

К учению о т. наз. межуточной беременности, — чистой ее форме (*graviditas intramuralis* *).

Дм. Абуладзе (Киев).

Одной из интереснейших форм эктопической беременности может с полным правом считаться та разновидность трубной беременности, которая известна под названием *межуточной, промежуточной, трубно-маточной*, или, по общепринятой номенклатуре, — *интерстициальной* беременности (*grav. interstitialis*).

Для этой формы несвоеместной беременности даны и другие термины, определяющие ее топографо-анатомически более правильно и — сказал-бы я, — даже более метко. Таковы названия: *grav. intramuralis*, *grav. intracanalicularis* (Kuchenmeister), *grav. intermuralis* (Ahlfeld).

Интерстициальная беременность — крайне опасная, но, к счастью, — и довольно редко (Baard de la Faille, Werth, Змигородский, Schrenck, Lequeux) встречающаяся в практическом акушерстве аномалия.

Аномалия эта, пока все еще недостаточно изученная, возникает при условии, когда яйцо, на пути своего физиологического передвижения, почему-то застревает в участке яйцепровода, заключенном в маточных стенках, и здесь же, а не в предназначенном ему природой месте, продолжает развиваться дальше.

Означенный участок яйцепровода, т. е. вся интерстициальная его часть, по свидетельству Bandl'я, имеет, при поперечнике в одну линию, едва семь линий в длину. Отметим также, что оба отверстия этого участка яйцепровода, по уверению Spiegelberg'a, с начала же развития здесь беременности облитерируются, и плодместилище почти никогда не сообщается с внematочным отрезком яйцепровода. И вот, если район, занимаемый плодместилищем, при такого рода несвоеместной беременности ограничивается исключительно стенкой, заключающей в себе яйцо, начавшее здесь же развиваться, то и получается *чистая* форма межуточной, беременности, т. е. в строго-анатомическом смысле трубно-маточная промежуточная беременность — *grav. interstitialis propria* seu *grav. intramuralis*.

В таких анатомических границах она может оставаться и при дальнейшем своем прогрессировании, — может оставаться до тех пор вообще, покуда плодместилище в состоянии будет сохранять свою целость. Если же плодместилище, независимо даже от своей целости, выходит за пределы отмеченных только что анатомических границ, то получается какая-нибудь из атипичных или *смешанных* форм, которая разве только в виде редчайшего исключения не будет результатом разрыва плодместилища.

*) Доклад Физико-Медицинскому Обществу в Киеве, в заседании его 15 мая 1919 г.

К такой исключительно-редкой форме может быть отнесена т. наз. *неправильная маточная* беременность, — *grav. utero-interstitialis* по терминологии Klebs'a. Это — та смешанная форма, когда часть развившегося интерстициально яйца, или все это яйцо, находят вышедшими из трубы в полость матки. В механизме возникновения такого рода неправильной маточной беременности признающие ее реальность исходят из положения, что при межзачаточной беременности яйцо, по мере своего развития, может *расширять* (!) внутриматочное отверстие трубы и т. д., и т. д. Не мешает, впрочем, отметить, что *ad visum*, *осязательно* и эта форма наблюдалась только в регрессивной стадии, да и то — во время операции или на секционном столе.

Я с предвзятой мыслью останавливаюсь на точном выяснении деталей анатомической картины, присущей межзачаточной беременности, главным образом прогрессивной ее стадии развития. Делаю это, дабы подчеркнуть, что, вероятно, игнорирование такой точности и привело многих авторов с одной стороны к ошибочному толкованию, а с другой — к неправильной классификации этой заманчиво-интересной и далеко еще не разгаданной аномалии беременности, — аномалии, позволяющей строить, при желании, довольно-таки смелые гипотезы и делать на основании последних широкие обобщения. Сказанное может относиться в особенности к приведенной выше смешанной форме, которая и мешает несколько правильному пониманию интрамуральной беременности.

Прежде всего нужно сказать, что каждый из авторов, касаясь определения межзачаточной беременности, неразрывно связывает ее с представлением именно об этой смешанной форме, т. е. так наз. неправильной маточной беременности, рассматривая таковую, как чуть-ли не естественно-неизбежное следствие вообще межзачаточной беременности.

В оригинальной формулировке проф. Лазаревича, видимо, только эта смешанная форма и положена им в основу определения, и потому он считает межзачаточной беременностью такую, — цитирую дословно по учебнику автора. — „при которой яичко (?), сначала заключенное в маточном конце яйцепровода, при дальнейшем *разращении* *вступает в полость* матки“ (? и курсив — мой). Попросту говоря, цитируемый автор понимает под межзачаточной беременностью чуть-ли не обыкновенную маточную, но — в виде *sui generis* вторичной внутривполостной из первичной несвоеместной.

Бекман, базируясь, надо думать, на разбираемой же смешанной форме, считает себя вправе утверждать, что при межзачаточной беременности яйцо в итоге своего развития может, дескать, *целиком* очутиться в полости матки, и таким путем интерстициальная беременность превращается „*незаметно в нормальную*!? (курсив и !? — мой) маточную беременность“.

