- ный. Laparoto- mia explo- siva). Gr. ova- ria.	Лапаротомія. Неудачная по- пытка полн. удаленія мѣш- ка. Антисептика.	Не най- денъ.	Есть.	См. на 7 день.	При операціи силь- ное кровотеченіе и раненіе толстой киш- ки.
	Лапаротомія.	Удал. легко.		См. отъ Брайто- вой бо- лѣзни черезъ 2 недѣли.	
Беремен- ность въ предаточн. мѣшкѣ (шумъ сократи- тельности мѣшка). б) Gravi- d perito- nitis при разрывѣ.	Лапаротомія. Попытки выдѣ- лить весь мѣ- шокъ; затѣмъ края мѣшка при- шиты къ брюш- ной ранѣ. Силь- ное кровотече- ніе.	Остав.	Значит.	Смерть на 2-й день отъ септ. об- щаго пе- ритони- та и вос- паленія легкаго.	
Gr. ex- t. ut. Gr. tubo- r. l.	Антисептика. Лапаротомія.	Остав.	Съ не- ред. брюш.ст. не было.	Выздор.	Длина ребенка 51 cm.
	Лапаротомія.			Выздор.	



№	Операторы, авторы и литературы. указанія.	Возр. болы.		Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
		Возр.	Число берем.		
19	Howitz. Virchow и Hirsch. Jahresber. 1882. p. 542. Bd. II.	26	1	Явленія перитонита на 7 мѣсяцѣ.	11 мѣс. Плодоношенъ.
20	Kaltenbach. Gottschalk.Centrabl. f. Gyn. 1885. № 22.	33	1	Лихорадка, боли.Разложеніе содержимаго мѣшка.	9 мѣс. Смерть плода на 7-мѣс.
21	Kirkley. Amer. Journ.of.Obst. 1885. Vol. XVIII. Febr., p. 160—162.	48	5	Страданія. Виѣм. берем.	9 мѣс. Смерть плода на 5-мѣс.
22	Крассовскій. Смоленскій. Отч. Спб. Род. Зав. Имп. Маріи. 1883, ст. 270.	27	2	Послѣ нормальной беременности воспаленіе въ животѣ. Ascites.	Около 2 л. Плодъ до
23	Лазаревичъ. Курсъ акушерства. 1879, ст.399.«Врачъ» 1886, № 6, статья Масалитинова.	—	—	—	Берем. дошенная.
24	Landau. Arch. f. Gyn.Bd. XVI, p. 436.	37	2	Истощеніе. Лихорадка.	12 мѣс. П умерь за дѣлю до раціи.



Диагноз: a) с опер.; b) послѣ опер.	Операція.	Послѣд.	Срощеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
grav. abdom. secund.	Лапаротомія. Послѣдъ удаленъ безъ знач. кровоте- ченія.	Удал.	Есть.	Выздор.	—
Gr. abd.	Антисептика. Лапаротомія. Плодъ извле- ченъ по частямъ.	Остав.	Сплош- ная съ перед. брюш. стѣнкой.	Выздор. медлен.	Попытка инъекціи сосудовъ пуповины и послѣда іодоформною эмульсіей не удалась.
a) Gr. ex- haust. Gr. tub. ruptura. Gr. abd. secund.	Лапаротомія. Случайный раз- рывъ послѣда, сильное артер. кровоотеченіе. Ли- гатура послѣда. Полость брю- шины промыта, и рана зашита.	Удал.	Плодъ срощенъ съ брюш. орга- нами.	Смерть черезъ 4 часа пос- лѣ опе- раціи.	Срощенія плода съ кишками и сальни- комъ. При отдѣленіи ихъ ранена кишка.
a) Диаг- нозъ сом- нительный. b) Gr. ex- haust. (abd?)	Лапаротомія. На сращ. нало- жено 7 лигатуръ.	—	Значит.	Смерть отъ пе- ритони- та на 3 сутки.	—
c) Gr. tub.	Лапаротомія.	—	—	Смерть.	—
Gr. ex- haust.	Антисептика. Лапаротомія; рана зашита и дренажъ.	Остав.	Нѣтъ.	Смерть на 38 день.	При вскрытіи: La- parotomia partim sa- nata. Peritonitis cir- cumsc. Pleuritis pu- rulenta.



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.		Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
		Возр.	Число			
25	Landau. Berl. Klin. Wochenschr. 1884, № 14, p. 219. Deutsch. Med. Wochen. 1884, № 12.	28	1		Страданія больной.	Больше 2 лѣтъ. Плодь умеръ на 7-мъ мѣсяцѣ.
26	Lawson Tait. Obst. Journ. of. Gr. Brit. and Irel. Vol. VIII 1880 г., стр. 202.	30	—		Истощеніе, малокровіе.	Плодь старшій 3-хъ мѣс.
27	Lawson Tait. Lancet 1880, p. 456.	40	6		Боли въ животѣ.	8 мѣс.
28	Lorentzen. Centralbl.f.Gyn.1881, № 24, p. 592.	34	4		Перитонитъ. Боли.	Около 13 мѣс. Плодь доношенъ.
29	Lucas Championnière, Gaz. des. Hôpit. 1884 № 5. Comptes rend. de l'Acad. des Scienc. Paris. Vol. 98. 1884, p. 57. Bull. de Chirurgie 1884, p. 24. Случай I-й.	31	—		Гектическая лихорадка.	15 мѣс. Ребенокъ жилъ до срока.
30	Lucas Championnière. Ibidem. Случай II-ой.	—	—		Гектическая лихорадка.	26 мѣс.
31	Lusk. New-York Med. Rec. 1884, p. 362.	—	—		—	—



Діагноз; а) до опер.; б) послѣ опер.	Операція.	Послѣд.	Срощеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздореніе.	Примѣчанія.
grav. ex- trauterina.	Лапаротомія съ предваритель- нымъ пришива- ніемъ мѣшка по способу Landau.	—	—	Вызд. (?)	Авторъ не сомнѣ- вается, что исходъ будетъ хорошій.
a) Haemo- coele. b) Gr. extraut.	Антисептика. Лапаротомія въ 2 приема.	Остав.	—	Выздор.	Кровоизліяніе на мѣстѣ отдѣлившагося послѣда, сидящаго на передней брюшной стѣнкѣ. Плодъ маце- рированный.
grav. in- terliga- mentaris.	Лапаротомія.	Остав.	Есть.	Выздор.	Послѣдъ отдѣлился черезъ три недѣли.
gravid. ex- traut.	Лапаротомія; послѣдъ разрѣ- занъ безъ кро- вотеченія.	Остав.	Есть.	Выздор.	
Gr. abd.	Лапаротомія.	—	—	Выздор.	Ребенокъ вѣсомъ 1800 grm., длина 44 cm. Въ плодномъ мѣш- кѣ около 6 литровъ гнилостнаго гноя.
Gr. abd.	Лапаротомія.	—	—	Выздор.	Ребенокъ, прибли- зит. 38 cm. длины, прирошенъ къ стѣн- камъ мѣшка, извле- ченъ по частямъ; при- рошенныя части эли- минированы впослед- ствіи.
Pyosal- pinx. Gr. tubo- varialis.	Лапаротомія.	—	Сплош- ныя.	Выздор.	Плодъ не найденъ.



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. болѣн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
32	Martini. Fränkel. Arch. f. Gyn. Bd. XVI, p. 229.	32	3	Боли живота, исхуданіе, нагноеніе мѣшка, лихорадка.	9 мѣс. Плодъ умеръ на VIII мѣс.
33	Meadows. Transact. Obst. Soc. Lond. Vol. XXV. 1884, p. 232.	—	—	Общее разстройство вслѣдствіе нагноенія въ плодномъ мѣшкѣ.	15 мѣс. Плодъ умеръ на 7 мѣс.
34	Negri. Centralbl. f. Gyn. 1885, № 31.	28	3		Около 15 мѣс. Плодъ умеръ на 7 мѣс.
35	Montrose A. Pallen. Amer. Journ. of. Obst. 1880, p. 502. Vol. XIII.	23	3	Боли. Упадокъ силъ. (Повторныя попытки вправленія матки вслѣдствіе неправильнаго діагноза).	7 мѣс. Смерть плода на VII мѣс.
36	Porro. Nicolini. Ann. Univ. di Med. e Chir. Vol. 259. 1882, p. 193.	26	3	Перитонитъ. Общая слабость.	13 мѣс. Плодъ умеръ на 9 мѣс.
37	Porro. Cattani. Annali Universali. Vol. 267. 1884, p. 153.	30	2	—	Почти 11 мѣс. Смерть плода въ срокъ.



Диагнозъ: а) опер.; б) послѣ опер.	Операция.	Послѣдъ.	Срощеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
Grav. utrat. Grav. tubo-abd. tubo- car.	Антисептика. Лапаротомія.	Не най- денъ.	Есть.	Смерть на 5-й день.	При вскрытіи най- дено: Stenosis ost. ven. sin. Endocarditis mit- ralis. Hypostasis pul- monum.
Gr. abd.	Лапаротомія.	—	—	Выздор.	—
	Лапаротомія. Срощенія плода легко отдѣлены. Кровотеченіе ост. легко. Послѣ очистки мѣшка рана совершенно защита.	Остав.	Съ брюшн. стѣвкой.	Выздор.	Плодъ вѣс. 1000 grm., длина 33 ctm, сухой, очень твердый, срощенъ съ мѣшкомъ и кишками. Послѣдъ остался и образовалъ впослѣдствіи подвиж- ную безболѣзненную опухоль.
Gr. Retro- versio uteri dividi. Gr. abd.	Лапаротомія. Разрѣзъ про- шелъ черезъ по- слѣдъ. Сильное кровотеченіе оста- новлено швами.	Удал.	—	См. че- резъ 15½ часовъ послѣ операции отъ кол- ляпса.	—
Gr. ex- t. Grav. car. ab- n. sec.	Лапаротомія. Попытки вы- нуть мѣшокъ.	Остав.	Есть зна- чит.	Смерть на 28 день отъ гнойнаго перито- нита.	—
Gr. ex- t. Gr. ab-	Лапаротомія. Дренажъ. Ан- тисептика.	Остав.	Есть.	Выздор. черезъ 2 мѣс.	—



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.		Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
		Возр.	болн.			
38	Th. Savage. Brit. Med. Journ. 1885. jan., p. 218. Case I.	—	—	—	Общее изнуреніе.	2 мѣс. послѣ срока.
39	Savage. Brit. Med. Journ. 1884. I, p. 453—455.	—	—	—	—	6 недѣль послѣ срока.
40	Schröder. Müller случай III. Charité Annalen II. 1877.	31	2	—	Нагноеніе плод. мѣшка. Перитонитъ.	11 мѣс. Плодъ почти доношенъ.
41	Schröder. Sachs. Ueber die Ind. Zur Laparot. Dis- sert. Berlin. 1881, p. 10.	23	12	—	Никакихъ страданій послѣ смерти плода.	16 мѣс. Плодъ 8-ми мѣс.
42	Schröder. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 24, S. 377. Второй случай.	—	—	—	—	—
43	Schröder. Hofmeier. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1886. Band. XII, pag. 192.	45	2	—	Перитонитъ.	1 годъ.



Диагноз: а) Опер.; б) Послѣ опер.	Операция.	Послѣдъ.	Сращеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
—	Лапаротомія. Дренажъ.	—	Не было съ пер. брюши. стѣнкой.	Выздор.	—
—	Лапаротомія.	Остав.	Есть.	Выздор.	Ухудшеніе состо- янія на 22-й день послѣ операціи было устранено извлече- ніемъ разлагающихся частей послѣда.
г. abd.	Лапаротомія. Неудачная по- пытка полного удаленія мѣшка.	Остав.	Есть.	Смерть черезъ пѣск. ми- нутъ.	При попыткахъ извлеченія мѣшка надрывъ кишки и стѣнки мѣшка. Голо- ва плода приращена къ мѣшку. Послѣдъ увеличенъ отъ кро- воизліяній.
grav. tu- beria	Лапаротомія. Дренажъ че- резъ cav. Douglas. vaginam и че- резъ брюш. рану.	Ост.	Съ брюши. стѣнкой.	Выздор.	
Диагнозъ взм. бер. оно было оставить. огамент- и трескъ шовки въ правомъ одѣ вла- лища.	Мѣшокъ соеди- нительноткан- ный предвари- тельно приш. къ стѣнкамъ. Разрѣзъ черезъ послѣдъ. Дре- нажъ черезъ задн. сводъ.	Остав.	—	Вызд.	Ноги плода сра- щены были со стѣн- кой мѣшка.
взм. бе- л. мошеніе ходи къ стѣ какъ ерлига- итарная пухоль чника.	Лапаротомія. При попыткѣ отдѣленія сра- щеній разрывъ плод. пузыря. Плодь извлеченъ. Chorion удаленъ. Мѣшокъ при- шить. Дренажъ.	Ост.	Сплош- ная.	Вызд. (?)	Плодь мацериро- ванный. Надъ опу- холью проходила по- перекъ фиксирован- ная петли кишки.



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
44	Проф. Славянскій. Русск. Медицина 1884, №№ 41—43.	33	2	Нагноеніе плоднаго мѣшка.	14 мѣс. Смерть плода до срока недѣли за три.
45	Southal. Annal. de Gynéc. Vol. XII, p. 33.	30	6	Перитонитъ.	26 мѣс. Плодъ умеръ въ срокъ.
46	Vulliet. Arch. f. Gyn. Bd. 22. 1884, S. 428.	30	2	Септическая инфекция.	Вскорѣ послѣ срока.
47	Wallace. Liverpool M. Chir. J. 1882. II. 261—264.	—	—	—	—
48	Gaillard Thomas. Ward. New-York Med. Record. 1884, p. 362. Centralb. f. Gyn. 1885, № 3.	—	—	—	—
49	Wasseige. Nouvelles Archiv. d'Obst. et de Gyn. Reper- toir universel №№ 1-2, p. 28. 1886.	20	Multipara.	Плохое состояніе здо- ровья. (Пробная лапаротомія).	Послѣ срока и смерти плода.



Діагнозъ: а) опер.; б) слѣдъ опер.	Операція.	Послѣдъ.	Сращеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
gr. extra- gr. tuba-	Антисептина. Laparokelypho- tomia.	Не най- денъ.	Сплош- ныя.	Вызд.	Плодъ приращенъ къ стѣнкамъ мѣшка, извлеченъ по частямъ.
abd.	Антисептика. Дренажъ.	—	—	Вызд.	Плодъ плотно сра- щенъ со стѣнк. мѣш- ка, извлеченъ по ча- стямъ.
Діагнозъ слѣдъ сом- нительный операции gr. tubo- varialis.	Антисептика. Punctio. Пробо- вали произвести Elytrotomiam. Лапаротомія.	Удал. сколько можно.	Есть вездѣ.	Смерть на слѣ- дующій день отъ peritoni- tis septi- са.	Ребенокъ длин. 37 см. Септическое за- раженіе вслѣдствіе нагноенія плод. мѣш- ка существовало уже до операци.
abd.	—	—	—	Вызд.	
extraut.	Лапаротомія Дренажъ.	Удал. не впол- нѣ.	—	Вызд.	Ребенокъ вѣсилъ 9 фунтовъ.
Діагнозъ сомнитель- ный.	Лапаротомія. Извлечены гнилой плодъ и отдѣлившіяся части послѣда. Полная анти- септика.	Частично удаленъ.	—	Смерть на 20 день отъ внутрен. кровоте- ченія.	



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. болѣн.		Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
		Число берем.	Число берем.		
50	I. R. Weist. Rutledge. Amer. Jour. of. Obst. Vol. XVIII. Nov. 1885, p. 1137— 1145.	20	Multipara.	Внѣм. берем. вскорѣ послѣ ложныхъ родовъ.	Около 10 мѣс. Смерть плода въ срокъ.
51	Freund. Edinb. med. journ. 1883. Vol. 29, part. I, p. 247. Case V. B.	24	1	Гнилостное распаденіе плоднаго мѣшка, септи- ческое зараженіе и пора- женіе легкихъ. Послѣдъ укрѣпл. на толстой кишкѣ.	5 мѣс. Плодъ 12 см. длин.
52	Möricke. Zeitsch. f. Geb. u Gyn. VII. 1882, S. 229.	37	2	Лихорадка.	—
53	Backer-Brown. 1866. Bull. Therapeut. 1866. 26 Février. Triadou des gross. extr. Thèse. 1866, p. 115.	48	—	Предполагали имѣть дѣ- ло съ кистой яичника, осложн. асцитомъ.	—
54	A. Martin. Zeitsch. f. Gyn. u Geb. Bd. III. 1878, p. 3.	37	2	Подвижная опухоль по- лости живота. Боли.	Нѣсколько лѣтъ (5—7).



