

Материалы о внематочной беременности

по данным Омской акушерско-гинекологич. клиники. (Директор И. Ф. Козлов).

Проф. И. Ф. Козлов.

Наш материал обнимает 236 случаев внематочной беременности, прошедших через клинику за 5 лет (1925—1929 гг.) моего заведывания последней и доказанных на операционном столе, за исключением 10 из них, в которых диагноз установлен: в 1 случае патолого-анатомическим вскрытием большой, умершей до операции, в 6 случаях—с помощью пункции заднего свода, давшей характерный для внематочной беременности пунктат и в 3 случаях—на основании клинических данных без пункции.

Поступление в клинику больных по годам было таково: в 1925 г.—47, в 1926 г.—49, в 1927 г.—44, в 1928 г.—49 и в 1929 г.—50.

Из приведенных абсолютных цифр не видно роста случаев внематочной беременности, что за последние годы констатируется многими авторами как у нас в Союзе, так и за границей. Если же взять цифры относительные, то, наоборот, выясняется тенденция к уменьшению количества внематочной беременности, так, в 1926 г. 49 случаев внематочной беременности было на 1749 всех больных стационарного отделения клиники или 2,8%, в 1927 г. 44 случая—на 1833 всех больных или 2,4%, в 1928 г. 46 случаев—на 2360 больных или 1,9%, что за 3 указанных года дает снижение приблизительно на $\frac{1}{3}$.

Из 223 больных, имевших в историях болезни указания на место жительства, жителями Омска было 162 (73%); остальные больные были приезжими из других городов, главным образом Омского округа из деревни. Последних, кстати сказать, было 46 (20%).

По возрасту больных было: от 17—20 лет—3, от 21—25 лет—56, от 26—30 лет—79, от 31—35 лет—67, от 36—40 лет—25, от 41—45 лет—2, свыше 45 лет—2; возраст не указан в 2 х случаях. Самая старая из этих больных была 48 лет, самая молодая—17 лет. На возраст наиболее чадородный, т. е. от 21—35 лет, падает, таким образом 202 случая внематочной беременности или 86%.

Из 227 больных, у которых отмечена прежняя родовая деятельность, совсем небеременевших было 22, имели только выкидыши 16, имели только срочные роды 89, кроме срочных родов имели также преждевременные роды, аборт, — как искусственные, так и самопроизвольные, — а также и внематочную беременность 100. Среди беременевших по одному разу беременели 38, по 2 раза—40, по 3 раза—33, по 4 раза—24, по 5 раз—20, по 6 раз—19, по 7 раз—11, по 8 раз—6, по 9 раз—4, по 10 раз—5, по 11 раз—2 и по 12 раз—3. Все 205 женщин, беременевших до настоящего заболевания, имели всего 796 беременностей, закончившихся срочными родами в 558 случаях, преждевременными родами и абортами в 233 случаях и внематочной беременностью в 5 случаях.

Из 22 нерожавших, из которых оперировано было 21 больная, воспалительные изменения внутренних половых органов при операции были обнаружены 9 раз, при чем у одной больной, кроме того, был обнаружен и удален субсерозный фиброматозный узел; указания *sub operatione* на инфантилизм имели 2 больных.

Эта как раз та группа, где скорее всего можно было бы найти указания на причинную связь внематочной беременности с инфантилизмом. Приведенные данные объективного порядка говорят обратное.

Что касается менструальной функции у этой группы больных, то она видимых отклонений, свойственных обычно инфантилизму, не имела, за исключением одной больной, 20 лет, у которой впервые menses наступили лишь на 19 г. и которая заболела внематочной беременностью, спустя 2 года по выходе замуж.

Фаза стерильности, — считая время от момента выхода замуж до обнаружения внематочной беременности, — у этой группы больных была от нескольких месяцев (у 3) до 21 года (у 1), причем 3 больных с фазой в несколько месяцев были все в возрасте от 19 до 20 лет. У одной из последних больных *sub operatione* найдены указания на инфантилизм.