Не вдаваясь здесь в критическую оценку подобной процедуры довольно оригинальной миграции яйца, начавшего уже *развиваться* вне полости матки, но не отрицая в то же время полной возможности частичного перехода в полость матки яйца, развивающегося в интерстициально-разрастающемся плодместилище, отмечу лишь, что, быть может, прав был Schultze, когда утверждал, — интуитивно, — что многие самопроизвольно наступающие выкидыши обязаны своим происхождением интер-

стициально развившейся беременности. В своей интуиции цитируемый автор исходил, надо думать, из того непреложного факта, что при межуточной беременности может, понятно, наступить проростание или прорыв внутриматочного конца трубы,—вдобавок обыкновенно облитерированного, как утверждал Spiegelberg.

Известную путаницу в определении форм межуточной беременности внес Dezeiméris,—первый, давший классификацию последней и включивший в нее—в виде будто-бы возможной в прогрессивной стадии—смешанную форму под названием *трубно-маточно-брюшной*—grav. *utero-tubo-abdominalis*. При этой курьезной форме предполагается, что послед должен находиться в матке, пуповина—в яйцевode, а плод—свободно лежащим в брюшной полости. Излишне распространяться, что, если по такой форме определять межуточную беременность, то при попытках выяснить, какие формы способны к прогрессированию, можно шагнуть в область, близко граничащую с фантазией...

В своем месте я еще возвращусь к „смешанной“ форме, касаясь вопроса о *вторичной внутриматочной маточной* беременности, реальность которой, по свидетельству некоторых авторов, будто-бы не может оставлять сомнения; пока же остановлюсь исключительно на основной форме разбираемой мною аномалии беременности.

Согласно совершенно правильному взгляду Неппиг'a, следует различать только два вида *чистой* формы межуточной беременности: 1)—когда яйцо, всецело заключенное в яйцевode, *отодвигает* в своей окружности мышечное вещество матки, но при этом стенки самого яйцевода *всюду* остаются нерушимыми; это—в строжайшем, узком смысле слова *маточно-трубная интерстициальная* беременность.—grav. *intracanalicularis*, по меткой терминологии Küchenmeister'a; в таком виде она может существовать, вероятно, только в самой ранней стадии своего первоначального развития; 2)—когда яйцо проникает в *паренхиму* матки и представляется как бы внедрившимся в мышечное вещество (в таких случаях, само собою разумеется, о совершенной целостности яйцевода уже не может быть речи); это—*межстенная* беременность (Розенталь), или grav. *intermuralis* (Ahlfeld), а еще понятнее—*межмышечная*, которую, по некоторой аналогии со *вторичной* брюшной, мне кажется, можно было-бы рассматривать, как *вторичную межуточную*. Эта форма может наблюдаться и в более поздних стадиях своего развития; она же, можно утверждать, преимущественно и служила до сих пор объектом для описания.

Строго рассуждая, едва ли даже представляется необходимость усматривать какую-нибудь существенную разницу между приведенными двумя типичными вилами межуточной беременности; а потому, базируясь на строго-анатомическом ее определении, было бы и правильнее, и удобнее понятнее, и отчасти проще именовать разбираемую форму несвоеместной беременностью,—по месту локализации и развития яйца,—беременностью не *межуточной* или *промежуточной*, и не *межстенной* etc., а только *интрамуральной*, т. е. *внутристенной* в этимологическом значении слова, но *внутристенной маточной*, в отличие от *внутриполостных* маточных же: обыкновенной маточной беременности и в *замкнутом* (по моей терминологии) роге матки.

Нетрудно представить себе картину прогрессирующей *внутристенной* беременности и ее исходы. Но при этом и нетрудно дать в обобщен-

ниях волю полету мысли, если черезчур увлечешься казуистическим материалом и допустить возможность прогрессирования таких смешанных форм, какие наблюдались только в *регрессивной* стадии—исключительно на операционном или секционном столах.

Следует помнить, что при внутристенной беременности, по мере ее прогрессирования, рост яйца (*resp.* всего плодместилища) должен происходить,—как это до сих пор и наблюдалось на самом деле,—главным образом в двух направлениях наименьшего сопротивления: в сторону брюшной полости, по направлению к внематочной части фаллопиевой трубы, и в противоположную сторону, т. е. по направлению к внутриполостному маточному отверстию названной трубы. Этот второй тип роста, судя по общеприводимому в акушерстве определению межуточной беременности, как будто должен быть превалирующим. В первом случае роста яйца плодместилище, стенки которого образованы постепенно растягивающейся частью фаллопиевой трубы и окружающей ее мышечной тканью матки, по мере прогрессирования беременности, будет уподобляться,—но только, понятно, *с виду*,—ростущей субсерозно-интерстициальной миоме, основание которой остается сидящим в мышечной ткани матки, а верхние отделы, все больше и больше выпирая наружную стенку матки, в конце концов образуют на ней различной величины куполообразный выступ, покрытый маточной *брюшиной*. Во втором случае рост такого же плодместилища происходит, вероятно, на подобие превращения интерстициальной миомы в субмукозно-интерстициальную, которая, по мере своего разрастания, как-бы силится попасть в полость матки, выпирая впереди себя сегмент, покрытый *мукозой* матки.

