

гипотезу для объясненія случаевъ въ родѣ нашего, я не вижу достаточнаго повода не высказать также предположеніе объ аналогичномъ происхожденіи tubo-ovarial'ныхъ кистъ. Очевидно пока мы остаемся въ области гипотезъ и лишь накопленіе большаго числа наблюденій можетъ содѣйствовать разъясненію вопроса. За развитіемъ патолого-анатомической стороны интересующаго насъ вопроса послѣдуетъ и клиническая сторона дѣла, которая, можно сказать, и по сіе время представляетъ полный пробѣлъ. Въ описанномъ наблюденіи, не смотря на всестороннее отношеніе къ нашему случаю, не удалось подмѣтить ни одного момента, который можно было бы выставить какъ патогномоническій признакъ указаннаго заболѣванія.

## XII.

*Изъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія.*

### **КЪ СТАТИСТИКѢ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ДВУРОГОЙ МАТКѢ.**

Д-ра мед. К. Г. ШТОЛЬ.

(Читано въ Засѣданіи врачей Родовспомогательнаго Заведенія).

Рѣдкость случаевъ двурогой матки, вообще, и въ частности беременности одного изъ ея роговъ оправдываетъ сообщеніе ниже приведеннаго случая, поучительнаго во многихъ отношеніяхъ.

Въ Маріинское Гинекологическое Отдѣленіе была прислана однимъ изъ товарищей больная съ діагнозомъ внѣматочной трубной беременности подъ знакомъ вопроса.

Больная жалуется на ностоянную ноющую боль внизу живота, появившуюся мѣсяца два тому назадъ. Пациенткѣ 24 года; она крестьянка, чулочница, родилась въ С.-Петербурѣ, въ дѣтствѣ перенесла корь, оспу, скарлатину и рахить.

Первыя мѣсячныя получила на 14 году, съ тѣхъ поръ менстругировала правильно черезъ 3 недѣли, безъ болей, въ умеренномъ количествѣ; первый годъ мѣсячныя продолжались по 5 дней, а въ слѣдующіе года по три дня. Замужемъ три года. Беременною ни разу не была. Послѣднія мѣсячныя окончились 3 мѣсяца тому назадъ. Съ тѣхъ поръ самочувствіе больной, бывшее довольно удовлетворительно, смѣнилось общимъ недомоганіемъ, слабостью, плохимъ аппетитомъ и иногда тошнотою и рвотою. Три недѣли тому назадъ, по неизвѣстной причинѣ, появилось внезапно, внѣ срока мѣсячныхъ, кровотечение, болѣе обильное, чѣмъ во время регулъ, продолжавшееся почти двѣ недѣли и сопровождавшееся сильными схватывающими болями внизу живота, сильнымъ жаромъ, почему она оставалась въ постели, и выходненіемъ небольшихъ стугковъ. Выходили ли кромѣ того оболочки, большая ничего опредѣленнаго сообщить не могла. Кровотечение прекратилось само собою; боли въ животѣ стихли послѣ холодныхъ компрессовъ. Въ послѣдніе дни кровотечения, когда лихорадочнаго состоянія уже не было, появилась ломота въ костяхъ, прекратившаяся недѣлю тому назадъ. Слабость етс. послѣ кровотечения ухудшились, по временамъ появлялось головокруженіе, дурнота и поносъ; аппетитъ не возстановлялся.

Больная блондинка, роста ниже средняго, слабого тѣлосложенія, худого питанія; слизистыя оболочки весьма блѣдныя; подкожнаго жира ничтожное количество. На грудной клѣткѣ ясныя слѣды рахита. Грудныя железы слабо развиты, мягки, не содержатъ молозива; околососковый кружокъ свѣтложелтаго цвѣта. У верхушки сердца малокровныя шумы. Животъ напряженъ и вздутъ. Бѣлая линия слабо обозначена. Подчревная область закруглена, замѣтно выпячивается и притомъ справа болѣе нежели слѣва. По всему животу, за исключеніемъ правой паховой области, получается высокій тимпаническій звукъ. Въ правой паховой области при глубокой перкуссіи получается тупой звукъ; соотвѣтственно этому, на высотѣ трехъ поперечныхъ пальцевъ надъ пуартовой связкою, въ глубинѣ правой подвздошной впадины, прощупывается эластическая съ гладкою поверхностью, почти неподвижная опухоль, длиною около 9,5 см. и шириною около 4,5 см.; нижняя граница опухоли опускается въ полость малаго таза. Ощупываніе живота безболѣзненно.

