

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1900—1901
учебномъ году.

№ 31.

123
24

О ЗАДЕРЖКѢ МЕРТВАГО ПЛОДА

ВЪ ПОЛОСТИ МАТКИ.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
В. А. ВУЛАТОВА.

Цензорами диссертациі, по порученію Конференціи, были: Заслуж. орд.
проф., академикъ К. Н. Виноградовъ, орд. проф. А. И. Лебедевъ и прив.-доц.
И. И. Смольскій.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія М. М. Стасюлевича, В. О., 5 л., 28.

1901.

Докторскую диссертацию лѣкаря Виктора Алексѣевича Булатова подъ заглавіемъ: „О задержкѣ мертваго плода въ полости матки“ печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ диссертации (125 экземпляровъ диссертации и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюме (выводовъ)—въ Конференцію и 375 экземпляровъ диссертации—въ академическую бібліотеку). С.-Петербургъ. Марта 3 дня 1901 года

Ученый Секретарь, Ординарный профессоръ А. Діанинъ.

I.

Въ такой разработанной области практической медицины, какъ акушерство, едва ли найдется другой вопросъ, такъ мало еще выясненный и, вмѣстѣ съ тѣмъ, вызвавшій такъ много разнорѣчивыхъ мнѣній, какъ вопросъ о задержкѣ мертваго плода въ полости матки. Казуистика этого вопроса, и безъ того уже довольно обширная, изъ года въ годъ пополняется сообщеніями новыхъ случаевъ и новыхъ наблюденій, которыя, въ свою очередь, даютъ поводъ къ новымъ догадкамъ и предположеніямъ о причинахъ такой странной аномалии въ теченіи беременности. И хотя этиологія этого интереснаго явленія, несмотря на всѣ усилія, до сихъ поръ остается невыясненной въ достаточной накопившейся казуистической матеріи, сдѣлать нѣкоторые общіе выводы и будетъ упомянуть, что, самъ по должительной задержки плода обстоятельствахъ, и большое и важно обратить вниманіе, что ное время, хотя бы и мертвымъ при случаѣ, поводомъ къ соотв Законность такихъ родовъ, при быть оспариваема мужемъ, если свое alibi въ извѣстное указанное случаи уже записаны въ литерат

С. Johns'a, приводимый у Roth'a ¹⁾. Если обратиться теперь къ исторіи вопроса, то увидимъ, что уже самымъ древнимъ авторамъ были извѣстны случаи долговременной задержки плода съ послѣдующимъ нагноеніемъ и выхожденіемъ частей плода наружу; описанія такихъ случаевъ находятся въ сочиненіяхъ Гиппократъ (460—370 до Р. Х.) ²⁾, Цельса, Сорана, Павла Эгинскаго и др. ³⁾. Извѣстный испанско-арабскій врачъ Albucasis ⁴⁾ (1122)—первый авторъ, у котораго подробно описанъ случай патологической беременности, гдѣ части плода выходили черезъ фистулезный ходъ, образовавшійся въ области пупка.

Весьма интересно прослѣдить, какъ трактовались старыми авторами эти рѣдкіе и крайне удивительные для того времени случаи.

Большею частью ихъ просто сообщали какъ *naturae lus* *sus curiosus*, безъ всякихъ дальнѣйшихъ изысканій; если же и дѣлались попытки выяснитъ суть явленія, то всегда предполагали, что задержаніе плода происходитъ въ нормальномъ плодовместилицѣ—маткѣ: плодъ умираетъ, разлагается, это разложеніе распространяется потомъ на матку, послѣдняя нагнаивается, и, въ заключеніе, плодъ оказывается свободно лежащимъ въ брюшной полости. Не говоря уже о среднихъ вѣкахъ, еще въ XVII вѣкѣ не подозрѣвали возможности разложенія плода внѣ полости матки; даже такой авторитетъ этого вѣка Франсуа Манрисеау (1660—1709) ⁵⁾ не признавалъ возможности эктопической беременности.

Вопросъ о томъ, какъ относились къ вопросу не удивительно, что всѣ случаи задержки мертваго плода и гниломъ видѣ трактовались, какъ случаи маточной беременности. Только въ 1672 г. Регниер де Граафъ (1672 г.) ⁶⁾ о внѣматочной беременности

¹⁾ J. Bd XXIII, стр. 196.
²⁾ *Enfant*, t. VII. § 30, trad. Littré.

³⁾ стр. 339, изд. 1778 г.
⁴⁾ *Des femmes grosses*, стр. 112. 4-e édition. Paris.

стало на твердую почву; Saint-Maurice, въ Англии, былъ первый авторъ, описавшій точно въ 1682 году случай личниковой беременности. По мѣрѣ дальнѣйшихъ успѣховъ знаній въ области анатоміи и физиологіи женской беременности, въ особенности, послѣ сдѣлавшаго эпоху открытія фонъ-Беромъ (1827 г.) яйца (*ovulum*) человѣка и животныхъ, стали все чаще и чаще описываться случаи продолжительной задержки плода, какъ результатъ эктопической беременности; наконецъ, наступила другая крайность: стали совершенно отрицать возможность задержки мертваго плода въ полости матки, и всѣ случаи задержки подводили подъ одну рубрику—*graviditas extrauterina*. Представителемъ такого односторонняго взгляда является Е. Müller, собравшій въ своей солидной монографіи („*De la grossesse utérine prolongée indéfiniment*“ etc. Paris. 1878) обширный казуистическій матеріалъ за послѣднія два столѣтія. По мнѣнію этого автора, „*il n'existe pas d'observation authentique de retention foetale dans la matrice au delà du terme d'une grossesse ordinaire*“ (стр. 168) et nous croyons avoir prouvé que tous ces cas sont des cas de grossesse extra-utérine“ (стр. 161). Но это было увлеченіе; изслѣдованія Ал. Негаръ ¹⁾, Хеннигъ ²⁾, Кюхенмейстеръ ³⁾ и др., тоже потратившихъ не мало усилій, чтобы выяснитъ подлинное значеніе сообщенныхъ фактовъ продолжительной задержки, показали, что въ основѣ явленія лежатъ самыя различныя анатомическія причины. Одни случаи задержки дѣйствительно должны быть отнесены насчетъ *graviditas extrauterina*, *graviditas interstitialis*, но въ другихъ—задержка, должно думать, обуславливалась аномаліями развитія самой матки: *graviditas in utero bicorni cum atresia cornu gravidi*, *gravid. in utero unicollis unicorni*; наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ нужно допустить, что плодъ оставался въ маткѣ вслѣдствіе наступившаго разрыва ея *sub partu*; больныя переживали инсультъ, а оставшійся плодъ разлагался и выходилъ потомъ по частямъ черезъ естественные пути или вновь образованные фистулезные ходы.

¹⁾ *Die Pathologie und Therapie der Placentarretention*. Berlin. 1862.
²⁾ *Ueber Lithopaedia intrauterina*. Arch. f. Gyn. Bd XIII, стр. 292.
³⁾ *Ueber Lithopaedien*. Arch. f. Gyn. Bd XVII, стр. 153.

За всѣмъ тѣмъ, однако, остается еще цѣлый рядъ наблюдений, на основаніи которыхъ должно допустить возможность задержки мертваго плода и въ нормальной маткѣ, но, какъ говоритъ Küchenmeister ¹⁾: „Die Zahl der Retentionen in normalen Uterus ist sicher sehr klein“. Такой авторитетъ, какъ Carl v. Braun ²⁾, имѣющій за собою ни одинъ десятокъ лѣтъ клинической дѣятельности, говорилъ, что „die Retention einer todten, der Reife nahen Frucht monatelang über den normalen Schwangerschaftstermin bisher niemals beobachtet habe“.

Все это указываетъ, съ какой степенью осторожности нужно относиться къ публикуемымъ случаямъ продолжительной задержки плода въ полости матки, въ особенности если эта задержка длится многіе мѣсяцы или даже цѣлые годы; и это тѣмъ болѣе, что, при всей внимательности, все-же не всегда легко исключить въ каждомъ данномъ случаѣ эктопическую беременность и высказаться вполне увѣренно и безусловно за нормальную маточную.

Судить же по одному только описанію случая о томъ, съ чѣмъ авторъ наблюденія имѣлъ дѣло, представляется подчасъ очень труднымъ, тѣмъ болѣе труднымъ, что, какъ показываютъ наблюденія, даже данныя объективнаго изслѣдованія не всегда выясняютъ суть дѣла. Это въ особенности должно сказать по отношенію къ тѣмъ случаямъ задержки, гдѣ въ результатъ ея наступало ихорозное разложеніе плода съ послѣдующимъ выходомъ его по частямъ; сопутствующіе реактивные воспалительные процессы въ маткѣ и ея окружности, вновь образующіеся ходы и сращенія между маткой, прилежащими полыми органами и брюшной стѣнкой, настолько измѣняютъ, при этомъ правильныя анатомическія отношенія, что не только „per tactum“, при бимануальномъ изслѣдованіи, но даже при операциі лапаротоміи, ad oculos, не всегда можно высказаться съ достаточной опредѣленностью за или противъ нормальной беременности.

Даже извѣстный случай Oldham'a (первый авторъ, пред-

¹⁾ L. c., стр. 199.

²⁾ Lehrbuch der Gynäkologie. 1881, стр. 632.

ложившій названіе „missed labour“), цитируемый у Lempereur'a, хотя и кончился аутопсіей, но, судя по описанію, едва ли можетъ быть отнесенъ къ нормальной беременности, и самъ Lempereur, приводя этотъ случай, замѣчаетъ ¹⁾: „la seule question qui se présente ici est de savoir si le foetus était dans la cavité utérine, ou s'il était placé en dehors de cette cavité“.

Мы умышленно останавливаемся на этихъ подробностяхъ съ тою цѣлью, чтобы показать, что если оставить въ сторонѣ случаи почему-нибудь сомнительные и неясные, то хорошо обслѣдованныхъ случаевъ продолжительной задержки мертваго плода въ полости матки оказывается далеко не такъ много. Изъ новѣйшихъ авторовъ Max Graefe могъ собрать въ литературѣ только 59 такихъ случаевъ.

Занявшись сами лично вопросомъ о причинахъ, вызывающихъ задержку плода, мы должны были просмотрѣть всю доступную литературу этого вопроса; при этомъ намъ удалось собрать главнымъ образомъ изъ литературы послѣднихъ лѣтъ еще 62 случая, что вмѣстѣ съ данными Graefe дало намъ возможность составить прилагаемую ниже таблицу А, по которой можно легко и скоро ориентироваться въ казуистическомъ матеріалѣ ²⁾. 5-ть собственныхъ наблюдений въ акушерской клиникѣ Московскаго университета, приводимыхъ ниже, конечно, представляютъ слишкомъ малый матеріалъ, чтобы можно было дѣлать изъ этого какія-нибудь заключенія, но, сопоставляя между собой литературныя данныя, получилась возможность выяснитъ многія подробности въ теченіи, лѣченіи, этиологіи и діагностикѣ missed abortion, labour.

¹⁾ A. Lempereur. Des altérations que subit le foetus après sa mort dans le sein maternelle. Paris. 1867, стр. 89.

²⁾ Около 50 случаевъ пришлось опустить, такъ какъ сообщаемыя свѣдѣнія были настолько кратки, что нельзя было замѣстить даже немногія рубрики нашей таблицы.

II.

Отъ какихъ бы причинъ ни зависѣла смерть плода въ теченіе беременности: отъ заболѣваній ли материнскаго организма или самого плода или его придатковъ, — наступленіе выкидыша, *гесп.* родовъ, во всякомъ случаѣ происходитъ не тотчасъ же съ прекращеніемъ жизни плода. Это имѣетъ мѣсто лишь въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, когда причина, вызвавшая смерть плода, одновременно сильно раздражаетъ нервномышечный аппаратъ матки, какъ, на примѣръ, при сильной травмѣ, большихъ кровоизліяніяхъ въ *decidua* или быстромъ отхожденіи околоплодныхъ водъ. Обычно же плодное яйцо задерживается еще нѣкоторое время въ полости матки, при чемъ, повидимому, матка тѣмъ скорѣе реагируетъ на присутствіе въ ея полости мертваго плода, чѣмъ въ болѣе поздній срокъ беременности наступила смерть послѣдняго. Эмбриональныя абортивныя яйца задерживаются тѣмъ легче въ полости матки, что первичная смерть плода, при относительномъ преобладаніи сосудистой системы плодныхъ оболочекъ, здѣсь мало отражается на кровообращеніи въ *decidua*; съ другой стороны, *endometritis decidualis*, лежащій въ основѣ огромнаго большинства выкидышей, есть такое заболѣваніе, при которомъ, большею частью, лишь исподволь и постепенно нарушается анатомическая связь яйца съ внутренней поверхностью матки. Но если смерть плода наступаетъ въ болѣе поздній періодъ беременности или въ концѣ ея, то, съ прекращеніемъ уже весьма обширнаго фетальнаго кровообращенія, наступаютъ рѣзкія измѣненія гидростатическаго давленія внутри полости матки, вслѣдствіе чего нарушаются взаимныя соотношенія между маточными стѣнками и плоднымъ яйцомъ, и этимъ создаются условія для болѣе быстрого освобожденія матки отъ своего содержимаго. По изслѣдованіямъ С. Ruge ¹⁾ (94 случая родовъ мацерированными плодами), роды при этихъ условіяхъ въ среднемъ наступаютъ на 14-й

¹⁾ „Ueber den Foetus sanguinolentus“. Zeitschr. f. Geb. Bd I, стр. 71.

день послѣ смерти плода; самое большее—спустя 4 недѣли. Такимъ образомъ, эти четыре недѣли можно было бы считать за наибольшій, такъ сказать, обычно допустимый, срокъ задержки плода. Если же задержка переходитъ эти предѣлы и продолжается два-три мѣсяца и болѣе того, то всѣ такіе случаи нужно выдѣлить уже въ особую отдѣльную группу.

Смотря по тому, какого возраста достигъ при этомъ плодъ, различаютъ, по предположенію Mac-Clintock'a ¹⁾, „missed abortion“ (запоздалый выкидышъ, „avortement manqué, internerne“ французскихъ авторовъ), если плодъ умеръ до истеченія 28 недѣль утробной жизни, и „missed labour“ („accouchement manqué, suspendu“ французовъ), если смерть плода послѣдовала въ болѣе поздній періодъ утробной жизни или около конца беременности.

Обыкновенно при запоздаломъ выкидышѣ беременность сначала протекаетъ нѣкоторое время совершенно правильно, но затѣмъ среди общаго благополучія, нерѣдко безъ всякихъ видимыхъ причинъ или же послѣ ушиба, паденія или нравственнаго потрясенія, появляются симптомы начинающагося выкидыша въ видѣ схваткообразныхъ болей внизу живота и кровотеченія изъ гениталій. Однако, вскорѣ всѣ эти угрожающіе симптомы исчезаютъ, и больная возвращается къ своимъ обычнымъ занятіямъ. Можетъ такимъ образомъ пройти еще 2—3 мѣсяца и болѣе того, не вызывая никакого безпокойства со стороны больной; но вскорѣ отсутствіе дальнѣйшаго роста живота заставляетъ ее во всякомъ случаѣ задаться вопросомъ, существуетъ ли у нея беременность или нѣтъ. Если теперь подвергнуть женщину изслѣдованію, то найдемъ, что матка по величинѣ значительно меньше, чѣмъ это слѣдовало бы ожидать, судя по продолжительности беременности; консистенція ея немного болѣе плотная, чѣмъ это свойственно беременной маткѣ; существуетъ ясно выраженное размягченіе у внутренняго зѣва, шейка цѣла и закрыта. Если беременность остановилась въ болѣе поздній періодъ своего развитія, то это обстоятельство рѣже проходитъ не замѣченнымъ для больной; обыкновенно уже въ самомъ началѣ, спустя

¹⁾ Dublin quarterly Journal, vol. XXXVII. 1864 г., стр. 307.

два-три дня послѣ бывшаго кровотечения и схватокъ, больная замѣчаетъ у себя нагрубаніе млечныхъ железъ и появленіе молозива; черезъ нѣкоторое время груди опадаютъ, дѣлаются совершенно вялыми, отдѣленіе молока прекращается; вмѣстѣ съ тѣмъ больная начинаетъ испытывать чувство тяжести внизу живота и въ поясницѣ, неприятное ощущеніе присутствія какого-то посторонняго тѣла въ животѣ, пассивно передвигающагося при измѣненіи положенія тѣла.

Не всегда однако дѣло ограничивается одними только этими легкими симптомами; послѣ перваго кровотечения могутъ послѣдовать повторныя кровопотери, которыя иногда могутъ принять очень опасныя размѣры. При повторномъ изслѣдованіи обыкновенно находятъ, что матка сохраняетъ одну и ту же величину; иногда она какъ будто становится больше, вѣроятно въ зависимости отъ внутриматочныхъ кровоизліяній, иногда же — меньше, въ зависимости отъ всасыванія околоплодныхъ водъ, но, во всякомъ случаѣ, по величинѣ она не соответствуетъ продолжительности беременности, и консистенція ея болѣе плотная, чѣмъ при обычной беременности. Это обстоятельство въ связи съ повторными кровотечениями, при спутанномъ анамнезѣ больной, можетъ иногда поставить въ большія затрудненія относительно діагностики.

Именно, можетъ явиться предположеніе о новообразованіяхъ матки, и Otto Küstner ¹⁾ указываетъ, что при этихъ условіяхъ производились даже лапаротоміи для удаленія предполагаемой опухоли матки. Весьма интересный въ этомъ отношеніи случай сообщаетъ также Küchenmeister, гдѣ при задержкѣ плода въ полости матки существовала рѣзко выраженная hypertrophia colli uteri supravaginalis; размягченіе на мѣстѣ перехода шейки въ тѣло матки было при этомъ такъ значительно, что матка свободно была подвижна во всѣ стороны, вслѣдствіе чего и была принята за опухоль яичника; произведенная лапаротомія выяснила сдѣланную ошибку въ діагностику (ср. № 39 и 103 таблицы А).

Однако такихъ ошибокъ можно болѣею частью избѣжать, если помнить главное правило, что при всякомъ уве-

¹⁾ Müller's Handbuch der Geburtshülfe. В. II, стр. 663.

личеніи матки нужно прежде всего исключить беременность и, когда она уже исключена навѣрное, прибѣгнуть къ зондированію или, еще лучше, къ діагностическому расширенію цервикальнаго канала. Вся трудность диагностики такимъ образомъ заключается въ томъ, какъ же диагностировать беременность, когда плодъ умеръ уже и только задерживается въ полости матки, или, короче говоря, какъ диагностировать наступившую смерть плода.

Иногда подспорьемъ при диагностикѣ смерти плода и задержки его въ полости матки могутъ служить нѣкоторыя субъективныя измѣненія въ самоощущеніи больной; однако, болѣею частью, глубоко нарушено самоощущеніе бываетъ только у женщинъ нервныхъ, истеричныхъ и впечатлительныхъ, которымъ уже извѣстно, что ребенокъ ихъ умеръ, а сознаніе, что онѣ носятъ въ себѣ нѣчто мертвое, а слѣдовательно, по ихъ понятію, гнѣющее и разлагающееся, лишаетъ ихъ покоя и заставляетъ особенно прислушиваться ко всѣмъ своимъ даже неяснымъ ощущеніямъ.

Онѣ жалуются на чувство познабливанія, смѣняющееся ощущеніемъ жара, плохой аппетитъ, дурной вкусъ во рту, подавленное настроеніе духа, бессонницу, какую-то слабость и разбитость въ тѣлѣ, головныя боли, склонность къ обморокамъ, сердцебіеніе и т. д., — словомъ, на массу симптомовъ, характерныхъ болѣе всего для неврастеніи.

Cazeaux ¹⁾ говоритъ, что всѣ эти субъективныя жалобы исчезаютъ, разъ только удастся съ достаточной авторитетностью убѣдить женщину, что никакой опасности для здоровья въ настоящемъ ея положеніи нѣтъ, и всѣ страхи ея совершенно напрасны. Въ противоположность этимъ, не въ мѣру внимательнымъ къ себѣ, больнымъ, простыя женщины, занятыя работой, обыкновенно хорошо себя чувствуютъ; въ продолженіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ онѣ могутъ носить мертвый плодъ, и общее состояніе ихъ отъ этого не только не страдаетъ, но онѣ иногда даже прибываютъ въ вѣсѣ; самоощущеніе тоже нерѣдко улучшается, благодаря прекращенію тѣхъ не-

¹⁾ Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Paris. 1867, p. 559.

приятныхъ симптомовъ, которые обыкновенно сопровождаютъ нормальную беременность, въ видѣ тошноты, рвоты, запоровъ и т. п.

G. Klein ¹⁾ въ 1892 году сдѣлалъ попытку объяснить всё вышеупомянутые общіе симптомы поступленіемъ въ организмъ матери растворимыхъ составныхъ частей и соковъ мертваго плода. Въ подтвержденіе своихъ взглядовъ онъ дѣлалъ рядъ опытовъ на лягушкахъ и кроликахъ, которымъ онъ впрыскивалъ вытяжку изъ органовъ мацерированнаго плода, умершаго за 14 дней до родовъ; при этомъ онъ убѣдился, что такая вытяжка обладаетъ токсическимъ дѣйствіемъ, хотя и въ относительно небольшой степени.

Но если въ одной категоріи случаевъ и можно еще говорить о токсическомъ дѣйствіи на организмъ матери поступающихъ продуктовъ разложенія асептического мертваго плода, то въ другомъ рядѣ случаевъ, гораздо болѣе многочисленномъ, пришлось бы на основаніи клиническихъ данныхъ съ такимъ же вѣроятіемъ говорить о своего рода невосприимчивости къ этому предполагаемому токсину; по крайней мѣрѣ, какъ было указано выше, въ огромномъ большинствѣ случаевъ женщины прекрасно переносятъ свое положеніе, несмотря на послѣдовавшую смерть плода.

Что касается объективныхъ признаковъ, по которымъ можно было бы судить о наступившей смерти плода, то во второй половинѣ беременности такими признаками являются прекращеніе движеній плода и его сердцебиенія. Въ нѣкоторыхъ, однакожъ, случаяхъ, въ зависимости отъ положенія плода или *hydramnios*'а, сердечные тоны бываютъ не слышны, несмотря на повторное тщательное выслушиваніе; движенія плода могутъ быть тоже настолько слабы, что совершенно не воспринимаются изслѣдующей рукой.

Въ первую половину беременности, до 5-го мѣсяца, когда ни движеніе плода, ни сердцебиеніе не могутъ служить опознавательными пунктами, мы совершенно лишены возможности опредѣлить смерть плода, и нужно тщательно слѣдить за

¹⁾ Giftwirkung macerirter Föten. Sitzungsbericht der Würsburger physiol.-med. Gesellschaft. 1892 Juli 30, ref. Ctbl. f. Gyn. 1895. № 25.