Наибольшей длительностью стерильности отличалась та группа, у которой при операции были найдены воспалительные изменения в придатках. Здесь фаза стерильности была от 2 лет до 21 года, причем, если взять среднюю цифру, то она на каждую из 9 больных будет давать около 8 лет.

Мерилом инфантильности половой сферы при известных условиях может служить та ненормальность родовой функции, которая завершается обычно самопроизвольным выкидышем при первой беременности. С этой точки зрения интересно проанализировать ту группу больных, у которых в анамнезе были только выкидыши перед внематочной беременностью. Таких больных было у нас 16. Из этих больных имели отметку только об искусственных выкидышах 7 и — о самопроизвольных выкидышах 3, причем у последних 3-х больных было только по одному выкидышу.

Интересуясь данными объективного порядка у этих 3-х больных, мы нашли указания при операции на воспалительный процесс незаинтересованных придатков у одной, у другой — подтвердились анамнестические указания на перенесенную 1½ года перед этим операцию с удалением придатков с одной стороны, у 3-ей, 36-тилетней женщины, с 16-летней фазой стерильности, была найдена *grav abdom.* 6-месячного возраста.

Из остальных 6 больных, имевших выкидыши, у 4 было по несколько выкидышей, в том числе и искусственных и у 2 указаний на характер выкидыша не было. Из 16 этих больных *sub operatione* дали указания на воспалительный процесс в придатках 8; кроме того, одна в анамнезе имела указания на перенесенную операцию по поводу кисты яичника, другая — как указывалось — на перенесенную операцию удаления придатков без указания причин.

Со стороны menses каких-либо указаний, говорящих в пользу инфантилизма, ни у одной больной последней группы не было.

Из самой большой группы женщин в 100 чел., имевших в анамнезе наряду со срочными родами выкидыши, а также и внематочную беременность, только у 2 первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем. В обоих этих случаях при операции был найден воспалительный процесс. У одной больной этой же группы, перенесшей ранее внематочную беременность, по анамнезу можно предполагать инфантилизм, хотя при второй операции и были найдены воспалительные изменения матки и придатков. Таким образом, анализируя указанные 3 группы

в количестве 138 больных, у которых анамнестические данные могли указать на инфантилизм, последний по анамнезу можно было предположить всего в 4 случаях, а при операции подтверждение этого было найдено лишь в 2 случаях. Иначе говоря, инфантилизм в качестве этиологического фактора внематочной беременности у наших больных можно допустить в количестве немногим менее 2%, а объективно констатировать—менее 1%.

На некоторую роль внутриматочных впрыскиваний в происхождении внематочной беременности впервые было указано проф. В. С. Груздевы м. Этот факт был подтвержден затем и рядом других авторов.

Как известно, Сибирь является родиной появления внутриматочных впрыскиваний, как вида терапии женских заболеваний. Вполне естественно ожидать, что этот метод на территории Сибири нашел себе широкое применение в качестве предохранительного от беременности средства, а также и в качестве средства абортивного. Поэтому нам кажется небезынтесным осветить вопрос о связи внутриматочных впрыскиваний с внематочной беременностью у наших больных.

Внутриматочные впрыскивания были применены у 8 больных, причем 3 из них, кроме того, имели еще и выскабливания. Четырем больным впрыскивания были применены после задержки регул на тот или иной срок и имели целью, повидимому, вызвать аборт. В 3 х случаях внутриматочные впрыскивания были предприняты, как лечебный метод, и в одном, как противозачаточное средство.