Діагнозъ: а) до опер.; б) послѣ опер.	Операція.	Послѣд.	Срощеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
Gr. extraut.	Лапаротомія. Дренажъ мѣш- ка.	Остав.	—	Вызд.	Послѣ операціи силь- ныя кровотеченія изъ раны и сепсисъ. (Послѣдъ былъ очень широкій.)
Gr. abd.	Лапаротомія. Разрѣзъ кна- ружи отъ m. rec. abd. sin. Опорожненіе и (частичное) удаленіе мѣшка.	Удал.	Срощ. значит.	Смерть отъ перитонита.	Плодъ приращенъ къ мѣшку.
—	Лапаротомія. Было кровоте- ченіе при удале- ніи плод. мѣш.	Нахо- дился въ Дугла- сов. про- стран- ствѣ.	—	Вызд.	
До опера- ціи: киста яичника. Послѣ операціи: плодн. мѣ- шокъ.	Лапаротомія. Разрушеніе сращеній кау- теромъ. Punctio опухоли. Нало- женіе клампа на ножку опухоли.	—	Сроще- нія были.	Вызд.	Яичникъ и матка не находились въ свя- зи съ опухолью. Срощенія мѣшка съ ерілооп справа.
До опе- раціи: объ- известив- шаяся дер- моидная киста. Послѣ операціи: lithopae- dion.	Лапаротомія съ полною экс- тирпаціей опу- холи. Основаніе опу- холи перевяза- но и оставлено in situ.	—	Сроще- нія съ сальни- комъ. 3 лига- туры.	Вызд.	Опухоль, содержа- щая lithopædion, си- дѣла на широкомъ основаніи (не имѣя собственно ножки) на поясничныхъ мыш- цахъ правой стороны. Опухоль вѣс. 220 grm. вел. съ кулакъ мужч.



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
55	Billroth. 1880. Welponer u Zillner. Arch. f. Gyn. Bd. XIX. 1882. Anzeiger. d. K. K. Ges. d. Ärzte in Wien 1880, № 16.	34	2	Перитонитъ.	3 года. Плодь доношенъ.
56	Litzmann. Arch. f. Gyn. 1881. Bd. XVIII. S. 1—13. Werth. ibid. S. 14.	35	1	Опухоль болѣзненна. Общее состояніе хорошо.	9 мѣс. послѣ смерти доношенный плодь.
57	Knowsley-Thornton. 1882. Transact. obs. soc. Lond. Vol. XXIV, p. 51—81.	28	2	Боли, исхуданіе (пробный разрѣзь).	Около 9 мѣс.
58	Fort. Gaz. d. Hôp. 1882, p. 524.	35	—	Страданія отъ присутствія опухоли.	Плодь хорошо развитый.
59	Dönitz. Berl. klin. Wochen. 1883, № 25.	28	1	Болѣзненная опухоль.	16 мѣсяц.



Діагнозъ: а) до опер.; б) послѣ опер.	Операция.	Послѣдъ.	Срощеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
а) Cystoid. б) Gr. tub.	Лапаротомія. Полная экстир- пация. Ножка перевязана и оставлена.	—	Очень широкія сроще- нія.	Вызд.	Ножка образована lig. ovar. pr. и труба.
а) Gr. abd. Lithopae- -dion. б) Gr. tub.	Лапаротомія. Полная экстир- пация мѣшка и плода по ча- стямъ. Широ- кая ножка пе- ревязана и бро- шена. Lister.	—	Сроще- нія рых- лыя съ брюши- ною и плода со стѣн- ками мѣшка.	Вызд. черезъ 2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> мѣс.	Ножка образована Lig. lato dextr.
а) Fibro- -mata uteri. б) Gr. extr. -tub.	Лапаротомія. Полная экстир- пация. Основа- ніе опухоли пе- ревязано и остав. in situ. Антисептика.	—	Сроще- нія зна- читель- ныя съ сальни- комъ.	Выздор. черезъ 24 дня.	—
а) Fibroma -ovariorum. б) Gr. ex- -trahent.	Лапаротомія. Полная экстир- пация. Ножка укрѣплена въ брюшной ранѣ.	—	Сроще- нія были устра- нены; лига- туры— Catgut, прижи- ганія.	Выздор. черезъ 2 недѣл.	—
б) Gr. tubo- -abd.	Лапаротомія. Экстирпация. Дренажъ. Перевязка наф- талиномъ.	—	Сроще- нія были; при от- дѣленіи разрывъ мѣшка.	Выздор.	Послѣдъ не най- денъ при операция.



№	Операторы, авторы и литературы. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
60	Кузнецкій. 1883. Дневн. Каз. Общ. Вр. 1884. № 3.	42	1	Боли, рвота.	6 лѣтъ. Плодь развитый.
61	Кузнецкій. 1882. Тамъ же, № 4.	31	9	Истощеніе, лихорадка, анэміи. Нагноеніе мѣшка.	1 годъ съ лишкомъ. Плодь вполне развитый.
62	Сутугинъ. «Врачъ» 1884. №№ 25 и 26.	20	3	Самочувствіе и здоровье хороши. Grav. peritonealis.	Полтора года. Смерть плода на 34-ой недѣлѣ.
63	Schröder. Beaucamp. Zeitsch. f. Geb. и Gyn. Bd. X. 1884. Heft 2.	29	1	Сильное изнуреніе, лихорадка.	Плодь зрѣлый.
64	Waitz. Deutsche Med. Wochn. 1884. № 34.	—	3	Боли весьма сильныя, лихорадка.	Около 15 л. Плодь доношенный.



Діагноз: а) до опер: б) послѣ опер.	Операція.	Послѣдѣ.	Срощеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
а) Омѣлѣв- шая фиб- розная опу- холь матки. б) Gr. ex- ttraut. Lithopae- dion.	Лапаротомія. Полная экстир- пація. Ножка вшита въ рану. Антисептика.	—	Почти сплош- ная.	Выздор. черезъ 6 нед.	Ножка опухоли образ. tub.-dex. и lig. latum. Плодъ окаменѣлый
а) Gr. ex- ttraut. б) Gr. abd.	Лапаротомія. Полная экстир- пація. Ножка вшита въ рану. Антисептика.	—	Значи- тельные.	Вызд. черезъ 6 нед.	Ножка образована lig. lato. Плодъ разлагаю- щійся вѣс. 6 фунт., 15 1/2 дюйм. длины.
Gravid. peritonea- lis.	Антисептика. Лапаротомія. Полн. экстир- пація. Ножка перевяз. и погру- жена въ полость живота. Дренажъ че- резъ задній Dou- glas въ vagina.	—	Сроще- ніе сплош- ное, но рыхлое.	Выздор.	Ширина ножки 6,5 cm. (труба).
б) Gr. tubo- ovar.	Антисептика. Полная экстир- пація. Ножка погружена.	—	Сроще- ніе легко от- дѣли- лись.	Смерть вскорѣ послѣ операц.	Ножка образована трубою и lig. ovarii. Вскрытіе не пол- ное.
б) Gr. ova- rialis.	Лапаротомія. Полная экстир- пація.	—	Сроще- ніе сплош- ная, почти непре- одолимы.	См. чрезъ 2 часа отъ кол- ляпса.	Плодъ—доношенная дѣвочка, хорошо со- хранившаяся. Мѣ- шокъ съ хрящевыми стѣнками.



№	Операторы, авторы и литературы. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
65	Муратовъ. «Мед. Обозрѣн.» 1885. № 1, стр. 45—53.	31	4	Присутствіе опухоли въ животѣ. Предполагали сдѣлать оваріотомію.	Послѣ срока. Плодъ почти 7 мѣсяц.
66	A. Martin. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 11, S. 169.	—	2	Gr. extrauterina tub.	Послѣ срока. Плодъ ум. около 8 м.
67	Nicoll. Amer. Obst. Journ. Vol. XVIII. 1885, p. 408. Операторъ: Dr. Thomas.	—	—	Предполагалась киста.	—
68	A. Martin. Centralbl. f. Gyn. 1886, № 1, S. 9.	52	3	Страданія. Lithopaedion.	13 лѣтъ.



Діагнозъ. а) до опер.; б) послѣ опер.	Операція.	Послѣд.	Срощеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
а) Kystoma ovariorum sin. б) Grav. tub.	Антисептика. Полная экстир- пация послѣ опорожненія. Ножка погру- жена.	—	Слабья тяжевыя сроще- нія легко и безъ крово- теч. от- дѣлены пальца- ми.	Выздор. черезъ 2 мѣсяца	Ножка образована лѣв. lig. lat. и tuba 20 сант. ширины.
а) Gr. tub. б) Grav. interstit. tub. inter- ligament.	Вылущеніе опу- холи изъ lig. lat. dextr. и от- рѣзана съ пра- вымъ рогомъ мат- ки. Рана за- шита. Дренажъ черезъ Douglas.	—	Опухоль была суб- сероз- ная.	Вызд.	—
а) Diag- нозъ сомнт. б) Gr. tubo- uter.	Наложень клампъ на матку. Удалены те- мянн. кости 3— 4 мѣс. плода изъ Douglas'a.	—	Сроще- нія очень большія; опухоль въ связи съ мат- кою.	?	—
а) Gr. ex- traut. б) Gr. tubo- abd.	Лапаротомія. Плодь предст. скелетъ мацери- рованный уда- ленъ (excisio).	—	Сроще- нія сплош- ныя. Опухоль образо- ванн. изъ трубы.	Выздор.	Мѣшокъ сидѣлъ въ воронкѣ, образованн. изъ Pyosalpinx (?).



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. болыи.		Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
		Возр.	болыи.			
69	Breisky. Prag. Med. Wochenschr. 1885. № 23.	33	4		Прободенія мочевого пузыря. Септицемія.	Больше 5 л. Плодъ зрѣ- лый.
70	Davie. Am. Med. Bi-Weekly № 4, 1881. XII. 193.	—	—		Прободеніе кишки.	39 мѣсяцевъ
71	Hinkle. Philad. med. rep. 1879. Virchow u. Hirsch's Jahresber. 1879. XIV.	—	—		—	Кости выхо- дятъ per anum
72	F. Howitz. Centralb. f. Gyn. 1885. № 35. Fall I.	37	2		Сообщеніе мѣшка съ толстою кишкой. Дермоидная киста. Боли, лихорадка, кровотеченія.	2 года. Плодъ зрѣ- лый.
73	Maygrier. Оперировалъ Tarnier. Ann. de Gynéc. 1879.	33	—		Фистула кишки. Перитонитъ.	17 мѣс. Смерть пло- да въ срокъ
74	A. Martin. Berl. klin. Wochens. 1881. № 51. Случай 6-ой.	53	8		Per anum выходили ко- сти 7-ми-мѣс. плода. Изнуреніе; фистула въ colon descend.	—
75	Notta Maurice. Опе- рировалъ: Bouilly. Progrès méd. 1874. XII. 19, p. 377.	40	—		(Мѣшокъ разорванъ во многихъ мѣстахъ). Явленія внутренняго ущемленія кишекъ.	8 лѣтъ.



Діагноз: а) до опер.; б) послѣ опер.	Операція.	Послѣд.	Срощеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровл.	Примѣчанія.
Gr. abd. sec. ex grav. tu- baria.	Лапаротомія. Антисептика.	—	Не вездѣ.	Смерть чрезъ 3 дня.	—
Gr. extraut.	Лапаротомія.	—	—	Вызд.	
—	Лапаротомія. Мѣшокъ ока- зался пустымъ. Кости въ co- lon. ascendens продвинуты дальше.	—	—	Смерть чрезъ 2 недѣли отъ сеп- тицеміи.	—
Gr. extraut., сложнен- ная еще сермидною кистой.	Лапаротомія à deux temps. Антисептика.	—	—	Вызд.	—
Gr. abd.	Лапаротомія. Антисептика по Lister'y.	—	Сплош- ное спе- реди.	См. при явленіи перито- нита чрезъ не- дѣлю.	Срошенная съ мѣшк. конечность плода оставлена in situ.
—	Лапаротомія. Удаленіе пло- да, послѣда послѣ наложе- нія лигатуры и части мѣш- ка; резекція кишки (colon. descend).	Удал.	Были.	Смерть на 3-ій день отъ коллап- са.	Смерть ускоре- на бывшею до операции инани- ціей.
Gr. abd.	Лапаротомія. Ущемленіе киш- ки въ отверсті- яхъ мѣшка устра- нено.	—	Были.	Смерть отъ вто- ричнаго ущемле- нія киш- ки на 3-й день.	—



№	Операторы, авторы и литературы. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
76	Percival. Obst. : Journ. of Gr. Brit. Vol. VIII, p. 661.	36	6	Сообщеніе мѣшка съ тонкою кишкою. Крайнее истощеніе. Лихорадки не было.	7 мѣс. послѣ срока.
77	Ribemont. Опер.: Tarnier. Ann. de Gynéc. 1879.	21	2	Прободеніе recti. Лихорадка гектич. Перитонитъ.	12 мѣс. Смерть пло- да на 7 мѣс.
78	Thissen. Berl. Klin. Wochen- schr. 1884. № 21.	31	3	Плохое общее состоя- ніе. Прободеніе кишки въ двухъ мѣстахъ.	3 мѣс. послѣ срока.
79	Gaillard Thomas. Amer. Journ. of med. Sc. Jan. 1879. Case V.	21	3	Фистула recti; выход. кости.	22 мѣс. Смерть пло- да въ срокъ.
80	Weinlechner. Wien. Med. Bl. 1885. № 11.	34	2	Прободеніе кишекъ и нарывъ брюшной стѣнки. Перфорація jejuni et desc. colon. Исхуданіе, боли.	13 мѣс. Смерть пло- да на 6 мѣс.



Диагноз: а) до опер. б) послѣ опер.	Операция.	Послѣд.	Сращеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
Gr. ex- traut. или плокачает- енныя опу- холь. Gr. abd.	Лапаротомія. 2 раза punctio. Плодь извле- ченъ по частямъ.	Удале- ны остат- ки по- слѣда.	Полное	См. на 3-й день отъ про- страціи.	Кожа головы пло- да (волосы) приро- щена къ стѣнкамъ мѣшка. Сообщеніе мѣшка съ jejunum.
Gr. abd.	Лапаротомія. Антисептика по Lister'y. Exstirpatio рас- павшихся частей плода.	—	Сплош- ное спе- реди.	Вызд.	Пуповина вышла per anum.
Gr. abd.	Лапаротомія. Гнилой плодь удаленъ. Антисептика. Дренажъ.	—	—	Вызд.	Кишечныя фистулы, приблизившись къ брюшн. стѣнкамъ, за- росли.
Grav. abd.	Лапаротомія. При отдѣленіи костей плода разорв. стѣнка мѣшка. Туалетъ брю- шины. Дренажъ.	—	Съперед. стѣнкой.	Вызд. че- резъ 2 недѣли.	Кости разложив- шагося плода приро- щены были къ стѣн- кѣ мѣшка.
Gr. abd.	Лапаротомія. Вскрытіе на- рыва въ области пупартовой связ- ки вытекъ гной безъ костей.	—	Значит.	См.	На вскрытіи ока- залось, что мѣшокъ съ разлож. плодомъ извилистыми ходами сообщался съ нате- чнымъ гнойникомъ.



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.		Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
		Возр.	болн.			
81	Angus Macdonald. Edinb. Med. Journ. Vol. XXIX. Part II. 1884. Case 1.	28	2		Боли. Упадокъ силъ. Опухоль живота. Прободеніе кишекъ.	11 мѣс. Смерть плода на 6 мѣс.
82	Бобаевскій. «Хирургич. Вѣст.» 1885, стр. 498—503.	25	2		Нарывъ въ области пупка. Высокая лихорадка; боли.	15 мѣс. Плодъ почти зрѣлый.
83	Феноменовъ. Опер: Горвицъ. «Врачъ» 1881. № 44.	22	—		Фистула брюшной стѣнки. Упадокъ силъ.	1 годъ и 10 мѣс.
84	Polatschek. Schmidt's Jahrb. Bd. 182. 1879, p. 264.	—	—		Lithopaedion. Прободеніе брюшной стѣнки.	5 лѣтъ.
85	Ullman. Virchow u. Hirsch's Jahrbr. (1883) 1884. Jahrg. 18. Bd. 2. S. 591.	32	—		Лихорадка. Пролежни. Свищъ съ гангренозн. краями въ области пупка. Прободеніе толстой кишки.	3 $\frac{1}{2}$ мѣс. послѣ срока. Плодъ доношенъ.
86	Carter. Trans. Obs. Soc. of Lond. Vol. XXII. 1881. p. 160. Case I.	38	2		Прободеніе брюшной стѣнки.	Около 14 мѣс. Плодъ 8 мѣс.