больной въ теченіе мѣсяца и болѣе, чтобы, судя по прекратившемуся росту матки, высказаться за наступившую смерть плода.

Въ виду всего этого очень большое практическое значеніе имѣлъ бы такой признакъ смерти плода, который могъ бы выручить во всѣхъ затруднительныхъ случаяхъ. Cohnstein ¹⁾, затѣмъ Fehling ²⁾ и Алексѣевъ ³⁾ предлагали измѣрять съ этою цѣлью температуру внутри полости матки; если плодъ живъ, то температура матки должна превышать таковую вагины. Однако на практикѣ оказалось, что такой діагностическій методъ мало полезенъ, съ другой стороны—и далеко не безопасенъ. Указывалось также Kötlnitz'емъ ⁴⁾ на появленіе пептона въ мочѣ беременныхъ, какъ на несомнѣнный діагностическій признакъ смерти плода, однако W. Fischel ⁵⁾ показалъ, что пептонурія у беременныхъ наблюдается какъ при живомъ, такъ и при мертвомъ плодѣ. Въ 1893 году появилось сообщеніе Vicarelli ⁶⁾ изъ клиники Acconci въ Падуѣ, въ которомъ авторъ указываетъ на присутствіе ацетона въ мочѣ беременныхъ женщинъ, какъ на вѣрный и постоянный признакъ смерти плода. Vicarelli подвергъ изслѣдованію на ацетонѣ мочу 137 женщинъ; ацетонъ найденъ былъ имъ лишь только въ 9 случаяхъ, и именно эти 9 женщинъ разрѣшились мертвыми плодами. Въ 1897 году L. Knapp (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* 1897, стр. 417) пришелъ на основаніи своихъ изслѣдованій въ акушерской клиникѣ въ Прагѣ къ точно такому же заключенію. Такимъ образомъ, казалось, наконецъ былъ найденъ точный діагностическій признакъ смерти плода, но дальнѣйшія изслѣдованія, произведенныя въ этомъ

¹⁾ Cohnstein. Vom Leben und Tode der Frucht. *Arch. f. Gyn.* 1872. Bd IV, стр. 547.

²⁾ Fehling. Klinische Beobachtungen über den Einfluss der Todten Frucht auf die Mutter. *Ach. f. Gyn.* 1874. Bd VII, стр. 143.

³⁾ Алексѣевъ. Ueber die Temperatur des Kindes im Uterus. *Arch. f. Gyn.* 1876. Bd X, стр. 141.

⁴⁾ Ref. Frommel's Jahresb. 1890. Bd III, стр. 51.

⁵⁾ Ueber Peptonurie in der Schwangerschaft. *Ctbl. f. Gyn.* 89, стр. 473.

⁶⁾ Die Acetonurie während der Schwangerschaft. *Prag. med. Wochenschrift.* 93. № 33, стр. 403.

направленіи, показали, что ацетонурія далеко не правило у беременных съ мертвымъ плодомъ. Наблюденія Mercier и Menu ¹⁾, Lor ²⁾ и Couvelaire ³⁾ показали, что ацетонурія появляется иногда въ теченіе совершенно нормальной беременности, а также при многихъ заболѣваніяхъ во время беременности, какъ, напр., при эклямписіи, альбуминуріи, сифилисѣ; что въ теченіе самаго акта родовъ тоже можно констатировать ацетонъ въ мочѣ (Couvelaire), при чемъ онъ исчезаетъ въ слѣдующіе четыре дня послѣ родовъ; что, наконецъ, ацетонъ находятъ при пуэрперальныхъ заболѣваніяхъ (Mercier и Menu).

Этимъ значеніе ацетонуріи, какъ симптома смерти плода, было окончательно подорвано, и, какъ показали наши провѣрочныя изслѣдованія, предпріятыя въ Московской акушерской клиникѣ, полагаются на ацетонную пробу въ нѣкоторыхъ затруднительныхъ диагностическихъ случаяхъ совершенно бесполезно.

Въ 8 случаяхъ (№№ 566, 597, 635, 686, 709, 773, 776, 777) клиническихъ исторій родовъ за 1899 годъ, когда точно была констатирована смерть плода во время беременности, и всѣ родившія дѣти были мацерированныя, ацетона не было найдено въ мочѣ до родовъ. Въ одномъ случаѣ (№ 578 за 1899 г.), гдѣ былъ мертвый плодъ, ацетонъ былъ найденъ (по Lieben'y), но у больной была эклямпися; въ другомъ случаѣ (№ 607 за 1899 г. Hyperemesis gravidarum) тоже былъ констатированъ ацетонъ, и въ довольно большомъ количествѣ (обильный осадокъ іодоформа); движеній плода и сердцебиенія здѣсь не было слышно, несмотря на повторное изслѣдованіе; но произведенный потомъ искусственный выкидышъ, въ виду прогрессивнаго упадка силъ больной, показалъ, что плодъ былъ живъ и умеръ во время операціи.

Все это заставляетъ насъ придти къ убѣжденію, что абсолютно вѣрнымъ признакомъ смерти плода является только остановка дальнѣйшаго роста беременной матки, и что только

¹⁾ De l'acétonurie dans la grossesse et la puerperalité. Soc. d'obstétrique de Paris 18 Jouillet. 1898.

²⁾ Gazette des hôpitaux. 13 mai 1899.

³⁾ De l'acétonurie transitoire du travail de l'accouchement. Paris. 1898.

путемъ тщательныхъ повторныхъ измѣреній ея величины можно выяснитъ себѣ вопросъ о жизни или смерти плода.

Такимъ образомъ, діагнозъ запоздалаго выкидыша слагается изъ опредѣленія наличности беременности, матки, увеличенной несоотвѣтственно періоду беременности, — она представляется гораздо меньше, — существованія повторныхъ кровотеченій, обыкновенно необильныхъ, и субъективныхъ данныхъ, къ которымъ, впрочемъ, нужно относиться съ извѣстной осторожностью. Нѣсколько повторныхъ изслѣдованій дѣлаетъ діагнозъ почти несомнѣннымъ, но вышедшее плодное яйцо есть тотъ corpus delicti, на основаніи котораго діагнозъ missed abortion ставится уже безповоротно. Характерныя деструктивныя измѣненія въ оболочкахъ яйца, состояніе плода и свойства жидкости, выполняющей плодный мѣшокъ, настолько своеобразны, что тотчасъ же обращаютъ на себя наше вниманіе. Первый вопросъ, который при этомъ является, это — когда произошла смерть плода, и какъ долго задерживалось въ полости матки плодное яйцо.

Не всегда, однако, легко отвѣтить на эти вопросы, если принять во вниманіе, что случайно у женщины регулы могутъ приходиться еще нѣкоторое время sub graviditate или же, наоборотъ, прекратиться за 1—3 мѣсяца до фекундаціи, что время этой послѣдней, и вообще точно намъ неизвѣстное, становится совершенно гадательнымъ, разъ оплодотвореніе произошло во время лактаціи, какъ это нерѣдко бываетъ у женщинъ долго кормящихъ. Если мы далѣе обратимся къ объективнымъ даннымъ, то и здѣсь величина матки можетъ дать только приблизительное понятіе о продолжительности беременности, такъ какъ, въ зависимости отъ уменьшенія количества околоплодной жидкости, при всасываніи ея, и уменьшенія кровенаполненія матки послѣ смерти плода, объемъ ея становится нѣсколько меньше, чѣмъ слѣдовало бы ожидать, судя по регуламъ. Съ другой стороны, послѣдовательныя кровоизліянія въ оболочкахъ плоднаго яйца и фибринозныя отложенія на нихъ могутъ, въ другихъ случаяхъ, придать маткѣ несоотвѣтственные размѣры.

Если у насъ даже имѣется въ рукахъ плодное яйцо, то и тутъ иногда являются затрудненія въ опредѣленіи времени

задержки; такъ, самый плодъ, умершій въ первыя недѣли своей утробной жизни, совершенно растворяется въ амниотической жидкости и разсасывается, оболочки же его съ послѣдомъ подвергаются иногда такимъ глубокимъ измѣненіямъ, что о возрастѣ яйца и, слѣдовательно, о времени задержки приходится судить лишь только приблизительно; такъ, напримѣръ, патологическое скопленіе амниотической жидкости при раннемъ *hydramnios*, сильно растягивая оболочки яйца, можетъ придать ему объемъ, далеко не соответствующій возрасту; такое же вліяніе оказываютъ обширныя субхоріальныя кровоизліянія и фибринозныя отложенія на поверхности, придающія стѣнкамъ яйца значительную толщину и сильно его деформирующія. Но если плодъ хорошо сохранился, то всѣ эти затрудненія большею частью сами собою отпадаютъ, такъ какъ точное измѣреніе длины плода укажетъ, какого онъ возраста, а слѣдовательно, сколько времени онъ задерживался въ полости матки.

III.

Оставаясь въ полости матки, плодное яйцо съ прекращеніемъ жизни плода подвергается все *in toto* существеннымъ измѣненіямъ въ своемъ строеніи; эти измѣненія распространяются какъ на самый плодъ, такъ и на его придатки, т. е. его оболочки, послѣдъ и амниотическую жидкость. Что касается прежде всего дальнѣйшей судьбы плода при его задержкѣ послѣ смерти, то эти измѣненія, коротко говоря, сводятся или къ его высыханію, мумификаціи, или, наоборотъ, вымачиванію (*мадераціи*) въ околоплодной жидкости. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ плодъ можетъ подвергнуться гнилоственному разложенію, если въ полость плоднаго мѣшка попадутъ возбудители гніенія и нагноенія; наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ мумифицированный плодъ можетъ въ поверхностныхъ слояхъ импрегнироваться известковыми солями (*Petrificatio*).

Въ первыя недѣли своего развитія, когда эмбриональныя ткани представляются очень нѣжными и богатыми плазмой,

плодъ обыкновенно совершенно растворяется въ амниотической жидкости, какъ растворяется, напримѣръ, хрусталикъ послѣ операціи катаракты *par abaissement*; чѣмъ моложе при этомъ плодъ, тѣмъ меньше требуется времени для полнаго его растворенія. Если вскрыть полость такого яйца, то мы часто съ перваго взгляда не увидимъ и слѣдовъ плода—это такъ называемыя „*oeufs vides, oeufs clairs, faux germes*“ французскихъ авторовъ.

Амниотическая жидкость, вслѣдствіе примѣси растворенныхъ составныхъ частей плода, представляется при этомъ довольно густой, напоминающей до нѣкоторой степени растворъ *gummi arabici*; она мутна, иногда млековидна отъ примѣси жировыхъ капелекъ или же, въ зависимости отъ внутри-амниотическихъ кровоизліяній, буровато-краснаго цвѣта. На внутренней поверхности *amnion'a* иногда можно видѣть буроватые отложенія въ видѣ глинистаго маркаго осадка—это неразстворимыя въ амниотической жидкости составныя части плода; нерѣдко среди этихъ осадковъ можно еще отличить слѣды эмбриональнаго пупочнаго канатика съ желточнымъ пузырькомъ.

Въ болѣе позднюю эпоху эмбриональной жизни, съ 3-го по 5-ый мѣсяць, плодъ не можетъ уже раствориться въ амниотической жидкости; ткани его представляются слишкомъ плотными для этого, онъ подвергается чаще всего, наоборотъ, сморщиванію и высыханію. Мягкія ткани стягиваются и утончаются, становятся кожистыми; плодъ принимаетъ сѣровато-желтый, землистый цвѣтъ, и тогда по своей окраскѣ, по своей морщинистой и твердой кожѣ, напоминаетъ до нѣкоторой степени спиртовой препаратъ. вмѣстѣ съ тѣмъ значительно уменьшается количество околоплодной жидкости; она становится буровато-окрашенной отъ примѣси кровяного пигмента, и изъ нея начинаютъ отлагаться на поверхности тѣла плода фибринозныя массы въ видѣ грязно-желтаго маркаго слоя. Вслѣдствіе всасыванія амниотической жидкости оболочки плода начинаютъ непосредственно прилегать къ его поверхности, образуя повсюду глубокія складки.

Если плодъ достигъ по крайней мѣрѣ пятимѣсячнаго возраста, то при задержкѣ въ полости матки онъ, большею

частью, подвергается процессу мацерации в окружающей амниотической жидкости. При этом происходит кровянисто-серозная имбиция органов умершего плода и мелкозернистое помутнение их паренхимы; кости черепа расходятся, так что голова имеет вид кожистого мѣшка, наполненного костями; эпидермис сморщивается или приподнимается в виде пузырей; пуповина набухает, принимает цилиндрическую форму и грязно-красный цветъ — происходят, словомъ, хорошо уже изученныя измѣненія, такъ характерныя для „foetus sanguinolentus“ (E. Martin).

Что касается причинъ, обуславливающихъ резорбцію, мацерацию плода в однихъ случаяхъ и мумификацію его в другихъ, то многія детали этихъ метаморфозъ представляются в настоящее время не вполне еще ясными и понятными главнымъ образомъ потому, что недостаточно еще изученъ самый процессъ образования амниотической жидкости и моменты, которыми достигается регуляция притока ея и оттока.

Какъ известно, в образовании околоплодныхъ водъ принимаетъ участие, съ одной стороны, самый плодъ, его почки, кожа и пуповина, съ другой стороны — амнион, ворсинки и децидуальные перегородки плаценты. Когда плодъ умираетъ, трансудация в полость яйца значительно уменьшается, потому что съ прекращениемъ фетального кровообращения одни только децидуальные сосуды еще могутъ служить источникомъ образования новыхъ количествъ амниотической жидкости. Если, далѣе, сосуды отпадающей подвергаются заболѣванію, тромбозируются, и в decidua появляются геморрагическіе фокусы, словомъ, если энергія кровообращения в decidua понижается, то эта трансудация в полость яйца сводится до minimum'a, и тогда начинается процессъ резорбции и высыхания яйца.

По мнѣнію Schaeffer'a ¹⁾, здѣсь существуетъ полная аналогія съ тѣми явленіями, которыя наблюдаются при обыкновенномъ менструальномъ приливѣ крови къ слизистой матки. Пока существуетъ рефлекторное расширение сосудистаго русла при menstrua, происходитъ усиленная трансудация и сероз-

¹⁾ „Ueber eine einjährige Retention eines Abortiv-Eies im Uterus“ etc. Monat. f. Geb. und Gyn. Bd VIII, стр. 346.

ная инфильтрація межжелезистой ткани, эмиграція лейкоцитовъ и образование субэпителиальныхъ кровоизліяній, но лишь только, подъ вліяніемъ вазомоторовъ, сосуды сужаются, и энергія кровообращения в слизистой такимъ образомъ понижается, то тотчасъ же на сцену выступаютъ процессы резорбции и обратной инволюціи.

Тотъ же механизмъ существуетъ при всасываніи амниотической жидкости post mortem foetus; пока decidua содержитъ нормальные проходимые сосуды, процессъ резорбции не наступаетъ или если происходитъ, то в незначительной степени; но лишь децидуальное кровообращение начинаетъ ослабѣвать съ запусканіемъ части сосудистаго русла, то сейчасъ же беретъ перевѣсъ всасываніе амниотической жидкости, в результате чего яйцо сморщивается и высыхаетъ.

Если теперь обратить вниманіе на поверхность всасыванія, то она представляется существенно различной по своему протяженію для плодовъ различныхъ возрастовъ. Такъ, по изслѣдованіямъ того же Schaeffer'a ¹⁾ в Мюнхенской клиникѣ, оказалось, что на первомъ мѣсяцѣ утробной жизни плодъ составляетъ $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$ вѣса плаценты; далѣе онъ начинаетъ усиленно расти, такъ что на четвертомъ мѣсяцѣ вѣситъ столько же, что и плацента; но далѣе плодъ значительно обгоняетъ в вѣсѣ плаценту и къ концу беременности уже превосходитъ ее своимъ вѣсомъ в $5\frac{1}{2}$ разъ. Отсюда видно, что в первые мѣсяцы эмбриональной жизни плодъ является какъ бы придаткомъ яйца, плацента представляетъ сравнительно огромную поверхность всасыванія, и в зависимости отъ этого, съ прекращениемъ жизненныхъ процессовъ в плодѣ, послѣдній легко расасывается, и яйцо вообще высыхаетъ; или, если плодъ достигъ большаго развитія и, слѣдовательно, болѣе плотной консистенціи, — подвергается сморщиванію, мумификаціи; но во вторую половину беременности, наоборотъ, плацентарная поверхность оказывается относительно недостаточной, и вслѣдствіе этого плодъ только мацерируется в окружающей жидкости, а количество послѣдней уменьшается лишь в незначительной степени.

¹⁾ Winkel's. Ber. und Stud. 1884—90, стр. 480.

Въ нѣкоторыхъ, правда, очень рѣдкихъ случаяхъ, плодъ, внутриматочно умершій, подвергается при продолжительной задержкѣ процессу омѣловленія (petrificatio); получается маточный каменистый плодъ—*Lithopaedion intrauterinum*— въ отличіе отъ болѣе частыхъ случаевъ обызвествленія плода при *graviditas extrauterina*. Однакоже эти случаи *Lithopaedion intrauterinum* должно принимать съ большой осторожностью, такъ какъ многіе изъ нихъ, какъ указано было *Küchenmeister*'омъ¹⁾, въ дѣйствительности относятся къ беременности эктопической или въ недоразвитой маткѣ. Повидимому, большинство случаевъ *Lithopaedia intrauterina*, приводимыхъ у *Neegar*'а²⁾, должны быть отнесены именно на счетъ этой аномаліи беременности; по крайней мѣрѣ *Hennig*³⁾ въ 1878 году могъ собрать изъ литературы только 5 несомнѣнныхъ случаевъ петрификаціи внутриматочно умершаго плода; къ этимъ случаямъ онъ прибавляетъ свой шестой, бывший подъ наблюдениемъ у *Becker-Laugich*'а. Судя по приводимымъ у *Hennig*'а описаніямъ, отложеніе известковыхъ солей происходитъ обыкновенно только въ наружныхъ покровахъ плода, внутреннія же части его оказываются только сильно высохшими, мумифицированными; обызвествленіе можетъ распространиться также и на оболочки плода, при чемъ связь между плоднымъ мѣшкомъ и стѣнками матки становится настолько прочной, что плодъ можетъ задерживаться въ теченіе цѣлыхъ десятковъ лѣтъ, до самой смерти больной.

Образованіе *Lithopaedion intrauterinum*, по словамъ *Küchenmeister*'а, гораздо чаще, чѣмъ у человека, происходитъ у нѣкоторыхъ домашнихъ животныхъ, какъ, напримѣръ, у коровъ, овецъ и лошадей. Но у этихъ животныхъ въ анатомическомъ устройствѣ матки находятся условія, благоприятствующія до нѣкоторой степени задержкѣ плода—именно, матка этихъ животныхъ двурогая; при измѣненіи взаимнаго положенія продольныхъ диаметровъ обоихъ роговъ, вслѣдствіе

¹⁾ „Ueber Lithopaedien“. Arch. f. Gyn. Bd XVII, стр. 153.

²⁾ Die Pathologie und Therapie der Placentarretention, стр. 127.

³⁾ Ueber Lithopaedia intrauterina. Arch. f. Gyn. Bd XIII, стр. 292.

воспалительныхъ процессовъ, одинъ рогъ можетъ повернуться около оси другого и такимъ образомъ оказаться совершенно непроходимымъ для плода.

Совершенно обособленнымъ и исключительнымъ представляется описанный *Buhl*'емъ¹⁾ случай такъ наз. липоиднаго превращенія (*Lipoide Umwandlung*) плода, гдѣ задержка продолжалась всего 1½ мѣсяца; отдѣльные органы плода были при этомъ покрыты сплошнымъ бѣловато-сѣрымъ, сыровиднымъ налетомъ, состоявшимъ главнымъ образомъ изъ кристалловъ маргарина и холестеарина.

Итакъ, резорбція, мумификація, мацерация и рѣдко обызвествленіе или липоидное превращеніе—вотъ тѣ метаморфозы, которымъ подвергается плодъ при продолжительной задержкѣ въ полости матки. Пока такимъ образомъ измѣненный плодъ представляется совершенно асептичнымъ, присутствіе его въ полости матки не подвергаетъ никакой опасности здоровье женщины, но если случайно произойдетъ разрывъ оболочки плоднаго яйца, и нарушится такимъ образомъ герметическая изоляція мертваго плода отъ внѣшней среды, то тотчасъ же происходитъ гнилостное разложеніе и распаденіе плода. Даже одни повторныя изслѣдованія и безъ нарушенія цѣлости оболочки могутъ быть причиной внесенія инфицирующихъ началъ, которыя находятъ здѣсь, на мертвомъ питательномъ субстратѣ, самую благоприятную почву для своего развитія.

Разъ инфекція произошла, — температура повышается, появляются повторные сильные знобы и гнойныя вонючія отдѣленія изъ гениталій, словомъ, развиваются всѣ симптомы наступившаго уже септического зараженія; къ существующему *endometritis et metritis septica* вскорѣ присоединяются явленія остраго септического перитонита, быстро сокращающаго дни больной; въ лучшемъ случаѣ болѣзнь переходитъ въ хроническую піэміческую форму; при этомъ время отъ времени начинаютъ выходить наружу части разложившагося мертваго плода, а сопутствующая постоянная лихорадка съ повторными знобами съ теченіемъ времени настолько истощаетъ больныхъ, что ставитъ ихъ наконецъ совершенно на краю гибели.

¹⁾ Klin. der Geburtsk. von Hecker und Buhl. Bd I, стр. 327.

Нужно принять во внимание, что такой оборотъ дѣла при запоздаломъ выкидышѣ встрѣчается далеко не такъ рѣдко, какъ это принято думать; по крайней мѣрѣ, по нашей статистикѣ, гнилостное разложеніе плода отмѣчено 20 разъ на 132 случая, что составляетъ 15,15%. Отсюда видно, насколько важно имѣть въ виду эту возможность гнилостнаго разложенія плода со всѣми протекающими отсюда послѣдствіями, и что поэтому нельзя слишкомъ оптимистически смотрѣть на дѣло, ограничиваясь въ каждомъ данномъ случаѣ только однимъ, такъ называемымъ, „выжидательнымъ методомъ лѣченія“.

Переходя теперь къ вопросу о гистологическихъ измѣненіяхъ въ придаткахъ плода въ случаѣ продолжительной его задержки, мы считаемъ нужнымъ предпослать описанія тѣхъ случаевъ missed abortion, которые намъ пришлось наблюдать въ акушерской клиникѣ Московскаго университета. Во всѣхъ этихъ случаяхъ было произведено нами точное микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ, что и дало намъ возможность нѣсколько выяснитъ себѣ суть измѣненій, наступающихъ въ послѣдахъ задержавшихся мертвыхъ плодовъ, и такимъ образомъ ориентироваться въ описаніяхъ, имѣющихся по этому предмету въ литературѣ.