Входъ во влагалище узкій, чувствительный, нормальнаго

цвѣта. Влагалище слегка разрыхлено, синеватаго цвѣта. Довольно длинная и тонкая, значительно разрыхленная влагалищная часть шейки помѣщается справа на уровнѣ широкой части полости малаго таза. Шейка матки непосредственно переходитъ въ неплотное тѣло, прощупываемое въ лѣвомъ заднемъ сводѣ и по формѣ напоминающее всего болѣе увеличенную матку; выпуклая верхушка этого тѣла осязается, при двойномъ изслѣдованіи, нѣсколько выше лѣвой безымянной линіи. Приподнять это тѣло удастся съ небольшимъ трудомъ, причѣмъ влагалищная часть смѣщается вверхъ и приближается къ оси таза. Совершенно круглый наружный зѣвъ матки едва вмѣщаетъ верхушку пальца. Лѣвый яичникъ не прощупывается.

Справа отъ сказаннаго тѣла, принятаго мною за матку, помѣщается кистовиднаго характера, почти шаровидная опухоль, выполняющая весь правый сводъ и достигающая величины больше гусиного яйца. Поверхность опухоли гладкая; на ощупь она равномернo эластичная и тѣстоватая; нижняя выпуклая поверхность опухоли, выпячивая сводъ, весьма близко прилегаетъ къ влагалищной части шейки. Внутренняя (лѣвая) поверхность, круто суживаясь, переходитъ въ довольно толстый и короткий, слегка сплюснутый и относительно болѣе мягкій пучекъ, прослѣдить который можно было приблизительно до середины праваго края лѣваго тѣла; доходилъ ли пучекъ до угла дна предполагаемой матки, опредѣлить не удалось и подъ хлороформомъ. Связь эта была настолько тѣсная, что приподымаемая опухоль, приподымалось и лѣвое тѣло и обратно; тѣмъ не менѣе правая опухоль была отчасти и самостоятельно подвижна, хотя правда и мало, какъ вверхъ и внизъ, такъ и впереди и назадъ; она какъ бы стибалась соответственно упомянутому пучку. Занятый опухолью правый сводъ довольно сильно пульсируетъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ, въ особенности вблизи влагалищной части шейки. Верхняя граница правой опухоли помѣщается внѣ полости малаго таза.

Непосредственный, весьма ясно выраженный, переходъ влагалищной части шейки въ лѣвое тѣло, расположеніе послѣдняго по одной діагонали съ шейкою, говорило въ пользу того, что тѣло, прощупываемое въ лѣвомъ заднемъ сводѣ, есть тѣло и дно увеличенной и размягченной матки. Соединительный пучекъ, терявшійся гдѣ-то вдоль праваго бока

матки, былъ признанъ мною за утолщенный маточный конецъ правой фаллопиевой трубы, брюшина часть которой была занята опухолью, выпятившею весь правый сводъ. Принимая далье во вниманіе отсутствіе мѣсячныхъ въ теченіи трехъ мѣсяцевъ, несоотвѣтствующая тому плотность и величина наклоненной взадъ и влѣво матки, присутствіе въ правомъ сводѣ эластической опухоли, находившейся въ связи съ маткою, рѣзко-выраженная пульсація въ правомъ сводѣ и наконецъ бывшее кровотеченіе, появившееся послѣ пріостановки мѣсячныхъ, а также субъективныя жалобы больной—далао вмѣстѣ взятое, казалось мнѣ, право заподозрить внѣматочную беременность правой фаллопиевой трубы, въ прогрессивномъ періодѣ, развивающуюся, быть можетъ, между листками брюшины правой широкой связки.