В первых 4-х случаях внутриматочные впрыскивания, как фактор этиологический для возникновения внематочной беременности, винить вряд ли представляется возможным. Что касается последнего случая, где внутриматочные впрыскивания были применены с целью предупреждения беременности, то и здесь, несмотря на то, что впрыскивания были сделаны перед ожидаемыми менструациями, они не сыграли вызывающей внематочную беременность роль. Дело здесь идет о больной, которой по случаю задержки регул акушеркой было сделано выскабливание, а потом перед следующими за выскабливанием регулами были предприняты впрыскивания, через 3 дня после которых наступил первый приступ болей. При операции оказалось, что беременность, судя по величине плода, оказалась около 3 мес. Стало быть, здесь даже и выскабливание было предпринято уже при наличии эктопической беременности.

С целью лечебной впрыскивания были предприняты в одном случае по поводу кровотечений, в другом—после выскабливания, сделанного после задержки *menses*. И в том и другом случае впрыскивания также нельзя винить в происхождении внематочной беременности, т. к. данные анамнеза и данные операции не дают для этого никаких оснований.

Наконец, в отношении последнего случая применения внутриматочных впрыскиваний с лечебной целью можно с некоторой вероятностью утверждать, что они послужили моментами, способствующими возникновению внематочной беременности. Дело здесь касается больной, оперированной мной по поводу интерстициальной беременности поздней стадии развития и описанной мной в Каз. мед. жур. 1932 г. В этой статье внутриматочные впрыскивания, предпринятые у больной с целью лечения кровотечений, я обвиняю, как этиологический момент внематочной б-сти.

Касаясь 3 случаев применения выскабливания у этих больных, следует отметить, что в 2 из них операция эта была применена после задержки

регул с целью производства аборта, а в одном— с целью лечения кровотечений, наступивших вслед за внутриматочными вырыскиваниями, принятыми, надо думать, также с целью прерывания беременности.

Кстати упомяну, что кроме этих больных выскабливание имело место еще у 10, из которых у 8 оно было предпринято по поводу кровотечений, наступивших после задержки регул на тот или иной срок, а у остальных 2 также после задержки регул— с целью прерывания предполагаемой маточной беременности.

Сыграло ли роль причинного момента внематочной беременности у наших больных *migratio ovi externa*, установить трудно, т. к. более или менее постоянного контроля при операции за этим не велось, хотя в 6 случаях на все количество больных все же было отмечено наружное передвижение яйца.

В нашем материале у 4 больных *sub. operatione* была найдена миома матки в форме одиночных небольших узлов, которые при операциях удалялись изолированно. Судя по их расположению вряд ли можно признать виновниками возникновения внематочной беременности.

Указания, что в этиологии внематочной беременности главнейшую роль играют воспалительные изменения труб, подтверждается и нашим материалом. В самом деле, на 226 оперированных больных в 110 были найдены воспалительные изменения в придатках, т. е. в 48,6%. Надо думать, что фактический % даже заметных макроскопически воспалительных изменений половых органов должен быть выше, т. к. истории болезни не отличаются полнотой, а потому констатированные изменения этого порядка могли остаться не зарегистрированными; с другой стороны, надо думать, что в отдельных случаях по тем или иным причинам на состояние малозаметных изменений не было обращено должного внимания.

К сожалению, в историях болезни нет и прямых указаний на происхождение воспалительных изменений, в смысле их натуры. Вполне разделяя взгляд проф. В. С. Груздева, что в этиологии внематочной беременности гораздо более важную роль играет септическое воспаление труб, нежели гонорройное, я позволяю себе сослаться на доказательность в этом смысле родовой функции у наших больных. Выше было указано, что из 227 больных, у которых родовая функция была более или менее точно фиксирована, небеременевших до настоящего заболевания было 22, из остальных же 205, беременевших до внематочной беременности, 167 беременели по 2 и более раза, т. е. в 81,4% всех беременевших с большой долей вероятности гонорройный процесс можно исключить на основании повторности беременности, каковая, как известно,—по крайней мере для восходящей гонорреи,—в таких случаях обычно не бывает.