Случаи эти слѣдующіе:

I. № 150 по клиническому журналу за 1899 годъ.

A. X. 26 лѣтъ, III-gravida, крестьянка; предыдущіе роды и послѣродовой періодъ нормальны, родила двухъ живыхъ и доношенныхъ дѣтей. Послѣднія регулы были 6 VIII 98. Поступила въ родильную комнату 7 II 99, въ 2 ч. дня, изъ дома съ жалобой на кровотеченіе, которое съ небольшими перерывами у нея существуетъ съ 21 XI 98.

При изслѣдованіи найдено, что наружный зѣвъ пропускаетъ ногтевую фалангу указательнаго пальца, внутренній закрытъ; матка соотвѣтствуетъ по величинѣ III mens. graviditatis.

Сдѣлана тугая тампонація вагины стерилизованной марлей; тампонъ черезъ 5 часовъ промокъ, замѣненъ новымъ, который тоже промокъ; сдѣлано расширеніе шейки Негар'овскими

дилататорами, яйцо обведено ложечкой, захвачено и удалено корнцангомъ; въ шейкѣ яйцо частью разорвалось.

При осмотрѣ яйцо представляетъ изъ себя образованіе, въ общемъ повторяющее форму матки; разрывъ произошелъ въ области decidua vera; послѣдняя представляется кожистой, плотной консистенціи, толщиной до 2½ сант.; наружная ея поверхность шероховатая, внутренняя, обращенная къ яйцу, совершенно гладкая.

Само плодное яйцо имѣетъ 7 сант. длины и 4 сант. въ поперечникѣ; по вскрытіи изъ полости яйца вылилось около 1 столовой ложки мутной жидкости, содержащей клочковатая массы. Плода нѣтъ, но видны остатки пупочнаго канатика. Въ полость яйца выступаютъ три синева-красныхъ узла, образованныхъ кровоизліяніями въ толщѣ плаценты, и здѣсь стѣнки яйца достигаютъ толщины до 2 сант. Decidua serotina пронизана кровоизліяніями.

Résumé. 2 — 3-мѣсячное яйцо задержалось въ полости матки около 3-хъ мѣсяцевъ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Амніонъ и хоріонъ ничего ненормальнаго не представляютъ; сейчасъ же надъ хоріономъ находится сплошное кровоизліяніе, которое сильно разъединило другъ отъ друга ворсинки хоріона. Экстравазировавшія кровяныя клѣтки частью хорошо сохранились, частью подверглись распаденію; повсюду въ массѣ экстравазата видны нити фибрина и аморфныя отложенія стараго кровяного пигмента. Хоріальныя ворсины сильно сдавлены экстравазировавшей кровью; строма ихъ представляется инфильтрированной круглыми, овальными и веретенообразными клѣточными элементами, бѣдными протоплазмой, и содержитъ большое количество соединительнотканыхъ волоконъ. Эпителій ворсинъ большею частью хорошо сохранился, но встрѣчаются ворсины наполовину лишеныя эпителиальнаго покрова, при чемъ клѣтки послѣдняго частью плохо красятся, частью подверглись вакуолизаціи, или же совершенно распались. Повсюду видны отложенія фибрина вокругъ отдѣльныхъ ворсинъ; при этомъ получается впечатлѣніе, что въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ болѣе измѣненъ эпителій ворсинъ, гдѣ меньше замѣтно въ немъ ядерныхъ элементовъ, тамъ и слой

отложившагося фибрина представляется болѣе толстымъ и значительнымъ. Въ поверхностныхъ слояхъ отпадающей кѣтки плохо красятся; здѣсь повсюду разсѣяны некротическіе фокусы; глубже идетъ полъ, гдѣ ткань deciduae представляется диффузно инфильтрированной круглыми кѣтками, которыя мѣстами образуютъ кучевыя скопленія; тамъ и сямъ въ ткани deciduae въ небольшомъ количествѣ разсѣяны полинуклеарныя лейкоциты; наконецъ, въ области отдѣленія яйца, непосредственно прилегавшей къ стѣнкамъ матки, бросаются въ глаза рѣзко эктазированные сосуды, частью свободно проходимые для крови, частью заполненные распадающимися кровяными шариками, среди которыхъ находятся волокна, пронизанныя круглыми, овальными и полинуклеарными кѣточными элементами

II. № 308 по клиническому журналу за 1900 годъ.

Е. И., портниха 19 лѣтъ отъ роду, II-gravida; первый ребенокъ живой, доношенный, послѣродовой періодъ нормальный; поступила въ родильную комнату изъ дома 20 III 1900, въ 12 ч. 50 м. дня, съ жалобой на кровотеченіе, которое началось 18 III. Послѣднія регулы были 20 X 99; до января 1900 года была сильная рвота, по временамъ даже съ кровью. Въ началѣ 3-го мѣсяца появилось кровотеченіе изъ половыхъ путей, и рвота прекратилась; больная замѣтила, что животъ болѣе не растеть, но никакихъ неприятностей не испытывала. Два дня тому назадъ появилось кровотеченіе, которое и заставило больную обратиться въ клинику.

При изслѣдованіи найдено: шейка матки открыта на 1 палець, величина матки соответствуетъ IV mens. graviditatis; кровотеченіе и схватки

Сдѣлана плотная тампонація вагины стерилизованной марлей; въ 5 ч. вечера тампонъ промокъ; по удаленіи его оказалось, что въ наружномъ отверстіи шейки торчитъ плодъ вмѣстѣ съ частью послѣда. Яйцо было удалено цѣликомъ помощью пальца, и полость матки прошипринцована 1% растворомъ lysol'я.

Вышедшее плодное яйцо безъ водъ вѣситъ 125,0; размеры его 10 X 8 сант. Материнская наружная поверхность послѣда представляется плотной, слегка бугристой, только

кое-гдѣ на этой поверхности замѣтны свободно выстоящіе концы ворсинъ, большая же часть поверхности яйца покрыта утолщенной отпадающей кирпично-краснаго цвѣта. На нижней поверхности яйца находится разрывъ оболочекъ шириною въ 1 сант., черезъ который выступаетъ только головка плода.

Плодъ плотный, мумифицированный, имѣетъ въ длину 7 сант., вѣситъ 6,0. Околоплодные воды сошли черезъ образовавшійся во время родовъ разрывъ. Внутренняя поверхность яйца повсюду покрыта пологими возвышеніями — результатъ многочисленныхъ кровоизліяній въ послѣдѣ и отпадающей.

Résumé. Плодъ, умершій въ серединѣ 3-го мѣсяца утробной жизни, задержался въ полости матки 2¹/₂ мѣсяца.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Амнионъ и хоріонъ, кромѣ явленій небольшой инфильтраціи полиморфными кѣточными элементами, ничего особеннаго не представляютъ; тотчасъ надъ хоріономъ находится сплошное кровоизліяніе, прилежація ворсины далеко раздвинуты другъ отъ друга экстравазированной кровью. Строма находящихя здѣсь ворсинъ грубо волокниста, эпителий частью сохранился, частью погибъ. На нѣкоторыхъ ворсинахъ вмѣсто эпителия видна сплошная тонкая каемочка фибрина, въ которой едва можно различить остатки ядеръ эпителиального покрова. За поясомъ кровоизліянія можно видѣть большое количество ворсинъ, не представляющихъ никакихъ измѣненій; эпителий и строма ихъ совершенно нормальны; нѣкоторыя ворсины въ этой области отличаются значительными размерами; мѣстами можно видѣть на поверхности ворсинъ кѣточные скопленія, происшедшія на счетъ пролифераціи элементовъ Langhans'a.

По направленію къ decidua serotina все въ большемъ и большемъ количествѣ попадаютъ ворсины, строма которыхъ представляется фиброзно измѣненной и въ то же время инфильтрированной полиморфными кѣтками соединительнотканнаго характера; эпителий этихъ ворсинъ мѣстами находится въ состояніи распада; повсюду вокругъ ворсинъ расположены массы фибрина. Decidua serotina сплошь инфильтрирована полиморфными кѣтками, въ ней мѣстами видны некротическіе фокусы. На срѣзахъ, взятыхъ изъ краевъ послѣда, мы

не видимъ уже ни одной нормальной ворсинки; здѣсь тотчасъ же надъ хоріономъ повсюду находимъ диффузное кровоизліяніе, пронизанное тяжами фибрина; среди этого кровоизліянія тамъ и сямъ разсыяны ворсинки, эпителий которыхъ представляется въ видѣ непрерывнаго сѣтчато-зернистаго слоя, равномерно окрашеннаго эозиномъ; лишь кое-гдѣ видны здѣсь контуры ядеръ сморщенныхъ и подвергнувшихся распаденію.

Строма этихъ ворсинъ вообще потеряла свою нормальную структуру, и представляется или совершенно однородной, гомогенной, или содержащей большее, сравнительно съ нормой, количество соединительной ткани. Decidua уже тутъ не распознается, вмѣсто нея виденъ сплошной слой фибрина, въ которомъ разсыяны полиморфныя клѣтки.

III. № 75 по клиническому журналу за 1899 годъ.

М. Д., фабричная, поступила въ родильную комнату въ 8 ч. 30 м. вечера 20 I 99 изъ дома, замужняя, 28 лѣтъ, VII-gravida. Всѣ предыдущіе беременности и роды протекали нормально, родила живыхъ и доношенныхъ дѣтей. Послѣ-родовой періодъ нормальный. Послѣднія регулы были 29 VI 98. Въ началѣ декабря было небольшое кровотеченіе, продолжавшееся 4 дня; кровотеченіе повторилось 18 I 99, и черезъ 2 дня больная обратилась въ клинику; схватки начались съ 12 ч. дня 20 I 99.

При изслѣдованіи найдено: шейка матки пропускаетъ 2 пальца, матка соответствуетъ по величинѣ IV mens. graviditatis; воды цѣлы, небольшое кровотеченіе. T° 36,5° C.

Сейчасъ же по поступленіи сдѣлана тугая тампонація влагалища асептической марлей; схватки усилились, и въ 2 ч. 10 м. ночи, по удаленіи тампона, вышло все плодное яйцо цѣликомъ.

Выписалась на 5-й день; послѣродовой періодъ нормальный.

Вышедшее плодное яйцо вѣситъ 176,0, размѣры его 13×8 сант. Почти на всей поверхности, за исключеніемъ нижней периферіи, сохранилась отпадающая оболочка; ткань послѣда пронизана кровоизліяніями; на мѣстѣ дефекта отпадающей виденъ хоріонъ плотный, кожистый, совершенно лишенный ворсинъ. По вскрытіи плоднаго яйца вытекло около

50,0 околоплодныхъ водъ, содержащихъ массу буровато-окрашенныхъ хлопьевъ и комковъ — остатки старыхъ внутри-амниотическихъ кровоизліяній. Внутри полости амніона въ одномъ мѣстѣ выдается въ видѣ бугра, величиною въ лѣсной орѣхъ, кровоизліяніе на краю послѣда.

Пуповина плода представляется очень тонкой, не толще спички; сильно перекручена, обвита вокругъ шеи плода, верхнихъ и нижнихъ его конечностей; длина ея 23 сант. Плодъ имѣетъ въ длину 13 сант.; ясно выраженъ полъ — мальчикъ, — мумифицированный, буровато-желтаго цвѣта; вѣсъ его 35,0.

Résumé. Плодъ, умершій въ концѣ 4-го мѣсяца утробной жизни, вѣроятно вслѣдствіе перекручиванія и обвитія пуповины, задержался въ полости матки 2½ мѣсяца.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено: эпителий амніона повсюду хорошо окрашивается; строма хоріона, равно какъ и амніона, представляется слегка инфильтрированной полиморфными клѣтками соединительнотканнаго характера, которыя, однако, нигдѣ не образуютъ кучевыхъ скопленій; тамъ и сямъ въ стромѣ хоріона видны аморфныя отложенія стараго кровяного пигмента. Ворсинки большею частью имѣютъ строю съ рѣзко выраженнымъ соединительнотканнымъ превращеніемъ; тяжи соединительности сосудовъ ворсинъ, такъ что просвѣты послѣднихъ оказываются мѣстами сдавленными до полного уничтоженія; нѣкоторые сосуды заполнены вполне организованными тромбами. Эпителий ворсинъ хорошо сохранился, мѣстами даже ясно пролиферируетъ; лишь нѣкоторыя изолированныя ворсинки совершенно потеряли свое первоначальное строеніе и представляются въ видѣ неправильныхъ, совершенно безструктурныхъ округлыхъ полей, равномерно окрашенныхъ эозиномъ. Такія некротизованныя ворсинки обычно покрыты эпителиемъ лишь мѣстами, на большей же части периферіи ворсинъ эпителий погибъ и нигдѣ не представляетъ сплошнаго слоя.

Что касается состоянія deciduae serotinae, то въ поверхностныхъ слояхъ ея, прилежащихъ къ ворсинкамъ chorii, видны отложенія фибрина, образующія такъ называемый слой

Nitabuch'a, мѣстами прерывающійся; прилежація межворсинчатя пространства свободно проходима для крови, не затромбозированы и не содержатъ фибринныхъ отложений. Въ ткани decidua serotina повсюду разсѣяны полиморфныя клѣтки, которыя мѣстами образуютъ значительныя кучевыя скопленія съ примѣсю полинуклеарныхъ лейкоцитовъ.

Сосуды decidua serotina частью проходима для крови, частью затромбозированы. Мѣстами встрѣчаются участки, гдѣ экстравазировавшая кровь совершенно разединила элементы отпадающей, и здѣсь клѣтки ея уже плохо красятся. Наконецъ встрѣчаются мѣста, гдѣ вмѣсто ткани deciduae мы видимъ равномерно окрашенные эозиномъ поля, содержащія остатки распавшихся децидуальныхъ клѣтокъ; лишь кое-гдѣ въ этихъ некротическихъ фокусахъ можно видѣть блѣдныя децидуальныя клѣтки съ неясными контурами и слабо окрашенными ядрами. На срѣзахъ, взятыхъ у края послѣда, тамъ, гдѣ макроскопически на поверхности deciduae видно большое, распространенное кровоизліяніе, дегенеративныя измѣненія въ ворсинахъ выражены гораздо рѣзче: здѣсь можно видѣть цѣлые комплексы ворсинъ совершенно потерявшихъ свой эпителий и со всѣхъ сторонъ окруженныхъ слоистымъ фибриномъ; строма ихъ частью представляется совершенно гомогенной, частью содержитъ небольшое количество ядеръ. Что касается состоянія ткани deciduae verae, то, кромѣ кровоизліяній и рѣзкой диффузной инфильтраціи полиморфными клѣтками, она никакихъ измѣненій не представляетъ. Въ deciduae serotina, равно какъ въ фибринѣ, встрѣчаются известковыя отложения; въ нѣкоторыхъ ворсинахъ тоже можно видѣть такія отложения извести, именно въ стѣнкахъ капилляровъ; просвѣты послѣднихъ большею частью сохранились и выполнены аморфнымъ распадомъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

IV. № 352 по клиническому журналу за 1898 годъ.

Н. Н., горничная, 25 лѣтъ, IV-gravida, поступила въ клинику 26 III 98, въ 9 ч. утра. Предыдущіе роды и послѣродовой періодъ нормальны. Послѣднія регулы въ ноябрѣ 96 года, въ началѣ мая 97 года чувствовалась движенія плода, которыя потомъ прекратились; никакихъ неудобствъ не испытывала до января 98 года, когда появилось кровотеченіе,

продолжавшееся 3 дня; кровотеченіе было незначительное, и больная ни къ кому не обращалась. 25 III 98 въ 6 ч. вечера опять наступило кровотеченіе, которое усилилось настолько, что заставило больную обратиться въ клинику.

При изслѣдованіи найдено: шейка матки пропускаетъ палець, небольшое кровотеченіе; дно матки на 1 палець ниже пупка.

Въ 11 ч. 10 м. утра вставленъ былъ въ полость матки кольпейринтеръ Braun'a, наполненный 1% растворомъ lysol'я въ количествѣ 300,0; начались правильныя схватки, и въ 3 ч. 15 м. вышелъ кольпейринтеръ, а вслѣдъ за нимъ и цѣлое плодное яйцо.

По вскрытіи плоднаго яйца вытекло поразительно мало околоплодныхъ водъ; оболочки яйца повсюду прилегали непосредственно къ поверхности плода. Послѣдъ хорошо сформированъ, имѣетъ слегка овальную форму; длинный діаметръ 13 сант., короткий—11 сант., толщина его около 1 сант., вѣсъ 170,0. Маточная поверхность представляется слегка дольчатой; съ одной стороны здѣсь, у края послѣда, находится кровоизліяніе безъ рѣзкихъ границъ; кое-гдѣ на поверхности послѣда замѣтны обрывки децидуальной ткани. Фетальная поверхность послѣда ничего особеннаго не представляетъ; въ общемъ послѣдъ представляется плотнымъ, малокровнымъ, какъ бы высохшимъ; на разрѣзѣ не кровоточитъ.

Пуповина имѣетъ длину 40 сант., сильно перекручена, содержитъ очень мало Вартоновой студени; толщина ея не больше гусиного пера. Плодъ представляется сморщеннымъ и сухимъ, — мальчикъ, — головка его сплющена съ боковъ. Длина 26 сант. Вѣсъ 230,0. Замѣтны волосы на головѣ.

Resumé. Плодъ умеръ въ концѣ V-го мѣсяца утробной жизни и задержался въ маткѣ 10 мѣсяцевъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи плаценты найдено: эпителий амніона повсюду погибъ, хоріонъ представляется значительно утолщеннымъ, клѣтки стромы его плохо красятся. Проходящія въ толщѣ хоріона сосуды частью облитерированы, частью просто спались, при чемъ сохранившіеся еще отчасти просвѣты ихъ выполнены распадомъ кровяныхъ клѣтокъ; повсюду здѣсь можно видѣть поперечныя разрѣзы

сосудовъ, *membrana media* которыхъ представляется лишенной ядеръ, такъ что только характерное концентрически слоистое расположеніе гладкихъ мышечныхъ волоконъ указываетъ, съ чѣмъ имѣешь дѣло. Мѣстами встрѣчаются сосуды, въ которыхъ стѣнки только частью некротизованы, остальная часть периферіи сосуда имѣетъ еще мышечныя волокна съ ясно окрашенными палочкообразными ядрами (см. рис. 3-й). На свободной поверхности хоріона, обращенной къ межворсинчатымъ пространствамъ, повсюду видны отложенія фибрина, образующаго здѣсь непрерывный сѣтччатый слой, въ которомъ только мѣстами находятся ряды клѣтокъ *Langhans'*ова слоя, большею же частью эпителий хоріона погибъ. Отходящія ворсины представляютъ рѣзкое соединительнотканное превращеніе, при чемъ нельзя не отмѣтить, что соединительнотканнныя тяжи идутъ, главнымъ образомъ, по направленію хода сосудовъ. Нѣкоторыя отдѣльныя ворсины отличаются своими размерами. Эпителиальный покровъ ворсинъ частью погибъ, частью хорошо красится; на нѣкоторыхъ ворсинахъ можно видѣть рѣзко выраженную пролиферацію элементовъ клѣточного слоя *Langhans'*а, такъ что здѣсь образуются на поверхности ворсинъ какъ бы эпителиальные выступы, свободный край которыхъ окаймленъ гомогеннымъ слоемъ синцитіума съ характерными круглыми и продолговато-овальными ядрами, интенсивно окрашенными *haematoxylin'*омъ; подъ этимъ слоемъ располагаются, тѣсно прилегая другъ къ другу, клѣтки другого типа, съ большимъ пузырькообразнымъ ядромъ и свѣтлоокрашенной протоплазмой — *Langhans'*овскія клѣтки. На нѣкоторыхъ ворсинахъ эпителиальный покровъ представляется состоящимъ изъ ряда клѣтокъ съ круглымъ интенсивно окрашеннымъ ядромъ и очень небольшимъ поясомъ свѣтлой протоплазмы; эти клѣтки по своему виду представляютъ какъ бы переходную форму отъ *syncytium'*а къ типичнымъ клѣткамъ *Langhans'*а.

Мѣстами можно видѣть ворсины съ ясно пролиферирующимъ и утолщеннымъ плазмодіальнымъ слоемъ; сосѣднія ворсины при этомъ настолько плотно прилегаютъ другъ къ другу, что получается впечатлѣніе полного ихъ спаянія помощью пролиферирующаго *syncytium'*а. Тамъ и сямъ, выполняя про-

странства между ворсинами, встрѣчаются цѣлые островки клѣтокъ съ круглымъ свѣтлоокрашеннымъ ядромъ и свѣтлой протоплазмой, заключенныхъ въ нѣжную сѣть фибрина; во многихъ мѣстахъ можно ясно прослѣдить, что эти клѣточные скопленія происходятъ на счетъ пролифераціи элементовъ *Zellschicht'*а. Сосуды ворсинъ повсюду непроходимы, просвѣты ихъ заполнены молодой соединительной тканью. По направленію къ *decidua serotina* все въ большемъ количествѣ встрѣчаются ворсины, лишенные эпителия, вмѣсто котораго располагаются слои фибрина; строма такихъ ворсинъ бѣдна ядрами и диффузно окрашена эозиномъ. Мѣстами въ этомъ слое плаценты встрѣчаются цѣлые участки, гдѣ на фонѣ густо красящагося фибрина, вмѣсто ворсинъ, видны одни только округлыя, болѣе свѣтлоокрашенныя поля, въ которыхъ лишь въ скудномъ количествѣ разбросаны обломки сморщившихся и подвергшихся каріорексису ядеръ клѣтокъ стромы. Замѣчательно, что эпителий этихъ некротизованныхъ ворсинъ, какъ бы впаянныхъ въ массу фибрина, мѣстами все-таки ясно пролиферируетъ. Что касается состоянія *deciduae serotinae*, то здѣсь мѣстами встрѣчаются участки, гдѣ среди массы фибрина можно видѣть большія или меньшія группы децидуальныхъ клѣтокъ относительно хорошо сохранившихся; большая же часть ихъ погибла, и здѣсь вмѣсто ткани отпадающей мы видимъ диффузно окрашенную эозиномъ массу, въ которой едва замѣтны контуры клѣтокъ и обломки клѣточныхъ ядеръ. На срѣзахъ, взятыхъ изъ краевъ послѣда, мы видимъ, что всѣ элементы плаценты: амніонъ, хоріонъ, равно какъ и ворсины, совершенно потеряли здѣсь всякую структуру. Повсюду разбросаны одни только обломки ядеръ клѣтокъ. *Decidua* въ этихъ мѣстахъ представляется рѣзко инфильтрированной, клѣтки ея также большею частью погибли.