Діагноз: а) до опер.; б) послѣ опер.	Операція.	Послѣд.	Сращеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
Gr. abd.	Лапаротомія. Антисептика безъ spray. Резекція 5—6 дюймовъ тон- кой кишки по причинѣ ган- грены. Дренажъ. Рана защита.	—	Были.	Выздор.	Было приращеніе частей плода къ мѣ- шку.
Внѣматоч- ная бере- менность.	Laparokelyphoto- mia. Строгая анти- септика.	Извле- ченъ съ оболоч- ками.	Были. Спереди легко от- дѣлимы.	Вызд.	—
Gr. abd.	Лапаротомія. Извлеченіе ко- стей отдѣльно. Антисептика.	Ост.	Только вверху.	Вызд.	—
—	Лапаротомія. Экстирпація Lithopaedion'a.	—	—	Смерть отъ пери- тонита.	Lithopaedion тѣсно приращенъ къ брюшн. мышцамъ; нужно было „вылущить“ его по частямъ. Остатки послѣдасохранились.
Gr. abd. Secund.	Лапаротомія. Извлеченіе плода за ножку. Промываніе борною кислотой. Дренажъ.	Удал. безъ кро- вотече- нія.	Не полное.	Вызд.	Фистула въ нижней части Colonis черезъ нѣск. мѣсяцевъ за- росла.
—	Расширеніе фистулы разрѣ- зомъ въ 3 дюйма. Плодъ разложив. извлеченъ.	Не искали.	—	Вызд.	



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
87	Chabert. Lyon Médical. 1877. 23 Avril.		5	Исхуданіе. Прободеніе брюшной стѣнки. Была комбинированная внѣ-и внутри-мат. беременность.	Плодь донош.
88	Dresselhyis. Obst. Journ. of. Gr. Brit. and Irel. Vol. III. 1875—1876.	40	нѣск. разъ	Фистула брюшн. стѣн. вправо отъ пупка. Кахексія.	—
89	J. M. Heard. New-York Med. Journ. 1882. Vol. 35, p. 480.	19	1	Свищъ брюшной стѣнки. Moribunda.	3½ года.
90	Young. Amer. Journ. Med. Scien. Vol. LXXIX 1880. p. 442.		3	Прободеніе брюшной стѣнки.	—
91	Angello Leite. Courrier médical 1877, p. 362. Schmidt's Jahrb. Bd. 178.	22	2	Фистула въ области пупка, отхожденіе костей, черепныя кости застряли.	1 годъ и 2 мѣс. Смерть плода на 9 мѣс.
92	Macdougall. Edinb. Med. Journ. 1876. July.	28	9	Фистула брюшной стѣнки. Истощеніе. (Кромѣ того, сообщеніе мѣшка съ маткою).	Сълишкомъ 2 года. Смерть плода на 9 мѣс. послѣ ложныхъ родовъ.
93	Poincarré. Arch. de Tocol. 1878, p. 667.	26	2	Фистула брюшной стѣнки и прямой кишки. Перитонитъ, поносъ.	Послѣ срока 2 мѣсяца. Смерть плода въ срокъ.



Діагнозъ: а) до опер.; б) послѣ опер.	Операція.	Послѣд.	Срощеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
Gr. extraut.	Расширеніе фистулы разрѣ- зами. Рана не зашита. Антисептика.	—	—	Вызд.	—
Gr. extraut.	Расширеніе фи- стулы. Извлече- ніе плода.	Остав.	—	Вызд.	Полость мѣшка 15 cm. діам.—Послѣдъ составл. часть пе- редн. стѣнки. Плодъ 7 мѣс. Во- время регулъ крово- теченіе изъ раны.
Внѣм. бе- ррем.	Расширеніе сви- ща и извлеченіе костей въ нѣск. пріемовъ.	—	—	Вызд.	—
а) Gr. abd. б) Gr. ovar. ext.	Расширеніе фи- стулы губкою и разрѣзомъ; удале- но все посторон- нее для матери. Рана зашита.	Удал.	Было.	Вызд.	Срощенія отдѣле- ны пальцами. Плодъ извлеченъ акушерскими щип- цами.
Gr. extraut.	Расширеніе фис- тулы. Извлеченіе плода.	—	—	Вызд. черезъ 25 дней.	Мѣшокъ внизу ограниченъ твердою перешонкой.
Gr. extraut.	Расширеніе фи- стулы живота. Извлеченіе разло- жившагося плода. Рана оставлена зіяющею. Про- мывка іодистымъ растворомъ.	Не най- денъ.	Сплош- ное.	Вызд. быстрое.	При операція най- дено сообщеніе мѣш- ка съ полостью мат- ки.
Gr. extraut.	Расширеніе фис- тулы живота кре- стообразно. Из- влеченіе костей разложив. плода.	—	—	Смерть черезъ 10 дней.	Вскрытіе не про- изведено. Быстрое распаденіе плода за- висѣло отъ фекаль- ныхъ массъ, понав- шихъ въ мѣшокъ изъ фистулы recti.



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
94	Поповъ. «Врачъ» 1881, № 47.	44	19	Свищъ брюши. стѣнки на 1 см. выше середины cristae ilei dextr.	—
95	Hofmeier. Оперироваль: Schröder. Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 1880. Bd. V, p. 112.	29	6	Прободеніе брюшной стѣнки.	11 мѣс.
96	Stickl. Schmidt's Jahrbüchr. 1877. Bd. 182, p. 251.	40	13	Внѣмат. берем. Послѣ- довательная норм. берем. Боли, рвота, исхудавіе. Распадъ въ плодн. мѣшкѣ.	Плодъ доно- шенъ.
97	Windriff. Bull. méd. du Nord. 1878, p. 129. Deschamps l. c. Obs. LVII.	—	—	Фистула брюшной стѣн- ки. Произвольное выдѣ- леніе костей.	—
98	Л. Цвирко. «Медиц. Обозр.» 1882. Томъ XVII, стр. 904.	25	4	Кости плода отходили per vaginam и черезъ свищъ брюшной стѣнки.	—



Диагнозъ: a) оо опер.; b) послѣ опер.	Операция.	Послѣдъ.	Сращеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
г. extraut.	Разрѣзъ въ 3 пальца надъ и параллельно cris- ta ilei и проколь задняго свода; извлеченіе костей плода per vagi- nam и черезъ ра- ну живота. Ан- тисептика.	Ост.	Полное.	Вызд.	Кости черепа, из- влеченныя per vagi- nam, были приставши къ стѣнкамъ мѣшка.
г. extraut.	Расширеніе фи- стулы. При отдѣленіи послѣда сильное кровотеченіе, там- понація мѣшка. Дренажъ чрезъ Douglas.	Удал.	—	Выздор.	—
г. extraut.	Punctio probat. Punctio troa- sar'omъ. Расши- реніе отверстія laminaria. Разрѣзы въ разн. сторон., извлеч. костей.	—	—	Выздор.	Маточный 6-мѣс. плодъ и послѣдъ уда- лены изъ матки.
—	Извлеченіе ко- стей.	—	—	Выздор.	До выѣмат. берем. больная перенесла кесарское сѣченіе. Прободеніе выѣмат. мѣшка произошло на мѣстѣ рубца.
выѣм. бер.	Удаленіе костей и сгнившихъ мяг- кихъ частей пло- да чрезъ свищъ костными щипца- ми и рукою.	Удал.	—	Выздор.	—



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. болн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
99	Bozeman. New-York med. Journ. Vol. XL. 1884, p. 691. Case II. Оперировали: Mc. Sweeny и Burke.	38	7	Послѣдовательная за внѣматочною нормаль- ная беременность окон- чена щипцами на 8-мъ мѣс., и замѣченъ внѣм. плодъ, не вызыв. ни- какихъ страданій. Бы- ло только Neuralgia nerv. trig.	3 года и 2 м. Смерть пло- да около 6-го мѣсяца.
100	Chauvenet-Negri. Annali di obst. 1885. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 46, p. 733.	33	1	—	2 мѣсяца послѣ срока ложн. ро- довъ. Смерть пло- да въ срокѣ
101	Davis. New-York Med. Re- cord. Vol. 25. 1884, p. 572.	35	3	Ущемленіе и выпаденіе внѣм. мѣшка на 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> дюйма ex rima ru- dendor. Гангрена стѣнки va- ginae.	Плодъ 4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> — 5 мѣс.
102	Edis. Brit. Med. Journ. Vol. I. 1885, p. 788.	41	multipara.	—	Плодъ 6 мѣсяцевъ.



Диагноз: а) до опер.; б) послѣ опер.	Операция.	Послѣд.	Сроение плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
а) Gr. ex- traut. б) Gr. ab- dom.	Кольпотомія. Разрѣзь зад- няго свода va- ginae. Извлеченіе ос- татковъ скеле- та и мягкихъ частей плода.	—	—	Вызд.	
—	Кольпотомія. Ребенокъ ма- церированный извлеченъ. Послѣдъ остав- ленъ. Дренажъ и частая ирри- гація полости.	—	—	Вызд. черезъ 40 дней.	Плодъ 3000 гр. мѣс. Куски послѣда совсѣмъ не видѣ- лись. Остатки плодного мѣшка не опредѣ- лимы черезъ 7 мѣс. послѣ операціи.
Gr. extra- uterina.	Кольпотомія. Ногтемъ раз- рѣзана гангре- нозная выпя- тившаяся стѣн- ка лѣваго сво- да vaginae безъ кровотеченія; извлечен. плода. Placenta не вышла. Антисептика.	—	—	Вызд.	Послѣдъ удаленъ на другой день.
—	Кольпотомія. Разрѣзь зад- няго свода тѣр- мо - каустиче- скимъ ножомъ. Извлеченіе плода. Послѣдъ оста- вленъ in situ.	—	—	Вызд.(?).	Случай сообщенъ въ день операціи.



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.		Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
103	Goelet. New-York Med. Record. Vol. XIV. 1878, p. 305.	26	4		Явленія септического перитонита послѣ haematocoele. Прострація.	3—4 мѣс. См. плода на 3 мѣс.
104	Hancocke Wathen. Med. Times. and Gaz. 1877. T. I, p. 641.	25	2		Исхуданіе. Кровотеченіе. Разстройство кишечника. Гнилостное нагноеніе мѣшка.	Около 11 мѣс. Смерть плода за мѣс. до срока.
105	Harrison. Amer. Journ. of Obst. 1878. Vol. XI, p. 810.	28	4		Лихорадка. Гнилостное распаденіе мѣшка началось.	4 мѣс. Смерть плода на 4 мѣс.
106	Kaltenbach. Arch. f. Gyn. Bd. XVIII. 1881, S. 473.	36	2		Сокращенія плоднаго мѣшка угрожали разрывомъ его.	7 мѣс.



Діагнозъ: а) до опер; б) послѣ опер.	Операція.	Послѣдъ.	Сроченіе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
а) Gr. ex- traut. б) Gr. ex- traut. III мѣс.	Кольпотомія. Разрѣзъ зад- няго свода. Разложившійся плодъ извлеченъ. (Послѣдъ) и оболочка остав- лены.	—	—	Вызд. черезъ 2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> мѣс.	Послѣ операціи постоянная иррига- ція карболовою во- дою.
а) Gr. ex- traut. б) Gr. abd.	Кольпотомія. Разрѣзъ перед- няго свода va- ginae. Гнилой плодъ извлеченъ щипцами и крюч- комъ.	—	—	Выздор. черезъ 4 недѣли.	Послѣдъ выдѣлил- ся чрезъ нѣск. дней.
а) Gr. ex- traut. sive haemato- cele. б) Gr. abd.	Punctio. Коль- потомія. Разрѣзъ задняго свода. Плодъ извле- ченъ.	Остав.	—	Выздор.	Послѣ операціи постоянная антисеп- тическая ирригація.
а) Gr. ex- traut. б) Gr. tub. interliga- ment.	Кольпотомія. Разрѣзъ по сред- ней линіи зад- няго свода 5—6 см. длины. Из- влечение плода за предлеж. нож- ку; перфорация послѣд. головки. Сильное крово- теченіе остано- влено ледяными и горячими впрыскиваніями. Строгая анти- септика.	Остав.	—	Смерть.	Послѣ операціи: явленія сепсиса; на 4-й день удаленіе placentae съ неболь- шимъ кровотече- ніемъ. На 8-й день, во время антисептиче- скаго промыванія, вдругъ collaps и смерть отъ разрыва мѣшка и эмболии art. pulm.



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
107	Müller. Charité-Ann. II. (1875) 1877, p. 392. Fall II. Операторъ: Schröder.	33	4	Кахексія, боли. Гнилостное распадѣніе мѣшка.	5 годъ. Плодъ убить въ срокъ (injectio morphii).
108	Pinard. Gazette des Hôpit. 1884, p. 174.	31	—	Боли. Увеличеніе опухоли при правильномъ діагнозѣ. Исхуданіе.	2 мѣс. послѣ срока. Смерть плода въ срокъ.
109	Schwartz. Virchow u. Hirsch's Jahresbr. (1875) 1876, p. 596.	—	9	Агонія; дефекація невозможна 9 дней. Опухоль въ Дугласовомъ простр.	5-й мѣс. берем.
110	Freund. Edinb. Med. Journ. 1884. Vol. XXIX, p. 401. Case XI.	42	5	Фистула праваго свода влагалища. Элиминація костей плода per vaginam. Была послѣдовательная нормальная беременность.	Около 2 лѣтъ. Плодъ 5 мѣс.



Диагноз: а) до опер.; б) послѣ опер.	Операция.	Послѣд.	Сращеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
а) Gr. ex- traut. б) Gr. ab- norm. tub.- abd.	Кольпотомія. Поперечный раз- рѣзъ задняго свода vaginae, кровоотеч. остан. ferr. sand. Раз- лож. плодъ из- влеченъ по ча- стямъ полипп. щипцами. Мѣ- шокъ промытъ 5% раств. кар- бол. кисл., чѣмъ вызвано сильное прижиганіе стѣ- нокъ мѣшка.	—	—	См. на 23 день отъ ис- тощенія.	Послѣ операціи на 3-й день содержимое тонкой кишки выдѣ- ляется per vaginam, но фистула эта не произведена во вре- мя операціи.
а) Gr. ex- traut. б) Gr. ab- norm.	Кольпотомія. Разрѣзы во всеѣ стороны въ зад- немъ сводѣ vagi- nae. Extractio плода за ножки рукою.	Остав.	—	Выздор.	Послѣ операціи промыванія мѣшка сулемою 1:2000 чрезъ кажд. 2 часа. По- слѣдъ выдѣлился; на 19-й день послѣ опе- раціи не осталось и слѣда мѣшка.
в) Внѣмат. берем. двойнями.	Кольпотомія. Разрѣзъ задняго свода vaginae. Извлечены 2 плода.	ал.	—	Смерть внезапн. на 4 день.	Вскрытія не было.
Gr. ex- traut.abd.	Vaginoextractio. Фистула влага- лища расшире- на. Кости плода извлечены.	—	—	Выздор.	—



№	Операторы, авторы и литературы. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
111	Deschamps. Des divers modes de terminaison des gross. extraut. Thèse. Paris 1880, pag. 82. Observ. LXX bis. Операторъ: Pinard.	28	2	Прободеніе и элиминація per rectum. Поносъ.	Около 1 года. Плодъ 5 мѣс.
112	Carter. Transact. Obs. Soc. Lond. Vol. XXII, p. 168—172. Case II.	34	2	Элиминація per rectum. Кости черепа плода вѣзались въ стѣнки recti.	6 лѣтъ. См. плода на 6 мѣс.
113	Czaplicki. „Medycyna“ 1884, p. 102, № 6.	36	—	Элиминація per rectum. Истощеніе.	16 мѣс. См. плода на 8 мѣс.
114	Doe. Bost. Med. Journ. 1884. Vol. CX, p. 441, и CXI, p. 268, 275.	52	—	Элиминація per rectum. Большой дефектъ стѣнки recti.	Лѣтъ 5. Плодъ около 7 мѣс.
115	Еджубовъ. Протоколы Кавк. Мед. Общ. 16 ноября 1881 года № 10 и 2 окт. 1882 года № 9.	16	—	Выхожденіе костей плода per rectum. Лихорадка, боли.	Почти 2 года. Около 9 мѣс. см. плода.
116	Финкель. „Врач. Вѣдом.“ 1877, № 23, стр. 2.	—	—	Комбинированная внѣи-внутриматочная беременность. Нарывъ и выходъ костей per rectum. (Выкидышъ).	—



Діагнозъ: а) до опер.; б) послѣ опер.	Операція.	Послѣдъ.	Сращеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздоровленіе	Примѣчанія.
(Grav. abd.	Извлеченіе пло- да per anum. (Rectoextractio).	—	—	Выздор.	—
Gravid. abdom.	Извлеченіе ко- стей плода кост- ными щипцами per anum. Не- большое крово- теченіе.	—	—	Выздор.	Фистула recti за- крылась.
Gr. ex- traut. fos- sae Dou- glasii.	Разрѣзъ сфинк- тера до копчика. Извлеченіе пло- да по частямъ щипцами и крюч- комъ. Антисеп- тика.	—	—	Выздор.	Послѣдъ организо- вался.
Grav. extr.	Извлеченіе бли- жайшихъ костей съ трудомъ.	—	—	Выздор.	—
Grav. abd.	Вскрытіе на- рыва recti и из- влеченіе нѣкот. костей въ нѣск. сеансовъ паль- цами и т. д.	—	—	Выздор. черезъ годъ отъ начала элими- націи.	—
Gr. abd.	Извлеченіе ко- стей per rectum.	—	—	Выздор.	—