Внутристенная беременность лишь в исключительных условиях прогрессирует дальше своей первой половины и, как правило, дает разрывы плодместилища со всеми их печальными последствиями. Не вдаваясь в детальное рассмотрение причин этих разрывов,—будут-ли они зависеть от чисто-механических условий, или от проростания ворсинок хориона,—отмечу, однако, что внутреннее кровотечение при внутристенной беременности бывает особенно грозным и даже при надлежаще обставленном пособии давало до сих пор колоссальный % смертности сравнительно с другими разновидностями трубной беременности. В смысле большой потери крови после разрыва плодместилища внутристенная беременность среди всех видов несвоеместной беременности может быть сравнена с разрывом недостаточно развитого „замкнутого“ беременного рога одношейной двурогой матки, занимая все же в этом отношении первое место.

По аналогии с различными ранениями в области тела матки,—даже в беременном состоянии последней,—казалось бы, и при разрыве стенки плодместилища внутристенной беременности ложе его *resp.* маточная стенка должна сократиться и, сжавши сосуды, не дать особенного кровотечения. Однако этого, к сожалению, не бывает.

По заявлению L. Gait'a, разрывы при внутристенной беременности происходят на *значительном* расстоянии; но это,—скажу от себя, основываясь на знакомстве с опубликованными случаями,—наблюдается далеко не всегда, а кровотечение, тем не менее, отмечено грозное.

Само собою разумеется, нельзя не считаться здесь в частности и с *величиной* разрыва; но ею только объяснять смертельное кровотечение не приходится. Очевидно, есть еще другой фактор, играющий, хотя-

бы в известном ряде случаев, более существенную роль среди, быть может, даже нескольких причин разбираемого явления. И вот, невольно напрашивается мысль,—не является-ли здесь обильное кровотечение результатом плохой сокращаемости маточной стенки вследствие того, что она, быть может, содержит в своей толще ворсинки хориона, которые являются, таким образом, как-бы инородным телом, препятствующим нормальному сокращению мышцы и, благодаря этому, мешающим сжатию кровеносных сосудов. Быть может, именно такого рода характером развития яйца можно было-бы отчасти объяснить и тот, на первый взгляд непонятный, факт, что, несмотря на большую толщину стенок плодового мешка, описываемая разновидность трубной беременности, по сравнению с прочими, весьма редко переходит за первую половину своего развития. В статистике Sittner'a, обнимающей 142 сл. лаларо-келифотомий, произведенных различными операторами при различных видах несвоеместной беременности, дошедшей до IX—X лунных месяцев, я не нашел ни одного случая, относящегося к внутриматочной беременности.

Если кое-какой больной этого рода удавалось избежать разрыва плодместилища, и у ней наступала длительная регрессивная стадия, то в конце концов как плодовый мешок, так и его содержимое подвергались различного рода видоизменениям. Так, наблюдался случай, когда из толстостенного мешка был извлечен вполне сформировавшийся плод, находившийся в нем более полугода после своей смерти (сл. Kloß'a); описан случай нагноения мешка и его содержимого; наблюдался *lythraedion*, образовавшийся после гибели плода во второй половине беременности—на VIII—IX месяце. Но все эти случаи являются в литературе единичными.

Совершенно иные, понятно, картины наблюдались, когда внутриматочная беременность прогрессировала, и когда разрыв плодместилища, кончавшийся обыкновенно смертью больной, происходил в сравнительно тоже непоздних стадиях прогрессирования. Тут обычно, кроме огромного количества крови, находили все содержимое мешка, или же его часть, и в брюшной полости, и в полости матки,—смотря потому, с какой стороны был разрыв; бывало и так, что плод находился в брюшной полости, а детское место лежало в полости матки,—это при двусторонних разрывах; или детское место оставалось в разорвавшемся плодместилище, а самый плод терялся где-то в крови среди кишек (сл. Jewett'a) etc.

Исключительное место в акушерской литературе должно быть отведено единичным же наблюдениям, приводимым в доказательство перехода яко-бы всего яйца, начавшего уже развиваться внутриматочной,—в полость матки, с дальнейшим прогрессированием здесь, а затем рождением через естественные пути. Здесь уже затрагивается прежде всего чисто-научно-практического характера принципиальный вопрос,—мыслима-ли вообще прогрессирующая „вторичная внутриматочная“ беременность из окончательно уже установившейся первичной несвоеместной внутриматочной? Подчеркиваю „окончательно установившейся“, ибо, базируясь на учении о нормальном, планомерно законном передвижении яйца, ведь каждую внутриматочную маточную беременность, строго говоря, можно и должно рассматривать, как „вторичную“ из первичной трубной, resp.—и промежуточной, т. е. „intra-canalicularной“.