Пуповина на поперечныхъ разрѣзахъ представляетъ картину полного некроза; покровный эпителий исчезъ, клѣтки Вартоновой студени слабо красятся. Сосуды пуповины непроходимы для крови, не затромбозированы, просвѣтъ ихъ занятъ распадомъ красныхъ кровяныхъ клѣтокъ; ядра гладкомышечныхъ волоконъ *mediae* нигдѣ не замѣтны.

V. № 148 по клиническому журналу за 1899 годъ.

В. С., 23 лѣтъ, I-gravida, поступила въ родильную комнату 7 II 99, въ 5 ч. 50 м. утра, изъ 4-го городского пріюта съ жалобой на кровотеченіе, которое началось 2 часа тому назадъ. Первые регулы пришли на 15 году, установились сразу; приходили черезъ 4 недѣли по 6 дней, безъ болей. 21 года вышла замужъ; черезъ 2 недѣли послѣ свадьбы 16 XI 97 были послѣднія крови, послѣ чего появилась тошнота и рвота по утрамъ (*molimina graviditatis?*). Эти явленія спустя 2 мѣсяца прекратились; беспокоилась относительно отсутствія регулъ, парилась въ банѣ, но къ медицинской помощи не прибѣгала. До 7 II 99 кровотечения ни разу не было.

При осмотрѣ оказалось, что шейка матки открыта на 1 палецъ; матка по величинѣ соотвѣтствуетъ III mens. graviditatis. T° 37,4° С.

Сдѣлана тупая тампонація вагины стерилизованной марлей; начались правильныя схватки; яйцо вышло цѣликомъ; кровотеченіе остановилось.

Вышедшее яйцо, величиной съ гусиное, приблизительно на $\frac{2}{3}$ своей поверхности представляется совершенно обнаженнымъ, chorion здѣсь лишентъ ворсинъ; сквозь тонкія оболочки видна содержащаяся внутри жидкость съ примѣсью хлопчатыхъ массъ; плода не видно. Остальная поверхность яйца состоитъ изъ кожистаго образованія (*chorion frondosum*), имѣющаго приблизительно овальную форму; размѣры его 7 × 8 сант., толщина не болѣе $\frac{1}{4}$ сант. По вскрытіи яйца вышло около 3 столовыхъ ложекъ мутной жидкости съ примѣсью краснобурыхъ хлопьевъ. Нигдѣ на внутренней поверхности яйца нельзя замѣтить признаковъ плода даже съ помощью лупы.

Résumé. Яйцо, соотвѣтствующее по своимъ размѣрамъ 2 — 3-мѣсячному возрасту, задержалось въ полости матки нѣсколько мѣсяцевъ (12?); точно указать продолжительность задержки, въ виду неяснаго анамнеза больной, представляется затруднительнымъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено: эпителий амніона всюду совершенно исчезъ; строма хоріона, равно какъ и амніона, содержитъ нормальное количество

ядерныхъ элементовъ, только ядра всюду весьма слабо красятся; эпителий хоріона повсюду отсутствуетъ, на мѣстѣ его расположены слоистыя массы фибрина. Всѣ межворсинчатыя пространства заняты такими же гомогенными отложениями фибрина, мѣстами имѣющими слоистое строеніе, мѣстами представляющимися въ видѣ глыбокъ и сѣтчатой массы. Эпителий ворсинъ повсюду исчезъ и замѣненъ слоями фибрина; сами ворсины представляются въ видѣ округлыхъ полей, слегка диффузно окрашенныхъ эозиномъ; въ нихъ видны еще кое-гдѣ остатки ядеръ, находящихся въ состояніи распада. Клѣтки deciduae тоже всюду погибли и представляются въ видѣ неправильныхъ безъядерныхъ глыбокъ. Тамъ и сямъ, какъ въ decidua, такъ и на ворсинахъ, можно видѣть ядерныя образованія хорошо еще окрашивающіяся, но контуры клѣтокъ при этомъ представляются настолько не ясными, что только по мѣстоположенію ихъ можно судить, какимъ элементамъ онѣ принадлежатъ. Въ общемъ яйцо представляетъ картину полного некроза.

Сопоставляя между собою гистологическія измѣненія, найденныя въ нашихъ случаяхъ, нельзя не видѣть, что есть много общаго между всѣми изслѣдованными препаратами. Прежде всего обращаютъ на себя вниманіе измѣненія чисто деструктивнаго характера, какъ въ фетальной части послѣда, такъ и въ подлежащей decidua; нельзя при этомъ не замѣтить очевидной связи, существующей между состояніемъ той и другой части плаценты. Съ прекращеніемъ жизни плода происходитъ необходимо спаденіе кровеносныхъ сосудовъ хоріальныхъ ворсинъ, осмотической токъ внутрь стромы ихъ сводится при этомъ до minimum'a, и ткани фетальной плаценты могутъ при этихъ условіяхъ жить только въ той мѣрѣ, по сколько сохраняется еще циркуляція крови въ прилежащихъ межворсинчатыхъ пространствахъ и децидуальныхъ сосудахъ. Въ этомъ отношеніи наши препараты представляютъ поучительную картину извѣстной градаціи въ распространеніи регрессивныхъ измѣненій на больший или меньшій районъ фетальной плаценты. Тамъ, гдѣ decidua serotina содержитъ

еще относительно много проходимыхъ сосудовъ, и ворсинны представляются большею частью хорошо сохранившимися (№№ 75, 150, 308), эпителий и строма ихъ хорошо красятся, но и въ этихъ, лучше сохранившихся, плацентахъ можно видѣть участки, гдѣ ворсинны подверглись полной некротизаціи и потеряли всякую структуру.

Послѣдній препаратъ (№ 148) представляетъ картину полного некроза плодныхъ оболочекъ (см. рис. 4-й); здѣсь нельзя уже различить ткани отпадающей, она подверглась полной дезорганизаціи, и, въ зависимости отъ этого, и ткани фетальной части послѣда настолько измѣнились, что стали едва узнаваемы. Замѣчательно далѣе, что во всѣхъ нашихъ случаяхъ деструктивныя измѣненія, гибель ворсинъ, отложенія вокругъ нихъ фибрина, гораздо рѣзче выражены въ краевыхъ частяхъ плаценты, такъ что получается впечатлѣніе, что некротизація постепенно распространяется отъ периферическихъ частей плаценты къ ея центру. Нужно думать, что это явленіе зависитъ отъ сморщиванія всего яйца *in toto*, постепенно наступающаго послѣ смерти плода. Уже вслѣдствіе одного спаденія капилляровъ ворсинъ и уменьшенія количества плазмы диффундирующей внутрь стромы ихъ, плацента необходимо должна нѣсколько сжаться послѣ смерти плода и, слѣдовательно, нѣсколько отстать по периферіи отъ подлежащей *decidua*; поэтому краевыя части плаценты оказываются изолированными отъ материнской крови и скоро подвергаются некрозу; дальнѣйшее сморщиваніе яйца, наступающее вслѣдствіе постепеннаго всасыванія амниотической жидкости, еще болѣе способствуетъ этому отдѣленію плаценты отъ стѣнки матки, такъ что все болѣе и болѣе увеличивается поясъ по краямъ плаценты, гдѣ связь съ подлежащей *decidua* оказывается совершенно нарушенной. Наконецъ, спадаясь, яйцо можетъ вполне отдѣлиться на всей поверхности отъ стѣнокъ матки, и тогда всѣ его ткани оказываются совершенно некротизованными (№ 148).

Далѣе, весьма замѣчательно, что процессъ некротизаціи фетальной части плаценты наступаетъ лишь съ значительной постепенностью; несмотря на задержку въ теченіе многихъ мѣсяцевъ послѣ смерти плода, нѣкоторыя ворсинны не только

сохраняютъ свою структуру, но даже мѣстами сильно гипертрофируются, а покрывающій ихъ эпителий, размножаясь, даетъ начало большимъ клѣточнымъ скопленіямъ.

Переходя теперь къ болѣе детальному разсмотрѣнію гистологическихъ измѣненій придатковъ плода, мы прежде всего должны указать, что, какъ видно на препаратахъ № 352 и № 148, не только *amnion* и *chorion frondosum*, но и *chorion laeve* могутъ при продолжительной задержкѣ совершенно некротизоваться. Обстоятельство это очень важно въ клиническомъ отношеніи, такъ какъ при такомъ состояніи оболочекъ плоднаго яйца нельзя уже говорить о полномъ его герметизмѣ: прилегая къ внутреннему зѣву, некротизованныя оболочки плода, очевидно, въ этихъ случаяхъ не могутъ представлять преграды для импрегнаціи микроорганизмовъ, и, слѣдовательно, является полная возможность гниlostнаго разложенія плода и безъ нарушенія цѣлости его оболочекъ.

Что касается состоянія ворсинъ, то, какъ видно изъ приведенныхъ описаній, онѣ представляются, то почти совершенно нормальными, то съ фиброзно-перерожденной стромой, то некротизованными. Если мы можемъ еще удовлетворительно объяснить, почему однѣ ворсинны погибаютъ, другія же долго сохраняютъ свою первоначальную структуру, то нельзя того же сказать о причинахъ соединительнотканнаго превращенія ихъ стромы. Развивается ли такое измѣненіе въ результатъ задержки, или оно составляетъ прижизненное явленіе, сказать трудно. Отчасти, быть можетъ, волокнистое строеніе стромы только рѣзче выступаетъ, вслѣдствіе одного сморщиванія ворсинъ, при чемъ широкія петли эмбриональной соединительной ткани становятся уже и вытягиваются въ длину съ уменьшеніемъ количества жидкаго межуточнаго вещества; но, конечно, было бы грубой натяжкой объяснять однимъ только этимъ спаденіемъ ворсинъ грубо-волокнистое строеніе ихъ стромы; судя по толщинѣ волоконъ и количеству ядерныхъ элементовъ, здѣсь дѣло идетъ именно о разрастаніи соединительно-волокнистой ткани, при чемъ мѣстами, путемъ своеобразнаго набуханія и слиянія этихъ волоконъ, возникаетъ новая гиалиновая субстанція. Во всякомъ случаѣ, то обстоятельство, что фиброзное превращеніе стромы ворсинъ наблюдается во

всѣхъ нашихъ случаяхъ (кромѣ послѣдняго, гдѣ наступилъ полный некрозъ яйца), указываетъ на существованіе одной общей причины. Такія измѣненія стромы ворсинъ, какъ извѣстно, свойственны люетическимъ плацентамъ¹⁾, но ни въ одномъ изъ нашихъ случаевъ нѣтъ никакихъ указаній на lues. Также Мах Graefe на всѣхъ своихъ препаратахъ (7 случаевъ) находилъ соединительнотканное превращеніе стромы ворсинъ, но и у него только въ одномъ случаѣ (случай подъ № 66) въ анамнезѣ значится lues отца. По мнѣнію Graefe, „только въ первыя недѣли задержки эмбриональная ткань стромы ворсинъ остается въ неизмѣненномъ состояннн, далѣе же она подвергается соединительнотканному превращенію“ (in der Regel eine bindegewebige Degeneration)²⁾; такимъ образомъ нужно думать, что соединительнотканное превращеніе стромы ворсинъ развивается въ слѣдствіе самой задержки, послѣ смерти плода, и служитъ нагляднымъ доказательствомъ сохранившейся еще активной жизнедѣятельности кѣлокъ стромы ворсинъ.

Относительно состоянія сосудовъ ворсинъ нужно сказать, что на двухъ препаратахъ (№ 352 и 75) ясно выражена облитерація ихъ путемъ разрастанія соединительнотканннхъ кѣлокъ интимы; облитерація замѣтна на большей части сосудовъ и не всегда ведетъ къ полному запустѣнію ихъ просвѣта. Важно, что облитерированными оказываются капилляры ворсинъ и болѣе тонкіе сосуды хоріона (см. рис. 2-ой); сосуды же болѣе крупнаго калибра, идущіе въ ткани chorii, оказываются или совершенно нормальными, или некротизованными, а просвѣты ихъ выполнены распадомъ кровяныхъ тѣлецъ. Въ двухъ другихъ случаяхъ (№ 150 и 308) облитерація сосудовъ не замѣтна, но именно на этихъ препаратахъ мы видимъ массу ворсинъ, въ которыхъ не видно никакихъ слѣдовъ сосудовъ; это объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что эти абортивныя яйца болѣе молодого возраста (2—3 мѣсяца), чѣмъ предыдущія. Нѣжные сосуды ворсинъ здѣсь просто спались съ прекращеніемъ фетальнаго крово-

¹⁾ Fränkel. Ueber Placentarsyphilis. Arch. f. Gyn. Bd V, стр. 33.

²⁾ L. c., стр. 149.

обращенія, и замѣтитъ ихъ среди стромы, при еще слабомъ вообще развитіи ихъ стѣнокъ, оказывается совершенно невозможнымъ; напротивъ, болѣе крупныя сосуды хоріона представляются съ совершенно не измѣненными просвѣтами. Merttens¹⁾, на основаннн своихъ изслѣдованій, склоненъ думать, что означенная облитерація сосудовъ ворсинъ есть явленіе посмертное, наступающее въ результатѣ задержки; въ пользу такого предположенія говоритъ, по его мнѣнію, во-первыхъ, тотъ фактъ, что на свѣжихъ абортивныхъ яйцахъ никогда нельзя найти такого разрастанія элементовъ интимы въ просвѣтахъ сосудовъ; во-вторыхъ, если даже предположить, что облитерація происходитъ intra vitam foetus, то было бы большою натяжкой допустить возможность питанія плода, когда болѣе большая часть сосудовъ ворсинъ оказывается уже облитерированной; напротивъ, есть полное основаніе думать, что смерть плода наступаетъ гораздо раньше, когда только начинается процессъ суженія сосудистаго русла, и такимъ образомъ происходитъ затрудненіе кровообращенія и газоваго обмѣна плода.

Если же остановиться на болѣе вѣроятномъ предположеннн, что облитерація сосудовъ ворсинъ наступаетъ съ прекращеніемъ фетальнаго кровообращенія аналогично тому, какъ развивается послѣдовательное запустѣніе просвѣта сосудовъ при двусторонней ихъ перевязкѣ, то становится яснымъ, почему разрастанія элементовъ интимы не видно въ сосудахъ пупочнаго канатика и въ большей части сосудовъ хоріона: эти образованія оказываются слишкомъ удаленными отъ материнской крови, плохо питаются и, какъ видно на одномъ изъ нашихъ препаратовъ (№ 352), могутъ даже подвергнуться полной некротизаціи. V. Franqué²⁾ указываетъ, что первыя стадіи облитераціи сосудовъ ворсинъ можно видѣть при изслѣдованнн послѣдовъ обыкновенныхъ мацерированныхъ плодовъ, т.-е. которые задержались въ полости матки 8—14 дней. При этомъ оказывается, что просвѣты нѣкоторыхъ сосудовъ ворсинъ, еще содержащихъ кровь, пронизаны тонкими, нѣжными отростками веретенообразныхъ кѣлокъ, происходящихъ изъ

¹⁾ L. c., стр. 83.

²⁾ Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd XXXVII, стр. 283.

элементов интимы. Полное же запусѣніе сосудовъ ворсинъ наступаетъ въ послѣдахъ, задержавшихся по крайней мѣрѣ мѣсяць, но иногда и при болѣе продолжительной задержкѣ (2 мѣсяца) одни сосуды представляются совершенно нормальными, другіе — частично облитерированными; словомъ, облитерация сосудовъ ворсинъ, послѣ смерти плода, происходитъ лишь съ значительной постепенностью (*ziemlich langsamer*), и хотя наблюденія показываютъ, что разрастаніе элементовъ интимы въ сосудахъ ворсинъ можетъ иногда происходить и при жизни плода, какъ это, напримѣръ, имѣетъ мѣсто въ случаѣ люетического пораженія плаценты, но, тѣмъ не менѣе, нельзя еще отрицать возможности облитерации сосудовъ и съ прекращеніемъ фетального кровообращенія. Въ пользу этого, по мнѣнію v. Franqué, говоритъ то обстоятельство, что при изслѣдованіи ретинированныхъ кусочковъ плацентарной ткани (*Placentarpolypen*), искусственно удаленныхъ изъ матки спустя 14—16 дней послѣ нормальныхъ родовъ живымъ и доношеннымъ плодомъ, онъ всегда находилъ, если не полную облитерацию сосудовъ ворсинъ, то начальныя стадіи этого процесса, въ видѣ образованія въ просвѣтѣ сосудовъ нѣсколькихъ мелкихъ отверстій („*scheinbare Ersetzung eines grösseren Gefässes durch eine Anzahl ganz regelmässiger kleiner Lumina*“, стр. 280).

Это обстоятельство несомнѣнно доказываетъ, что облитерация хоріальныхъ сосудовъ можетъ происходить при такихъ условіяхъ, когда не можетъ быть и рѣчи о циркуляціи фетальной крови, и, слѣдовательно, нѣтъ основаній разсматривать этотъ процессъ, какъ исключительно развивающійся *intra vitam foetus*.

Что касается состоянія эпителиальнаго покрова ворсинъ, то, какъ показываютъ наши изслѣдованія, мѣстами онъ хорошо сохраняется, мѣстами же погибаетъ и замѣщается фибринными отложениями.

Замѣчательно, что на нѣкоторыхъ ворсинахъ происходитъ даже значительная пролиферація элементовъ клѣточного слоя Langhans'a, или же гиперплазированнымъ оказывается плазмодіальный покровъ; при этомъ получаютъ картины, напоминающія до нѣкоторой степени измѣненія въ эпителии ворсинъ

при пузырьномъ заносѣ (*mola hydatitosa*) и начальныя стадіи злокачественнаго новообразованія *chorio-epithelioma destruens* (*Deciduoma malignum Säger'a*). Такія эпителиальныя разрастанія были описаны въ послѣднее время Хворостанскимъ, который тоже наблюдалъ ихъ при аналогичныхъ условіяхъ — въ плацентѣ, задержавшейся въ полости матки 7 мѣсяцевъ, гдѣ плодъ имѣлъ въ длину только 1 сант.¹⁾ Интересно, что разрастанія эпителия наблюдаются иногда даже на тѣхъ ворсинахъ, строма которыхъ плохо красится, что и понятно, такъ какъ эпителий ворсинъ находится во всякомъ случаѣ въ лучшихъ условіяхъ питанія, чѣмъ подлежащія клѣтки стромы. Мѣстами въ промежуткахъ между ворсинами находятся цѣлыя клѣточные скопленія, несомнѣнно происшедшія на счетъ пролифераціи элементовъ Langhans'ова слоя. Въ пользу этого говорятъ довольно убѣдительныя микроскопическія картины, гдѣ непосредственно виденъ переходъ клѣтокъ глубокаго слоя въ означенныя клѣточные скопленія (см. рис. 1-й). Такіе *Zellknoten Langhans'a*, *Zellhaufen*, *Ektoderminseln* другихъ авторовъ, составляютъ, какъ извѣстно²⁾, обычную находку въ плацентахъ ранняго возраста, въ болѣе же позднюю эпоху развитія, послѣ V-го мѣсяца беременности, количество клѣточныхъ скопленій уменьшается до полного ихъ исчезновенія; слѣдовательно, одинъ фактъ нахождения клѣточныхъ скопленій въ промежуткахъ между ворсинами не доказываетъ еще въ нашемъ случаѣ размноженія Langhans'овскихъ клѣтокъ послѣ смерти плода, въ результатѣ задержки, но состояніе покровнаго эпителия ворсинъ, образующаго мѣстами, какъ сказано выше, цѣлыя кучевыя скопленія, несомнѣнно говоритъ за сохранившуюся еще генеративную способность клѣтокъ какъ Langhans'ова слоя, такъ и покрывающаго *syncytium'a*.

Перехожу теперь къ обзору измѣненій, претерпѣваемыхъ отпадающей оболочкой, какъ ткани, на счетъ которой происходитъ питаніе фетальной плаценты. Какъ видно изъ приве-

¹⁾ *Syncytioma malignum und sein Zusammenhang mit der Blasenmole. Arch. f. Gyn. 1900. Bd 62, стр. 99.*

²⁾ Улезко-Строганова. „Матеріалы къ микроскопическому строенію послѣда“. Жур акуш. и женск. бол. 1895, стр. 308.

денныхъ описаній, ткань deciduae serotinae представляется во всѣхъ случаяхъ, вообще, болѣе или менѣе глубоко измѣненной; помимо кровоизліяній, инфильтраціи ткани полиморфными клѣтками, здѣсь находятся также болѣе или менѣе обширные некротическіе фокусы и фибринныя отложенія; сосуды представляются частью проходимыми, частью заполненными старыми тромбами. Соотвѣтственно ухудшенію условій кровообращенія въ decidua serotina постепенно запусѣваютъ и прилежащія межворсинчатыя пространства; при этомъ все болѣе увеличиваются отложенія фибрина вокругъ отдѣльныхъ ворсинъ и ихъ комплекса, пока, наконецъ, бѣльшая часть фетальной плаценты оказывается такимъ образомъ совершенно изолированной отъ материнской крови.

Сравнивая гистологическія измѣненія deciduae въ нашихъ случаяхъ съ описаніями, имѣющимися въ этомъ отношеніи у Litthauer'a ¹⁾, Merttens'a, Graefe, v. Franqué, Schaeffer'a и др., нельзя не видѣть много общихъ чертъ, свойственныхъ всѣмъ описаннымъ случаямъ задержки плоднаго яйца. Говоря вообще, эти измѣненія децидуальной ткани, обычно находимыя при missed abortion, мало характерны, и если судить только по состоянію отпадающей, то задержавшіяся абортивныя яйца не представляютъ ничего отличнаго по сравненію съ обычнымъ выкидышемъ. На ряду съ процессами пролифераціи клѣточныхъ элементовъ децидуальной и соединительной ткани, иногда съ гиперплазіей железъ, обычно при missed abortion находимы были также тромбозъ сосудовъ deciduae, геморрагическіе и некротическіе фокусы въ ней, жирноперерожденныя децидуальныя клѣтки, болѣе или менѣе значительная инфильтрація серотинальной ткани лейкоцитами и тому подобныя явленія, указывающія на хроническое воспалительное состояніе децидуальной ткани. Коротко говоря, судя по всему, въ основѣ заболѣванія при missed abortion лежитъ тотъ же патолого-анатомическій процессъ, чтѣ и при обычномъ выкидышѣ, — процессъ достаточно уже изученный какъ въ этиологическомъ, такъ и въ гистоло-

¹⁾ Retention abgestorbener Früchte im Uterus. Inaug. Diss. Berlin. 1887.