№	Операторы, авторы и литературн. указанія.	Возр. больн.	Число берем.	Показанія къ операціи.	Продолжительность беременности.
117	Freund (Bochoben). Edinb. Med. Journ. Vol. XXIX, p. 401. Case XII.	—	—	—	Плодь 6 мѣс.
118	Gaillard Thomas. Trans. Am. Gyn. Soc. Vol. VII (1882) 1883. Case XIV. Опер.: Dr. Janvrin.	22	—	Черезъ годъ отъ зачатія маленькія кости вых. per rectum. Септицемія.	Почти годъ.
119	König. Wien. med. Presse. 1883. № 15.	30	—	Почти черезъ 2 года вышли гной, мягкія части и бедро плода. Лихорадка.	2 года.
120	Orton. New-York Med. Journ. 1884. Vol. 40, p. 582.	—	—	Выдѣленіе гноя per res- tum. Боли, истощеніе.	14 лѣтъ. Плодь доно- шенный.
121	Paschal. Cincinnati Obst. Gaz. 1882. «Врач. Вѣд.» 1882. № 539, стр. 3486.	30	—	—	10 лѣтъ послѣ срока. Плодь около 9 мѣс.
122	Schade. Thür. Corr.-Bl. VII. 5 Mai 1878. Schmidt's Jahrb. Bd. 182. 1879 г., p. 251.	—	—	Истощеніе, лихорадка, кровотеченіе per rectum. Головка плода вѣззалась краями своихъ костей въ rectum.	52 недѣли. Плодь умер- на 8 мѣс.
123	Weiss. Deschamps l. c. Obs. LXX. Оперировалъ: Tillaux.	40	—	Гнойное истеченіе per rectum съ частями плода.	Плодь 4— мѣс. гнилой



Діагнозъ; а) до опер.; б) послѣ опер.	Операція.	Послѣд.	Срошеніе плод. мѣшка.	Смерть или выздореніе.	Примѣчанія.
Grav. abd.	Изъ Дугласа удалены кости плода.	—	—	Выздор.	—
Grav. abd.	Расширеніе сфинктера ani, и пальцами удалены всѣ кости въ теченіе 15—20 минутъ.	—	—	Смерть черезъ 15 час. отъ истощенія.	—
Grav. extraut.	Извлечены остальныя части плода per rectum.	—	—	Выздор.	—
Gr. tub.	Расширеніе отверстія recti; удалены до 100 костей, безъ анестезіи, въ нѣск. сеансовъ.	—	—	Смерть отъ перитонита.	—
—	Извлеченіе костей (черепъ), безъ расширенія отверстія, въ нѣск. сеансовъ. Черезъ 15 дней выведены всѣ кости.	—	—	Выздор. черезъ мѣсяць.	—
—	Расширеніе anus'a, кости и туловище извлечены щипцами. Послѣда не было.	—	—	Выздор. быстрое.	—
—	Извлеченіе плода per rectum (но головы плода не было).	—	—	Выздор. черезъ 10 дней.	—



*Лапаротомія.* Какъ я уже упоминалъ, здѣсь нужно различать три категоріи случаевъ по сущности оперативнаго метода:

1) Случаи оперативнаго вскрытія брюшной полости и извлеченія плода безъ удаленія плоднаго мѣшка—*Laparokelyphotomia* по терминологіи проф. Славянскаго.

2) Случаи полного удаленія всего плоднаго мѣшка съ его содержимымъ—*Laparokelyphoectomy*, какъ предложилъ называть эту операцію проф. Славянский.

3) Случаи, въ которыхъ лапаротомія произведена уже при произвольно нарушенной цѣлости плоднаго мѣшка съ нагноеніемъ его стѣнокъ и прободеніемъ сосѣднихъ органовъ,—лапаротомія при начавшейся элиминаціи плода. Здѣсь можетъ быть нѣсколько модификацій условій производства операцій. Случаи, въ которыхъ:

а) при произвольныхъ прободеніяхъ полыхъ органовъ брюшной полости, т. е. *recti*, другихъ частей кишечнаго канала, *vaginae* и мочевого пузыря, плодъ извлекается путемъ чревосѣченія по общимъ правиламъ производства лапаротоміи;

б) при произвольномъ прободеніи брюшной стѣнки, разрѣзъ при операціи проходитъ значительно дальше фистулы и ведется послойно, какъ вообще при чревосѣченіяхъ;

в) операція ограничивалась простымъ расширеніемъ существующихъ произвольныхъ язвенныхъ прободеній передней брюшной стѣнки, безъ строгой технической правильности, сообразно условіямъ cadaго даннаго случая.

Показаніемъ къ производству представленныхъ мною въ видѣ таблицы операцій служили обыкновенно: плохое состояніе здоровья беременныхъ, истощеніе, упадокъ силъ, перитонитъ, боли и т. д. Пока еще рѣдко оперируютъ ради одного лишь присутствія внѣматочной беременности при вѣрно поставленномъ діагнозѣ (случаи Schröder'a, Litzmann'a и Сутугина). Больныя обыкновенно обращаются за врачебною помощью уже при ясно выраженномъ разстройствѣ общаго состоянія здоровья, и, кромѣ того, операціи, производимыя при внѣматочной



беременности, не настолько просты и невинны, чтобы производиться безъ строгихъ показаній. Иногда, правда, эти операціи производятся съ діагностическою цѣлью—*laparotomia explorativa*, но все-таки же въ настоящее время еще нельзя допускать эту пробную операцію въ тѣхъ широкихъ размѣрахъ, въ которыхъ допускается она Lawson Tait'омъ чуть ли не въ каждомъ сомнительномъ случаѣ страданія брюшныхъ внутренностей. Если требовать вѣрнаго діагноза для производства лапаротоміи, то это требованіе далеко не всегда можетъ быть выполнено. Въ нашей таблицѣ имѣется 68 случаевъ лапаротомій, изъ которыхъ діагнозъ былъ:

вѣрный. . . . .	35	разъ.
ошибочный . . . . .	12	„
сомнительный . . . . .	8	„
не обозначенъ до операціи . .	13	„

Эти 68 случаевъ относятся къ лапаротоміямъ, произведеннымъ раньше наступленія элиминаціи плода, обыкновенно выясняющей діагнозъ.

Не взирая на то, что означенныя выше операціи производятся обыкновенно при плохомъ состояніи здоровья вѣматочно-беременныхъ, общій результатъ оперативнаго леченія сравнительно хорошій: на 123 операціи было всего 32 смертельныхъ исхода, что составляетъ 26,5% смертности. Изъ 98 лапаротомій 29 случаевъ окончились смертью. Для того, чтобы составить себѣ правильное понятіе о достоинствахъ и слабыхъ сторонахъ операцій, производимыхъ при застарѣлыхъ случаяхъ вѣматочной беременности, нужно отдѣльно рассмотреть каждую группу оперированныхъ случаевъ.

*Laparokelyphotomia* производится чаще другихъ операцій, и я располагаю казуистикою, состоящею изъ 50 случаевъ этого рода. Существенные моменты этой операціи состоятъ: 1) въ послойномъ сѣченіи передней брюшной стѣнки, обыкновенно по *linea alba*; 2) въ разрывѣ брюшины; 3) въ предварительномъ или послѣдовательномъ пришиваніи стѣнки плод-



наго мѣшка или краевъ его разрѣза съ краями брюшной раны; 4) въ удаленіи плода (и послѣда); 5) въ очисткѣ (и дренажированіи) полости плоднаго мѣшка и 6) иногда въ частичномъ и рѣдко полномъ зашиваніи раны, которая обыкновенно оставляется зіяющею.

Предпочтеніе, отдаваемое этому способу операціи, основывается, главнымъ образомъ, на удобопримѣнимости его въ большинствѣ случаевъ, такъ какъ обширныя сращения мѣшка съ окружающими органами брюшной полости дѣлають полное удаленіе всего плоднаго мѣшка невозможнымъ, особенно при брюшной формѣ вѣматочной беременности, и застарѣлыхъ случаяхъ другихъ формъ ненормальной беременности.

Кромѣ того, лапарокелифотомія представляетъ, въ сущности, методъ экстраперитонеальнаго оперированія, и, слѣдовательно, при производствѣ этой операціи устранена возможность попадания часто гнилостнаго содержимаго плоднаго мѣшка въ полость брюшины. Недостаткомъ же этого метода считаютъ продолжительность послѣоперационнаго теченія и опасность послѣдовательнаго септического зараженія, чего, впрочемъ, обыкновенно удается избѣгнуть примѣненіемъ правилъ строгой антисептики.

*Послѣдъ* обыкновенно оставляють при операціи *in situ*, такъ какъ насильственнымъ отдѣленіемъ его бояться получить опасное кровотеченіе изъ недостаточно тромбозированныхъ сосудовъ и ранить стѣнку мѣшка и сращенные съ нимъ органы брюшной полости. Изъ собранныхъ мною 50 лапарокелифотомій послѣдъ:

оставленъ <i>in situ</i> . .	25	разъ
удаленъ . . . . .	7	„
не найденъ . . . . .	4	„

Въ остальныхъ 14 случаяхъ о послѣдѣ ничего не сказано.

Удаленіе послѣда въ семи этихъ случаяхъ 2 раза было не полное, 2 раза удалось легко и безъ значительнаго кровотеченія, при слабомъ кровотеченіи 1 разъ и при обильномъ, несомнѣнно ускорившемъ смертельный исходъ больной, кровотеченіи—2 раза.



Ненахождение вовсе послѣда при операціи, а также незамѣченное его отдѣленіе (организація ?) \*) послѣ операціи иначе нельзя себѣ объяснить, какъ полнымъ его распаденіемъ въ дооперационный періодъ.

Оставленіе послѣда въ плодномъ мѣшкѣ въ большинствѣ случаевъ представляется необходимымъ; но необходимость эта весьма непріятна, такъ какъ, при произвольномъ своемъ отдѣленіи, обыкновенно наступаетъ ихорозное разложеніе содержимаго плоднаго мѣшка, и иногда, при болѣе быстромъ его отдѣленіи, наблюдались довольно значительныя послѣдовательныя кровотеченія. Въ случаѣ Rutledge послѣдовательныя плацентарныя кровотеченія наблюдались въ особенно рѣзкой формѣ; въ случаѣ Galabin'a смертельное плацентарное кровотеченіе, по мнѣнію автора, обусловлено было послѣродовымъ быстрымъ уменьшеніемъ и сокращеніями матки, такъ какъ въ этомъ случаѣ была одновременно съ внѣматочною и нормальная беременность. Септическое зараженіе больной продуктами разлагающейся плаценты наблюдалось въ случаѣ Savage.

Я уже говорилъ о мысли Kaltenbach'a обеззаразить послѣдъ инъекціей плацентарныхъ сосудовъ; другой, совершенно новый, способъ уничтожить вредное дѣйствіе разложенія послѣда примѣненъ недавно Negri: онъ просто зашилъ брюшную рану послѣ операціи и оставленный въ брюшной полости послѣдъ организовался и далъ въ результатъ безболѣзненную опухоль.

*Срощенія плоднаго мѣшка* обыкновенно наблюдаются при производствѣ лапарокелифотоміи, и принято избѣгать насильственного отдѣленія ихъ. Въ нашихъ 50 случаяхъ:

Срощенія мѣшка отмѣчены 23 раза.

„ эти были значительны 11 разъ

Срощеній не было . . . 4 раза

Неизвѣстно ничего по этому

вопросу . . . . . 23 „

\*) Czaplicki <sup>452</sup>.



*Срощения плода съ плоднымъ мышкомъ* встрѣчались въ числѣ нашихъ случаевъ лапарокелифотомій 9 разъ, и эти сращения составляютъ важное осложненіе при производствѣ операціи. Насильственное удаленіе приращенныхъ частей плода, произведенное 5 разъ, дало одинъ разъ въ результатѣ раненіе кишечника больной. Гораздо безопаснѣе не нарушать насильственно довольно тѣсной связи плода со стѣнкою плоднаго мѣшка и поступать по примѣру проф. Славянского, т. е. оставлять сращенныя части покрововъ плода въ мѣшкѣ, предоставляя ихъ элиминацію силамъ природы.

Окончательный результатъ разбираемой нами операціи выразился въ 50 случаяхъ 33 выздоровленіями и 17-ю летальными исходами, что равняется 34% смертности. Эта довольно крупная цифра смертности не можетъ быть, однако, принята за выраженіе опасности примѣннаго оперативнаго метода. Нужно принять во вниманіе условія со стороны общаго состоянія больной до операціи и ближайшія причины, вызвавшія летальный исходъ.

Изъ болѣе подробнаго разсмотрѣнія нашихъ 17 летальныхъ случаевъ келифотомій оказывается, что смерть произошла:

отъ плацентарнаго кровотечения.	5 разъ.
„ сепсиса, бывшаго до операціи.	6 „
„ перитонита „ „ „	3 раза
„ хроническаго нефрита „	1 разъ
„ неизвѣстной въ точности причины . . . . .	2 раза

Случай смерти отъ брайтовой болѣзни Goodell'a и случай Galabin'a, гдѣ виѣматочная беременность осложнена была беременностью нормальной, и 3 случая раненія послѣда при операціи трудно причислять прямо къ результатамъ, обусловливаемымъ опасностью самой операціи, и потому нельзя признать 34% смертности за вѣрную цифру смертности при лапарокелифотоміи, и для окончательной установки этого процента требуются еще наблюденія и болѣе однородныя.

*Laparokelyphoectomy* Полное удаленіе плоднаго мѣшка съ плодомъ и послѣдомъ представляетъ несомнѣнный преиму-



щества предъ обычнымъ способомъ пришиванія плоднаго мѣшка къ краямъ брюшной раны, такъ какъ при немъ удаляется весь плодный мѣшокъ съ его обыкновенно разложившимся содержимымъ, избѣгается опасность плецентарнаго кровотеченія и септического зараженія при произвольной элиминации послѣда, а также ускоряется выздоровленіе больной послѣ операціи. Къ сожалѣнію, методъ полной экстирпаціи примѣнимъ только въ тѣхъ довольно рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ сращеній плоднаго мѣшка съ окружающими органами или вовсе не имѣется, или же они легко устранимы безъ раненія сосѣднихъ органовъ и опаснаго кровотеченія; но такъ какъ обыкновенно приходится оперировать поздно и сращения въ подобныхъ застарѣлыхъ случаяхъ бываютъ сплошныя, то, при всемъ желаніи, оператору зачастую приходится отказаться отъ производства лапаротоміи по этому методу. На этомъ основаніи, до сихъ поръ еще очень немного описано случаевъ полной экстирпаціи плоднаго мѣшка. Мнѣ удалось собрать въ литературѣ всего 18 случаевъ, которые дали самый благопріятный результатъ, выразившійся всего только 2 смертельными исходами. Для правильной оцѣнки этой операціи необходимо, однако, принимать во вниманіе цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ попытки полного удаленія плоднаго мѣшка не только оказались тщетными, но даже ухудшили исходъ произведенной затѣмъ лапарокелифотоміи. Сюда относятся случаи Benicke, Gusserow'a, Porro, Goodell'a, Schröder-Müller'a, Schröder-Hofmeister'a и другіе. Въ виду этихъ фактовъ нельзя пока категорически, какъ это дѣлаютъ Сутугинъ и Кузнецкій, требовать замѣны лапарокелифотоміи полною экстирпаціей плоднаго мѣшка. Согласно Litzmann'у, показанія для laparokelyphoectomy довольно узки: онъ считаетъ ее пригодною при трубныхъ формахъ вѣматочной беременности, и то за исключеніемъ интерлигаментарныхъ формъ, непригодною же при брюшной беременности. Впрочемъ, нужно замѣтить, что на дѣлѣ данная операція примѣнялась и при другихъ (кромѣ собственно-трубной) видахъ вѣматочной беременности:



при трубной беременности . . .	5 разъ.
„ трубно-маточной. . . . .	1 „
„ трубно-брюшной. . . . .	2 раза.
„ трубно-яичниковой. . . . .	1 разъ.
„ gr. interligamentaris. . . . .	1 „
„ яичниковой. . . . .	1 „
„ брюшной. . . . .	3 раза.
форма беременности неизвѣстна. . . . .	4 „

Изъ этой таблицы видно, что всѣ виды внѣматочной беременности допускаютъ производство лапарокелифектоміи и что не здѣсь лежатъ противопоказанія къ ея обширному примѣненію, а въ указанномъ выше характерѣ и обширности сращеній плоднаго мѣшка. При производствѣ этой операціи руководствуются общими правилами оперативной гинекологіи относительно ухода за ножкой и т. д.:

на ножку опухоли наложенъ клампъ. . . .	1 разъ.
на ножку и матку „ „	1 „
опухоль вылучена какъ при фиброміотоміи. . .	1 „
ножка погружена въ брюшную полость. . .	7 „
ножка пришта къ брюшной ранѣ. . . .	3 раза.