Далее, в возникновении воспалительных процессов обычно обвиняют преждевременное прерывание беременности в форме обычно раннего выкидыша, столь распространенного в наше время. Как указывалось, среди наших больных было 16, имевших только выкидыши, и 100 больных, у которых наряду со срочными родами были выкидыши *gestr.* преждевременные роды и внематочная беременность. Иначе говоря, в 56,5% случаев имелась возможность для возникновения септического воспалительного процесса,—в том числе и на почве искусственного аборта.

Среди оперированных нами 226 больных трубную беременность имели 223, абдоминальную 1, и у 2-х характер локализации яйца установить

не удалось. При трубной беременности левая труба послужила первичным местом локализации в 96 случаях, правая труба—в 126 случаях, и в одном случае указаний, какая труба была поражена, не было. Таким образом, левосторонняя трубная беременность встретилась в 43,2%, правосторонняя в 56,8%.

Из интересных случаев редкой локализации эктопической беременности в отношении трубной беременности отмечу один случай интерстициальной беременности поздней стадии развития. Этот случай описан мной в Каз. мед. жур. 1932 г., № 1. Интерес его, между прочим, заключается в том, что при операции, предпринятой спустя приблизительно 2 мес. после разрыва плодоемностища, плод около 7 месяцев живым был извлечен из непосредственно его окружающих петель кишок. Таким образом, здесь мы имели дело с grav. tubaria с экстрамембранозным ростом плода по Но е h п е.

Другим интересным случаем редкой локализации является *абдоминальная беременность*.

Дело здесь касается 36-тилетней женщины, которая, выйдя замуж на 20-м году, была до того беременна один раз, причем беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на 4-ом месяце. Menses отклонений от нормы не имели. В клинике она была дважды; первый раз—через 6½ месяцев после задержки нормальных менструаций, когда у нее была заподозрена растущая grav. extraut. Большая выписалась из клиники по собственному желанию. Второй раз поступила в клинику в конце срочной беременности в безучастном к окружающему состоянию, с жалобами на боли в животе, при удовлетворительном пульсе. Окружность живота на уровне пупка 102 сант. При бимануальном исследовании передний и левый свод найдены выполненными предлежащей головкой, справа прощупывался плотный узел величиной с гусиное яйцо. При зондировании матки полость ее равнялась 11 см., и направление зонда было вправо и кзади. При операции обнаружена первичная брюшная беременность с прикреплением плаценты к брыжейке тонких кишок. Извлечен мадерированный плод—девочка, 2850 гр. весом, 52 см. длины, с окружностью головки в 35 см. и груди в 30 см., с недоразвитым правым ухом. По удалении плаценты и остановке кровотечения в брюшную полость был вставлен марлевый дренаж. Больная выписана здоровой.

Повторная внематочная беременность среди нашего материала встретилась в 5 случ., что к общему количеству в 236 случаев составляет 2,1%, т. е. меньшая, чем обычно указывается средняя цифра в 5%.

Касаясь течения и исходов внематочной беременности, остановлюсь прежде всего на фазе родовой стерильности. Впрочем, этого вопроса мы уже касались, анализируя вопрос об этиологии внематочной беременности у группы больных, которые до настоящего заболевания совсем не беременели. Помимо этой группы в 22 больных в нашем материале имеется 205 женщин беременевших хотя бы один раз до внематочной беременности. В отношении этой группы фаза родовой стерильности в итоговых цифрах представляется в следующем виде: эта фаза, т. е. промежуток времени от последней маточной resp. внематочной беременности до настоящего заболевания, до 1 года имели место у 40 больных, от 1 до 2 лет—у 24, от 2—3—у 14, от 3—4—у 19, от 4—5—у 8, от 5—6—у 18, от 6—7—у 7, от 7—8—у 4, от 8—9—у 5, от 9—10—у 6, от 10—11—у 7, от 11—12—у 3, от 12—13—у 1 и, наконец, от 13—14 л.—у 2. В 47 случаях этой группы указаний на фазу родовой стерильности не имелось. Из приведенных цифр явствует, что у 40 женщин эта фаза определяется месяцами, а у 118—годами, причем в среднем у последних фаза длилась свыше 5 лет.