гическомъ отношеніяхъ, и извѣстный подъ общимъ названіемъ endometritis decidualis chronica.

Нѣтъ сомнѣнія, что воспалительныя измѣненія въ decidua развиваются болѣею частью еще при жизни плода, и въ нихъ, нужно думать, лежитъ причина преждевременной остановки его развитія; важно однако то обстоятельство, что деструктивныя измѣненія децидуальной ткани, несомнѣнно, прогрессируютъ по мѣрѣ задержки плоднаго яйца въ полости матки, постепенно захватывая все бѣльшій районъ, въ концѣ концовъ могутъ повести къ такому нарушенію питанія плоднаго яйца, что наступаетъ полный некрозъ послѣдняго аналогично тому, какъ при періоститѣ можетъ произойти некрозъ подлежащей кости. Кромѣ того, микроскопическія картины, наблюдающіяся при изслѣдованіи долго задержавшихся абортивныхъ яицъ, представляютъ большой интересъ и въ томъ смыслѣ, что наглядно иллюстрируютъ явленія переживанія тканей, уже не имѣющихъ, съ прекращеніемъ жизни плода, никакого фізіологическаго значенія въ организмѣ. Достаточно, повидимому, самаго незначительнаго осмотическаго тока изъ сосудовъ межворсинчатыхъ пространствъ, еще отчасти проходимыхъ для крови, чтобы нѣкоторыя ткани плаценты еще долго сохраняли свое строеніе; внѣшнимъ выраженіемъ этой сохранившейся еще активной жизнѣдѣтельности клѣтокъ являются вышеуказанныя процессы превращенія эмбриональной слизистой ткани стромы ворсинъ въ соединительноволокнистую, облитерація сосудовъ и иногда пролиферація клѣтокъ эпителиальнаго покрова ворсинъ.

Все это, а главнымъ образомъ сохраненіе нормальной красящей способности клѣтокъ, не оставляетъ никакого сомнѣнія, что оболочки плода продолжаютъ еще питаться послѣ смерти плода въ теченіе цѣлыхъ мѣсяцевъ, хотя питаніе это оказывается настолько не совершеннымъ, что бѣльшая часть тканей въ концѣ концовъ погибаетъ.

Здѣсь интересно обратить вниманіе еще и на другую сторону вопроса; именно, важно выяснитъ, можетъ ли происходить дальнѣйшій ростъ плаценты и оболочекъ плода послѣ его смерти.

Что ростъ элементовъ placentaе foetalis, говоря вообще,

не связанъ абсолютно съ жизнью плода — это доказывается уже случаями *mola hydatitosa* и *deciduoma malignum*, образованиями, указывающими, что при соответствующихъ условияхъ питанія клѣточные разрастанія фетального происхожденія могутъ дать самыя пышныя и причудливыя формы. Однако въ этихъ случаяхъ усиленный ростъ обусловливается главнымъ образомъ тѣмъ, что клѣтки новообразования находятъ новые источники для своего питанія путемъ прорастанія въ глубокіе слои отпадающей и въ подлежащій мускульный слой матки; при *missed abortion*, какъ указано было выше, условия для питанія элементовъ плаценты складываются вообще неблагоприятно. Вслѣдствіе постепенно все увеличивающихся разстройствъ децидуального кровообращенія, шансы для роста, по мѣрѣ задержки плоднаго яйца, понижаются и наконецъ совершенно сходятъ на нѣтъ. Соответственно съ этимъ, самое большее, чтѣ было найдено авторами при микроскопическомъ изслѣдованіи долго задержавшихся плацентъ, это — гиперплазія лишь нѣкоторыхъ отдѣльныхъ ворсинъ (какъ въ нашихъ препаратахъ № 352 и 308), и, насколько извѣстно, никто еще не наблюдалъ въ этихъ случаяхъ образованія новыхъ ворсинъ и ихъ развѣтвленія; тѣмъ не менѣе, на основаніи однихъ уже теоретическихъ соображеній, нельзя согласиться съ мнѣніемъ, слишкомъ категорично высказаннымъ Graefe ¹⁾, что оболочки плода вообще не могутъ расти послѣ его смерти. Всѣ случаи, гдѣ величина яйца находится въ значительномъ несоотвѣтствіи съ размѣрами плода, по мнѣнію этого автора, легко объясняются пассивнымъ растяженіемъ плодныхъ оболочекъ въ слѣдствіе патологическаго скопленія амниотической жидкости, т. е. ранняго *hydramnios*.

Едва ли такое объясненіе приложимо для всѣхъ случаевъ; послѣ всего вышесказаннаго представляется очень вѣроятнымъ, что, по крайней мѣрѣ, въ первыя недѣли послѣ смерти плода оболочки плода и его плацента могутъ расти, развѣтвляясь налицо подходящія условия, т. е. извѣстная энергія кровообращенія въ *decidua*. Schaeffer ²⁾, специально за-

¹⁾ Л. с., стр. 41 и 42.

²⁾ Л. с., стр. 353.

нимавшійся изслѣдованіемъ этого вопроса, путемъ многочисленныхъ взвѣшиваній и измѣреній какъ плодныхъ оболочекъ съ плацентой, такъ и самыхъ плодовъ, пришелъ къ заключенію, что, чѣмъ моложе плодное яйцо, и чѣмъ меньше отношеніе плода къ вѣсу всего яйца, тѣмъ въ болѣе сильной степени питаются оболочки плода, тѣмъ болѣе онѣ растутъ послѣ его смерти. Рѣзче всего этотъ дальнѣйшій ростъ оболочекъ выраженъ на абортивныхъ яйцахъ первыхъ шести недѣль беременности, но и въ болѣе позднюю эпоху развитія, на второмъ и третьемъ мѣсяцѣ эмбриональной жизни, плодныя оболочки могутъ еще замѣтно расти. Произведенныя Schaeffer'омъ тщательныя взвѣшиванія послѣдовъ мацерированныхъ плодовъ показали, что и въ слѣдующіе мѣсяцы беременности такой ростъ плаценты еще возможенъ: вѣсъ этихъ послѣдовъ былъ вообще больше, чѣмъ таковой у здоровыхъ плодовъ той же эпохи развитія, причемъ никакихъ указаній на заболѣваніе послѣдовъ (*placentitis syphilitica*) совершенно не было.

Вполнѣ раздѣляя мнѣніе Schaeffer'a о возможности роста плаценты и плодныхъ оболочекъ въ первое время послѣ смерти плода, въ особенности въ ту эпоху беременности, когда серотинальная ткань еще не достигла своего окончательнаго развитія, мы однакоже должны замѣтить, что одни взвѣшиванія и измѣренія оболочекъ и плаценты, безъ соответствующаго микроскопическаго изслѣдованія, могутъ привести къ выводамъ недостаточно еще надежнымъ.

Дѣло въ томъ, что послѣдъ, какъ это вполнѣ справедливо замѣчаетъ Graefe ¹⁾, можетъ иной разъ представляться утолщеннымъ, гипертрофическимъ, имѣть болѣе значительный вѣсъ, чѣмъ это соответствуетъ его возрасту, но это, такъ сказать, только видимая, ложная гипертрофія; это увеличеніе размѣровъ и вѣса плаценты можетъ зависѣть отъ кровоизліяній въ ней, отложеній фибрина, разрастанія соединительной ткани или отека состоянія ворсинъ. Съ другой стороны, послѣдъ можетъ представляться какъ бы сильно разросшимся по поверхности яйца, такъ что болѣе большая часть его периферіи оказывается окруженной плацентарной тканью, но

¹⁾ Л. с., стр. 63.

если обратить при этомъ вниманіе на толщину послѣда, то сейчасъ же бросается въ глаза его поразительное уплощеніе; нужно думать, что это утонченіе плаценты есть результатъ механическаго растяженія ея по плоскости, вслѣдствіе избыточнаго накопленія въ полости яйца liquor amnii.

По нашей статистикѣ, плацента обозначена развитой несоотвѣтственно возрасту яйца въ 10 случаяхъ (№№ 9, 14, 26, 38, 78, 85, 106, 120, 129, 131 по таблицѣ А); однако, при краткости сдѣланныхъ описаній и отсутствіи указаній на гистологическія особенности строенія этихъ плацентъ, возможно предположить, что, по крайней мѣрѣ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, авторы наблюденій, вѣроятно, имѣли дѣло съ вышеуказанными патологическими измѣненіями плаценты; наконецъ, нельзя отрицать, что иногда гипертрофія плаценты, развившаяся еще *intra vitam foetus*, давала поводъ къ ложному выводу о ростѣ плаценты послѣ смерти плода.

Мы рассмотрѣли патолого-анатомическія измѣненія, постигающія плодъ и его оболочки при продолжительной задержкѣ въ полости матки; посмотримъ теперь, что происходитъ съ самой маткой, разъ плодъ умеръ, и беременность такимъ образомъ оказывается въ физиологическомъ смыслѣ уже прекратившейся.

Уже на основаніи однихъ теоретическихъ соображеній нужно думать, что въ этихъ случаяхъ, съ прекращеніемъ рефлекса со стороны растущаго яйца, въ маткѣ могутъ наступить явленія обратной инволюціи. Съ этой точки зрѣнія вышеописанные распространенные некротическіе фокусы въ decidua приобрѣтаютъ новое значеніе, именно, быть можетъ, фактъ находенія ихъ въ нашемъ случаѣ служитъ до нѣкоторой степени показателемъ наступившей уже отчасти обратной инволюціи deciduae; это тѣмъ болѣе вѣроятно, что, согласно изслѣдованіямъ Klein'a ¹⁾, явленія жирового перерожденія и коагуляціоннаго некроза въ отпадающей наблюдаются и при нормальной беременности и составляютъ результатъ обратной инволюціи deciduae, обычно наступающей со второй половины беременности.

¹⁾ Entwicklung und Rückbildung der Decidua. Ctbl. f. Gyn. 1891, p. 444.

Правда, условія для обратной инволюціи и тѣмъ болѣе регенераціи слизистой при missed abortion складываются вообще неблагоприятно, такъ какъ мы знаемъ ¹⁾, что достаточно даже небольшому количеству ворсинъ сохранить еще связь со слизистой матки post partum, чтобы развились уже явленія subinvolutio deciduae in puerperio, но, съ другой стороны, есть полное основаніе думать, что по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда плодное яйцо теряетъ всякую связь съ материнской слизистой, въ послѣдней могутъ происходить вышеуказанные процессы совершенно такъ же, какъ это имѣетъ мѣсто въ пуэрпериальной маткѣ.

Въ этомъ отношеніи особенно поучителенъ случай Chiari—Орлова (№ 86) ²⁾, гдѣ у больной, умершей отъ цирроза печени, при аутопсіи было найдено яйцо двух-трехмѣсячнаго возраста, задержавшееся около 10 мѣсяцевъ. Внутренняя поверхность матки даже на мѣстѣ находенія яйца покрыта была нормальной слизистой съ железами и хорошо выраженнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; плодное яйцо совершенно легко отдѣлялось на всей поверхности отъ внутренней стѣнки матки, и нигдѣ между ворсинами его, несмотря на многочисленные срѣзы, нельзя было доказать существованія deciduae. Замѣчательно, что и стѣнки матки нигдѣ не представляли измѣненій, характерныхъ для беременности: нигдѣ нельзя было видѣть гипертрофіи мышечныхъ волоконъ.

Здѣсь будетъ уместно упомянуть также о другомъ случаѣ запоздалаго выкидыша, описанномъ г. Ивановымъ (№ 46), гдѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи, сдѣланномъ лично нами, тоже найденъ былъ регенерировавшій маточный эпителий; весьма интересенъ также случай O. Schaeffer'a ³⁾ (№ 102), гдѣ задержка плоднаго яйца продолжалась цѣлый годъ послѣ смерти плода; серотинальная поверхность послѣда представлялась совершенно некротизованной, только кое-гдѣ въ глубинѣ послѣда находились отдѣльныя группы ворсинъ относительно нормальной структуры. Авторъ считаетъ кровотечения,

¹⁾ C. Gebhard. Patologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Leipzig. 1899, стр. 250.

²⁾ Ref. Ctbl. f. Gyn. 1896, № 9, стр. 263.

³⁾ L. c., стр. 342.

периодически правильно повторявшаяся у его больной въ послѣдніе три мѣсяца до выхожденія наружу плоднаго яйца, за нормально наступившія регулы. По мнѣнію Schaeffer'a, съ прекращеніемъ въ данномъ случаѣ анатомической связи яйца со слизистой матки, послѣдняя постепенно регенерировалась, пока, наконецъ, оказалась въ состояніи исполнять свою физиологическую менструальную функцію. Если такимъ образомъ, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ missed abortion, слизистая матки подвергается пуэрперальнымъ измѣненіямъ, то относительно mesometrium'a нужно думать, что процессы обратной инволюціи его мышечныхъ волоконъ, съ прекращеніемъ беременности въ физиологическомъ смыслѣ, послѣ смерти плода должны развиваться постоянно. Главный стимулъ для роста мышечныхъ волоконъ матки исчезаетъ съ прекращеніемъ жизни плода, энергія кровообращенія въ слизистой матки значительно понижается, а вслѣдъ за этимъ ослабѣваетъ и общая циркуляція крови въ сосудахъ матки; часть сосудистаго русла запусѣваетъ, синусы тромбозируются, и вообще вся матка подвергается обратной инволюціи. Анатомически доказать такіа измѣненія въ маткѣ при missed abortion, labour приходится очень рѣдко, такъ какъ лишь немногіе случаи попадаютъ на секціонный столъ или служатъ поводомъ для производства экстирпаціи матки, однако Sānger считаетъ наступленіе обратной инволюціи мышцы матки вполне возможнымъ, разъ плодное яйцо остановилось въ своемъ дальнѣйшемъ развитіи; подтвержденіемъ такого взгляда служить вышеупомянутый случай Chiari—Орлова; также весьма поучителенъ случай Schmidt'a ¹⁾ (№ 109), гдѣ было сдѣлано точное микроскопическое изслѣдованіе матки, экстирпированной per vaginam въ виду неудержимаго кровотеченія post partum. Задержка плода продолжалась 7 мѣсяцевъ; при микроскопическомъ изслѣдованіи на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда (Placentarstelle) найдены повсюду въ венозныхъ синусахъ и венахъ оставшейся серотины старые тромбы съ новообразованными сосудами въ центрѣ, т.-е. тромбы, по-

¹⁾ Ein Fall von Atonia Uteri mit tödlichen Ausgang. Ctbl. f. Gyn. 99, стр. 1088.

являющіеся гораздо позже и свойственные только маткѣ пуэрперальной. Такимъ образомъ, съ прекращеніемъ жизни плода и остановкой нормальнаго роста яйца, въ тканяхъ матки наступаютъ процессы обратной инволюціи совершенно такъ же, какъ это имѣетъ мѣсто in puerperio; отпадающая тоже подвергается регрессивнымъ измѣненіямъ и регенераціи, при чемъ, по крайней мѣрѣ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, эта регенерація слизистой оказывается настолько уже законченной и совершенной, что бываетъ возможно наступленіе menstrua, несмотря на присутствіе плода въ полости матки.

IV.

Въ чемъ же лежитъ причина долговременной задержки плода въ полости матки?

Мнѣніи въ этомъ отношеніи высказано очень много, но все они могутъ быть распредѣлены на двѣ большія группы: одни авторы искали причину задержки въ самомъ плодномъ яйцѣ, въ его оболочкахъ и послѣдѣ, другіе же — въ маткѣ, ея нервахъ и мышцѣ. Первый толчокъ къ этимъ анатомическимъ изысканіямъ дала работа покойнаго профессора Славянскаго ¹⁾, который въ воспалительныхъ измѣненіяхъ отпадающей (endometritis decidualis chronica) пытался найти ключъ къ объясненію загадки. Дальнѣйшія наблюденія не подтвердили однакоже такого предположенія; изслѣдованія Virchow'a, Veit'a, Hegar'a, Maier'a, Kaltenbach'a и многихъ другихъ показали, что разные виды endometritis decidualis составляютъ обычную находку при выкидышѣ, и что, слѣдовательно, однимъ только эндометритомъ нельзя объяснить задержку плода въ полости матки.

Гораздо больше послѣдователей нашло себѣ другое мнѣніе, по которому плодное яйцо задерживается вслѣдствіе продолжающагося еще питанія его оболочекъ и послѣда; указывалось, что сохранившаяся еще органическая связь яйца со

¹⁾ On endometritis decidualis chronica as a cause of abortion. Edinburgh. Medical Journal. 1873.

стѣнками матки является поводомъ для задержки. На эту причину задержки ссылаются Hegar ¹⁾, Kormann ²⁾, Kaltenbach ³⁾, о ней же упоминается у Liebman'a ⁴⁾, Schaeffer'a ⁵⁾ и Schroeder'a ⁶⁾. Дѣйствительно, микроскопическія данныя подтверждаютъ, какъ видно это изъ предыдущаго, что оболочки плода и его послѣдъ продолжаютъ еще питаться нѣкоторое время послѣ смерти плода, но питаніе это совершается во всякомъ случаѣ далеко неудовлетворительно; на это указываетъ цѣлый рядъ дегенеративныхъ измѣненій, наблюдающихся какъ на фетальной, такъ и на материнской части послѣда. Тромбозъ, геморрагіи и некротическіе фокусы въ decidua serotina, обычно находимые при missed abortion, несомнѣнно убѣждаютъ, что анатомическая связь яйца со стѣнками матки при этомъ представляется во всякомъ случаѣ очень слабой, такъ что, за очень рѣдкими исключеніями, не можетъ быть и рѣчи о крѣпкихъ сращеніяхъ, могущихъ якобы серьезно противостоятъ активнымъ сокращеніямъ матки. Если же нѣкоторые задержавшіяся абортивныя яйца и представляются относительно свѣжими, съ мало измѣненной отпадающей, то нужно принять во вниманіе, что и при обычномъ выкидышѣ мы тоже всегда найдемъ прекрасно организованныя ворсинны, участки хорошо сохранившейся deciduae, — словомъ, всѣ указанія, что яйцо, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, хорошо питалось и сохраняло извѣстную связь со стѣнками матки, однакоже это не помѣшало послѣдней освободиться и выбросить наружу всѣ эти, продолжавшія еще питаться, образованія. Ясное дѣло, что если плодное яйцо и задерживается въ полости матки, то не потому, что оно продолжаетъ еще питаться или удерживается крѣпкими сращеніями (вѣрнѣе было бы сказать: яйцо питается вслѣдствіе задержки), но потому, что сама матка въ силу тѣхъ или другихъ причинъ не вырабатываетъ схватокъ и

¹⁾ Die Pathologie und Therapie der Placentarretention, стр. 44.

²⁾ Lehrbuch der Geburtshülfe. Tübingen. 1884, стр. 144.

³⁾ Lehrbuch der Geburtshülfe. Stuttgart. 1893, стр. 229.

⁴⁾ Beiträge zur Geburtshülfe und Gyn. 1874, стр. 47.

⁵⁾ L. c., стр. 356.

⁶⁾ Lehrbuch der Geburtshülfe. 12 Aufl., стр. 485.

долго остается въ инертномъ состояніи. Если бы нервно-мышечный аппаратъ матки обладалъ нормальной раздражимостью, то сохранившаяся еще отчасти связь плоднаго яйца со стѣнками матки, по всей вѣроятности, не помѣшала бы послѣдней освободиться по крайней мѣрѣ отъ большей части своего содержимаго. Самое большее, что осталось бы въ этомъ случаѣ въ полости матки — это части плодныхъ оболочекъ, т.-е. наступилъ бы частичный, неполный выкидышъ (abortus incompletus).

Нужно помнить однако, что при missed abortion дѣло идетъ именно о задержкѣ цѣлаго плоднаго яйца; только очень распространенныя и плотныя сращенія по всей его периферіи, можетъ быть, могли бы произвести такой эффектъ, но ничего подобнаго, насколько извѣстно, никто не наблюдалъ. Далѣе, самое клиническое теченіе болѣзни показываетъ, что предположеніе о сращеніяхъ, якобы препятствующихъ маткѣ вытолкнуть свое содержимое, совершенно не соответствуетъ дѣйствительности. Стоитъ только вспомнить для сравненія тѣ явленія, которыя наблюдаются, напримѣръ, въ случаѣ задержки частей плодныхъ придатковъ при выкидышѣ (abortus incompletus), или при существованіи фиброзаго полипа на слизистой матки (fibromyoma submucosum polyposum). При этомъ, вслѣдствіе присутствія посторонняго тѣла, матка всегда время отъ времени сокращается; больныя чувствуютъ тянущія періодическія боли внизу живота, появляется кровотеченіе, и шейка матки начинаетъ мало-по-малу приоткрываться, какъ бы давая путь для прохожденія наружу находящагося еще въ полости ея образованія. Но такъ какъ въ этихъ случаяхъ связь подлежащихъ удаленію массъ представляется дѣйствительно очень плотной, то, послѣ нѣсколькихъ бесплодныхъ энергичныхъ попытокъ, мышца матки наконецъ утомляется, схватки на нѣкоторое время приостанавливаются, съ тѣмъ, чтобы потомъ снова возникнуть съ новою силой; словомъ, частыя повторныя кровотеченія, періодическія схваткообразныя боли и приоткрытый шейный каналъ здѣсь дѣйствительно указываютъ на активное стремленіе матки избавиться отъ своего содержимаго. Но при missed abortion ничего подобнаго не наблюдается; въ теченіе долгаго времени матка ничѣмъ не

проявляет своей активной дѣятельности, и нужны какіе-нибудь внѣшніе механическіе моменты, чтобы вывести ее наконецъ изъ этого состоянія инерціи и покоя. Все это несомнѣнно убѣждаетъ, что нѣтъ основанія въ состояніи одного только яйца, въ анатомическихъ соотношеніяхъ его оболочекъ и послѣда, видѣть причину задержки плода, и что, наоборотъ, нужно выяснитъ, какіе этиологическіе моменты заставляютъ матку, этотъ по преимуществу сократительный органъ, относиться пассивно къ присутствію въ ея полости мертваго плода. Здѣсь можно сдѣлать два предположенія: или раздраженіе, производимое присутствіемъ мертваго плода оказывается недостаточно сильнымъ, чтобы вызвать сокращенія маточной мускулатуры и удаленіе яйца, или сама матка, ея нервномышечный аппаратъ, подвергается такимъ измѣненіямъ, что только сильныя механическіе инсульты могутъ вывести ее изъ состоянія покоя. Въ пользу перваго предположенія говорить, повидимому, тотъ несомнѣнный клиническій фактъ, что выкидышъ не всегда наступаетъ непосредственно вслѣдъ за смертью плода; это имѣетъ мѣсто лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда большія кровоизліянія или отхожденіе водъ вызываютъ рѣзкія колебанія гидростатическаго давленія внутри полости матки; но если смерть плода наступаетъ постепенно, напр., вслѣдствіе затягиванія истинныхъ узловъ пуповины, сильнаго ея перекручиванія и т. п., или если заболѣванія плаценты, обусловливающія смерть плода, развиваются только исподволь и постепенно, не вызывая рѣзкихъ нарушеній въ соотношеніяхъ матки и плоднаго яйца, то этимъ создаются условія, чтобы матка еще нѣкоторое время не реагировала сокращеніями; въ этихъ-то случаяхъ плодныя оболочки продолжаютъ питаться насчетъ омывающей ихъ крови, и нуженъ еще какой-нибудь внѣшній механическій моментъ, чтобы дремлющія силы пробудились, и выкидышъ совершился.