Съ этимъ моимъ толкованіемъ найденнаго при изслѣдованіи не былъ однако согласенъ *А. Я. Крассовскій*, не отвергавшій беременность. Ему на оборотъ казалось, что правая опухоль есть беременная матка, онъ замѣтилъ даже въ ней баллотированіе, а то, что я принималъ за матку, онъ признавалъ за опухоль вѣроятно невоспалительнаго характера.

Съ цѣлью болѣе точнаго распознаванія *А. Я. Крассовскимъ* было произведено изслѣдованіе зондомъ, причемъ зондъ свободно вошелъ въ шейку, гдѣ на высотѣ приблизительно около 3,0 см. встрѣтивъ препятствіе, онъ какъ бы самъ, безъ всякаго содѣйствія и усилія, повернулся вправо и вслѣдъ затѣмъ также свободно прошелъ въ правую опухоль на глубину 14,0 см. причемъ пуговка зонда ясно прощупывалась на 4 п. п. ниже пупка и на 2 п. п. вправо отъ бѣлой линіи. Ввести зондъ въ лѣвое тѣло ему не удалось. Истеченіе крови или водъ послѣ зондированія не послѣдовало; самочувствіе больной не пострадало.

Если съ одной стороны нельзя было допустить прорывленіе зондомъ размягченной шейки, то съ другой стороны переходъ шейки въ лѣвое тѣло представлялся мнѣ настолько яснымъ, что не смотря на доказательность зондированія, я не могъ сразу отказаться отъ моего распознаванія. Въ виду этого черезъ день мною было повторено изслѣдованіе зондомъ, причемъ зондъ наоборотъ вошелъ свободно въ лѣвое тѣло, между тѣмъ какъ ввести его въ правую опухоль мнѣ не удавалось. Зондъ вошелъ въ лѣвое тѣло на 10 см; верхушка его прощупывалась на 5 п. п. ниже пупка и на 3 п.

п. влѣво отъ бѣлой линіи. Такимъ образомъ было доказано, что лѣвое тѣло есть матка съ пустою, мало расширенною полостью.

Предположеніе, что *А. Я. Крассовскій* проникъ зондомъ черезъ полость матки въ расширенную правую трубу, казалось возможнымъ, но весьма мало вѣроятнымъ уже потому, что зондъ такъ легко и при томъ на высотѣ всего только 3,0 см. проникъ въ правую опухоль. Одно было несомнѣнно, что въ маломъ тазу имѣлось два полостныхъ образованія, изъ которыхъ въ правомъ, большемъ по величинѣ, находится содержимое, вѣроятно плодное яйцо; а такъ какъ оба эти образованія переходили внизу въ одну общую шейку, то остановились на діагнозѣ: *двурогоя матка съ одною общею шейкою—uterus bicornis infra simplex—и беременность ея праваго рога*. Степень развитія обоихъ роговъ матки казалась одинаковою; нѣкоторая разница въ величинѣ, въ плотности и въ формѣ безъ сомнѣнія зависѣла отъ присутствія плоднаго яйца въ правомъ рогѣ матки.

Что было дальше дѣлать? Ждать, или приступить немедленно къ тому или другому образу дѣйствія?

Убѣжденіе, что мы имѣли дѣло съ беременностью праваго рога матки побуждало къ тому; настоятельность рѣшенія усугублялась невозможностью опредѣлить съ надлежащею и желательною точностью степень мышечной достаточности беременнаго рога. Въ пользу того, что, быть можетъ, здѣсь имѣется беременность въ зачаточнo развитомъ рогѣ, говорило какъ то обстоятельство, что переходъ рога въ шейку казался на столько мягкимъ, что позволялъ нѣкоторую самостоятельную подвижность праваго беременнаго рога, что могло однако зависѣть также и отъ беременности, такъ и потому главнымъ образомъ, что переходъ этотъ терялся густо вдоль внутренняго края лѣваго рога, какъ казалось мнѣ, выше внутренняго зѣва, т. е. тамъ, гдѣ въ большинствѣ случаевъ рудиментарный рогъ сливается съ болѣе развитымъ рогомъ.