Само собой разумеется, что длительность стерильности должна быть принята условно, т. к. у некоторых женщин анамнестические сведения

могли бы не совсем точно отразить действительность, далее,—могли быть не точные записи в историях болезни и, наконец, отсутствуют указания на предпринимавшиеся в отдельных случаях предупредительные меры. Тем не менее, для женщин, имевших внематочную беременность, длительность до этого родовой стерильности, определяющаяся в большинстве случаев годами,—факт общеизвестный.

Задержка *menses* перед прерванием внематочной беременности,—обычным исходе у больных в нашем материале,—не было у 52 больных, задержка от 5 до 8 недель после срока нормальных перед этим менструаций имела место в 114 случаях, задержка от 9 до 12 недель наблюдалась в 28 случаях, более 12 недель задержку *menses* имели 3 больных и, наконец, неясные указания на этот счет имеются в анамнезе 39 больных.

Если считаться с фактом задержки менструаций, как индикатором на срок прервания беременности, то оказывается, таким образом, что громадное большинство, а именно 114 женщин из 197 (57,9%), у которых имеются указания на задержку *menses*, имели прервание на втором месяце, у 52 (25,9%) беременность прервалась на первом мес., у 28 (14,2%)—на 3-ем мес. и, наконец, только у 3 (в 1,5%)—свыше 3-х мес., причем в поздних стадиях развития у одной больной ребенок по величине соответствовал 5 мес., у другой—восьмому и у третьей—девятому месяцу.

Наступление инсульта у наших больных происходило в большинстве случаев без заметной причины для них, однако, в некоторых случаях больные связывали наступление припадка с той или иной причиной. Так, в 10-ти случаях инсультат появился после физической работы, также в 10—после поднятия тяжести, в 4—после дефекации, в 2—во время езды на телеге, в 1—после натуживания, в 1—после приема хины, в 1—после падения и, далее, как указывалось раньше, в 5 случаях после внутриматочных впрыскиваний, в 8 после выскабливания и, наконец, в 3 перед инсультом были применены внутриматочные впрыскивания и выскабливания.

Беременность прервалась по типу наружного разрыва *resp* узурры в 87 случаях, по типу внутреннего разрыва *resp* тубарного аборта в 127 случаях; в остальных 22 случаях вид прервания установить не удалось.

В 2 случаях наружного разрыва имел место экстрамембранозный рост плода в свободной брюшной полости. Во всех случаях наружного разрыва, за исключением только что указанных, было обычно весьма значительное свободное кровоизлияние в брюшную полость. Нередко свободное кровоизлияние в брюшную полость было и при тубарном аборте, так, за 1929 год на 28 случаев этой формы прервания „острое“ прервание, т. е. свободное кровоизлияние имело место в 7 случаях.

Как указывалось, *поздняя беременность* имела место в нашем материале всего в 3 х случаях, один из которых был мною описан (Каз. медицинский журн., 1932, № 1) и упомянут.

В другом случае, также упомянутом, была абдоминальная беременность, при которой плацента оказалась при операции сидящей на брыжейке тонких кишек, а плод,—мертвый лежал свободно в брюшной полости (экстрамембранозный рост). В этом случае дело касается 36-летней больной, имевшей до этого одну беременность, закончившуюся самопроизвольным выкидышем на 4 мес. В начале настоящей беременности она ощущала повторные схваткообразные боли внизу живота, порой очень сильные с обморочным состоянием. В клинике она лежала 2 раза,

причем в первый раз у нее была заподозрена растущая абдоминальная беременность во второй ее половине. В виду настоятельного желания больной иметь ребенка, больная была выписана из клиники и оставлена под наблюдением. Во второй раз она появилась в клинике через 3 мес. с жалобами на боли в животе и прекращения шевеления плода.