При обсуждении трех подобных наблюдений в заседании 19/XI 1888 г. в Лейпцигском Гинекологическом Обществе, Zweifel, понятно,

признал их недоказательными в смысле яко-бы превратившихся из внутривенных, как уже таковых, во внутриматочные. Со своей стороны, не вполне ясно представляя даже теоретически такое превращение, беру на себя смелость утверждать, что, если и возможен был бы подобный курьез в природе, то диагностировать, а главное—доказать его у *живой* обладательницы такой аномалии без кровавого обледования матки вряд-ли кому и даже когда-нибудь удалось-бы...

Несколько иначе приходится смотреть на затронутую сейчас маточно-интерстициальную (по Klebs'y), или внутривенную беременность с *частичным* развитием яйца в полости матки. Считая такой механизм развития яйца вполне возможным, даже после прорыва плодovesицилищем внутриматочного отверстия фаллопиевой трубы, я должен, однако, присовокупить, что даже при крайне осторожном и строго-объективном подходе к диагностике каждого отдельного случая с внутривенно-маточным развитием яйца весьма легко впасть в заблуждение и принять какую-нибудь другую аномалию за внутривенную беременность.

Я не хотел-бы приписывать подобное заблуждение кому-либо из авторов, опубликовавших уже свои наблюдения по данному вопросу; но, анализируя интересные и поучительные случаи Skutsch'a, Eiermann'a, Львова, Малиновского и др., я невольно вспоминаю два наблюдения из своей личной практики, которые, мне кажется, могли-бы иметь некоторое значение в смысле дифференциальной диагностики.

Первое наблюдение касается роженки, у которой после произведенного поворота поперечно лежавшего младенца и извлечения последнего мне пришлось удалить детское место, оказавшееся лежащим в резко-обособленном как-бы дивертикуле правого угла матки. Сначала я был уверен, что имею дело с внутривенной беременностью; вскоре однако выяснилось, что у моей родильницы—*uterus arcuatus*. Второе наблюдение с подобным же дивертикулом относится к неполному выкидышу около 3-х месяцев; исключивши здесь наличность у больной как перфорации матки, так и внутривенной беременности, истинную натуру этого „дивертикула“,—довольно-таки глубокого,—можно было объяснить только развитием яйца как раз в области маточного отверстия трубы.

Что касается теперь вопроса о прижизненном распознавании внутривенной маточной беременности, которое могло-бы иметь большое практическое значение, то я должен отметить, что эта разновидность трубной беременности до сих пор являлась *всегда* совершенно неожиданной находкой как на операционном, так и на секционном столах. Полагаю, дальнейшие комментарии в этом направлении были-бы излишни... Но, исходя из положения, что и внутривенная маточная беременность, как и другие виды несвоеместной беременности, несомненно должна иметь свою определенную клиническую физиономию в смысле течения, было-бы неосновательно утверждать, как это делают некоторые (Küstner, Розенталь и др.), что и в будущем нам не удастся остановиться вовремя на таких признаках, по которым еще до вскрытия брюшной полости можно было-бы распознать ее,—если не безошибочно, то хотя-бы с известной степенью вероятности, дабы своевременно придти на помощь для спасения больной от ее опаснейшего врага.

В случае, представившемся нашему наблюдению, как мы увидим ниже,—оказывается, и имелся налицо симптомокомплекс явлений, как

будто заметно отличавший именно внутриматочную беременность от изученных до нашего времени видов экстраматочной беременности. Тем не менее, благодаря созданным, — можно сказать исключительным, — условиям, мы оказались недостаточно внимательными к прошлому больной, к ее анамнезу, и потому не сумели использовать все имевшиеся до операции признаки для дифференциальной диагностики в подобающем научно-практическом направлении.

Впрочем, независимо от того, каков бы оказался результат использования признаков, — для нашего случая точная диагностика вида несвоеместной беременности особенного практического значения уже не имела бы. Говорю так не в оправдание своего, повторяю, неполно внимательного отношения к данному случаю, а в интересах справедливости, — подчеркивая при этом, что во время установки диагноза никому из нас, пяти врачей, обсуждавших случай, не могла и придти в голову мысль дифференцировать разные виды несвоеместной беременности, ибо все мы были заняты исключительно мыслью о бывшем у больной яко-бы отравлении рыбным ядом, — отравлении, констатированном яко-бы *вне всякого сомнения*, путем химического (!!) исследования содержимого желудка.

Только что сказанное обязывает меня предпослать описанию макромикроскопических препаратов краткую историю этого оригинального случая, — историю, рисующую в хронологическом порядке все, достойные внимания, моменты, касающиеся данной больной.