Мы уже видѣли, что данные до сихъ поръ результаты примѣненія этой операціи очень благопріятны (всего только 11% см.), и во всякомъ случаѣ этотъ методъ составляетъ важное приобрѣтеніе новѣйшаго времени въ леченіи внѣматочной беременности. Въ Россіи, насколько мнѣ извѣстно, онъ примѣнялся четыре раза съ полнымъ успѣхомъ.

*Лапоратомія при начавшейся элиминаціи чрезъ другіе органы, кромѣ передней брюшной стѣнки,* не составляетъ отдѣльнаго метода, а разбирается особо, какъ операція, производимая при другихъ условіяхъ, чѣмъ разобранныя нами, и потому, естественно, даетъ другіе результаты. Элиминація частей плода предполагаетъ гниlostное нагноеніе стѣнокъ и содержимаго плоднаго мѣшка, и потому, разумѣется, операція, производимая при этихъ условіяхъ существующаго уже септического зараженія, даетъ гораздо худшее предсказаніе. Съ



другой стороны, и техника операціи при этомъ иногда значительно осложняется, такъ какъ приходится иногда зашивать кишечныя фистулы и даже производить обширныя резекціи кишекъ (Macdonald<sup>236</sup>), иногда же операція не можетъ быть кончена (сл. Hinkle<sup>174</sup>). Зато плацента въ этомъ случаѣ не опасна своимъ кровотеченіемъ, такъ какъ она обыкновенно представляется уже распавшеюся.

Наши 13 случаевъ этой категоріи дали 7 смертельныхъ исходовъ, что составляетъ 53% смертности.

Вторую категорію *лапаротоміи* при начавшейся элиминаціи плода составляютъ тѣ случаи, гдѣ, *при существованіи прободенія передней брюшной стѣнки, разръзъ проводится по linea alba*. Эти операціи нужно также выдѣлять въ отдѣльную группу, такъ какъ онѣ производятся обыкновенно при септическихъ явленіяхъ со стороны больной, и операторъ, производя разръзъ вдали отъ естественной фистулы, рискуетъ вскрыть брюшную полость на мѣстѣ отсутствія приращеній плоднаго мѣшка къ брюшинѣ и брюшной стѣнкѣ, въ виду чего операція, при подобныхъ условіяхъ, представляетъ болѣе значительныя опасности, чѣмъ простое расширеніе произвольно образовавшейся фистулы. Подобныхъ случаевъ въ нашей таблицѣ имѣется только 4, а именно: случай проф. Горвица, описанный проф. Феноменовымъ, Polatschek'a, Ullman'a и Богаевского. Изъ этихъ 4 случаевъ 3 окончились выздоровленіемъ и 1 летально, что составляетъ 25% смертности. *Простое расширеніе* существующихъ *фистулъ передней брюшной стѣнки (débridement)* можно рассматривать, какъ третью категорію лапаротоміи при начавшейся произвольной элиминаціи. Благопріятное условіе этого рода операціи заключается въ томъ, что по окружности фистулезнаго прободенія брюшной стѣнки существуютъ обыкновенно сплошныя сращенія плоднаго мѣшка съ брюшиною и переднею брюшною стѣнкою, и операція производится совершенно экстраперитонеально. Главныя же отличія этой группы операцій отъ предшествующихъ заключается въ нетипичномъ производствѣ чревосѣченія. Данной категоріи случаевъ мы имѣемъ 13, изъ которыхъ



только 1 кончился летально, т. е. получилось всего 8% смертности.

Подводя общій итогъ результатовъ чревосѣченія послѣ смерти плода, мы видимъ, что самые лучшіе результаты получаются при простомъ расширеніи естественныхъ прободеній передней брюшной стѣнки—8% смертности; затѣмъ слѣдуютъ лапарокелифотомія, дающая 11% смертности; типическая лапаротомія при начавшейся элиминаціи плода черезъ переднюю брюшную стѣнку—25% смертности; лапарокелифотомія—34% смертности и, наконецъ, лапаротомія при начавшейся элиминаціи черезъ другіе органы, кромѣ передней брюшной стѣнки,—53% смертности.

*Элитротомія или кольпотомія.* Эта операція производится обыкновенно черезъ задній сводъ влагалища и пригодна для тѣхъ случаевъ, гдѣ плодъ достигимъ всего съ этой стороны, послѣдъ же прикрѣпляется на передней брюшной стѣнкѣ, и тѣмъ становится рискованнымъ производство чревосѣченія. Неудобство этого способа, главнымъ образомъ, заключается въ тѣснотѣ поля операціи и потому непригодности его при исполнѣ доношенныхъ беременностяхъ. Дѣйствительно, изъ 11 относящихся сюда случаевъ операцій были:

исполнѣ доношенные плоды . . .	3	раза
почти доношенный плодъ . . .	1	разъ
семимѣсячный плодъ . . .	1	„
3-хъ—6-ти мѣс. плоды . . .	6	„

Мы видимъ, слѣдовательно, что операціи производились въ большинствѣ случаевъ, при недоношенныхъ и неспособныхъ къ внѣутробной жизни плодахъ.

Результаты этого рода операціи довольно благопріятны, такъ какъ 11 случаевъ дали только 2 смертельныхъ исхода, т. е. съ лишкомъ 18% смертности.

Мы видѣли, что элитротомія примѣнялась не разъ при вѣматочной беременности, какъ совершенно самостоятельная операція; но въ эту же категорію относятся также случаи, гдѣ помощь врача оказалась необходимою, какъ не-



самостоятельная операція, а какъ помощь естественному стремленію элиминаціи *per vaginam* остатковъ и всего плода, эти оперативныя пособія могутъ быть самыя разнообразныя, смотря по данному случаю, и, разумѣется, значительно улучшаютъ предсказанія для больной. Мнѣ извѣстенъ только одинъ подобный случай *vaginoc extractionis*, произведенный успѣшно Freund'омъ.

*Rectoextractio.* Удаленіе плода черезъ *rectum*, какъ типическая операція, не существуетъ, и по понятнымъ затруднительнымъ для производства операціи анатомическимъ условіямъ и, главнымъ образомъ, по непримѣнимости при подобномъ оперированіи, не говоря уже о строгой антисептикѣ, даже самыхъ элементарныхъ требованій простой чистоты подобная операція и теоретически не имѣетъ никакого *raison d'être*. Пожалуй, и говорить бы объ этомъ не стоило, если бы въ литературѣ не существовало мнѣній, сравнительно недавнихъ, пропагандирующихъ мысли совершенно противоположныя. Укажу, ради примѣра, на Routh'a<sup>321</sup> и Barnes'a,<sup>331</sup> признававшихъ еще въ 1880 году пункцию *per rectum* самымъ лучшимъ способомъ опорожненія содержащаго плоднаго мѣшка вѣматочной беременности. При начавшейся уже естественной элиминаціи плода *per rectum* врачъ часто бываетъ поставленъ въ необходимость извлечь части плода *per rectum*: въ нашей таблицѣ имѣется 13 подобныхъ случаевъ, давшихъ 2 смертныхъ исхода.

*Непредвидѣнныя операціи.* Иногда вѣматочная беременность представляетъ въ періодѣ элиминаціи плода такія осложненія, которыя требуютъ производства операцій, направленныхъ не на плодный мѣшокъ съ его содержимымъ, а на другіе органы. Такъ, напр., 2 раза, въ случаяхъ Benham<sup>32</sup> и Bouzol'я<sup>37</sup>, пришлось произвести *colotomy*, въ первомъ случаѣ вслѣдствіе суженія *recti*, вызваннаго элиминаціей костей *per rectum*, а во второмъ образованъ *anus praeternaturalis* по причинѣ выпаденія кишки и ущемленія ея въ фистулѣ живота. Обѣ операціи окончились выздоровленіемъ.



Къ разряду этихъ же операцій, производимыхъ при осложненіяхъ, относится также случай кесарскаго сѣченія при суженіи таза, вызванномъ загражденіемъ родовыхъ путей окаменѣлымъ плодомъ, произведеннаго докт. Этлингеромъ<sup>414с</sup> въ 1852 году. Нине и Simonds<sup>178</sup> описали случай внѣматочной беременности, гдѣ пришлось, расширивъ предварительно пальцемъ urethram, удалить этимъ путемъ въ два сеанса кости 4-хъ-мѣс. плода изъ сообщавшейся съ мочевымъ пузыремъ полости плоднаго мѣшка; интересно въ этомъ случаѣ, что менструація происходила черезъ мочевой пузырь.

Въ заключеніе считаю умѣстнымъ сдѣлать общій выводъ относительно результатовъ, достигаемыхъ вообще оперативнымъ леченіемъ внѣматочной беременности послѣ смерти плода. Мы видѣли, что собственно-трубная беременность даетъ 73<sup>0</sup>/<sub>0</sub> смертности при естественномъ своемъ теченіи, а брюшная беременность—50<sup>0</sup>/<sub>0</sub> смертности, тогда какъ при оперативномъ леченіи 123 случая внѣматочной беременности дали 32 смертельныхъ исхода, т. е. всего 26, 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> смертности. Изъ этого, слѣдовательно, можно заключить, что оперативное леченіе внѣматочной беременности значительно понижаетъ процентъ смертности этого заболѣванія.

---



### Литература.

1. Ahlfeld. Demonstration einer über d. norm. Schw. dauernde Extrauterinschw. Arch f. Gynäk. 1878. Band XIV, p. 303.
2. Albu. Berl. klin. Wochenschr. 1875. № 12, p. 155.
3. Alderson. Brit. Med. Journ. 1884. Vol. I, p. 1208.
4. Allan, A. Case of tubal pregnancy. Dubl. Journ. of Med. Sc. Vol. 74. Dec. 1882, p. 509.
5. Anderson. Virchow und Hirsch's Jahresberichte. XIII. (1878) 1879, p. 591; XV, (1880) 1881. 2, p. 576.
6. Arnold. Bozemon. l. c.
7. J. Astruc. Traité des maladies des femmes. Paris 1765. Tome V. Liv. III. Chap. V, p. 98—126. Chap. III, p. 47—70.
8. Atkinson. New-York Med. Record. 1881. Vol. 19, p. 49.
9. Backer-Brown. Bull. thérapeutique 1866—26 févr. Triadou l. c.
10. Baker. Bost. med. and surg. Journ. July 12. 1877. Vol. 97.
11. Bandl. Handbuch der Allg. u. Speciell. Chirurgie. Pitha u Billroth. Band IV, Lieferung V.
12. Bandl. Die Extrauterin - Schwangerschaft. Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke. Lief. 59. Stuttgart 1886.
13. Bang. Virchow und Hirsch's Jahresbericht. (1877) 1878. XII, p. 581: a) случай I; b) случай II.
14. A. H. Barbour. The diagnosis of extrauterine pregnancy. Edinb. Med. Journ. Vol. 28. (1882) 1883. Part I, p. 220.



15. R. Barnes. A clinical history of the med. and surg. diseases of Women. London 1873. Chap. 36, p. 414—452.
16. R. Barnes. On the so-called „missed labour“... Transact. Obst. Soc. London. Vol. XXIII (1881) 1882, p. 81—100.
17. R. Barnes. Note on the so-called „lithopädion“. Transact. Obs. Soc. London. Vol. XXIII (1881) 1882, p. 170.
18. Barnes. Transact. Obs. Soc. of London. 1878. Deschamps. Obs. XIX.
19. Batterbury. Brit. Med. Journ. 1879. II, p. 450.
20. Baudelocque, J. L. L'art des accouchemens. Paris 1789. Vol. II, p. 599—614.
21. Baumgarten. Uebereinen Fall von Extrauter. Schwangerschaft. Berlin 1883. Idem l. c. Sachs.
22. Bell. Edinb. Medic. Journ. 1881—1882. Vol. 27, p. 294—299.
23. Benham. Brit. med. Journ. 1876. Sept. 16.
24. Benicke. Zeitchr. f. Geb. und Gyn. Bd. I. 1876, p. 344.
25. Benicke. Zeitchr. f. Geb. und Gyn. 1878. Bd. IV, p. 276.
26. Bergwall. Virchow und Hirsch's Jahresber. XVI (1881) 1882. Bd. 2, p. 563.
27. Fanny Berlin. Bost. Med. and Surg. Journ. 1884. Sept. 11, p. 243.
28. Berry. Lancet 1883. I, p. 496.
29. Beisome. Gazetta med. de Torino. 1881. Revue de Chirurgie 1884.
30. Beaucamp. Ueber Tuboovarialschwangerschaft. Zeitschr. für Geb. und Gynäk. Band X. 1884, p. 213—238.
31. Billington. Garrigues l. c. case VIII.
32. Billroth. Anzeiger d. K. K. Ges. d. Aerzte in Wien. 1880. № 16—Welponer und Zillner Arch f. Gyn. XIX. 1882.
33. Blix och Netzel. Virchow u. Hirsch's Jahresber. (1877) 1878. XII. II, p. 581.
34. Bode. Centrbl. f. Gyn. 1884. № 11, p. 173: a) случай I; b) случай II.



35. Bossi. Schmidt's Jahrb. 1868 Bd. 142, p. 57; 1878 Bd. 168, p. 159.
36. Boulton. Trans. Obst. Soc. London. Vol. XXI (1879) 1880, p. 117.
37. Bouzol. Lyon méd. 1884. Vol. LXVII, p. 517.
38. Boyland. Bost. med. and surg. Journ. CII, p. 593.
39. Bozeman. Extra-uterine pregnancy. New-York Med. Journ. Vol. 40. 1884, p. 689: a) case I; b) case II; c) case III.
40. Braithwaite. Brit. Med. Journ. 1884. I, p. 223: a) case I; b) case II.
41. Braxton-Hicks. Transact. Obst. Soc. Lond. Vol. 22. (1880) 1881, p. 141—153.
42. Breisky. Prag. Med. Wochenschr. 1885, № 23.
43. Brendel. Centralbl. f. Gyn. 1883, p. 649.
44. Briddon. Charles B. New-York Med. Record. 1883, Dec. 15.
45. Broese. Berl. Klin. Wochenschr. 1884. № 23, p. 362.
46. Brouardel. Signes et diagnostic de la Gross. extrauter. par F. Chayé. 1882, p. 92—93: a) случай I; b) случай II.
47. B. B. Browne. A contribution to the history of combined intra-uterine and extrauterine twin pregnancy. Transact. of. Amer. Gyn. Soc. Vol. VI. 1882.
48. Brun-du Bois-Noir. Progrès méd. 1883. XI. № 26, p. 511.
49. Bulteau. Gaz. hebdomad. 1882. Vol. 19. № 35, p. 581.
50. Burckhardt. Berl. klin. Wochenschr. 1881. № 47, p. 699.
51. Burney. New-York Med. Journ. 1878. March.
52. Burton. Transact. Obst. Soc. London. Vol. 23, p. 263.
53. Byford. Annal. de gynéc. Vol. XII, p. 30.
54. Byford. Amer. Journ. of Obst. Vol. XVIII. 1885, p. 417—421: a) case I; b) case II.
55. Campbell (Sibley). Amer. Journ. of. Obst. Vol. IX. 1876, p. 606.
56. Caraman. Lyon méd. 1882. № 28. Chayé l. c. p. 90.
57. Carter. Trans. Obs. Soc. London. XXII. 1880, p. 160—170: a) case I; b) case II.



58. Cattani (Porro). Ann. universali 1884. Vol. 267, p. 153.
59. Cazeaux. Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. 2-е издание 1844 года и 8-е издание 1870 года.
60. Chabert. Lyon. méd. 23 avril 1876.
61. Chalmers. Transact. Obst. Soc. London. XVIII. 1877, p. 67—82.
62. Championnière, J. Lucas. Compt. Rend. de l'Acad. des Sc. Paris. Vol. 98. 1884, p. 17. Bull. de Chirurgie 1884, X, p. 24: a) случай I; b) случай II.
63. Chapmann. New-York. Med. Journ. 1879. April.
64. Charpentier A. Des grossesses extra-utérines. Revue des scienc. méd. en France et à l'étranger d. par Hayem. Vol. IX. 1877, pp. 378—399, 767—780.
65. Chauvenet-Negri. Centralbl. f. Gyn. 1885 № 46.
66. F. Chayé. Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine. Paris 1882: a) obs. p. 33; b) obs. I p. 80.
67. Chevalier. Lyon méd. Vol. 39. 1877, p. 46—56. Chayé l. c. p. 29.
68. Chiari. Wien. Med. Wochenschr. 1876 № 42, p. 1025.
69. Chiari. Anz. d. K. K. Ges. d. Aerzt. in Wien 1878 № 18, p. 89—91: a) 1-ый препаратъ; b) 2-ой препаратъ.
70. Child. The Lancet 1877, p. 600.
71. Cederschjöld. Virchow und Hirsch's Jahresbericht IX (1875) 1876, p. 596.
72. Cleveland. Amer. Journ. of Obst. 1878. XI, p. 371.
73. Cocks. New York Med. Record. 1885, p. 65.
74. Cohnstein. Beitrag zur Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. Archiv für Gynäk. Band XII. 1877, p. 355—382.
75. J. Collet y Gurgui. Die Ovarialschwangerschaft. Stuttgart. 1880.