Что беременность рога, въ случаѣ его мышечной состоятельности, можетъ достигнуть нормальнаго срока, такъ тому имѣются не мало примѣровъ какъ въ русской, такъ и въ иностранной литературѣ. Такъ д-ръ *Гриневъ* <sup>1)</sup> приводитъ случай, въ которомъ крестьянка 34 лѣтъ 4 раза рожала въ срокъ;

<sup>1)</sup> Мед. отчетъ Родовсп. Завед. Спб. 1880 г. Случай четвертый.

въ послѣднемъ пуэрперіумѣ у нея была опредѣлена двурогая матка, причеиъ оба рога сливались въ одну общую шейку на высотѣ внутренняго зѣва. *Личкусъ* <sup>1)</sup> описалъ одинъ случай двурогой матки съ одною общею шейкою, распознанной въ пуэрперіумѣ послѣ срочныхъ родовъ. *Эльбингъ* <sup>2)</sup> наблюдалъ слѣдующій интересный случай. Крѣпкаго тѣлосложенія, съ широкимъ тазомъ, 34 лѣтняя крестьянка родила въ первый разъ въ февралѣ 1889 года благополучно въ срокъ. Во время беременности животъ былъ очень большой; движеніе плода ощущалось ею одновременно въ правой и лѣвой половинѣ живота; къ концу беременности движеніе плода слѣва прекратилось. Послѣ родовъ животъ остался большимъ. На 3-ей недѣлѣ послѣ родовъ появились жгучія боли въ лѣвой сторонѣ живота, сопровождавшіяся повышеніемъ температуры. Въ настоящее время при вторыхъ, тоже срочныхъ, родахъ, 1½ года спустя послѣ первыхъ, акушерка опредѣлила двойни; послѣ рожденія перваго плода, второй представился въ косомъ положеніи. При изслѣдованіи *Эльбингъ* нашелъ: отдѣльныя части плода весьма ясно прощупываются, причеиъ рѣзко бросается въ глаза ихъ плотность и твердость. Спинка обращена влѣво, одна крупная часть, быть можетъ, головка, помѣщается въ лѣвой подчревной области. Въ правой подвздошной впадинѣ прощупывается тѣло величиною въ дѣтскую головку. Сердцебиенія плода не слышно, движенія его не ощущаются. Наружный зѣвъ широкій. Длинный каналъ шейки суживается кверху. Черезъ внутренній зѣвъ палецъ проникаетъ въ пустую, бывшую беременною, полость матки; другаго плода не было, не существовало и другаго отверстія; вмѣсто послѣдняго, вдоль лѣваго бока канала шейки, имѣлась щель глубиною около 0,5 см. и длиною около 5,0 см., не пропускавшая верхушку пальца. Отъ лѣвой стороны внутренняго зѣва начинается утолщеніе, въ видѣ пучка, толщиною въ палецъ, переходящее въ тѣло съ прощупываемымъ въ немъ при наружномъ изслѣдованіи плодомъ. На основаніи этого *Эльбингъ* полагаетъ: что имѣлъ дѣло съ двурогою маткою, причеиъ лѣвый рогъ не сообщался съ шейкою; что при первой беременности оба рога вмѣщали по одному плоду, изъ которыхъ

<sup>1)</sup> Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XIV, Hft 2.

<sup>2)</sup> St.-Petersburg. med. Wochenschr. 1890 r., стр. 299.

плодь, помѣщавшійся въ лѣвомъ рогѣ, умеръ въ концѣ беременности и превратился нѣкоторое время спустя въ литопедіонъ.

*Schatz* <sup>1)</sup> приводитъ два случая родовъ у много рожавшихъ при *uterus bicornis infrasimplex*, *Handfield* <sup>2)</sup> описалъ случай срочныхъ родовъ многорожавшей при беременности въ лѣвомъ рогѣ. *Wirner* <sup>3)</sup> сообщилъ слѣдующій случай. У больной, въ концѣ ея второй беременности, появились сильныя боли, продолжавшіяся нѣкоторое время и сопровождавшіяся выдѣленіемъ кровянистослизистой жидкости, что продолжалось 3 недѣли. Распознава была съ вѣроятностью внѣматочная беременность. При произведенной лапаротоміи оказалась беременность праваго рога матки. *Winter* <sup>4)</sup> описалъ препаратъ, добытый при вскрытіи женщины, умершей черезъ 3 недѣли послѣ срочныхъ родовъ, причемъ лѣвый рогъ, бывшій беременнымъ, оказался вполнѣ вывернутымъ и разорваннымъ отъ дна до внутренняго зѣва.