6/III 1919 г. на одной из сравнительно людных для того времени улиц Киева я встретил своего товарища по профессии В. К. — к о с дамой, обратившей на себя мое внимание своим пышным, цветущим здоровьем. Это было около часу дня; а в 11 часов ночи, думая только о спокойном в переживаемое в то невероятно-тяжелое время сне, получаю телефонограмму от д-ра К. с просьбой немедленно прибыть в Георгиевскую лечебницу к больной, у которой он подозревает внутреннее кровотечение. К счастью, в этот день, по случаю празднования годовщины Революции, разрешено было ходить по городу даже после полуночи, и я, понятно, немедленно отправился в лечебницу вместе с жившим у меня беженцем, земским врачом М. С. — к и м, сильно заинтересовавшимся участью моей будущей больной.

Получив по прибытии в лечебницу от д-ра К. нужные сведения и войдя в палату к больной, я увидел восково-бледную, с синеватыми губами, с впалыми глазами особу, тяжело дышавшую, неохотно реагирующую на вопросы, жаловавшуюся на неопределенные боли по всему животу и на сильную жажду. При всем этом она беспрестанно спрашивалась, останется-ли жива. Если сюда прибавить характерную бледность видимых слизистых оболочек, слегка вздутый и болезненный при пальпации живот, а главное — отсутствие пульса в лучевых артериях при субнормальной t^0 тела, то этими фактами и исчерпывалась почти вся совокупность наличных объективных данных, на основании которых требовалось ставить с места диагноз страдания и ergo решать вопрос о безотлагательном радикальном пособии.

Описанная колыбированная больная оказалась той самой цветущего вида особой, которую я впервые видел всего лишь около 10 часов тому назад.

Бимануальное исследование, предпринятое с целью выяснить причину предполагаемого внутреннего кровотечения, обнаружило лишь резко увеличенную и болезненную у дна матки с кровянистыми из нее выделениями и — ничего более. Интуитивно фиксировался и я на диагнозе только внутреннего кровотечения из «треснувшей», по терминологии В. Ф. Снегирева, беременной трубы, причем, понятно, у меня сейчас же назрела мысль о немедленном кровавом пособии. Отказа в последнем со стороны больной я не допускал, помня хотя-бы только беспрестанные ее вопросы на счет жизни — смерти.

Ex consilio еще с двумя врачами — Э. С. — л о, дежурившим у своей больной, и интерном лечебницы П. — к и м — диагноз внутреннего кровотечения был признан единогласно, и решено было сейчас же приступить к чревосечению, неособно

считаюсь с возможностью отравления рыбным ядом, примешавшегося к нижеследующему анамнезу больной:

В. П., 29 лет, русская, интеллигентная особа; до последнего заболевания всегда пользовалась завидным здоровьем. Никаких заболеваний со стороны половой сферы в прошлом больной, — я это подчеркиваю особенно, — тщательным распросом не обнаружено. Менструировала с 12 лет, по типу, установившемуся сразу, чрез 4 недели, по 5 дней, непрофузно и безболезненно. Замужем с 21 года, за здоровым мужчиной. Последние менструации имела 23/ХII 1918 г. с какого времени считала себя беременной — во второй раз, хотя в промежутке времени между этими двумя беременностями больная припоминает, как будто-бы имела весьма кратковременную задержку регул, закончившуюся несколько большим против обычного при них выделением крови. Первая беременность протекала правильно и окончилась 6 лет т. наз. срочными нормальными родами с нормальным течением послеродового периода. Настоящая беременность до февраля 1919 г. ничем особенным не давала о себе знать. Но вот, в первых числах февраля показались, без видимой причины, крови, которые заставили больную, озабоченную судьбой своей беременности, обратиться к врачебной помощи. Д-р В. К., исследовавший больную впервые 11/II, отметил лишь небольшое кровянистое выделение из резко увеличенной в передне-заднем размере, подвижной, безболезненной, антевертированной матки, значительно превышавшей размерами предполагаемый самой больной срок беременности. Успокоив больную, д-р К. назначил покой, *viburnum prunifolium* и посоветовал выжидать. Однако крови не прекращались и даже стали усиливаться, что дало право признать начинающийся аборт и заставило ускорить его посредством выскабливания матки. При выскабливании, произведенном 25/II, оказалась *decidua*, но в таком большом количестве, что у д-ра К. мелькнула мысль, — не было-ли здесь многоплодной беременности. Соскобы, к сожалению, исследованы не были. Отметим мимоходом, что больная за все время наблюдения ни на какие боли не жаловалась. Операция опорожнения матки, однако, не увенчалась вполне успехом: истечение крови продолжалось, — даже еще в большем против бывшего количестве, и сама кровь была алая. Ко всему этому присоединились еще легкие схваткообразные боли в животе. Д-р К., найдя матку по прежнему резко увеличенной, но уже болезненной, заподозрил, что в полости ее сидят еще остатки яйца, почему он вторично произвел выскабливание 17/II. Но на этот раз свободно проходимая для куретки матка оказалась пустой. Общее состояние больной все время было хорошее, ¹⁰ тела держалась в пределах нормы, пульс не превышал 80-86 ударов в минуту и пр. Пролежавши в постели с неделю, больная могла уже выходить из дому, хотя испытывала тупые боли в животе; не прекратились и выделения, хотя после второго выскабливания они стали в гораздо меньшем количестве и приняли слизисто-кровянистый вид. В роковой для больной день катастрофы, 6/III, она в 3 часа дня с большим аппетитом съела в модной для того времени паштетной три куска рыбы. Возвратившись домой, она стала к вечеру собираться идти в театр, куда ей, однако, не удалось попасть, и пришлось обратно вернуться домой вместе с встретившимся по дороге своим врачом К. Среди беседы за чаем, часов в 9 вечера, больная, посмотрев в упор на своего собеседника, заявила, что ей тошно и что она ощущает острые боли под ложечкой, — не отравилась-ли она рыбой? Сказав это, пациентка сразу побледнела, у нее наступила обильная рвота, и она упала. Затем, после 2-кратной рвоты, больная впала в глубокий обморок, на лице у нея выступил холодный пот, пульс стал непрощупываемым. Д-р К., поддавшийся внушению со стороны больной насчет отравления рыбным ядом, все же не растерялся и сейчас же забил энергичную тревогу. Говорю „все же“, потому что ему, акушеру, никогда не приходилось наблюдать, а тем более лечить отравленных рыбным ядом. Приведенная спустя некоторое время в чувство больная была окружена заботами еще двух врачей — интерниста и хирурга; к этому времени прибыла и карета скорой помощи с врачом. Немедленно было выкачано содержимое желудка с последовательным промыванием последнего, и был впрыснут под кожу пилокарпин. Отмечу, что при произведенном тут же анализе содержимого желудка получилась будто-бы ясно-положительная реакция на присутствие в нем алкалоида, но какого именно, — осталось неизвестным... Из возбуждающих (!) средств больной было впрыснуто под кожу одновременно несколько (!) шприцов камфоры (!) с эфиром (!); но она попрежнему оставалась без пульса (разумеется, к счастью для нее...). Тогда д-р К., вспомнив безрезультатность своей первой операции, сразу подумал о несовместной беременности, усумнившись в отравлении рыбным ядом, и перевез