76. Conradi. Virchow und Hirsch's Jahresber. XI (1876) 1877, p. 582.
77. Conrad und Langhans. Arch. f. Gynäk. Bd. IX. 1876, p. 337.
78. Creus y J. Mauso. Gaz. med. italiana 1879, № 28.
79. Czihak. Beitrag zur Lehre von d. Extrauterschw. Scanzoni's Beiträge zur Geb. u Gyn. Band IV. 1860, p. 72—167.
80. Dahlmann. Arch. f. Gynäcol. Band XV, Heft I. 1880.
81. Daly. Transact. Obst. Soc. London. Vol. XXIV (1881) 1882.
82. Davaine. Deschamps l. c. Obs. XIV.
83. Davidson. Lancet. 1881. Vol. II, p. 827.
84. Davie. Amer. Med. Bi-Wiekly. XII, 193.
85. Davis. New-York Med. Record. 1884. Vol. 25, p. 572.
86. Decaudin. Deschamps l. c. Obs. XVIII.
87. Denham. Dubl. Journ. of Med. Sc. Vol. LIX. 1875, p. 356.
88. De la Motte. Traité complet des accouchements. Paris. 1721. Chap. V, p. 19—33.
89. Depaul. Grossesse extrauterine-péritoneale. Archive de Tocologie 1874—1875. Vol. I—II.
90. Deschamps. Des divers modes de terminaison des grossesses extra-uterines et de leur traitement. Thèse. Paris. 1880.
91. Deschamps. l. c. observ. LXX bis.
92. Dezeimeris. Journal des connaissances méd. et chir. Janv. 1837.
93. P. Dionis. Traité général des accouchemens. Paris 1718. Liv. I, chapitre VI, p. 91—93.
94. Doe. Bost. med. Journ. Vol. CXI 1884, p. 268; Vol. CX, p. 441.
95. Dönitz. Berl. Klin. Wochenschr. 1883, № 25.
96. Doran. Trans. Obst. Soc. Lond. XXI (1879) 1880, p. 169.
97. Dowar. Obst. Journ. Gr. Brit. Vol. VII. 1879.



98. Carolus Drelincurtius. De conceptione adversaria. Lugduni in Batavis. 1685.
99. Duer. Amer. Journ. of. Obst. April 1879, p. 364.
100. Dumontpallier. Annal. de Gynécol. Vol. IX. 1878, p. 2.
101. Duncan, M. Obst. Transact. London. (1881) 1882. Vol. 23, p. 263.
102. I. M. Duncan and I. Mason. St. Barth. Hosp. Rep. London. 1883. XIX, p. 27—44: a) case I; b) case II (idem Carter l. c. case I); c) case III; d) case IV.
103. Dunett-Spanton. Brit. med. Journ. 1884. Vol. I, p. 14—53.
104. Dresselhyis. Obst. Journ. of Gr. Brit and. Irel. Vol. III. 1875—1876.
105. Eastley. Edinb. med. Journ. 1876, p. 462.
106. Edis. Brit. Med. Journ. Vol I. 1885, p. 788.
107. Emerson. New - York Med. Journ. 1884. Vol. 39, p. 130.
108. B. Mc. E. Emmet. New-York Med. Journ. 1882. Vol. 35, p. 31.
109. Eneström. Jahresbr. Virchow und Hirsch's (1881) 1882. Bd. 2, p. 564.
110. I. H. Etheridge. New-York Med. Journ. Vol. 40. 1884, p. 706.
111. Chr. Fenger. Two cases of extraut. pregnancy. Obst. Amer. Journ. 1885. Vol. XVIII, p. 759; idem. l. c. Byford.
112. Féréol. Union méd. 1875, p. 143.
113. Fitz. Amer. Journ. of. Med. Scienc. January 1875.
114. Le Fort. Gazette des Hôpit 1882, p. 524.
115. Francis. Obst. Journ. of. Gr. Brit. 1880, p. 594.
116. Fränkel, Eugen. Arch. f. Gyn. 1878 Bd. XIII, p. 249: a) случай I; b) случай II.
117. Ernst Fränkel. Zur Diagnostik und operat. Behandlung der Tubenschw. Arch. f. Gyn. Bd. XIV. 1879, p. 197—220.



118. Ernst Fränkel. Diagnose und oper. Behandlung der Extrauterinschw. 1882. Volkmann's Samml. klin. Vorträge. № 217.
119. Eugen Fränkel (Martini). Arch. f. Gyn. 1880. Band. XVI, p. 298—311.
120. W. Al. Freund. Extrauterine gestation. Edinb. Med. Journal. Vol. XXIX, Part I (1883) 1884, p. p. 243—251, 397—405, 521—530. Idem. Arch. für Gynäk. 1884. Bd. 22, p. 113—120: a) A. case I; b) case II; c) case III; d) case IV; e) case V; f) case VI; g) case VI; h) case VIII; i) case IX; j) case X; k) case XI, l) case XII; m) B. case I; n) B. case II; o) B. case III.
121. Frisak. Jahresber. Virchow und Hirsch's. 1882. II, p. 542.
122. Frommel. Deutsch. Med. Wochenschr. 1884, № 7, p. 108.
123. Fulcher. Obst. Journ. of Gr. Brit. and Irel. Vol. VIII, 1880, p. 359, 592: a) case I; b) case II.
124. Gaillard Thomas. Sciatica probably caused by extra-uter pregnancy. New-York Med. Journ. Vol. XXX. 1879, p. 525.
125. Gaillard Thomas. The history of six cases of abdominal pregnancy. The Amer. Journ. of Med. Scienc. Janv. 1879: a) case I; b) case II; c) case III; d) case IV; e) case V; f) case VI.
126. Gaillard Thomas. The history of twenty one cases of extra-uterine pregnancy coming under the personal observation of the writer. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. Vol. VII (1882) 1883, p. 219—242: a) case I; b) case II; c) case III; d) case IV; e) case V; f) case VI; g) case VII; h) case VIII; i) case IX; j) case X; k) case XI. Idem. l. c, Giberson: l) case XII; m) case XIII; n) case XIV; o) case XV. Idem. l. c. Burney: p) case XVI. Idem. l. c. Harrison: q) case XVII. Idem. l. c. Billington: r) case XVIII. Idem. l. c.



- Lusk: s) case XIX. Idem. l. c. Bache Emmet:  
t) case XX; u) case XXI.
127. Gaillard Thomas. A further report upon extra-uterine pregnancy, embodying six cases. New-York Med. Journ. Vol. 40. 1884, p. 416: a) case I (Beach); b) case II (Cushier); c) case III; d) case IV—idem. l. c. Cocks; e) case V (Griswold and Jewett); f) case VI (Lambert, Barker).
128. Galabin. Trans. Obs. Soc. Lond. 1875.
129. Galabin. Transact. Obs. Soc. Lond. Vol. XXIII. (1881 1882, p. 141.
130. Galli. Schmidt's Jahrb. Band 178. 1878, p. 59—60.
131. Gannett. Bost. Med. and Surg. Journ. Vol. 108. 1883, p. 155.
132. H. J. Garrigues. Electricity in extra-uterine pregnancy. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. Vol. VII (1882) 1883, p. 184.
133. Gervis. Brit. med. Journ. 22 Dec. 1877.
134. C. H. Giberton. Schmidt's Jahrb. 1879. Bd. 182, p. 262.
135. Gilbert. Bost. med. and Surg. Journ. 1877. Vol. 96, p. 284.
136. Gilbert. Bost. Med. and Surg. Journ. Vol. 109. 1883, p. 530.
137. Godson (Barton). Transact. Obst. Soc. London. Vol. 22, p. 2.
138. Godson. Trans. Obst. Soc. London. Vol. 22, p. 186.
139. Godson. Transact. Obst. Soc. Lond. Vol. 23, p. 109.
140. Goelet. New-York Med. Record. Vol. 14. 1878, p. 305.
141. Goodell (Graham). Amer. Journ. of Obstetric. Vol. XII. 1879, p. 376.
142. Goodell. A case of laparotomy for extra-uterine fetation. Amer. Journ. of Obstetric. Vol. XIV. 1881, p. 128—135, 898—900: a) case I—idem Perkins; b) case II—idem l. c.—Duer; c) case III—Henry; d) case IV—idem Goodell (Graham) l. c.; e) case V—Bernardy;



- f) case VI, p. 132; g) case VII—idem New-York Med. Record 1882; h) case VIII; i) case IX, p. 898.
143. Goodell. Transact. Amer. Gyn. Soc. Vol. VII (1882) 1883, p.p. 237—240: a) case IX; b) case X; c) case XI; d) case XII; e) case XIII.
144. Gottschalk. Centralbl. f. Gyn. 1885, № 22.
145. Guichard. Ann. de Gynéc. 1881. XV, p. 199—205.
146. Gusserow. Zur Behandlung der Bauchhöhlenschwangerschaft. Arch. f. Gynäk. Bd. XII 1877.
147. Gusserow. Charité Annalen. VII. 1882, p. 668. Idem Hugo Klau l. c.
148. I. Graham. Amer. Journ. of Obst. 1879. Vol. XII, p. 378—381: a) case I; b) case II.
149. Gray. The Lancet 1879. Vol. I, p. 349.
150. Green. Amer. Journ. of Obstet. Vol. IX. 1876, p. 90.
151. Griswold. Amer. Journ. of Obst. 1883. Vol. XVI, p. 194.
152. Groedel. Arch. f. Gyn. Bd. XIX, p. 233.
153. Habgood. Brit. med. Journ. 1883. I, p. 250.
154. Hall Davis. Lancet 1877. Vol. II, p. 48.
155. Hancocke Wathen. Med. Times and. Gazette. 1877. Vol. I, p. 641.
156. Harrison. Amer. Journ. of Obst. 1885, p. 406.
157. Harrison. Amer. Journ. of Obst. 1878, p. 810, XI.
158. Hartigan. Amer. Journ. of med. Scien. Vol. 84. 1882, p. 77.
159. Hartmann (Gusserow). Charité Annalen. V (1878) 1880, p. 667.
160. Hassler. New-York Med. Journ. Vol. 33, p. 423.
161. Hayem. Arch. de Tocol. 1882. Août, p. 481.
162. Hayes. Trans. Obst. Soc. Lond. 1878. Jun. 5.
163. I. M. Heard. New-York Med. Journ. 1882. Vol. XXXV, p. 480.
164. Hecker. Beiträge zur Lehre von der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutterhöhle. Monatschr. f. Geburtsh. Bd. 13. 1859, p. 81.



165. Hegar. Schmid's Jahrb. 1880. Band 187, p. 189.
166. Heim. Erfahr. und Bemerk. über die Schw. ausserhalb der Gebärmutter. Horn's Archiv f. mediz. Erfahrung. 1812, I.
167. Heineken. Ueber Extrauterinschwangerschaft mit Berücksichtigung eines Falles von Laparotomie bei Graviditas ovaria. Halle. 1881.
168. Henderson. Amer. Journ. of Obst. Vol. XII. 1879, p. 380.
169. C. Hennig. Die Krankheiten der Eileiter und die Tubenschwangerschaft. Stuttgart. 1876.
170. Herff. New-Orl. Med. and Surg. Journ. VIII, p. 147.
171. Heywood Smith. Trans. Obs. Soc. London. Vol. XX (1878) 1879, p. 5.
172. Hildreth. Bost. Med. Journ. 1877, № 19.
173. Hine and Symonds. Lancet. 1883. I, p. 405.
174. Hinkle. Virchow und Hirsch's Jahresber. XIV (1879) 1880.
175. I. T. Hodgson. Arch. de Tocologie. II. 1875, p. 184.
176. Hofmeier. Zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Zeitschr. für Geb. und Gyn. Band. V. 1880, p. 120.
177. Holz. Berl. klin. Wochenschr. 1883. № 5, p. 74.
178. Howitz. Virchow und Hirsch's Jahresbr. 1882. Bd. II, p. 542.
179. Howitz. Centbl. f. Gynäk. 1885. № 35: a) случай I; b) случай II.
180. Hueppe. Die Bedingungen der Ovarial und Abdominalschwangerschaft. Inaug-Diss. Berlin. 1876.
181. Hull. Amer. Obst. Journ. 1883. Vol. XVI, p. 847.
182. Hun. Amer. Journ. of med. scien. Vol. CLXXV. 1884, p. 98.
183. Hunter. Amer. Journ. of Obst. XVI. 1883, p. 194.
184. Jonathan Hutchinson. Report on the treatment of cases of extra-uterine foetation extending beyond the



- full period of pregnancy. *Medical Times and Gazette*. July 21, 1860. Vol. II, pp. 56, 707, 105, 132.
185. Inez-Gachès Sarraute. *Arch. de tocol.* 1885, p. 237.
186. E. Jacoby. *Virchow und Hirsch's Jahresbr.* XIX (1884) 1885. Band. II, p. 642.
187. Janvrin. *Amer. Journ. of Obst.* 1874, p. 432.
188. Janvrin. *Amer. Obst. Journ.* Vol. XVIII. 1885.
189. Jaquet. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* Bd. I. 1876, p. 615; idem. *Berl. Klin. Wochenschr.* 1875, p. 434: a) случай I; b) случай II; c) случай III.
190. Jessop. *Transact. of the Obst. Soc. of London.* Vol. XVIII, p. 261.
191. Kaltenbach. *Arch. f. Gyn.* XVIII, p. 473.
192. Keller. *Des grossesses extrauterines et plus spécialement de leur traitement par la gastrotomie.* Thèse. Paris. 1872.
193. Ф. А. Кивишъ. *Руководство женскихъ болѣзней.* Переводъ. Спб. 1857. Часть II, стр. 213—268.
194. Kirkley. *Amer. Journ. of Obstet.* 1885. Vol. XVIII, p. 160—162.
195. Kjönik. *Virchow und Hirsch's Jahresbr.* (1878) 1879, XIII. Bd. II, p. 590.
196. H. Klau. *Ueber die Therapie bei Extrauterinschwangerschaften.* Ing-Diss. Berlin. 1881.
197. Kleinwächter. *Tubarschwangerschaft.* Real-Encyclopädie von Eulenbnrg. Bd. XIV, p. 92.
198. Knowsley-Thornton. *Trans. Obst. Soc. Lond.* Vol. 24. 1882, p. 81—300.
199. Kochmann. *All. Med. Central. Zeit.* 1883. № 32.
200. König. *Wien. med. Presse.* 1883. № 15, p. 472.
201. Küchenmeister. *Ueber Lithopädien.* *Arch. f. Gynäk.* Bd. XVII 1881, p. 153—252.
202. Lamy. *Arch. de Tocol.* 1877, p. 244.
203. Landau. *Arch. f. Gynäkol.* 1880. Band. XVI, p. 436.



204. Landau. Berl. Klin. Wochen. 1884. № 14, p. 219.  
Deutsch. Med. Woch. 1884. № 12, p. 187.
205. H. G. Landis. The cure of extraut. foet. by Electricity.  
Med. Times and Gazette 1885. Vol. II, p. 850.
206. Lange. Berl. klin. Wochenschrift. 1885. № 29: a) случай I; b) случай II.
207. Laroyenne. Lyon médic. 1885. № 1, vol. XLVIII.
208. Laupus. Virchow und Hirsch's Jahresb. 1876, II, p. 581.
209. Lawson Tait. Obst. Journ. of Gr. Brit. and Irel. Vol. VIII, 1880, p. 202.
210. Lawson Tait. Obst. Journ. of Gr. Brit. Vol. VIII, p. 577.
211. Lawson Tait. The Lancet. 1880. Sept., p. 456.
212. Lawson Tait. Five cases of extrauterine pregnancy operated upon at the time of rupture. Brit. Med. Journ. 1884. Vol. I, p. 1250: a) case I; b) case II; c) case III; d) case IV; e) case V.
213. Lawson Tait. The pathology and treatment of extrauterine pregnancy. Brit. Med. Journ. 1884. Vol. II, p. 317—319.
214. Sydney Jones (for Lawson Tait). Transact. Obst. Soc. London. Vol. XXVI. (1884) 1885, p. 268.
215. Lawson Tait. Three cases of tubal pregnancy successfully operated on at the period of rupture. Brit. Med. Journ. 18 April 1885: a) case VII; b) case VIII; c) case IX.
216. Lawson Tait. The Brit. Gynaec. Journ. 1885. Part. II, p. 178: a) case X; b) case XI.
217. Legendre. Progrès Méd. IX. 1881, p. 404.
218. Angello Leite. Deschamps LX.
219. Leopold. Arch. f. Gynäc. 1876. Bd. X, p. 248.
220. Leopold. Zur Lehre v. d. Grav. interstitialis. Arch. f. Gyn. 1878. Bd. XIII, p. 355.
221. Leopold. Ovarialschwangerschaft. Arch. f. Gyn. 1882. XIX.