В 3-ем случае дело касается 33-летней больной, имевшей до этого 1 срочные роды и поступившей с жалобами на опухоль в животе и кровотечение в течение 3 недель. При лапаротомии был получен 5-месячный разложившийся плод, лежавший среди кишек, при раздвигании которых показался гной с резко каловым запахом. Плацента обнаружена не была.

Не останавливаясь на симптоматологии внематочной беременности у наших больных, перейду к тому диагностическому методу, который один раз уже был мной затронут и опубликован в Омском мед. жур., 1927, № 5—6 и который широко применялся в Омской ак. гин. кл. Я имею в виду *пункцию заднего свода*.

В этой статье я коснулся 84 случаев применения этого метода у 122 оперированных в 1925—1927 г.г. (по сентябрь) по поводу внематочной беременности больных. Указав на безопасность этого метода в отношении исхода для больной последующей операции и течения у нее послеоперационного периода, на преувеличение опасности при пункции повреждения прямой кишки и получив относительно незначительный % (2,4) ошибочного диагноза, я констатировал, что пробный прокол заднего свода позволяет приступить к операции не с вероятным, а с верным диагнозом.

Дальнейший наш материал, обнимающий еще 81 случай применения пробной пункции заднего свода у больных, внематочная беременность у которых была доказана на операционном столе, также не дал каких-либо неблагоприятных осложнений в связи с пункцией ни в смысле смертности (ни одной смерти), ни в отношении послеоперационных осложнений. Однако, должен отметить, что % ошибочного диагноза на эту часть материала только возрос, так, на 81 указанный случай пробная пункция крови не дала в 7. Если, таким образом, принять две неудачи на предыдущий материал в 84 случая, то на 165 случ. применения этого диагностического метода процент ошибочного диагноза возрастает до 5,4, вместо 2,4 предыдущего материала, а процент применения этого метода на 226 операций внематочной беременности будет равен 73.

Характерно, что ошибочность этого метода заключается, гл. образом, в том, что *не добывалась при пункции кровь*, которая при операции была обнаружена как в осумкованных полостях (haematosalpinx), так и в свободном виде. Этот недостаток, думается мне, зависит, помимо прочего, от недостаточного умения пользоваться в отдельных случаях этим методом, несмотря на кажущуюся его простоту. С другой стороны, как показал нам один указанный в приведенной моей статье случай, кровь при пункции была получена при воспалении придатков, что и было констатировано при операции. Этот случай,—правда единственный на 165 больных,—заставляет внимательно отнестись к оценке пункта.

Учет данного анамнеза и результатов объективного клинического обследования больных, проверка с помощью пробной пункции предположительного диагноза почти в $\frac{3}{4}$ всех случаев позволяли в громадном большинстве нашего материала обойтись без рекомендуемых обычно в таких случаях лабораторных методов исследования. Тем не менее из последних все же были применены: реакция оседания эритроцитов в 39 случаях, определение формулы крови в 3, рентгенография в 2 случаях.

Что касается ошибок в диагнозе, то, как уже было упомянуто, ошибка имела место лишь в одном случае, где двусторонний подострый сальпангоофорит был принят за внематочную беременность и больная подверглась пробной лапаротомии. Однако, недооценка клинических данных, а может быть малая их выраженность, имела место в 24 случаях, в которых внематочная беременность была принята то за маточную беременность (в 15 сл.), то за воспалительный процесс (в 7 сл.), то за аппендицит (в 2 сл.). Наконец, в 11 случаях была неполная уверенность в диагнозе, что, — вместо с наличием маловыраженных симптомов—позволило больных выписать из клиники с тем, что они через тот или иной промежуток времени вторично поступали в клинику, но уже с более выраженными симптомами, порой при наличии симптомов острого внутреннего кровотечения.