больную в карете скорой помощи в Георгиевскую лечебницу, где ей и произведена была операция чревосечения in extremis по поводу внутреннего кровотечения.

Больной сразу было положение с резко-приподнятым тазом. Наркоз смешанный эфирно-хлороформный, начат в 12 ч. 20 м. полуночи. После 6—8 выдыханий наступил сон. Операция по типу надлобкового чревосечения с поперечным кожно-фасциальным разрезом. Ткани при разрезе оказались бескровными. По расщеплении прямых мышц живота показала характерная для внутреннего в брюшную полость кровотечения темно-фиолетового цвета брюшина, по вскрытии которой хлынула алая кровь. Сейчас же двумя пальцами, вилообразно сложенными и введенными в брюшную полость, захвачена была и легко выведена наружу резко увеличенная матка, которая сразу обнаружила ясную, но совершенно неожиданную для нас картину прервавшейся в утробе беременности. Брюшная полость буквально была залита свежей кровью, среди которой оказалось и много свернувшейся, в виде порядочной величины сгустков. Видимая часть яйцевого мешка, величиною с картофелину среднего размера, располагалась в поперечном направлении по отношению к длиннику матки, на правой половине передней стенки последней, ближе к дну и боку ее. Мешок этот сидел на подобие опухоли, основание которой как-бы погружалось и терялось в самой стенке матки. Весь видимый сегмент опухоль был покрыт маточной брюшиной, и в одном месте, ближе к брюшному концу трубы, на вершине опухоли выдвинулось отверстие с горошину, с зазубренными краями, уже не кровоточившее.—к счастью для резко обескровленной больной. Под описанной опухолью находились анатомически-правильно расположенные, нормальные с виду яйцевод и яичник, идентичные с таковыми же противоположной стороны. Яйцевой мешок in situ был вырезан из стенки матки и удален вместе со всей абдоминальной частью правой трубы. Клинообразное операционное ложе, глубиною до 1 сант., было закрыто 4 обкалывающими мышечными и несколькими серо-серозными шелковыми швами. Одновременно оперируемой было вырнуто в бедро 300 куб. сант. физиологического раствора поваренной соли. После удаления, по мере возможности, крови и кровяных сгустков из брюшной полости, брюшная рана была закрыта шелковыми швами, а кожная—скобками Мисселя; на рану наложена мастизолевая повязка, и к 1 часу ночи оперированная,—при хорошем дыхании, но все же с непрощупываемым пульсом,—находилась уже в своей палате, окруженная еще долго бдительным вниманием нескольких врачей. Операция в техническом отношении оказалась весьма легкой и продолжалась от начала хлороформирования до закрытия брюшной раны 43 минуты.