Но, является вопросъ, можетъ ли нормальная матка переносить неопредѣленно долгое время присутствіе въ своей полости мертваго плода даже въ этихъ случаяхъ, когда можно предположить, что раздраженіе имъ производимое очень незначительно? — На это можно дать только отрицательный отвѣтъ. Мы знаемъ, что матка, какъ мышечный органъ, по-

стоянно сокращается; внѣ беременности, во время менструацій такія періодическія сокращенія матки стоятъ внѣ всякаго сомнѣнія ¹⁾, но и *sub graviditate* они легко могутъ быть доказаны по измѣненію формы и консистенціи увеличенной матки. Эти самостоятельныя маточныя сокращенія представляютъ вѣчную угрозу для заболѣваго плоднаго яйца, и, благодаря имъ, уже частью отдѣлившееся яйцо мало-по-малу теряетъ всякую связь съ маточной слизистой, расширяетъ цервикальный каналъ и, наконецъ, выскальзывается наружу.

Итакъ, приходится остановиться на второмъ предположеніи, что въ происхожденіи явленія заинтересована сама матка, ея нервы или мышцы. Къ сожалѣнію, точныхъ анатомическихъ данныхъ о состояніи мезометрія при задержкѣ плода, въ виду рѣдкости вообще аутопсіи при этомъ заболѣваніи, у насъ совершенно не имѣется, такъ что ничего болѣе однихъ апріористическихъ предположеній въ этомъ отношеніи высказать нельзя. На значеніе хроническихъ воспалительныхъ процессовъ въ мышцѣ матки въ этиологій *miss'd abortion* указывали еще Hagar и Sinclair ²⁾, затѣмъ Goth ³⁾ и Славянский ⁴⁾ тоже упоминаютъ о *metritis chronica*, какъ вѣроятной причинѣ задержки плода; нѣтъ сомнѣнія, что по крайней мѣрѣ по отношенію къ нѣкоторымъ случаямъ хроническаго метрита, гдѣ въ результатѣ разрастанія соединительной ткани произошла сплошная индурация органа, такое объясненіе вполне допустимо; но уже самый фактъ, что рано или поздно плодное яйцо все-таки удаляется активными сокращеніями матки, указываетъ, что о полной физиологической несостоятельности ея мышцы при *miss'd abortion* нѣтъ основанія думать; мышца матки оказывается вполне способной исполнить свою функцію, чѣмъ обыкновенно и пользуются при искусственномъ удаленіи задержавшагося плоднаго яйца.

¹⁾ Schülze. Die Pathologie und Therapie der Lageränderungen der Gebärmutter. Berlin. 1881. стр. 52.

²⁾ On missed Abortion. The Brit. Gynaec. Journ. Aug. 1887, стр. 215.

³⁾ Ein Fall von Aussetzen der Geburtsthätigkeit etc. Arch. f. Gyn. Bd 32, стр. 293.

⁴⁾ „Частная патология и терапия женскихъ болѣзней. Сиб. 1894, т. I, стр. 429.

Совсѣмъ иначе обстоитъ дѣло, если плодъ вскорѣ послѣ своей смерти подвергается гнилостному разложенію; въ этихъ случаяхъ, какъ было уже указано Kulenkampf'омъ ¹⁾ и Соловьевымъ ²⁾, воспалительный процессъ съ эндометрія можетъ распространиться и на подлежащія глубокіе слои маточной стѣнки; развивающіяся при этомъ воспалительная инфильтрація и отечное пропитываніе мышцы матки, конечно, отражаются неблагоприятно на ея сократительной функціи; сильное распаданіе тканей плода влечетъ за собою, что части плода легко отрываются даже и при относительно слабыхъ сокращеніяхъ матки, и такимъ образомъ матка лишь мало-помалу и только по частямъ освобождается отъ своего содержимаго. Отдѣльныя обнаженныя кости плода могутъ застрять въ шейкѣ матки и такимъ образомъ создать механическую преграду для дальнѣшаго опорожненія; остающіяся гниющія массы еще болѣе поддерживаютъ воспаленіе въ самой ткани матки, такъ что тутъ создается своего рода *circulus vitiosus*, при которомъ задержаніе частей мертваго плода можетъ продолжаться многіе годы, вплоть до самой смерти больной.

Кромѣ воспалительныхъ процессовъ въ маточной паренхимѣ, также и различныя новообразованія матки могутъ, по видимому, въ нѣкоторыхъ случаяхъ неблагоприятно отражаться на физиологической функціи ея мышечныхъ волоконъ; сюда относится случай Sängera ³⁾ (№ 101), гдѣ задержка плода, вѣроятно, обуславливалась множественными интерстиціальными миомами матки, и приводимые у Spiegelberg'a ⁴⁾ случаи Depaul-Schmit'a и Menzies'a (M. Clintock'a) съ конкрозной инфильтраціей маточной стѣнки. По мнѣнію Leopold'a ⁵⁾ и Ahlfeld'a ⁶⁾, также перитонитъ, развившійся *sub graviditate*, можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣть своимъ послѣдствіемъ

¹⁾ Retention abgestorbener Früchte im Uterus. Kiel. 1874, стр. 22.

²⁾ Beitrag zur Retention Abgestorbener Früchte in der Gebärmutterhöhle. Wien. med. Wochenschr. 1874, № 45.

³⁾ Ctbl. f. Gyn. 1885. Bd IX, стр. 349.

⁴⁾ Lehrbuch der Geburtshilfe Bd I, стр. 367.

⁵⁾ Arch. f. Gyn. Bd II, стр. 319.

⁶⁾ Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig. 1894, стр. 244.

inertia uteri; эта бездѣятельность маточной мускулатуры, по Ahlfeld'у, можетъ обуславливаться, съ одной стороны, перитонеальными сращениями, механически препятствующими сокращеніямъ матки, съ другой—присоединяющимся къ перитониту параличемъ маточной мускулатуры аналогично тому, какъ это происходитъ при тѣхъ же условіяхъ съ кишечными петлями; наконецъ, воспаленіе серознаго покрова матки можетъ повлечь за собою жировое перерожденіе ея мышцы. Въ другихъ случаяхъ задержка плода можетъ обуславливаться чисто внѣшними механическими препятствіями, какъ, напримеръ, сопротивленіемъ со стороны шейнаго канала; сюда относится весьма поучительный случай Bidone ¹⁾, гдѣ задержка обуславливалась исключительно рѣзко выраженнымъ склерозомъ шейки; обычныя мѣры для вызыванія родовъ—души, расширеніе шейки, кольпайринтеръ—оказались бессильными преодолѣть сопротивленіе шейки, твердой какъ хрящъ, и авторъ вынужденъ былъ наконецъ прибѣгнуть къ кесареву сѣченію, и такимъ только путемъ удалил изъ полости матки давно уже умершій плодъ (см. также случай Landucci, № 62). Возможно, что такое же механическое препятствіе для выходанія яйца можетъ оказывать и рѣзко выраженный перегибъ матки кзади (*Retroflexio uteri*), какъ это указывалось многими авторами; наконецъ, для нѣкоторыхъ случаевъ нужно допустить анатомическія измѣненія въ самихъ нервныхъ гангліяхъ матки и ея центральныхъ нервныхъ приводахъ, какъ это имѣло мѣсто въ случаяхъ Madge'a и Borham'a, приводимыхъ у Schroeder'a ²⁾. За всѣмъ тѣмъ, однако, остается еще цѣлый рядъ случаевъ *missed abortion*, для объясненія которыхъ нельзя привести рѣшительно никакихъ анатомическихъ основаній. Чѣмъ обуславливается задержка плода въ этихъ случаяхъ—въ сущности мало извѣстно; быть можетъ, тутъ имѣютъ значеніе общіе ослабляющіе моменты—тяжелыя хроническія заболѣванія организма, продолжительное кормленіе, упадокъ питанія, анемія и т. п., какъ это указывалось Sinclair'омъ, Hartz'омъ, Орловымъ и другими, но все же многіе

¹⁾ Monatschr. f. Geb. und Gyn. Bd XI, стр. 599.

²⁾ „Учебникъ акушерства“. Русск. изд. 1889 г. Вып. 2-й, стр. 93.

случаи, гдѣ задержка плода наблюдалась у женщинъ во всѣхъ отношеніяхъ здоровыхъ, допускаютъ только единственное объясненіе, что здѣсь имѣлась временная атонія матки, въ зависимости отъ пониженія ея рефлекторной возбудимости. Пытались въ совершенно нормальномъ, физиологическомъ явленіи увяданія половой сѣры женщины найти ключъ къ объясненію этой пониженной возбудимости матки; такъ еще Sinclair'омъ¹⁾, а затѣмъ Roth'омъ²⁾ указывалось на частые повторные роды, какъ на предрасполагающій моментъ къ задержкѣ плода; указывалось, что missed abortion наблюдается почти исключительно у многородящихъ и притомъ пожилыхъ многородящихъ, въ возрастѣ 40—45 лѣтъ, т.-е. въ періодѣ физиологической инволюціи половой сѣры женщины. Повторные предшествовавшіе беременности и роды, по мнѣнію этихъ авторовъ, отражаясь неблагоприятно вообще на половомъ аппаратѣ женщины и на мускулатурѣ матки и ея нервныхъ сплетеніяхъ въ особенности, вызываютъ какъ бы истощеніе нервномышечнаго прибора матки, такъ что послѣдняя уже не реагируетъ сокращеніями на присутствіе въ ея полости corpus alienum.

Но самъ по себѣ вполне вѣрный фактъ, что запоздалый выкидышъ встрѣчается почти исключительно у многородящихъ (по нашей таблицѣ С онъ отмѣченъ только въ 12 случаяхъ у I-gravida), въ сущности не представляетъ ничего характернаго, такъ какъ и вообще выкидышъ наблюдается въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ у многородящихъ; что же касается утвержденія что missed abortion чаще наблюдается на склонѣ лѣтъ женщины, то при сопоставленіи большаго статистическаго матеріала получаютъ нѣсколько другія соотношенія. Такъ на основаніи нашей таблицы В, приводимой въ концѣ, оказывается, что missed abortion, какъ и вообще выкидышъ, по преимуществу встрѣчается въ періодѣ между 25—40 годами жизни, т.-е. въ эпоху полнаго расцвѣта продуктивныхъ способностей женщины, и, слѣдовательно, въ этомъ

¹⁾ The British Gynaecological Journal, стр. 201—217; реф. „Журн. акуш. и женск. болѣзней“, т. I, стр. 804.

²⁾ Deutsch. Archiv. f. klin. Med. Bd. XXIII, стр. 177.

отношеніи не представляетъ никакого отличія отъ обыкновеннаго выкидыша; послѣ же 40 лѣтъ, съ наступленіемъ увяданія половой сѣры, число случаевъ значительно убываетъ (11 случаевъ), что и понятно, такъ какъ зачатіе происходитъ рѣже въ этомъ возрастѣ, а потому и число абортотъ вообще становится меньше.

Изъ этой же таблицы С видно, что количество констатированныхъ случаевъ missed abortion возрастаетъ съ числомъ предшествовавшихъ родовъ только до извѣстныхъ предѣловъ; чаще всего задержка опредѣлялась у беременныхъ во 2-ой—4-ый разъ, болѣе же частые роды, вопреки ожиданіямъ, не только не сопровождаются повышеніемъ числа случаевъ missed abortion, но, наоборотъ, количество послѣднихъ замѣтно убываетъ.

Такимъ образомъ предположеніе объ истощеніи полового аппарата, въ зависимости отъ возраста и многочисленности предшествовавшихъ родовъ, какъ моментъ предрасполагающемъ къ задержкѣ плода, совершенно не соотвѣтствуетъ дѣйствительности; на основаніи вышеприведенныхъ статистическихъ данныхъ мы убѣждаемся только въ томъ, что, по мѣрѣ пониженія половой функціи соотвѣтственно возрасту, и по мѣрѣ приближенія съ каждой послѣдующей беременностью къ моменту полной инволюціи и покоя производительныхъ органовъ,—число случаевъ missed abortion послѣдовательно убываетъ, и что, значитъ, оба физиологическіе факторы, которые сопровождаются ослабленіемъ организма и пониженіемъ функциональной дѣятельности матки и яичниковъ, имѣютъ столько же значенія въ этиологіи запоздалаго выкидыша, какъ и въ этиологіи аборта вообще.

Итакъ, за отсутствіемъ точныхъ анатомическихъ данныхъ относительно состоянія матки въ случаѣ продолжительной задержки плода, мы не можемъ въ настоящее время высказаться вполне опредѣленно о причинахъ этой задержки. Для многихъ случаевъ мы можемъ только предполагать или существованіе тканевыхъ измѣненій въ маткѣ, или разстройства ея иннерваціи въ смыслѣ пониженной возбудимости. Здѣсь открывается самое широкое поле для различныхъ гипотезъ, но если вспомнить, насколько индивидуально различна вне-

чатливость матки по отношенію къ однимъ и тѣмъ же механическимъ раздражителямъ, какъ, напримѣръ, къ бужу, зонду, кольпейринтеру при производствѣ *partus arte praeparatus*, и какъ различна бываетъ *ceteris paribus* продолжительность родовъ у одной и той же многородящей женщины, то нельзя не согласиться, что и при совершенно нормальныхъ условіяхъ функциональная дѣятельность матки представляетъ большія колебанія, какъ въ частотѣ и силѣ отдѣльныхъ сокращеній, такъ и въ общемъ механическомъ эффектѣ этихъ сокращеній, и въ области нормальной физиологій родовъ мы тоже встрѣчаемъ аналогичныя явленія относительной недостаточности мышцы матки, для которыхъ также нельзя найти вполне убѣдительнаго анатомическаго объясненія.

V.

Что касается терапіи въ случаѣ задержки мертваго плода въ полости матки, то тутъ нужно различать двѣ стороны вопроса: во-первыхъ, когда являются показанія къ активному вмѣшательству, и, во-вторыхъ, какіе оперативные приемы слѣдуетъ примѣнять въ этихъ случаяхъ. Всѣ авторы согласны въ томъ отношеніи, что наличность сильнаго кровотечения или инфекции при задержкѣ плода показываетъ немедленное искусственное опорожненіе матки отъ ея содержимаго; но если этого нѣтъ, и все, повидимому, обстоитъ благополучно, то большинствомъ рекомендуется выжидать, такъ какъ изгнаніе яйца рано или поздно все-таки происходитъ самостоятельно.

Дѣйствительно, какъ видно изъ таблицы D, задержавшееся плодное яйцо чаще всего выходитъ около срока нормальной беременности, немного раньше или позже,—обстоятельство, легко объясняющееся тѣмъ (Graefe), что именно къ концу нормальной беременности или около того матка становится наиболѣе возбудимой по отношенію къ различнымъ раздражителямъ; но изъ той же таблицы D видно, что и по истеченіи срока беременности выкидышь, *gesp.* роды, можетъ еще не наступить; при чемъ задержка мертваго плода (таблица E), чаще всего продолжающаяся 2—5 мѣсяцевъ, можетъ иногда длиться

годъ и болѣе того. Является вопросъ, насколько гарантировано при этомъ здоровье женщины, и насколько мы въ правѣ вообще выжидать самостоятельнаго выходенія яйца. Помимо опасности повторныхъ кровотеченій, величину которыхъ мы не можемъ предвидѣть, и, во всякомъ случаѣ, ослабляющихъ женщину, здѣсь возможно еще наступленіе гниlostнаго разложенія плода; по нашей статистикѣ оно отлѣчено въ 20 случаяхъ, что составляетъ 15,15%, при чемъ въ 8 случаяхъ изъ нихъ послѣдовалъ летальный исходъ.

Если въ первую половину беременности по необходимости приходится еще ждать, чтобы точно выяснитъ себѣ положеніе дѣла, то со второй ея половины, когда діагностировать смерть плода гораздо легче, по нашему мнѣнію, совершенно нѣтъ никакихъ основаній оставлять женщину въ тягостномъ положеніи больной на неопредѣленное время, и это тѣмъ болѣе, что, съ наступленіемъ гниlostнаго разложенія плода въ этихъ случаяхъ, опасность развитія общей инфекции, при избыточномъ содержаніи питательнаго матеріала и относительно значительной поверхности всасыванія, представляется въ высшей степени значительной. Разъ точно констатирована смерть плода, то, во избѣжаніе вышеупомянутыхъ осложненій, слѣдуетъ прибѣгнуть къ искусственному удаленію плоднаго яйца; при чемъ въ первую половину беременности показаны всѣ мѣры, обычно принимаемыя при *abortus artificialis*, но все же лучшимъ изъ нихъ, какъ мы убѣдились въ клиникѣ, нужно считать удаленіе яйца помощью пальца или корнцанга, послѣ предварительнаго расширенія шейки Hegar'овскими дилататорами.

Со второй половины беременности, чтобы обезпечить свободный путь для прохожденія болѣе крупнаго плода, слѣдуетъ, расширивши шейку до 8—10 номера Hegar'a, ввести въ полость матки кольпейринтеръ Braun'a (по Dührssen'y); наполняя послѣдній болѣшимъ или меньшимъ количествомъ 1% раствора *lysol'*я (отъ 150,0 до 500,0, смотря по величинѣ матки), можно достигнуть при содѣйствіи схватокъ такого расширенія шейки, при которомъ свободно можно манипулировать въ маткѣ и на случай какой-нибудь неправильности въ положеніи плода.

При полной невозможности удалить плод *per vias naturales* можетъ явиться необходимость въ болѣе серьезной операціи—*sectio caesarea*; наконецъ, при гнилостномъ разложеніи плода терапия, по удаленіи гніющихъ массъ, въ общемъ та же, что и при пуэрперальныхъ заболѣваніяхъ.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ долгомъ выразить признательность проф. А. М. Макѣеву, предоставившему въ мое распоряженіе препараты, и проф. М. Н. Никифорову, любезно дававшему мнѣ указанія при микроскопическомъ обслѣдованіи этихъ препаратовъ въ патолого-анатомическомъ институтѣ Московскаго университета.

ТАБЛИЦЫ.

Т А Б Л И Ц А А *).

№	Авторъ, и гдѣ помѣщена работа.	Возрастъ.	Какая беременность.	Число предыдущихъ выкидышей.	Болезни об- щія и поло- выхъ орга- новъ.	Продолжит. беремен. въ мѣсяцахъ.	Продолжит. задержаніи плода въ мѣсяцахъ.	Исходъ.	Состояніе плода и общія замѣчанія.
1	*Alonso, ref. Kulenkampff's Inaug. Diss. Kiel. 1874.	35	6	1	—	9	—	Непзв.	Случай missed labour; роды не произошли въ срокъ, стали выходить кости плода съ вонючими отдѣленіями изъ матки; шейка трудно раскрывалась; сдѣлана sectio caesarea: матка оказалась приросшей къ передней стѣнкѣ; плодъ почти лишень мягкихъ тканей.
2	*Athil. Dublin Medical Journal 1876. Bd LXII, стр. 249.	26	3	—	—	8	5	Выздор.	На 3-мъ мѣсяцѣ беременности ушибъ живота, послѣ чего было кровотеченіе въ теченіе трехъ недѣль; на 8-мъ мѣсяцѣ gravidit. вышель мясной заносъ безъ плода.
3	*Backer, ref. Schmidt's Jahrb. Bd 177, стр. 255.	45	Мног.	—	—	8	5	Выздор.	Плодъ 3½ мѣсяцевъ, сильно мацерированъ; плацента плотная, малокровная; выкидышъ вызванъ искусственно зондированіемъ.
4	*Balin. Centralbl. f. Gyn. 1890. № 14, стр. 237.	29	6	2 запоздалыхъ выкидыша.	Здорова.	8	4	Выздор.	4-мѣсячный мумифицированный плодъ, околоплодныхъ водъ нѣтъ; 2 предыдущіе выкидыша протекали такъ же: послѣ 8-мѣсячной аменорреи выходило 4-мѣс. яйцо.
5	*Barnes. Med. Chirurg. Trans. Bd XXXIV. 1851.	—	—	—	—	9	5	Выздор.	Плодъ, сохранившійся вполне хорошо, 4-мѣс. возраста; плацента плотная, бугристая, желтоватаго цвѣта.
6	*Blanc. Nouv. arch. d'obst. et de gyn. 93. № 2.	—	4	—	—	8½	6	Выздор.	Мясистый заносъ, величиною въ кулакъ, содержалъ плодъ 2½ мѣс. возраста.
7	*Blanc. Ibid.	44	2	—	—	14	8	Выздор.	Плодъ 6-мѣсячнаго возраста; предыдущіе роды были 24 года тому назадъ.
8	*Breus, ref. Ctbl. f. Gyn. 1889. № 7.	—	—	—	—	11	8	Выздор.	Плодное яйцо съ ясно выраженнымъ endometritis tuberosa на reflexa, плодъ 1 сант. длины; пуповина 3 сант.
9	Bruyn, ref. Ctbl. f. Gyn. 1898. стр. 1221.	40	9	—	—	10	8	Выздор.	Яйцо содержало двойни 6—8 нед. возраста; размѣры яйца 29 × 22 сант. Плацента, по своей величинѣ соотвѣт. IV мѣс., вѣроятно росла послѣ смерти плода. 1½ года спустя были правильные роды въ срокъ.
10	Bruyn. Ibid.	47	Мног.	—	—	9	5	Выздор.	Плодъ мумифицированный, 20 сант. длины; плацента фиброзно перерождена, въ ней известковыя отложенія.

*) Звѣздочкой обозначены случаи, приводимые у Graefe.