Наконец, правильность диагностической установки на внематочную беременность складывалась в целом ряде случаев путем более или менее длительного клинического наблюдения.

Как уже было указано выше, из 236 случаев нашего материала оперативное вмешательство было в 226, у остальных 10 операций не было, при чем 1 умерла через несколько минут после доставки больной в клинику при явлении внутреннего кровотечения, 2 отказались от предложенной операции, 7 остальных больных были выписаны для консервативного лечения.

Из 226 больных, подвергнутых операции, у 215 была произведена *laparotomia*, у 1—*colpotomia post.* Операции во всех случаях были произведены под общим ингаляционным наркозом, причем в большинстве случаев применялся смешанный хлороформно-эфирный наркоз и только в отдельных случаях или только хлороформный или только эфирный. При лапаротомиях разрез передней брюшной стенки только в 3 случаях был применен поперечный (по P f a n n e n s t i l ' u ,) в остальных—продольный, причем было удалено: только беременная труба в 113 сл., труба и яичник—в 29 сл., обе трубы и один яичник (иногда только частично резецированный)—в 46 сл. и, наконец, обе трубы и оба яичника (зачастую частично резецированные,—по крайней мере, один из них)—в 32 сл., что в общей сложности составляет 220 всех операций. Из остальных 5 сл. применения лапаротомий характер вмешательства не отмечен в 3 в 1—был извлечен при 5-мес. беременности только разложившийся плод, находившийся среди кишечных петель, и в 1 сл. брюшной беременности, были удалены плод и плацента, прикрепившаяся к брыжейке кишек.

В случаях, где имело место вмешательство на придатках, к этому было присоединено: стерилизация путем иссечения части другой трубы в 15 сл., исправление положения матки в различных модификациях в 41 сл., аппендектомия в 6 сл., энуклеация миоматозных узлов матки в 4 сл., надвлагалищная ампутация матки в 2 и полная экстирпация матки также в 2. В 8 сл. брюшная рана зашита со вставленным в нее брюшным тампоном и в 2—вагинальных тампонов. Что касается одного случая, оперированного путем задней кольпотомии, то таковая заключалась лишь во вскрытии заднего свода, освобождении заднего дугласова кармана от крови с последующей его тампонацией.

Остановившись, наконец, на исходах и течении послеоперационного периода у наших больных, прежде всего укажу, что на 226 указанных операций мы имели 4 смертельных исхода, что составляет около 1,7%.

Судя по указаниям авторов, этот % надо признать низким. Причиной смерти в 2 сл. было острое малокровие, вызванное инсультом; в этих случаях смерть последовала на второй день после операции при невосстановившейся сердечной деятельности, несмотря на обычно применявшиеся после операции вливания физиологического раствора и сердечных. В одном случае больная умерла на второй день после операции при нарастающем упадке сердечной деятельности, которая и до операции выражалась в 120 ударов пульса в минуту у женщины с хроническим прерыванием, длившимся в течение 2 мес. Наконец, одна больная, у которой был извлечен лишь ихорозный плод, лежавший среди кишечных петель, погибла на 3-й день при явлениях общего перитонита, несмотря на вставленный марлевый брюшной тампон.

Лихорадочное течение послеоперационного периода,— правда, по неполным данным,—наблюдалось у 44 больных. Заживление брюшной раны рег ргтам, если исключить случаи, в которых был применен брюшной тампон, имело место в 10 случаях. Обычным сроком выписки больных был 11—13-й день со дня операции.

Не ставя себе задачей обзор литературного материала,— который по отношению к русским авторам за время с 1920 по 1930 г. исчерпывающе дан проф. В. С. Груздевым в его монографии о внематочной беременности,—я все же хотел бы подвести итоги своего материала в виде следующих положений:

1. Вполне разделяя утверждения авторов, что сейчас имеются вполне подходящие условия для нарастания числа внематочной беременности, по своим данным этого нарастания я не мог констатировать ни в абсолютных числах, ни в относительных.