Послеоперационный период протек гладко, если не считаться с двукратным повышением t° тела до $38,2^{\circ}$ С. на 3-й и 4-ый дни, зависевшим, вероятно, от всасывания фибрин-фермента крови, наверное оставшейся в брюшной полости. Пульс, обозначившийся лишь к 11 часам утра, сначала слабо прощупывался, с резкими выпадениями волны, и доходил до 120—116 в минуту, а затем, с 3-го дня, постепенно начал выравниваться до нормы. На 5-й день были сняты скобки, на 11-й оперированная могла встать с постели, а 19/III оставила лечебницу. В дальнейшем пациентка стала заметно поправляться, хотя некоторое время все еще выглядела анемичной¹⁾.

Вырезанный из стенки матки яйцевой мешок имел вид почкообразной, с свободными краями опухоли, которая одним свободным полюсом переходила в овальной формы плоскость отсечения от стенки матки, а другим—в нормальную, по внешнему виду, фаллопиеву трубу. Размер мешка: длинник его—около 8 сант., ширина—около 4 сант. и толщина—около 3 сант. Приблизительно в центральной части плоскости отсечения выдавался пупкообразно выступ с неясно выраженным отверстием, похожий на поперечный разрез фаллопиевой трубы. Опухоль была темно-красного, почти черного цвета, покрыта тонкой, блестящей брюшиной. На выпуклой поверхности ее, почти у самого трубного конца, имелось отверстие величиною в чечевицу, которое вело в толщу опухоли. Идя от этого отверстия по выпуклому краю опухоли и направляясь к маточному полюсу, можно было видеть место, где брюшина лопнула, разошлась в стороны и таким образом обнаружила подлежащую ткань на протяжении 3 сант. в длину и 0,5 сант. в ширину. У ниж-

¹⁾ Хотя на этот раз больная, как говорится, ушла от смерти, но спустя несколько месяцев после блестяще перенесенной операции она, к нашему огорчению, погибла от дизентерии, в одной из больниц г. Киева.

него полюса овала отсечения начинался отрезок широкой связки, на некотором протяжении соединенный с фаллопиевой трубой; длина последней была около 9 сант.

Для микроскопического исследования были сделаны срезы в поперечном, по отношению к длиннику опухоли, направлении, и взяты три кусочка: из средней ее части и из двух полюсов—возле отхождения трубы и параллельно поверхности отсечения от стенки матки.

Средний кусочек оказался поперечным срезом полости, выполненной кровяным сгустком. Сгусток этот, очевидно, был различной давности, так как в нем попадались участки, которые в одном месте состояли из нежных, тонких нитей фибрина, а в другом представлялись плотными, толстыми, гиалинизированными. Контуры красных кровяных шариков были уже незаметны; что касается белых, то они были неравномерно рассеяны среди фибринозной массы, представляясь то одиночными, то сгруппированными в виде кучек больших или меньших размеров. Здесь же среди фибринозной массы попадались,—правда, в неособенно большом количестве,—поперечно и продольно перерезанные ворсинки с их характерным строением. Вся эта кровяная масса помещалась как-бы в мешке с неодинаковой толщины в различных местах стенками, построенными главным образом из грубоволокнистой соединительной ткани и очень небольшого количества гладких мышечных волокон. Каких-либо следов слизистой оболочки на внутренней поверхности описанного среза мешка не встречалось.

Срезы из кусочка, взятого из участка, находившегося возле отхождения фаллопиевой трубы, в общем представляли из себя ту же картину, что и описанная выше; но только стенки полости здесь представлялись гораздо толще, состоя из целого ряда пучков гладкомышечных волокон, располагавшихся внутри по преимуществу циркулярно, а снаружи в различных направлениях—продольном, косом и т. д. Между этими пучками проходили довольно массивные прослойки волокнистой соединительной ткани, на поверхности переходившие без резкой границы в ткань брюшины.

Что касается срезов из кусочка, взятого из места отсечения мешка от стенки матки, то уже при макроскопическом, так сказать, осмотре его микроскопического препарата резко различались центральная и периферические части. Центральная часть представляла из себя фаллопиеву трубу с ясно-выраженным мышечным слоем, расположенным частью циркулярно, частью продольно. На внутренней поверхности циркулярного слоя помещалась резко измененная, почти сплошь состоявшая из деидуальных клеток слизистая, к которой нетесно прилегали ворсинки, выстланные в 1—2 ряда низкими эпителиальными клетками. Здесь же, возле некоторых ворсинок, был замечен и синцитий. В промежутках между ворсинками находились в небольшом количестве сгустки фибрина. Периферический слой состоял из толстых мышечных пучков, переплетавшихся между собою и поэтому перерезанных в различных направлениях. Пучки эти были отделены друг от друга толстыми прослойками соединительной ткани, нежные волокна которой проникали в толщу мышечных пучков и разделяли их, таким образом, на целый ряд более мелких мышечных групп. В толще соединительной ткани находилось довольно много крупных кровеносных сосудов. На самой периферии эти мышечные волокна по отношению к длиннику опухоли принимали циркулярное направление и были покрыты непосредственно брюшиной*).