222. Leuf. New York Med. Journ. Vol. 40. 1884, p. 438.
223. André Levret. L'art des accouchemens. Paris. 1761.
224. Litzmann. Zur Feststellung der Indicationen für die Gastrotomie. Arch. f. Gyn. Bd. XVI. 1880, p. 398—401:  
a) случай p. 336; b) случай I; c) случай II.
225. Litzmann. Gastrotomie bei Tubenschwangerschaft u. s. w. Arch. f. Gyn. 1881. Band. XVIII, p. 1—13.  
Werth. Bericht über das anatomische Ergebniss u. s. w. Ibidem, p. 14.
226. Litzmann. Nachträgliche Exstirpation eines tub. Fruchtsackes. Arch. f. Gyn. Band XIX. 1882, p. 96—105.
227. Löhlein-Hofmeier. Berl. klin. Woch. 1880. № 51, p. 733; Zeitsch. f. Geb. und Gyn. Bd. X, 1884, p. 430.
228. Lorentzen. Virchow und Hirsch's Jahresber. XVI. (1881) 1882. Bd. II, p. 564.
229. Lovring and Landis. Annal. de Gynéc. Vol. XII, p. 320 (Ohio med. and surg. Journ. Oct. 1877).
230. Lowe. Brit. Med. Journ. 1878. Vol. I, p. 535.
231. Lowe. Brit. med. Journ. 1885. Part I, p. 541.
232. Lusk. The treatment of extrauterine gestation. Amer. Journ. of Obst. 1881. Vol. XIV, p. 329. Case p. 333, idem G. Thomas l. c.
233. Lusk. Amer. Journ. of Obst. Vol. XVIII. 1885, p. 851.
234. Lustgarten. Wien. Med. Presse. 1879, p. 578.
235. A. Macdonald. Amer. Obst. Journ. 1878, p. 515.
236. A. Macdonald. Record of two cases of extrauterine pregnancy. Edinb. Med. Journ. 1884. Vol. XXIX. Part. II, p. 697—705: a) case I; b) case II.
237. Macdougall. Edinb. Med. Journ. July 1876.
238. Maccabruni. Annali univ. di Med. 1883. Vol. 263, p. 122.
239. Maere. Observation de grossesse tubaire. Annal. de la Soc. de Med. de Gand. Vol. 61. 1883, p. 106—145.
240. M. D. Mann. Extrauterine pregnancy. New-York.



- Med. Journ. Vol. 41. 1885, p. 308—309: a) case I; b) case II; c) case III; d) case IV.
241. Mansell-Moullin. Trans. Obs. London. Vol. 25. (1883) 1884, p. 103.
242. Marc. Dictionnaire des sciences med. Paris. Tome 19. 1817. Art. „Grossesse“.
243. Marion. Bost. Med. and Surg. Journ. 1878. XCVIII, p. 608.
244. Martin and Tinker. Bost. Med. and Surg. Journ. 1876. May.
245. Martin. Ein d. Laparotomie entferntes Lithopädion. Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 1878. Bd. III, Heft 2, p. 398.
246. Martin. Berl. Klin. Wochenschr. 1879. № 19, p. 780.
247. Martin. Ueber Extrauterinschwangerschaft. Berl. Klin. Wochenschr. 1881. №№ 51—52: a) случай VI; b) случай VII.
248. Martin. On the the operative treatment of Extraut. pregnancy. Transact. International Med. Congress. Lond. 1881, p. 333.
249. Martin. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 11, p. 169.
250. Martin. Centralbl. f. Gyn. 1886. № 1.
251. Maschka. Wien. Med. Wochenschr. 1885, № 42.
252. Mathieson. Transact. Obst. Soc. London. Vol. 26. 1885.
253. Mattei. Des divers modes de terminaison des grossesses extrautérines et de leur traitement. Gazette des Hôpit. 1868. № 108.
254. Maury. New-York Med. Journ. 1884. Vol. 40, p. 417.
255. Maygrier. Annal. de Gynéc. 1879. Juillet.
256. Mc. Collom. Centralbl. f. Gyn. 1878, p. 511.
257. Meadows. Transact. Obs. Soc. of London. Vol. 18 (for 1876) 1877, p. 258.
258. Meadows. Transact. Obs. Soc. London. Vol. 25 (1883) 1884, p. 232.
259. Messner. Annal. de Gynéc. 1879, p. 33.
260. Michie. Brit. Med. Journ. 1884. Vol. I, p. 715.



261. Monnier. Progrès Méd. XII. 1884, p. 1010.
262. Montgomery. New-York Med. Journ. 1884. Vol. 40, p. 588.
263. Moreau. Des grossesses extrautérines. Thèse. Paris. 1853.
264. Mossé. Ann. de gynéc. 1878. Vol. IX, p. 447.
265. Möricke. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1882. Bd. VII, p. 226.
266. Mundé. New-York Med. Record. Vol. XXVI. 14 Sept. 1884.
267. Mühsam. Berl. klin. Wochen. 24 März 1875.
268. Müller. Charité Annalen. II. (1875) 1877, p. 392:  
a) случай I; b) случай II; c) случай III; d) случай IV;  
e) случай V.
269. Negri. Annali di ostetrica. 1885. Centrbl. f. Gyn. 1885, № 31.
270. Netzel. Virchow's Jahresber. (1878) 1879. XIII. Bd. II, p. 592.
271. Netzel. Virchow's Jahresber. XV (1880) 1881. II, p. 575.
272. Netzel. Centralbl. f. Gyn., p. 349.
273. Netzel. Virchow und Hirsch's Jahresber. XVII (1882) 1883. 2, p. 542.
274. Neumeister. Breslau. Ärztlich. Zeitschr. 1879. I, p. 164, № 16.
275. Neustadt. Schmidt's Jahrb. Bd. 182. 1879, p. 264.
276. Newman. Bozeman. l. c., p. 583.
277. Nicolini (Porro). Ann. universali. 1882. Vol. 259, p. 193.
278. Nicoll. New-York Med. Journ. Vol. 33. 1881.
279. Nicoll (Thomas). Amer. Journ. Obst. Vol. XVIII. 1885, p. 408.
280. Noeggerath. New-York Med. Journ. Vol. 33, p. 692.
281. Nonnig. Beitrag zur Casuistik der Extrauter. Schwang. Diss. Berlin. 1880.



282. Notta Maurice. Progrès méd. XII. 1884, p. 377.
283. Obaliński. Przegląd lekarski. Rok XXVI, 1885, № 25.
284. Oettinger. Progrès méd. 1884. XII. № 10, p. 196.
285. O'Hara. Amer. Journ. of obstet. 1878. Vol. XI, p. 825.
286. Oidtmann. Centralbl. f. Gyn. 1885, № 47.
287. J. G. Orton. New-York Med. Journ. 1884. Vol. 40, p. 582.
288. Osiander. Lehrbuch der Hebammenkunst. 1796, p. 211.
289. Otto. Arch. f. Gynäk. 1884. Bd. 23, p. 474. Beumer u. Peiper. Mitth. aus d. geb. Klinik. zu Greifswald.
290. Paget. Brit. med. Journ. 1882.
291. M. A. Pallen. Amer. Journ. of Obst. XIII. 1880, p. 502.
292. Parish. Amer. Journ. of Obstet. Vol. 16. 1883, p. 1207.
293. Park. New-York Med. Record. Vol. 26. 1884, p. 224.
294. J. S. Parry. Extra-uterine pregnancy. Philadelphia. 1876.
295. Paschal. „Врачебн. Вѣдомости“. 1882, № 539.
296. Pepper. Schmidt's Jahrb. 1879. Bd. 182, p. 265.
297. Percival. Obst. Journ. of Gr. Brit. Vol. VIII, p. 661.
298. Antoine Petit. Parry l. c., p. 91.
299. Phillipard. Gaz. des Hôpit. 1865. № 107, p. 427. Gaz. des Hôpit. 1884, № 26.
300. Pinard. Gazette des Hôp. 1884, p. 174.
301. Poincarré. Arch. de Tocol. 1878, p. 667.
302. Polaillon. Arch. de Tocol. 1875, p. 312.
303. Polatschek. Schmidt's Jahrbuch. 1879. Bd. 182, p. 264.
304. Priestley. Trans. Obst. Soc. Lond. XXI, p. 24.
305. Jac. Primerosii. De mulierum morbis. 1655.
306. Puech. Courty Traité pratique des mal. de l'utérus. 1866, p. 993.
307. Puech. Grossesse de l'ovaire, Annal. de Gynéc. Vol. X. 1878. Juillet.



308. Puech. Du traitement des Gross. extrautérines. *Annal. de Gynéc.* Vol. XII, p. 16.
309. Puech. De la répétition des grossesses extra-utérines. *Gazette Obstétric.* Paris. 1879. VIII, p. 321.
310. Purefoy. Dublin. *Journ. med. sc.* 1877, p. 362. Deschamps. l. c. Obs. LXXVIII.
311. Rainaldi. *Amer. Obst. Journ.* 1883. Vol. 16, p. 208.
312. Rampin. *Lyon médical.* 1877. Vol. 26, p. 466.
313. Rasch. *Transact. Obs. Soc. London.* (1883) 1884. Vol. XXV.
314. Rathgeb. Ein Fall v. Grav. interstitialis. *Diss. München.* 1884. *Centralbl. f. Gyn.* 1885, № 1.
315. Reeve. *Trans. Amer. Gyn. Soc.* Vol. IV. 1879. p. 313.
316. Reid (Patterson). *Obst. Journ. of Gr. Brit.* Vol. VIII, p. 85.
317. Rennert. Extrauterinschw. im fünft. Monate. Tödtung des Fötus mittels Morphinuminj. *Arch. f. Gynaekol.* 1884. Band 24, p. 226.
318. Ribemont. *Annal. de Gynéc.* Juillet 1879.
319. Ribot. *Arch. de Tocol.* 1877, p. 244.
320. Joannis Riolani Filii. *Opera.* 1611. *Anatome. De partibus genitalibus mulierum.* Cap. 27—37, p. 537.
321. C. H. Roberts. *Brit. Med. Journ.* 1882. II, p. 736.
322. Rockwell. *New-York Med. Record.* XXIII. 1883: a) case V; b) case VI; c) case VII.
323. Rockwell. *Galvanism. New-York Med. Record.* 1884. Vol. XXVI, p. 392.
324. Roessler. *Berl. Klin. Wochenschr.* 1877. № 3, p. 37.
325. Romiti. *Centralbl. f. Gyn.* 1882. № 37.
326. Rosenthal (Gusserow). *Charité-Annalen.* IX. 1884, p. 349.
327. Ross. Bozeman l. c.
328. De Rosset. Browne. l. c., case XVI.
329. Rousseau. Deschamps. l. c. Obs. CVII.
330. Fran. Rousseti. *Foetus vivi ex matre vivasine alterut-rius vitae periculo caesura.* Basiliae. 1581. p. 177.



331. Routh. On a case of extrauterine pregnancy. Transact. Obs. Soc. Loudon. Vol. XXI. (1879) 1880, p. 93—112.
332. Rutledge. Amer. Journ. of Obst. Vol XVIII. Nov. 1885, p. 1135—1145.
333. Sachs. Ueber die Indication zur Laparotomie bei Extrauterinschwangerschaft. Jnaug. Diss. Berlin. 1881.
334. Salin. Virchow und Hirsch's. Jahresbr. 1882.
335. Sappey. Gazette des Hôpit. 1883. № 102.
336. Th. Savage. Brit. med. Journ. 1885, p. 217 — 218:  
a) case I; b) case II; c) case III.
337. Schade. Schmidt's Jahrbücher Bd. 182. 1879, p. 251.
338. Schlesinger. Wien. med. Presse. 1876. № 33.
339. Schmidt. Deutsch. Med. Wochen. 1884. № 51.
340. Schoonover. Amer. Journ. of Obst. Vol. XVIII. 1885, p. 1198.
341. Schreyer. Monatschr. f. Geburtskunde 1869. Bd. XIV, p. 283—297.
342. Schröder. Lehrbuch der Geburtshülfe. Bonn. 1872. Русск. перев. 1881 года. Bonn. 1884, p. 436.
343. Schröder. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 24: a) случай I; b) случай II; c) случай III.
344. Schröder. Hofmeier. Sitz. 10 April d. Ges. d. Geb. u. Gyn. 1885. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1886. Band. XII, p. 192.
345. Schuchardt. Ueber intraligamentäre Tubenschwangerschaft. Virchow's Arch. Bd. 89, p. 1.
346. Schwartz. Virchow's Jahresber. IX. (1875) 1876, p. 596.
347. J. Sibbald. New-York Med. Journ. 1884. Vol 40, p 589.
348. Siebold. Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe. Band II. Berlin. 1845, p. 91.
349. Siegenbeck van Heuhelon. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 50.
350. Simpson. Edinb. Med. Journ. 1877, p. 645: a) case I; b) case II; c) case III.



351. Skinner. Progrès méd. Vol. XII. 1884, p. 549.
352. Smellie Will. A treatise on the theory and practice of midwifery. London. 1752.
353. Smith. (Haywood). Transact. Obs. Soc. Lond. Vol. 25. p. 107.
354. Southal. Ann. de Gynéc. 1879, p. 33.
355. Spencer T. Smyth. Brit. med. Journ. 1879. II, p. 615.
356. Spiegelberg. Zur Casuistik der Ovarialschw. Arch. f. Gynäk. Bd. XIII, p. 73.
357. Squibb. Bozeman l. c.
358. Squire. Tubal pregnancy. New-York Med. Journ. Vol. 41. 1885, p. 165.
359. Stadthagen. Deschamps l. c. Obs. XX.
360. Steele. Brit. Med. Journ. 1882. Nov. 18.
361. Stickl. Smidt's Jahrb. 1879. Bd. 182, p. 251.
362. Stolz. Nouveau dictionnaire de Méd. et de Chir. pratiques. Vol. XVII. 1875. Art. Grossesse, p. 107—132.
363. Storer. Transact. Amer. Gyn. Soc. Vol III. (1878) 1879.
364. Talbot Jones. Amer. Journ. of Med. Sc. April 1879, p. 436.
365. Taylor. Amer. Journ. of Obst. 1883. Vol. XVI, p. 194.
366. H. Terry. Bost. Med. and Surg. Journ. Vol. CX. 1884, p. 37.
367. Teuffel. Arch. f. Gyn. Bd. 22, p. 57.
368. C. H. Thatcher. Edinb. Med. Journ. 1882. Vol. 28. I, p. 300.
369. Thissen. Berl. klin. Wochenschr. 1884. № 8.
370. Chos. H. Thomas. Amer. Journ. Obst. XVI. 1881, p. 899.
371. Thornton. Knowsley. Lancet. 1879. Nov. 15.
372. Triadou. Des grossesses extrautérines. Thèse. Montpellier. 1866.
373. Ullman. Virchow und Hirsch's Jahresbr. (1883) 1884. Bd. 2, p. 591.
374. Underhill. A case of abdominal section in the XVI



- century. Edinb. Med. Journ. Vol. XXVII Part I (1881) 1882, p. 80—85.
375. Vedeler und Normann. Centralbl. f. Gyn. 1881, p. 224.
376. Veit. Zeitschr f. Prakt. Med. 1878. № 49.
377. J. Veit. Die Eileiterschwangerschaft. 1884: a) pag. 6; b) pag. 20; c) pag. 26; d) pag. 28; e) pag. 32. случай I; f) pag. 32, случай II.
378. Veit. Centralbl. f. Gyn. 1885. № 50; a) случай I; b. случай Левандовскаго.
379. Alf. Velpeau. Traité complet de l'art des accouchemens. Paris. 1835. Tome I, p. 213—238.
380. H. J. K. Vines. Brit. Med. Journ. 1883, 355.
381. Virchow. Charité Annalen. II. (1875) 1877, p. 726.
382. Vulliet. Ueber einen Fall von Tubo-Ovarialcysten. Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 1884. Bd. 22, p. 428.
383. Waitz. Deutsch. Med. Wochenschr. 1884. № 34, p. 554.
384. Wallace. Liverpool. M. - Chir. Journ. 1882. II, 261—264.
385. Wallis. Brit. Med. Journ. 1881. I, p. 847.
386. Ward (Gail. Thomas). New-York Med. Journ. 1884, p. 362.
387. Warner. Americ. Journ. of Obstetr. Vol. XVI. 1883, p. 193.
388. Wasseige. Nouv. Archives d'obstét. et de gynéc. 1886. № 1. Répertoire. №№ 1 et 2, p. 28.
389. Weinlechner. Wien. Med. Blätter. 1885. № 11.
390. Weiss. Deschamps l. c. Obs. LXX.
391. Werth. Die operative Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Arch. f. Gynäk. Bd. XXIV. 1884, p. 329.
392. Westermarck. Successfull operation in tubal pregnancy. Lancet. 1885. Vol. II, № 7, p. 302.
393. Wellington. Bost. Med. and Surg. Journ. Vol. 101. 1879. Oct. 30, p. 624.