№	Авторъ, и гдѣ помѣщена работа.	Возрастъ.	Какая беременность.	Число предшествующихъ выкидышей.	Болезни об- щія и по- выхъ орга- новъ.	Продолжит. беремен. въ мѣсяцахъ.	Продолжит. задержки плода въ мѣсяцахъ.	Исходъ.	Состояніе плода и общія замѣчанія.
11	* <i>Budin</i> . <i>Annal. de Gyn. Nov.</i> 92 г. V. XXXVIII, стр. 389.	—	1	—	—	11	—	Выздор.	Мясистый заносъ въсомъ въ 300,0; плода и амниотической жидкости нѣтъ; внутрь полости яйца выступаютъ бугры отъ кровонзліяній.
12	* <i>Buzzel</i> , ref. <i>Kulenkampff's</i> . <i>Inaug. Diss. Kiel.</i> 1874.	42	Мног.	1	—	—	—	Mors.	Въ срокъ наступили схватки, которыя потомъ прекратились; спустя два года—смерть при явленіяхъ перитонита; при аутопсиі найдено сообщеніе полости матки съ S. romanus; обширныя сращения между маткой и брюшными внутренностями; разложившійся плодъ находился въ полости матки.
13	<i>Вальк.</i> Жур. акуш. и женск. болѣзней. 1896 г., стр. 835.	29	7	—	Retroflexio uteri mobilis.	7	5	Выздор.	Плодъ сплюснутый, высохшій, 3 сант. длины.
14	<i>Варнек.</i> Труды Акуш. гинек. общества въ Москвѣ. 96 г. стр. 8.	23	3	—	—	5½	3	Выздор.	Плодъ по развитію соответствовалъ 2—2½ мѣс.; послѣдъ сильно развитъ несоответственно возрасту.
15	<i>Веберъ.</i> <i>St-Petersburger medicinische Wochenschrift.</i> 1877, Bd. № 4.	36	9	—	Нейрастенія.	9	—	Выздор.	На IX мѣсяцѣ беременности вышло mola carnosa, длиною 4½ д., шириной 3½" и толщиной 3"; плода нѣтъ.
16	<i>Вишнепольскій.</i> „Еженедѣльникъ“ 1896 г. № 19, стр. 285.	27	2	—	Травма.	9	4	Выздор.	На V мѣсяцѣ сильный ушибъ живота; роды въ срокъ; пяти-мѣсячный, хорошо сохранившійся плодъ.
17	<i>Charpentier</i> , ref. <i>Annal. de Gyn.</i> 1889 г., стр. 295.	—	Мног.	—	—	7	4	Выздор.	Плодъ мумифицированный, сплюснутый, соответствовалъ по своему развитію 3 мѣсяцамъ.
18	* <i>Churchill</i> , ref. <i>Schmidt's Jahrb.</i> 1876. Bd 181, стр. 174.	—	Мног.	—	Endometritis chronica.	6	3	Выздор.	Мацерированный трехмѣсячный плодъ.
19	* <i>Mc. Clintock</i> . <i>Dublin. Journ.</i> XXXVII.	45	14	—	—	—	—	Mors.	Плодъ умеръ на VII мѣсяцѣ; въ срокъ наступили схватки и прошли воды; плодъ подвергся разложенію; части его и кости выходили въ теченіе 62 недѣль; остатки удалены искусственно; смерть отъ истощенія.
20	<i>Duncan</i> , ref. <i>Fromel's Jahresbericht</i> 1896. Стр. 568.	27	1	1	—	12	10	Выздор.	Яйцо удалено искусственно въ виду повышенія температуры, плодное яйцо величиной съ куриное; опадающая мѣстами кистозно перерождена.

№	Авторъ, и гдѣ помѣщена работа.	Возрастъ.	Какая беременность.	Число предъидущихъ выкидышей.	Болѣзни об-щія и поло-выхъ орга-новъ.	Продолжит. беремен. въ мѣсяцѣхъ.	Продолжит. задержки плода въ мѣсяцѣхъ.	Исходъ.	Состояніе плода и общія замѣчанія.
21	* <i>Eberhardt</i> , ref. Ruge-Festschr. Стр. 74.	32	4	1	—	—	—	Выздор.	Сдѣлано искусственное удаление мумифицированного плода послѣ расширенія шейки ямниаріей.
22	<i>Eckstein</i> , ref. Ctbl. f. Gyn. 98 г., стр. 1070.	—	—	—	—	—	6	Выздор.	Плодь оставался въ полости матки 6 мѣсяцевъ, разложился; стали выходить кости; схваткообразныя боли, кровотечение и гнойное выдѣленіе. Искусственное удаление плода изъ полости матки.
23	<i>Freund</i> . Beiträge zur Geburtshilfe und Gyn. 1875, Bd IV, Heft. I.	—	—	—	—	—	Около 6½ лѣтъ.	Неизв.	Больная явилась по поводу недержанія мочи; оказалось, что беременность началась 6½ лѣтъ тому назадъ; матка, величиною съ кулакъ, содержала кости плода VI-мѣсячнаго возраста; одна изъ костей возилась въ стѣнку мочевого пузыря. Кости удалены съ большими затрудненіями.
24	* <i>Fruitnight</i> , ref. Ctbl. f. Gyn. 1884, № 25.	—	—	—	—	7	4	Выздор.	Уродливый высохшій 3-мѣсячный плодь; плацента плотная, сухая, желтоватаго цвѣта, повидимому, жирно прерожденная.
25	* <i>Goth</i> . Arch. f. Gyn. Bd XXXII. Стр. 287.	26	—	—	Peritonitis chronica.	—	Болѣе года.	Выздор.	Послѣ паденія на VII мѣсяцѣ беременности плодь умеръ, и развился перетонитъ; въ срокъ прошли воды, схватки вскорѣ прекратились; въ теченіе 11 мѣсяцевъ отходили кости плода, образовалась маточно-кишечная фистула. Удалены искусственно остатки плода изъ матки.
26	} <i>Max Graefe</i> . Festschrift für Carl Ruge. Berlin. 1896 г.	30	4	—	—	7	4	Выздор.	Искусственно вызванный абортъ; плацента сильно развита, плода нѣтъ.
27		35	8	2	Pneumonia crouposa, empyema.	9	4	Выздор.	Вышло цѣлое плодное яйцо; плодь мумифицированный; плацента плотная, плоская и блѣдная.
28		31	6	—	—	8	5	Выздор.	Плодь 3-хъ мѣсячный хорошо сохранился; плацента плотная, блѣдная и зернистая; удалена искусственно.
29		36	5	—	Retroflexio uteri gravidi.	5½	—	Выздор.	Мясистый заносъ величиною съ кулакъ.
30		35	6	—	—	6	4	Выздор.	Плодное яйцо величиной съ гусиное, плодь длиною 8 mm.
31		29	2	—	—	7	5	Выздор.	Яйцо величиной съ гусиное, безъ плода (<i>mola carnosae</i>), было удалено искусственно.
32		38	4	—	—	5	2	Выздор.	Искусственно вызванный абортъ, яйцо содержало двойни по развитію 3 мѣс.

№	Авторъ, и гдѣ помѣщена работа.	Возрастъ.	Какая беременность.	Число предъидущихъ выкидышей.	Болезни обшца и половыхъ органовъ.	Продолжит. беремен. въ мѣсяцѣхъ.	Продолжит. задержки плода въ мѣсяцахъ.	Исходъ.	Состояніе плода и общія замѣчанія.
33	<i>Max Graefe. Festschrift für Carl Ruge. Berlin. 1896 г.</i>	36	7	—	Retroflexio uteri gravidi.	7	—	Выздор.	Плодь мумифицированный, 6 сант. длины, плацента сильно развита; въ предыдущую беременность плодь умеръ на 4-мъ мѣсяцѣ, а выкидышь произошелъ только спустя 4 мѣсяца.
34		32	5	—	—	5	—	Выздор.	Яйцо величинной съ голубиное, плода нѣтъ.
35		32	3	—	—	7	—	Выздор.	Плодь утерянъ при производствѣ искусственного выкидыша.
36	<i>Haven, ref. Schmidt's Jahrbücher 1883, m. CC.</i>	37	6	—	—	—	5	Выздор.	Мясистый заносъ величинной съ гусиное яйцо.
37	<i>Hegar, ref. y Schaeffer'a Mon. f. Geb. und Gyn. Bd. VIII, стр. 356.</i>	—	—	—	—	5-6	—	Выздор.	Плодь 1 сант. длины задержался около 5 мѣсяцевъ.
38	<i>Heller. Prager med. Woch. № 49 1899 г. стр. 621.</i>	33	8	—	Endometritis chronica.	10	6	Выздор.	Мадерированный плодь 14 сант. длины; плацента 11 × 11 сант.; при толщинѣ въ 1½ сант.; пуповина сильно перекручена, 16 сант. длины.
39	<i>*Herrgot, Ann. de Gyn. 1889 Dec.</i>	34	2	—	—	—	—	Не извѣст.	Плодь умеръ на VIII мѣс., была сдѣлана лапаротомія по подозрѣнію на gravid. extrauterina.
40	<i>Hink, ref. Ctblt. f. Gyn. 98 г., стр. 724.</i>	—	—	—	—	8	4	Выздор.	Хорошо сохранившіяся двойни помѣщались въ одномъ амниотическомъ мѣшкѣ, обѣ пуповины переплетены другъ около друга.
41	<i>Hintz. Ctblt. f. Gyn. 1896 г. № 46, стр. 1117.</i>	—	—	—	—	9-11	5-7	Выздор.	Плодь 4-мѣсячный, пуповина туго обвита вокругъ шеи.
42	<i>Hirsch. Würzburger Medicinische Wochenschr. 1862, стр. 452.</i>	38	1	—	—	15	—	Морг.	Двойни; нормально развитой плодь вѣсомъ въ 8 фунтовъ и мола сарноза величинной съ голову взрослого съ остатками зародыша. Септический процессъ in puerperio.
43	<i>*His. Internationale Beiträge f. Med. Anatom. Bd. I, стр. 179.</i>	—	—	—	—	4	2	Выздор.	Плодь 7 мм. длины; абортъ вызванъ искусственно.
44	<i>*Hofmeier. Litthauer's Inaug. Diss. Berlin 1887, стр. 14.</i>	23	2	—	—	12	10	Выздор.	Плодь 2-мѣсячный, мумифицированный; плацента обследована микроскопически.

№	Авторъ, и гдѣ помѣщена работа.	Возрастъ.	Каналъ беременности.	Число предвѣдущихъ выкидышей.	Болезни обшча и половыя органы.	Продолжит. беременности, въ мѣсяцахъ.	Продолжит. задержки плода въ мѣсяцахъ.	Исходъ.	Состояніе плода и общія замѣчанія.
45	*Hutchinson, Transact pathol. Soc. London. 1852—1853.	26	4	—	—	12	9	Выздор.	Мясистый заносъ величиной съ кулакъ, плодъ отсутствовалъ.
46	Ивановъ. Отчетъ Московск. акушерской клиники за 96—98 г., стр. 110.	32	5	—	—	10	6	Выздор.	Высохшій плодъ 14 сант. длины; плотный, блѣдный послѣдъ 7 × 8,5 сант. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены некротизованныя мѣстами ворсинки и рогенерировавшій маточный эпителий.
47	Истоминъ. Журн. акуш. и Ж. бол. 1891 г., стр. 996.	28	2	—	Retroflexio uteri gravidi; neurasthenia.	6	1	Parametritis posterior.	Сильно мацерированный плодъ, хотя безъ слѣдовъ разложенія.
48	*Johnston. Amer. journ. of obst. v. VIII, стр. 750.	—	Мног.	—	—	8 ^{1/2}	5	Выздор.	Мумифицированный плодъ 3 ^{1/2} мѣсяцевъ, на фетальной сторонѣ плаценты многочисленныя кисты.
49	Канъ. Протоколы Виленск. мед. общества 1895 г. № 12, стр. 397.	30	9	—	Peritonitis.	11	6	Mors.	Послѣ расширения шейнаго канала (iodоформная марля и turolo), удаленъ изъ полости матки по частямъ сильно разложившійся плодъ; матка продезинфицирована. Черезъ 3 недѣли смерть отъ истощенія.
50	Карповичъ. Протоколы Кавк. мед. общества за 65—66 г., стр. 26.	24	—	—	Peritonitis.	—	Болѣе 8-хъ лѣтъ.	Mors.	На V мѣсяцѣ сильный ушибъ живота; послѣ этого въ теченіе 3-хъ лѣтъ воючія гнойныя отдѣленія изъ матки. Искусственное удаленіе по частямъ V-мѣсячнаго плода. Смерть отъ истощенія
51	Kelly, ref. Monat. f. Geb. und Gyn. Bd VIII, стр. 355.	44	10	—	—	11	1 ^{1/2} мѣс.	Выздор.	Плодъ умеръ въ концѣ беременности; черезъ 47 дней послѣ ожидаемыхъ родовъ появились слабыя схватки; были вложены щипцы на головку вполне доношеннаго плода, который былъ сильно мацерированъ.
52	Kobro. Monatschr. f. G. und Gyn. 1896, стр. 356.	30	2	—	—	8	6	Выздор.	Яйцо величиною съ кулакъ; хорошо сохранившійся плодъ длиною 15 мм. Для производства выкидыша примѣнили тугую тампонацію вагины.
53	König. Centrbl. f. Gyn. 94 г. т. XVIII, № 44.	37	5	1	—	15	12	Выздор.	Яйцо 8 сант. длиною, плодъ около 2 ^{1/2} мѣсяцевъ; въ стѣнкахъ яйца много кровонзліяній.
54	Kormann. Lehrbuch de Geburtshulfe. 1884 г. стр. 143.	38	6	—	—	7	3	Выздор.	Оболочки плотно прилегали къ поверхности тѣла плода; послѣдній мумифицированный, 4-мѣсячный; плацента маленькая, съ виду совершенно свѣжая; выкидышъ былъ вызванъ искусственно зондированіемъ матки.

№	Авторъ, и гдѣ помѣщена работа.	Возрастъ.	Какая беременность.	Число предвѣдущихъ выкидышей.	Болезни об- щія и поло- выхъ орга- новъ.	Продолжит. беремен. въ мѣсяцахъ.	Продолжит. задержки плода въ мѣсяцахъ.	Исходъ.	Состояніе плода и общія замѣчанія.
55	<i>Kormann</i> (ibid).	37	3	—	—	7 ^{1/2}	4	Выздор.	Плодь 6 сант. длины; амниотической жидкости нѣтъ; плацента маленькая.
56	* <i>Koch</i> , ref. Schmidt's Jahrb. 1858. Bd 99.	42	6	—	—	11	5	Выздор.	Плодь хорошо сохранившійся; на пуповинѣ сильно затянутые узлы; плацента была удалена 2 дня спустя.
57	* <i>Kulenkampf</i> , Inaug. Disser. Kiel 1874. (Fall von Sitzmann, стр. 18).	30	4	—	—	—	Болѣе года.	Исходъ не извѣстенъ.	Плодь умеръ на 5-мъ мѣсяцѣ, послѣ чего появилось гнойное отдѣляемое, и стали выходить кости плода; это продолжалось болѣе года. Пациентка отказалась отъ оперативной помощи.
58	<i>Кунинъ</i> . „Врачъ“. 1897 г. № 24.	42	1	—	Слабago сложенія.	9	3	Выздор.	Слегка мацерированная дѣвочка 6-ти мѣсяцевъ; послѣдъ удаленъ по Credé.
59	<i>Кунинъ</i> (ibidem).	33	8	1	Слабago сложенія.	11	7	Выздор.	Мясной заносъ, плода нѣтъ.
60	<i>Krevet</i> . Arch. f. Gyn. Bd LXI, Hft. 2 стр.	26	1	—	—	11	2 ^{1/2}	Выздор.	Роды начались въ срокъ, но схватки вскорѣ прекратились, и плодь умеръ; только спустя 64 дня родовая дѣятельность опять началась. Мацерированный вполне развитой плодь былъ извлеченъ щипцами.
61	* <i>Krug</i> , ref. Ctbl. f. Gyn. 1890 г. № 11.	—	—	—	Сильный поносъ.	10	3	Выздор.	Родившійся 7-ми мѣсячный плодь былъ съ сильно перетянутой шейю, такъ что діаметръ ея былъ не болѣе 1/4 дюйма.
62	<i>Landucci</i> , ref. Ctbl. f. Gyn. 1901 г. стр. 142.	31	—	—	—	—	2 года.	Выздор.	На 6-мъ мѣсяцѣ беременности явленія abortus imminens (схватки, кровотеченіе); плодь умеръ и задерживался еще 2 года; въ теченіе этого времени боли внизу живота, метеоризмъ, диарея, лихорадка, вонючія отдѣленія изъ вагины; образовалась маточно-кишечная фистула, и стали выходить изъ rectum кости плода; задержка зависѣла отъ рубцового суженія шейнаго канала (результатъ прижиганій). Искусственное удаленіе канала (результатъ прижиганій). Искусственное удаленіе плода изъ полости матки послѣ поперечнаго разсѣченія шейки.
63	<i>Lavabre</i> , ref. Ctbl. f. Gyn. 98. № 50, стр. 1472.	—	12	—	—	6	2	Выздор.	Мумифицированный 4-мѣсячный плодь, въ плацентѣ повсюду кровоизліянія.
64	<i>Ledetsch</i> . Prager medicinishe Wochenschrift. 1880, № 14.	20	—	—	Вполнѣ здорова.	9	—	Выздор.	На 4-мъ мѣсяцѣ беременности было небольшое кровотеченіе, съ 5-го мѣс. матка не увеличивалась; на 9 мѣсяцѣ вышелъ мясной заносъ, плода нѣтъ.

№	Авторъ, и гдѣ помѣщена работа.	Возрастъ.	Какая беременность.	Число предидущихъ выкидышей.	Болезни об- щія и поло- выхъ орга- новъ.	Продолжит. беремен. въ мѣсяцахъ.	Продолжит. задержки плода въ мѣсяцахъ.	Исходъ.	Состояніе плода и общія замѣчанія.
65	* <i>Liebmann</i> , Berl. Beiträge zur Geburtshülfe und Gyn. Bd III, Heft. I.	35	8	1	Meningitis cerebro-spinalis.	12	7	Выздор.	Плодь мумифицированный, 27 сант. длины; плацента жирно перерождена, кровоизлияній нѣтъ; chorion жирноперерожденъ.
66	<i>Liebmann</i> , ref. Ctbl. f. Gyn. 1892. № 38.	—	3	—	—	10	7	Неизв.	На 4-мъ мѣсяцѣ появилось кровотеченіе и гнойное отдѣляемое; потомъ стали выходить косточки; это продолжалось болѣе 7 мѣсяцевъ; оставшіяся косточки удалены корнцангомъ.
67	<i>Ливкусъ</i> . Журн. ак. и женск. бол. 1895, т. IX.	34	9	—	Parametritis.	9-10	7-8	Выздор.	Сплюснутый зародышъ 4 сант. длины; водъ очень мало; послѣдняго ребенка кормила 2 года и 3 мѣсяца.
68	* <i>Lombe Athill</i> , ref. Schmidt's Jahrb. 1865, Bd 127, стр. 179.	—	—	—	Retroflexio uteri gravidi.	8	3	Выздор.	Было дѣлаемо вправленіе матки; спустя мѣсяць послѣ этого появились схватки и кровотеченіе; абортъ произошелъ самостоятельно. Плодь подвергся разложенію.
69	* <i>Lombe</i> (ibid).	40	7	—	—	11	5	Выздор.	Мумифицированный 6-мѣсячный плодь, околоплодныя воды млекоподобныя.
70	* <i>Lomer</i> , ref. Ctbl. f. Gyn. 89 г. № 15.	—	7	—	—	7 1/2	5	Выздор.	Мумифицированный плодь 2 1/2 мѣсяцевъ, плацента блѣдная, безкровая, жирноперерождена.
71	<i>Лугозинъ</i> . Отчетъ Московской Акушерской Кл. за 96—98 г., стр. 106.	—	4	—	—	3	7 нед.	Выздор.	Зародышъ 5-недѣльнаго возраста, послѣдъ и отпадающая пронизаны кровоизлияніями.
72	<i>Mackness</i> , ref. Ctbl. f. Gyn. 98 г., стр. 519.	—	4	—	—	7	4	Выздор.	Яйцо имѣло 15 сант. длины.
73	* <i>Madge</i> . (Учебникъ Акушерства Шредера).	—	—	—	Параличъ конечностей.	7	3	Выздор.	Мумифицированный 4-мѣсячный плодь.
74	<i>Martin-Saint-Ange</i> . Iconographie pathologique de l'oeuf humain. Paris. 1884.	22	1	—	Анемія, истерія.	7	3	Выздор.	Вышедшее цѣликомъ яйцо содержало мумифицированный 4-мѣсячный плодь; отпадающая жирноперерождена.
75	<i>Martin-Saint-Ange</i> (ibidem).	38	1	—	—	7	3	Выздор.	Плацента очень мала по возрасту; плодь на подобіе жирной глины, 4-мѣсячный.
76	<i>Martin-Saint-Ange</i> (ibidem).	32	4	—	—	7	2 1/2	Выздор.	Плодь умеръ отъ сжатія пуповины.

№	Авторъ, и гдѣ помѣщена работа.	Возрастъ.	Какая беременность.	Число предшдущихъ выкидышей.	Болезни обшя и половыя органы новъ.	Продолжит. беремен. въ мѣсяцъхъ.	Продолжит. задержки плода въ мѣсяцъхъ.	Исходъ.	Состояніе плода и общія замѣчанія.
77	<i>Maccen.</i> „Жур. акуш. и жен бол. 1892 г., стр. 1106.	29	7	1	Эпилептоидныя судороги съ начала беременности.	9	—	Выздор.	Плодное яйцо вышло цѣликомъ; плодъ 13,5 сант. длины; послѣдъ плотный, дольчатый.
78	* <i>Meinert.</i> Ctbl. f. Gyn. 1895. № 50.	—	—	—	—	8	4	Выздор.	Плодъ 4½-мѣс., плацента повидимому росла послѣ смерти плода.
79	* <i>Menzies,</i> ref. Kulenkampf's inaug. Disscr.	28	2	—	—	13	4	Mors.	Плодъ умеръ къ концу беременности; несмотря на принятыя мѣры очень плотная шейка не раскрывалась; большая умерла отъ септического перитонита.
80	* <i>Merttens.</i> Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 30, Heft. 1, p. 75.	—	9	—	—	10	5	Выздор.	Плодъ сморщенный, 26 сант. длины; около 100 к. сант. мутной, желтоватобурой амниотической жидкости. Точное микроскопическое изслѣдование.
81	* <i>Merttens</i> (ibid), стр. 88.	37	5	—	—	9	5	Выздор.	Муцифицированный 4-мѣсячный плодъ, частью распавшійся; послѣдъ удаленъ черезъ 3 дня. Точное микроскопическое изслѣдование.
82	<i>Messon.</i> Ctbl. f. Gyn. 1893 г., стр. 123.	29	6	1	—	9	4	Выздор.	Движенія плода прекратились въ началѣ 6-го мѣс. беременности; послѣ этого схваткообразныя боли и незначительныя кровянистыя отдѣленія; въ срокъ наступили роды; плодъ 13 сант. длины.
83	<i>Mittermaier,</i> ref. Ctbl. f. Gyn. 1897. № 7, стр. 195.	—	—	—	—	8	4	Выздор.	Произведенъ abortus artificialis при помощи тампонады йодоформной марлей. Яйцо не содержало воды, плодъ умеръ вслѣдствіе обвитія пуповины.
84	<i>Mombert,</i> ref. Schmidt's Jahrb. 1840, Bd. 25, стр. 206.	29	5	1	—	6	3	Выздор.	На 3-мъ мѣс. беременности сильный ушибъ живота, послѣ этого кровотеченія; плодъ 2-мѣсячнаго возраста.
85	* <i>Neugebauer,</i> Verhandlung der deutschen Gesel. f. Gyn. 1893 г., стр. 104.	—	—	—	—	4½	2	Выздор.	Двойни, умершія на 6-й недѣлѣ; у одного плода intertio velamentosa fun. umbil. Плацента сильно развита, какъ на 4 мѣс.
86	* <i>Орловъ,</i> ref. Ctbl. f. Gyn 1896 г. № 9, стр. 263.	38	9	—	Cirrhosis hepatis.	12	10	Mors.	При аутопсіи трупа больной, умершей отъ цирроза печени, въ маткѣ найдено было яйцо 2—3-мѣсячнаго возраста; послѣднія регулы были за 1 годъ до смерти; слизистая матки представлялась регенерировавшей.
87	<i>O'Connell,</i> ref. Ctbl. f. Gyn. 86 г.	—	4	—	—	6	3	Выздор.	Относительно хорошо сохранившееся 3-мѣсячное яйцо; въ толщѣ отпадающей масса крогонзляивій.