На основании всего изложенного и базируясь главным образом на макро—и микроскопическом исследовании своих препаратов, я считаю себя вправе рассматривать описанный случай, как типичную форму внутриматочной беременности, причем, судя по микроскопической картине содержимого мешка, можно признать, что прогрессивная стадия беременности у больной закончилась значительно раньше разрыва плодместища, который произошел, вероятно, благодаря проростанию ворсинок хорiona.

В заключение не могу воздержаться от небольшого упрека по адресу дорогого моего коллеги К., на долю которого выпала редкая слу-

*) Изучением в деталях микроскопических препаратов я обязан прозектору Патолого-Анатомического Института при б. У-те св. Владимира, ныне профессору Белорусского У-та И. Т. Гитову, которому считаю своим приятным долгом принести здесь свою горячую товарищескую благодарность.

чайность наблюдать большую с внутрисстенной беременностью еще задолго до разрыва плодовместилища. Не прозевай он исследовать под микроскопом хоть часть соскобов из матки, добытых после выскабливания,—само собою разумеется, сразу был-бы установлен с несомненностью диагноз, прежде всего, какого-то вида несвоеместной беременности. И тогда, уверен я, пытливый ум фиксировался-бы прежде всего на четырех данных, имевшихся налицо у больной: 1) на отсутствии в анамнезе каких-бы то не было заболеваний в прошлом со стороны половой сферы; 2) на подвижности матки; 3) на совершенной безболезненности в сводах и 4) на отсутствии в сводах же, при наличии увеличенной и подвижной матки, какой-бы то не было опухоли. При сопоставлении всех этих данных, быть может, удалось бы сделать шаг вперед для отличительного распознавания этого вида несвоеместной беременности от всех прочих, чаще встречающихся, для которых такая совокупность данных является далеко необычной, и таким образом, быть может, удалось бы, вопреки категорическому заявлению Küstner'a, не считать даже попытку к диагностике интрамуральной беременности „простой кабинетной работой“. Хочется верить, что попытка д-ра К. как раз в наблюдавшемся им случае нашла-бы реальное осуществление, и тогда он был-бы в акушерской литературе первым, для кого внутрисстенная беременность не явилась-бы на операционном столе неожиданной находкой... Впрочем, что до упреков, то в этом отношении оказались далеко несвободными от них и все мы, кураторы, перебивавшие у постели нашей больной. Все мы выявились именно в смысле наблюдательности стоящими невпопад на высоте призвания естествоиспытателей-врачей. Но важно, что в конце-то концов мы оказались победителями, а победителей ведь не судят!...

Л И Т Е Р А Т У Р А:

Dezeiméris. Journ. des con. médico-chir., 1837.—Klob. Path. Anatomie der weibl. Sexualorgane. Wien, 1864.—Baart de la Faille. Graviditas tubo-uterina. Groningen, 1867.—Klebs. Handb. d. path. Anatomie. 1869, Bd. I.—Hennig. Die Krankheiten der Eileiter. Stuttg., 1876.—Küchenmeister. Arch. f. Gyn., 1881, Bd. XVII.—Bandl. Болезни труб etc., рус. пер., СПб, 1882.—Spiegelberg. Уч. акушерства, рус. пер., СПб, 1885.—Змигродский. Дис., СПб, 1886.—Schultze. Verh. der Deut. Gesells. f. Gyn., 1888.—Zweifel. Centr. f. Gyn., 1889, № 12.—Lawson-Tait. Lectures of ect. pregnancy. Birmingham., 1888.—Skutsch. Centr. f. Gyn., 1889, № 1.—Küstner. Müller's Handb. der Geb. Stuttg., 1889, Bd. II.—Jewett. Amer. Journ. obst., 1896, vol. 24.—Львов. Мед. Обозр., 1891, т. 35.—Лазаревич. Курс акушерства. СПб, 1892, т. II.—Schrenck. Дисс., Юрьев, 1893.—Розенталь. Журн. Ак. и Женск. Бол., 1896, т. X.—Eiermann. Monat. f. Geb., 1897, Bd. V.—Малиновский. Ежегод. журн. „Практич. Мед.“, 1897, № 45.—Skutsch. VII Gynäk. Kongr. Leipz. 1897.—Бекман. Врач, 1898, №№ 15, 17.—Ahlfeld. Рук к акушерству, рус. пер., СПб, 1900.—Снегирев. Маточные кровотечения. Москва, 1900.—Sittner. Arch. f. Gyn., Bd. 64, Hf. 3; Zeit. f. Gyn., 1903, № 2.—Werth. Winckel's Handb. d. Geburtshülfe, 1904, Bd. II.—Legueux. L'obstétrique, 1911, № 5.—Абуладзе. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1912, № 11.