394. J. P. White. Transact. Amer. Gyn. Soc. (1878) 1879.  
Vol. III, p. 101.
395. Wheeler. Lancet. 1880. July 31.
396. Windriff. Deschamps. l. c. Obs. LVII.
397. J. E. Winters. New-York Med. Journ. Vol. 39. 1884,  
p. 130.
398. Williams. Amer. Journ. of Obst. Vol. XII. 1879,  
p. 330.
399. Wilson. Brit. Med. Journ. 1875, p. 746. Deschamps.  
l. c. Obs. XVI.
400. W. Wilson. Edinb. Med. Journ. Vol. 26. Part I.  
(1880) 1881, p. 429—433.
401. Wilson. Amer. Journ. of Obst. 1880. Vol. XIII, p. 821.  
Idem. Browne l. c. case XXIV.
402. Witten. Brit. Med. Journ. 1880, p. 922.
403. A. Wysin. Wien med. Presse. 1879. № 18.
404. Young. Amer. Journ. Med. Scienc. LXXIX, p. 442.
405. Ziembicki. Deschamps l. c. Obs. LXVIII.
406. Агафоновъ. Медицинскій отчетъ акушерской клиники  
проф. К. Ф. Славянского при Император. военно-мед.  
акад. въ Спб. 1885, стр. 19—22.
407. В. Афанасьевъ. Журналъ для норм. и патол. гистоло-  
гии и т. д. 1872. Томъ V, стр. 188: „Къ учению о вѣс-  
маточномъ передвиженіи женскаго яичка“.
408. Биддеръ. Медиц. отчетъ СПб. родовспом. заведенія вѣд.  
учреж. Импер. Маріи за 1877—1880 годы. Спб. 1883,  
стр. 5—8.
409. Богаевскій. „Хирург. Вѣстникъ“. 1885 г., стр. 498.
410. А. Василевъ. „Русск. Медицина“. 1885, № 37.
411. Wiedemann. St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1885  
№ 10.
412. Horwitz. „St. Petersburg. Med. Zeitschr.“ Bd. XV  
1869, p. 361.
413. Горвицъ. О неукротимой рвотѣ беременныхъ. Спб  
1882, стр. 55—57.



414. Гугенбергеръ. Отчетъ Сиб. повив. инстит. Сиб. 1863:  
а) стр. 3; б) стр. 5; в) стр. 129.
415. Еджубовъ. Протоколъ Имп. кавк. мед. общ. 16-го ноября 1881 года № 10.
416. Живописцевъ. „Медицинск. Обозрѣніе“. 1883, октябрь, стр. 482.
417. Земацкій и Котельниковъ. Вливаніе ссыянаго раствора въ вены и т. д. „Врачъ“. 1885, № 33.
418. Змигродскій. Къ вопросу о чревосѣченіи при внѣматочн. бер.—Проток. и труды русск. хирург. общ. Пирогова за 1884 и 1885 гг. III. 1885, стр. 78.
419. Кузнецкій. Дневн. казанск. общ. врач. 1884. №№ 3—5: а) случай I; б) случай II.
420. Китеръ. Критическій обзоръ трудовъ по части акушерской науки въ послѣднія 15 лѣтъ. „Записки по части врач. наукъ“ СПб. 1849. VII, кн. IV, стр. 119.
421. Крассовскій. Оперативное акушерство, изд. 1879 и 1885 годовъ.
422. Крассовскій. Внѣматочная беременность вѣроятно трубно-яичниковая. „Врачъ“ 1882, № 24.
423. Kupffer. De graviditate ovarii. Diss. Dorpat. 1822.
424. Крассовскій. Мед. отчетъ СПб. родовсп. заведенія (за 1873—1876). 1880 г., стр. 6.
425. Лазаревичъ. Курсъ акушерства 1879, стр. 399. Масалитиновъ. „Врачъ“ 1886, № 6.
426. Lawicki. Dissertatio inaug. chir. practica. De Laparotomia. 1828. Vilnae, p. 7—11.
427. Lieven. St Petersburg. Med. Wochenschr. 1876, № 18, p. 7.
428. Я. И. Малининъ. Проток. кавказ. мед. общ. за 1873—74 годъ. X, 1874, стр. 263.
429. Масалитиновъ. Случай срочной внѣм. беремен. чревосѣченіе съ благопр. исходомъ и т. д. „Врачъ“ 1886 г., №№ 3, 4, 6.
430. Mas ing. St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1876, № 19, p. 5.
431. Муратовъ. „Мед. Обозрѣніе“. 1885, № 1.



432. О л е н и н ъ. Случай трубной беременности. Проток. тамб мед. общ. 1882, № 5, стр. 6.
433. О л е н и н ъ. Случай трубной беременности. „Русская Медицина“. 1886. № 11, стр. 195.
434. П а т е н к о. Къ учению о внѣм. беременности. *Graviditas ovarialis*. Приложение къ проток. конференціи медико-хирург. академіи. 1878.
435. П о п о в ъ. „Врачъ“ 1881 года, № 47.
436. П р у ж а н с к а я. „Медиц. Обозрѣн.“ 1885, томъ 23, № 7, стр. 689—693.
437. R a s k i e w i c z. „Gazeta lekarska“. 1876, № 8, p. 121.
438. С а п о ж н и к о в ъ. „Медиц. Обозрѣн.“ 1883, февраль, стр. 224.
439. С л а в я н с к і й. Къ вопросу о ростѣ и созрѣваніи граафов. пуз. во время беременности. „Мед. Вѣстникъ“ 1877, №№ 31—33.
440. С л а в я н с к і й. Чревосѣчение при внѣм. бер. 1884. „Русск. Медицина“ №№ 41—43. 1884 года. Отдѣльный оттискъ: а) стр. 3—9; б) стр. 12; с) стр. 17.
441. С м о л е н с к і й. Мед. отчетъ СПб. родов. завед. (1877—1880). 1883, стр. 270—272.
442. С о б о л ь щ и к о в ъ. Беременность внѣ матки. „Военно-Медиц. Журналъ“ 1854 года, часть LXIV, отд. IX, Смѣсь, стр. 49—57. *Idem*. Diss. *Observat. rariss. graviditatis tubariae casus exhibens*. Petropoli. 1855.
443. С у в о р ц е в ъ. Къ казуист. внѣм. бер. „Мед. Обозр.“ 1885, стр. 677.
444. С у т у г и н ъ. Къ казуистикѣ внѣм. бер. „Мед. Вѣстникъ“ 1876 г., №№ 22, 23.
445. С у т у г и н ъ. Къ вопросу о способахъ производства и о показаніяхъ къ чревосѣченію. „Врачъ“ 1884, №№ 25—26.
446. И. М. Т а р н о в с к і й. Медиц. отчетъ родовспом. заведенія Имп. Спб. воспит. дома за 1873 годъ. Спб. 1874, стр. 3—5.
447. T a r n o w s k y. „St.-Petersb. Med. Woch.“ 1878. III, 39.
448. Т о л о ч и н о в ъ. Нѣсколько случ. внѣм. берем. „Мед.



- Вѣстникъ“ 1877 года, №№ 41—45: а) случай I; б) случай II; в) случай III; г) случай IV.
449. Н. Феноменовъ. Къ ученію о лапаротоміи при вѣм. беременности. „Врачъ“ 1881, № 44.
450. Финкель. „Врачебн. Вѣдом.“ 1877, № 23, стр. 2.
451. Цвирко. „Медиц. Обозр.“ 1882. Іюнь, стр. 204.
452. Czarlicki. „Medycyna“ 1884, р. 102.
453. Шмидтъ. Къ вопросу о распознаваніи вѣм. берем. „Мед. Вѣстникъ“ 1877, №№ 16—18: а) случай I; б) случай II.
454. Юзефовичъ. Къ казуистикѣ діагностическихъ ошибокъ во время беременности. Случай gravid. extraut. (tubariae dextrae). „Военно-Медицинскій Журналъ“ 1876 года. Часть 127, III, стр. 309.
455. Prof. Dr. v. Bujalsky. Anat.-path. Untersuchung einer grav. extrauterina. Medicinische Zeitung Russlands. 1844. pag. 100 \*).
456. Thielmann. Graviditas extrauterina Medicinische Zeitung Russlands. 1846. № 37, pag. 292\*\*).

---

\*) Случай яичниковой беременности. Произведена проф. Буяльскимъ первая (насколько мнѣ извѣстно) въ Россіи лапаротомія при вѣматочной беременности.

\*\*) Описаніе случая вѣматочной беременности, наблюдавшагося врачами Русаковымъ и Щукинымъ въ Городищенскомъ уѣздѣ Пензенской губерніи: Крестьянка деревни Ручима, Матрена Дементьева, 35 лѣтъ, забеременѣла въ 14 разъ (вѣматочно). Послѣ срочн. ложн. родовъ и смерти доношеннаго ребенка, наступила элиминація плода чрезъ брюшн. стѣнки. Мужъ больной извлекъ разложившійся плодъ. Впослѣдствіи образовалась желудочно-кишечная фистула живота, и больная умерла, черезъ 2 года послѣ зачатія, отъ истощенія, въ Бахметьевской больницѣ, въ селѣ Никольскомъ-Пестровкѣ.



## ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
Введение . . . . .	2
Определение вѣматочной беременности. Историческій очеркъ	5 — 10
Классификація вѣматочной беременности. Частота вѣматочной беременности. Этиологія и предшествующія вѣматочной беременности обстоятельства (Antecedentia). . .	11 — 23
Трубная беременность. Определение. Собственно-трубная беременность. Предшествующія ей обстоятельства. Симптомы. Описаніе двухъ случаевъ haematocoele. Общія выводы объ естественныхъ исходахъ и смертности при собственно-трубной беременности и вліяніе на нихъ оперативнаго леченія. . . . .	23 — 51
Трубно-маточная беременность. Определение. Antecedentia. Симптомы. Исходы. Сравненіе этой формы съ другими видами вѣматочной беременности . . . . .	51 — 59
Трубно-брюшная беременность. Определение. Antecedentia. Симптомы. Исходы. Сравненіе этой формы съ другими видами вѣматочной беременности . . . . .	59 — 69
Трубно-яичниковая беременность. Происхожденіе ея. Antecedentia. Симптомы. Исходы . . . . .	69 — 75
Яичниковая беременность. Несомнѣнное ея существованіе и анатомическіе критеріи. Antecedentia. Симптомы. Исходы.	75 — 88
Брюшная беременность. Определение и критеріи анатомическіе и клиническіе. Типическія наблюденія. Antecedentia. Дѣленіе клиническаго ея теченія на три періода. Симптомы трехъ періодовъ. Естественные исходы и смертность при брюшной беременности и вліяніе на нихъ оперативнаго леченія. . . . .	89 — 144
Леченіе вѣматочной беременности. Цѣль и различные методы его сообразно періодамъ и формамъ вѣматочной беременности. . . . .	144 — 148
Леченіе ранняго періода вѣматочной беременности. Проколъ. Впрыскиваніе морфія въ плодный мѣшокъ. Электричество. Ранняя лапаротомія и кольпотомія. Общія замѣчанія. .	148 — 165



	стр.
Леченіе при наступившемъ разрывѣ плоднаго мѣшка. Сим- птоматическое леченіе. Прижатіе аорты. Трансфузія крови и солянаго раствора. Лапаротомія при явленіяхъ внут- ренняго кровотеченія. . . . .	165—168
Леченіе вѣматочной беременности во второмъ періодѣ и при жизнеспособности плода. Таблица операцій при живомъ плодѣ. Общія замѣчанія объ этихъ операціяхъ. Лапаро- томія послѣ смерти беременной. . . . .	168—177
Леченіе вѣматочной беременности послѣ смерти плода. Необ- ходимость оперативнаго леченія. Таблица произведен- ныхъ операцій. Лапаротомія по различнымъ методамъ. Кольпотомія. Различныя оперативныя пособія до и послѣ начавшейся естественной элиминаціи. Вліяніе оператив- наго леченія на исходы и смертность при застарѣлой вѣматочной беременности. . . . .	178—238
Литература . . . . .	239—262

---



## ПОЛОЖЕНІЯ.

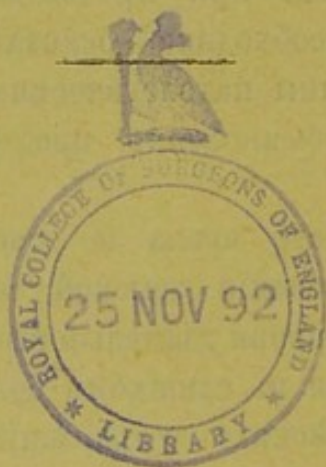
---

1. Оперативное леченіе вѣматочной беременности значительно понизило процентъ смертности этого заболѣванія.
2. Отвергать существованіе яичниковой и первичной брюшной беременности невозможно въ виду несомнѣнныхъ случаевъ, описанныхъ въ литературѣ.
3. До сихъ поръ мало обращается вниманія на судебно-медицинское значеніе вѣматочной беременности.
4. Поврежденіе хрящей гортани при самоповѣшеніи встрѣчается нерѣдко.
5. При бугорчаткѣ легкихъ иногда вовсе не бываетъ кровохарканія, а однимъ изъ раннихъ признаковъ туберкулеза легкихъ иногда является аменорея.
6. Для уѣзднаго врача при производствѣ судебно-медицинскихъ вскрытій необходимо основательное знаніе макроскопической картины патологическихъ измѣненій органовъ, такъ какъ ему обыкновенно приходится обходиться безъ микроскопа.
7. Должность уѣзднаго врача не составляетъ анахронизма даже при существованіи земской медицины; только санитарно-административная дѣятельность уѣзднаго врача, къ сожалѣнію, находится въ слишкомъ большой зависимости отъ мѣстныхъ полицейскихъ управленій и зачастую игнорируется земствами.
8. Крайне желательно, чтобы земства обзавелись настоящими аптеками, удовлетворяющими правиламъ аптекарскаго уста-



ва, а не ограничивались практикующимися въ настоящее время выпискою врачебныхъ средствъ отъ дрогистовъ и раздачею сырыхъ или плохо приготовленныхъ (фельдшерами) средствъ, такъ какъ этимъ путемъ не приносится надлежащей врачебной пользы населенію и отнимается непроизводительно масса времени у врачей. А такъ какъ провинціальныя (уѣздныя) частныя аптеки не могутъ выдержать конкуренціи съ даровою раздачею лекарствъ, производимою почти повсемѣстно земствами, то пріобрѣтеніе подобныхъ „привилегированныхъ“ частныхъ аптекъ обошлось бы земству недорого, принесло бы несомнѣнную пользу нуждающемуся въ правильной врачебной помощи населенію и выручило бы изъ бѣды частныхъ аптекарей, имущество которыхъ, при настоящемъ устройствѣ земской медицины, состоитъ буквально изъ одной лишь фиктивной „привилегіи“.

9. Лечение тифа холодными ваннами, какъ весьма мучительная мѣра, особенно для больныхъ, находящихся въ сознаніи, должно быть оставлено и, въ случаѣ надобности, замѣнено продолжительными теплыми, *постепенно* охлаждаемыми, ваннами.





## ПОПРАВКИ.

---

	Стр.	Строки.		Напечатано.	Должно быть.
на	5-й стр.	14 строка	снизу	abundantiām—abundantiam.	
"	10-й "	1 "	" "	№№ 406—454—№№ 406—456.	
"	10-й "	2 "	" "	1856—1855.	
"	12-й "	3 "	сверху	промежутою—промежуточною.	
"	14-й "	11 "	" "	такъ какъ—ятому что.	
"	19-й "	14 "	" "	Vuillet—Vulliet.	
"	50-й "	9 "	" "	эксвизитные—экскуизитные.	
"	74-й "	10 "	" "	опредѣлился—опредѣлялся.	
"	75-й "	3 "	" "	ранняго разрыва—ранній разрывъ.	
"	82-й "	3 "	снизу	Раргу—Rarгу pag. 51.	
"	90-й "	5 "	" "	отрѣзомъ—отрѣзкомъ.	
"	90-й "	15 "	" "	я лечилась—лечилась.	
"	115-й "	14 "	" "	25 разъ—20 разъ.	
"	120-й "	18 "	" "	1 разъ назадъ—2 раза назадъ.	
"	120-й "	19 "	" "	3 раза внизъ—2 раза внизъ.	
"	168-й "	11 "	" "	9 окончились—8 окончились.	
"	168-й "	13 "	" "	20—19.	

---