2. При современных условиях внематочная беременность является по преимуществу болезнью города, но и деревня, наряду с этим склонна показывать неблагоприятие в этом отношении.

3. Среди всех факторов, способствующих возникновению внематочной беременности, первую роль, несомненно, следует отнести воспалению фаллопиевых труб.

4. Клинические наблюдения подсказывают, что эти воспаления в громадном большинстве случаев являются воспалительными процессами септической, а не гонорройной природы. По-моему, спор о натуре воспаления должен и может быть легко разрешен, если его поставить в программу ближайших исследований.

5. Не следует преувеличивать значения внутриматочных впрыскиваний,—как предохранительного от беременности, так и лечебного метода,— в этиологии внематочной беременности. Но, констатируя всю необоснованность применения этого средства, как предохраняющего от беременности, следует вполне согласиться с правильностью законодательного запрещения употребления внутриматочных впрыскиваний в этом направлении.

6. Не констатируя, на основании своих данных, роста количества внематочной беременности, в то же время я вполне присоединяюсь к тем авторам, которые утверждают, что искусственный аборт является одним из условий этого роста.

7. По нашим данным оперативно доказанного материала внематочная беременность во всех почти случаях была трубной беременностью, за исключением одного случая абдоминальной и двух случаев с неустанов-

ленной локализацией, причем левосторонняя трубная беременность была в 43,2%, правосторонняя—в 56,8%.

8. Повторная внематочная беременность встретилась у нас в 2,1%.

9. Следует подчеркнуть, что одним из характерных симптомов внематочной беременности является фаза родовой стерильности, определяющаяся годами.

10. В 26% всех случаев нашего материала задержки menses перед прерыванием внематочной беременности не было.

11. Прерывание на 1-ом месяце у нас было в 25,9%, на 2-ом в 57,9%, на 3-ем—в 14,2% и свыше 3-х месяцев в 1,5%.

12. Как и раньше, я утверждаю, что пробная пункция заднего свода, как диагностический метод, при внематочной беременности является безопасной. Получение надлежаще оцененного пунктата является верным признаком внематочной беременности. Неполучение крови при проколе заднего свода не есть абсолютно исключающий внематочную беременность признак.

13. В настоящее время в сомнительных случаях для установления диагноза внематочной беременности следует широко применять реакцию Aschheim'a-Zondek'a.

14. Основным видом терапии внематочной беременности является оперативное вмешательство, причем методом выбора должна быть лапаротомия. На все 226 операций, предпринятых нами, % смертности был равен 1,7.

15. Неоперативная терапия прервавшейся внематочной беременности может быть применена только в случаях, где, наряду с относительно незначительными объективными изменениями, после последнего инсульта прешло не менее 2—3 недель.

16. Спор о том, оперировать ли немедленно при остром прерывании внематочной беременности или несколько выждать—с целью дать время больной справиться с шоком, должен быть решен в пользу немедленного оперирования. Помимо других соображений, в пользу такого решения говорят отличные результаты последующего за операцией переливания крови, как метода борьбы и с шоком и кровопотерей.

17. Относительно незначительный % повторяемости внематочной беременности (у нас 2,1) не является медицинским показанием к стерилизации.

18. Борьба с абортom есть в то же время борьба с внематочной беременностью, однако, наряду с этим важнейшим мероприятием в деле профилактики внематочной беременности, являются мероприятия в отношении широкой профилактики септических послеродовых заболеваний.

Из лаборатории экспериментальной патологии (зав. доцент И. М. Нейман)
Московского онкологического института (директор проф П. А. Герцен).

Функция ткани и ее дыхание и гликолиз.

И. М. Нейман.

Для разрешения вопроса о зависимости функционального напряжения ткани от интенсивности ее обмена были поставлены нами опыты с изучением тканевого обмена почки, выполняющей двойную работу вследствие оперативного удаления парного органа.