№	Авторъ, и гдѣ помѣщена работа.	Возрастъ.	Какая беременностъ.	Число предыдущихъ выкидышей.	Болезни об- щія и поло- выхъ орга- новъ.	Продолжит. беремен. въ мѣсяцахъ.	Продолжит. задержки плода въ мѣсяцахъ.	Исходъ.	Состояніе плода и общія замѣчанія.
88	* <i>Parvin</i> . ref. Ruge Festschrift.	20	1	—	—	7	—	Выздор.	Мясистый заносъ, величиной съ кулакъ, вышелъ вскорѣ послѣ зондирования.
89	* <i>Parvin</i> , ibidem.	25	1	—	—	5 ^{1/2}	3	Выздор.	Яйцо величиной съ куриное; амниотическая жидкость мутная, плодъ отсутствуетъ; спустя 7 мѣсяцевъ новая беременность; родила въ срокъ, наложены щипцы.
90	* <i>Parvin</i> , ibidem.	30	5	2	—	6	3	Выздор.	Мясистый заносъ, величиной съ кулакъ, содержалъ около 2 столовыхъ ложекъ жидкости; плода нѣтъ.
91	* <i>Pelzer</i> . Ctbl. f. Gyn. 95, № 9.	30	4	1	—	9	5	Выздор.	Плодъ 4-мѣсячный, разложившійся; плацента нормальная.
92	<i>Peter</i> , ref. Mon. f. Geb. und Gyn. Bd IX, стр. 570.	30	5	—	—	—	Болѣе 5 лѣтъ.	Выздор.	Послѣ преступной попытки вытравленія плода вязальной спицей, появились гнойныя отдѣленія изъ матки, и стали выходить кости плода; искусственное удаление изъ матки оставшихся костей плода.
93	* <i>Pichon</i> . Gaz. d'hôp Paris. 1865, XXVII, стр. 169.	21	2	—	—	8	4	Выздор.	Плодное яйцо величиной съ 2 кулака; плацента съ кровоизлияніями; жирноперерождена.
94	* <i>Pichon</i> (ibid.).	30	3	—	—	12	9	Выздор.	Мясистый заносъ величиной съ кулакъ.
95	* <i>Praël</i> . Inaug. Diss. Göttingen. 1821.	40	2	—	Меланхолия.	—	28 лѣтъ.	Морг.	Мертвый плодъ задерживался въ теченіе 28 лѣтъ; время отъ времени отходили кости плода; препятствіе со стороны суженнаго шейнаго канала; смерть отъ піэміи.
96	<i>Puech</i> , ref. Fromel's Jahresbericht. 1894.	29	4	—	—	6	3	Выздор.	На 3 мѣс. первое кровотеченіе, которое потомъ прекратилось; на 6 мѣсяцѣ появилось зловонное отдѣляемое; удаленное искусственно яйцо плода не содержало.
97	<i>Reinъ</i> (русскій переводъ Учебника Шредера 1895 г., стр. 496).	—	—	—	—	8	5	Выздор.	Искусственно удалено цѣлое плодное яйцо 3-мѣсячнаго возраста.
98	<i>Rissman</i> . Ctbl. f. Gyn. 93, стр. 785.	—	2	—	—	12	2—3	Выздор.	При предыдущихъ родахъ была сдѣлана перфорация (тяжелый травматизмъ шейки), плодъ умеръ около срока родовъ; черезъ 2 мѣсяца произошли роды, родился доношенный, мацерированный плодъ съ расщелиной живота.
99	* <i>Roth</i> . Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd XXIII, стр. 177.	36	9	—	Retroflexio uteri gravidi. Metritis chronica.	9	5	Выздор.	Разложившійся уродливый плодъ, плацента нормальная.

№	Авторъ, и гдѣ помѣщена работа.	Возрастъ.	Какая беременность.	Число предыдущихъ выкидышей.	Болезни об- щія и поло- выхъ орга- новъ.	Продолжит. беремен. въ мѣсяцахъ.	Продолжит. задержки плода въ мѣсяцахъ.	Исходъ.	Состояніе плода и общія замѣчанія.
100	*Ръзниковъ, Ctbl. f. Gyn. 95, № 9.	35	3	—	Typhus abdomina- lis (?).	—	Около 4½ лѣтъ.	Выздор.	Тяжелое лихорадочное заболѣваніе sub graviditate (Typhus?), спустя 1 годъ стали отходить кости плода; сильное истощеніе. Искусственное удаление оставшихся костей, нѣкоторыя изъ нихъ какъ бы вросли въ стѣнку матки. Плодъ умеръ, судя по величинѣ удаленной tibia, около 7-го мѣсяца.
101	Sänger. Ctbl. f. Gyn. 1885. Bd IX, стр. 349.	41	1	—	—	10	Около 1 мѣс.	Mors.	Въ срокъ наступили схватки, которыя вскорѣ прекратились; плодъ умеръ, сталъ выходить mesonim. Въ виду повышенія t° — лапаротомія; въ стѣнкѣ матки найдены множественныя міомы (числомъ 5). Operatio Porro. Ребенокъ сильно мацерированъ, воды очень вонючія. Черезъ 2½ дня смерть при явленіяхъ остраго сепсиса.
102	Schaeffer. Mon. f. G. u. Gyn. Bd VIII, стр. 342.	—	2	—	—	15	12	Выздор.	Уродливый мумифицированный плодъ 3½ мѣс., около- плодныхъ водъ нѣтъ; въ полости яйца только сухіе кровяные сгустки. Послѣдъ съ кровоизліяніями, выпячивающимися въ полость яйца.
103	Scharlieb, ref. Ctbl. f. Gyn. 99, стр. 124.	—	—	—	—	13	3	Mors.	Была сдѣлана лапаротомія въ предположеніи, что имѣютъ дѣло съ gravid. extrauterina; по вскрытіи брюшной полости убѣдились въ ошибкѣ діагноза. Такъ какъ плодъ былъ разложившійся и воды очень вонючія, то произведена ампутація матки по Porro; черезъ 4 недѣли больная скончалась отъ септикоіеміи.
104	Schellenberg. Arch. f. Gyn. Bd XII, стр. 482.	34	7	—	—	10½	5	Выздор.	Сморщенный, мумифицированный 5-мѣсячный плодъ; пу- повина сильно перекручена; плацента со старыми крово- изліяніями.
105	*Smith, ref. Ctbl. f. Gyn. 84 г. № 22.	—	—	—	—	9	5	Выздор.	Мумифицированный плодъ 4-хъ мѣсяцевъ.
106	*Schroeder. Skanzoni's Bei- träge zur Geb. und Gyn. Bd VII, Heft I.	34	4	—	—	12	10	Выздор.	Мясистый заносъ; плацента занимала болѣе половины периферіи яйца; зародышъ ¾ сант. длины; околоплодныхъ водъ нѣтъ.
107	*Schroeder, (ibid.).	36	4	—	—	12	—	Выздор.	Яйцо величиной съ гусиное, зародыша нѣтъ; кровоизліянія, выпячивающіяся внутрь полости яйца.
108	*Schütz, ref. Ctbl. f. Gyn. 1889 г., № 15.	—	—	—	—	11	5½	Выздор.	Мумифицированный плодъ 5½ мѣсяцевъ.

№	Авторъ, и гдѣ помѣщена работа.	Возрастъ.	Какал беременность.	Число предшдущихъ выкидышей.	Болѣзни обшца и половыя органы.	Исходъ.
109	<i>Schmit</i> , Ctbl. f. Gyn. 99 г., стр. 1888.	35	10	—	—	—
110	<i>Sjödahl</i> , ref. Jahresbericht f. G. und Gyn. 91 г., стр. 141.	—	—	—	—	—
111	<i>Scrader</i> , ref. Ctbl. f. Gyn. 97 г., стр. 195.	—	—	—	—	—
112	<i>Semb</i> , Monat. f. Geb. und Gyn. 1896, стр. 360.	38	9	—	Здорова.	—
113	<i>Semb</i> (ibidem)	40	9	—	Здорова.	—
114	<i>Semb</i> (ibidem).	43	2	—	Endometritis.	—
115	* <i>Соловьевъ</i> . Wien. med. Wochenschrift. 1874, № 45.	33	7	—	—	—
116	<i>Строгановъ</i> . Журн. акуш. и ж. бол. 1895 г., т. IX.	—	—	—	—	—
117	<i>Суховецкій</i> . „Врачъ“. 1900 г., стр. 893.	35	6	—	—	—
118	* <i>Todd</i> , ref. Ctbl. f. Gyn. 1885 г., стр. 160.	30	Мног.	—	—	—
119	<i>Tot</i> , ref. Schmidt's Jahrb. 1835 г., стр. 161.	30	3	—	—	—

продолжит. задержки плода къ мѣсяцямъ.	Исходъ.	Состояніе плода и общія замѣчанія.
7	Mors.	Плодь сильно мацерированъ, 31 сант. длины; пуповина сильно перекручена; искусственно вызванъ абортъ; смерть наступила отъ неудержимаго кровотечения послѣ операции; причиной—гидатиное перерожденіе сосудовъ матки.
3	Выздор.	Хорошо сохранившееся яйцо 4-мѣсячн. возраста.
5 1/2	Выздор.	Выкидышь произошелъ самостоятельно.
6	Выздор.	Мумифицированный 6-мѣсячный плодь; пуповина сильно перекручена.
5	Выздор.	Мумифицированный 4-мѣсячный плодь.
—	Выздор.	Матка по величинѣ соответствовала 2 мѣс. graviditatis; яйцо утеряно; выскабливаніемъ были удалены остатки отпадающей и хоріона.
Около 6 лѣтъ.	Выздор.	За 6 недѣль до срока прошли воды, при косомъ положеніи плода; потуги не могли изгнать плодь, вышло только одно дѣтское мѣсто; появились зловонныя отдѣленія изъ матки. Черезъ 6 лѣтъ искусственно удалены изъ матки кости плода; одна изъ костей (os parietale) была найдена плотно застрявшею въ шейкѣ.
4	Выздор.	Тройни, по развитію 4-мѣсячныя. Сдѣлано выскабливаніе въ виду повторныхъ кровотеченій.
2	Выздор.	Послѣ безуспѣшныхъ попытокъ вызвать абортъ электризаціей, сдѣлано расширеніе шейки палочкой laminariae. Вышедшій плодь 24 сант. длины, высохшій; плацента сухая и плотная.
4	Выздор.	Вышло цѣлое плодное яйцо, плода нѣтъ.
—	Выздор.	Съ 5-го мѣс. беременности истерическія явленія, которыя прошли съ выходомъ плоднаго яйца; послѣднее представляетъ изъ себя мясистый заносъ величиной съ блюдечко; плода нѣтъ.

№	Авторъ, и гдѣ помѣщена работа.	Возрастъ.	Какая беременность.	Число предшдущихъ выкидышей.	Болезни обшя и половыяхъ органовъ.	Продолжит. беремен. въ мѣсяцахъ.	Продолжит. задержки плода въ мѣсяцахъ.	Исходъ.	Состояніе плода и общія замѣчанія.
120	* <i>Vaust jun.</i> Annal de méd. belg. Août. 1838.	38	—	—	—	8 ^{1/2}	3 ^{1/2}	Выздор.	На 5-мъ мѣсяцѣ беременности сильный ушибъ живота; мацерированный 5-мѣсячный плодъ съ плацентой, развитой какъ у доношеннаго плода.
121	<i>Vinay Ch.</i> ref. Ctbl. f. Gyn. 97 г., стр. 143.	44	12	—	Icterus gravis.	8	3	Выздор.	Въ виду сильнаго исхуданія и желтухи (colica hepatica) вызванъ абортъ приемами natr. salicylic. по 5,0 каждый день.
122	* <i>Vondörfer</i> , ref. Kulenkampff's Inaug. Dissert.	38	3	—	—	—	Около 11 лѣтъ.	Mors.	На 8-мъ мѣсяцѣ появились схватки, и прошли воды; потомъ стали выходить кости плода съ гнойными, вонючими отдѣленіями изъ матки. Смерть отъ истощенія 11 лѣтъ спустя.
123	* <i>Холмогоровъ</i> . „Врачъ“. 1891. № 26.	20	3	—	Слабago сложенія.	11	7	Выздор.	Плодъ мумифицированный 15 сант. длины; послѣдъ тонкій безкровный, 9 сант. въ диаметръ.
124	* <i>Холмогоровъ</i> (ibidem).	21	2	—	Слабago сложенія.	6	3	Выздор.	На 3-мъ мѣсяцѣ беременности первое кровотеченіе; плода нѣтъ; полость яйца выполнена плотными кровяными сгустками.
125	<i>Шлоккеръ</i> . Журн. акуш. и ж. бол. 1891 г., стр. 847.	22	1	—	—	5	3	Выздор.	Двухмѣсячное яйцо съ неизмѣненными съ виду оболочками; плода нѣтъ.
126	<i>Штейнъ</i> . „Еженедѣльникъ“. 1896 г., стр. 193.	32	3	—	—	11	7	Выздор.	Въ концѣ 4-го мѣсяца беременности первое кровотеченіе; плодъ извергнуть самопроизвольно, не мацерированъ.
127	<i>Штейнъ</i> (ibid.).	20	2	—	—	8	4	Выздор.	Плодное яйцо вышло самопроизвольно.
128	<i>Штейнъ</i> (ibid.).	36	8	—	—	9	6—7	Выздор.	Плодное яйцо вышло около срока нормальной беременности; плода нѣтъ; оболочки утолщены.
129	* <i>Якубъ</i> . „Врачъ“. 1892 г. № 22.	28	4	—	Retroflexio et descensus uteri.	9 ^{1/2}	6	Выздор.	Хорошо сохранившійся 4-мѣсячный плодъ; послѣдъ занималъ болѣе половины периферіи яйца, съ кровоизліяніями; ворсинны частью здоровыя, частью некротизовавшіяся.
130	* <i>Якубъ</i> (ibidem).	—	Мног.	—	Слабago сложенія.	10	—	Выздор.	Плода нѣтъ; оболочки и послѣдъ съ кровоизліяніями.
131	* <i>Якубъ</i> (ibidem).	—	2	—	Retroflexio uteri.	7	4	Выздор.	Плодъ 3-мѣсячный; послѣдъ съ кровоизліяніями, занималъ больше половины поверхности яйца.
132	<i>Wegener</i> , ref. Ctbl. f. Gyn. 1893 г., стр. 643.	—	—	—	—	14	11	Выздор.	Яйцо 3-мѣсячнаго возраста, плода нѣтъ; на внутренней поверхности яйца фибринныя отложенія.

ТАБЛИЦА В,
указывающая распределение случаев missed abortion
соответственно возрасту больныхъ.

Между 20—25 г.	25—30	30—35	35—40	Послѣ 40 лѣтъ.
14 случаевъ	29	20	24	11 случ.

ТАБЛИЦА С;
задержка плода наблюдалась у

I gravid.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XII.	XIV.
12 разъ	17	13	15	8	9	8	5	9	2	2	1

ТАБЛИЦА Д.
Плодное яйцо вышло, считая отъ начала беременности, на

4 мѣсяцъ	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 разъ	11	10	20	17	20	11	11	11	3	3	4

ТАБЛИЦА Е,
указывающая продолжительность задержки въ мѣсяцахъ:

2 мѣсяца	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Болѣе года
1 случаевъ	20	19	21	12	8	3	2	5	1	2	6 случ.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Появленіе ацетона въ мочѣ беременныхъ нельзя считать указаніемъ на наступившую смерть плода.

2) Только остановка дальнѣйшаго роста беременной матки есть абсолютно вѣрный діагностическій признакъ послѣдовавшей смерти плода.

3) Выскабливаніе матки послѣ предварительнаго расширения шейнаго канала есть лучший методъ производства искусственнаго выкидыша (abortus artificialis).

4) Внутриматочное примѣненіе кольпейринтера Браунъа (по Dührssen'y) заслуживаетъ самаго широкаго распространенія въ акушерской практикѣ, какъ методъ, вполне обеспечивающій свободный доступъ въ полость матки.

5) Перфорация живого плода, при невозможности родоразрѣшенія per vias naturales, есть операція, противорѣчащая основнымъ этическимъ требованіямъ, и должна всецѣло уступить свое мѣсто кесареву сѣченію.

6) Изъ всѣхъ дезинфицирующихъ лизолъ — наиболѣе удобопримѣнимое средство въ акушерской практикѣ.

CURRICULUM VITAE.

Викторъ Алексѣевичъ Булатовъ, сынъ врача, православнаго вѣроисповѣданія, родился 2-го декабря 1871 года въ г. Петровскѣ, Дагестанской области; кончивъ курсъ классической гимназій въ Ставрополѣ-Кавказскомъ въ 1890 году, поступилъ на Медицинскій Факультетъ Московскаго университета; по зачетѣ здѣсь десяти семестровъ, подвергся испытаніямъ на званіе лѣкаря при Казанскомъ университетѣ, гдѣ и получилъ дипломъ лѣкаря съ отличіемъ въ 1896 году. До 29-го сентября 1900 года состоялъ при акушерской клиникѣ Московскаго университета сначала въ качествѣ экстерна, потомъ сверхштатнаго и штатнаго ординатора; въ теченіе этого времени сдалъ экзамены на степень доктора медицины и, по надлежащемъ испытаніи въ Медицинскомъ Факультетѣ, утвержденъ въ званіи акушера, какъ члена врачебной управы; за истеченіемъ срока службы при клиникѣ отчисленъ отъ должности; предлагаемую работу свою подъ заглавіемъ: „О задержкѣ мертваго плода въ полости матки“ представляетъ теперь въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.

Рис. 1-й

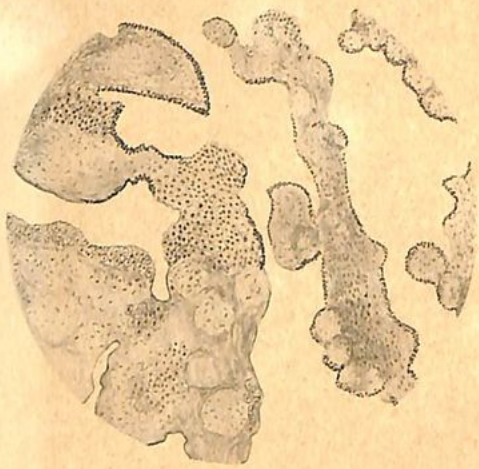


Рис. 2-й

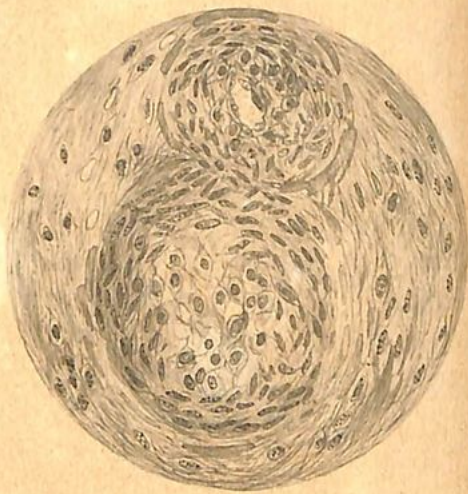


Рис. 3-й

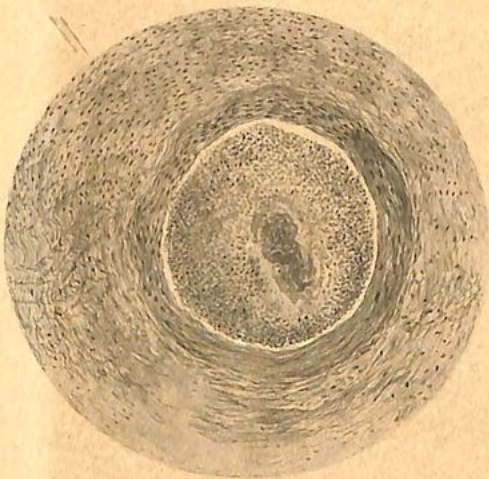


Рис. 4-й



ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВЪ.

Рисунокъ 1-й. Въ центрѣ находится мѣсто, гдѣ ясно видно происхожденіе кѣлочнаго островка изъ кѣлокъ Langhans'ова слоя; внизу и сбоку видны ворсинки съ плохо красящейся стромой и относительно хорошо сохранившимся syncytium'омъ; вверху въ массѣ фибрина находятся изолированные островки кѣлокъ Langhans'a и нѣсколько совершенно некротизованныхъ ворсинокъ.

Рисунокъ 2-й. Два облитерированныхъ сосуда хоріона; центральная часть у одного изъ нихъ еще проходима для крови.

Рисунокъ 3-й. Одинъ изъ сосудовъ хоріона, подвергшійся частичной некротизации; часть стромы хоріона тоже некротизована.

Рисунокъ 4-й. Полный некрозъ всѣхъ элементовъ плаценты; амнион и chorion лишены ядеръ; ворсинки представляются въ видѣ гомогенныхъ округлыхъ полей, заключенныхъ въ массѣ фибрина.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

СТРАН.

I. Введеніе и краткій историческій очеркъ	3
II. Клиническое теченіе и діагностика	8
III. Патологическая анатомія	16
IV. Этіологія	47
V. Прогностика и терапія	56