Приведенныхъ, случаевъ, полагаю, достаточно для доказательства того, что беременность въ достаточно развитомъ рогѣ можетъ достигнуть нормальнаго конца.

Но если рогъ недостаточно развитъ, если беременность развивается въ мышечно не состоятельномъ рогѣ, то женщинѣ угрожаетъ такая же опасность, какъ и при трубной беременности, почему и лѣченіе должно быть соотвѣтствующее, т. е. оперативное удаленіе беременнаго рога матки. Необходимость оперативнаго вмѣшательства основывается на томъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ беременность въ недоразвитомъ рогѣ оканчивается разрывомъ рога съ послѣдующимъ внутреннимъ кровотеченіемъ и смертью. Такъ *Saenger* <sup>5)</sup>, въ 1884 году, къ статистикѣ *Kussmaul-Fürst'a* (20 случаевъ), прибавилъ еще семь; изъ этихъ 27 случаевъ въ 20—произошелъ разрывъ рога; въ 3-хъ образовался литопедіонъ и въ 4-хъ была произведена лапаротомія. *Гиммельфарбъ* <sup>6)</sup> въ 1888 году собралъ еще семь случаевъ, итого 34; изъ нихъ въ

<sup>1)</sup> Archiv f. Gynaek. Bd II, стр. 293.

<sup>2)</sup> Рефер. въ Centralbl. f. Gyn. 1888, стр. 538.

<sup>3)</sup> Archiv. f. Gynaek. Bd. XXIV, стр. 332.

<sup>4)</sup> Centralbl. f. Gynaek. 1887, стр. 814.

<sup>5)</sup> Centralblat f. Gynaek. 1883, стр. 324.

<sup>6)</sup> Журналъ Ак. и Ж. б. 1888, стр. 296.

24 послѣдовалъ смертельный исходъ, вслѣдствіи разрыва рога; въ 3-хъ—образовался литопедіонъ; въ 7—послѣ смерти плода была произведена операція, кесарское сѣченіе 1 разъ и удаленіе беременнаго рога 6 разъ. Къ этимъ случаямъ я могу прибавить изъ русской и нѣмецкой литературы еще 14 случаевъ, изъ которыхъ въ 3-хъ—*Славянской* <sup>1)</sup>, *Ruge* <sup>2)</sup>, *Wyder* <sup>3)</sup>—произошелъ разрывъ беременнаго рога съ смертельнымъ исходомъ (въ случаяхъ *Славянскаго* и *Wyder'a* операція была произведена, но больная умерла отъ потери крови); въ одномъ—*Эльбингъ* (*l. c.*) образовался литопедіонъ; въ 4-хъ—*Winter* (*l. c.*), *Kiderlen* (2 случая) и *Szümam* <sup>4)</sup> послѣдовалъ выкидышъ и наконецъ въ 6 случаяхъ—*Склифасовскій* <sup>5)</sup>, *Kiderlen* <sup>6)</sup>, *Netzel* <sup>7)</sup>, *Pfaunenstiel* <sup>8)</sup>, *Winter* <sup>9)</sup> и *Landan* <sup>10)</sup>—произведено удаленіе беременнаго рога (въ случаѣ *Winter'a* хотя и произошелъ разрывъ рога, но кровотеченія не было; больная выздоровѣла послѣ операціи). Такимъ образомъ въ литературѣ имѣется 48 случаевъ (не считая мой) беременности двурогой матки, изъ которыхъ въ 27 случаяхъ послѣдовалъ разрывъ рога съ смертельнымъ исходомъ; въ 4-хъ произошелъ выкидышъ; въ 4-хъ образовался литопедіонъ; въ 13 случаяхъ произведена была лапаротомія. Слѣдовательно въ 56,24% случаевъ послѣдовала смерть вслѣдствіи разрыва беременнаго рога <sup>11)</sup>, въ 27,0% произведена была операція и въ остальныхъ 17% произошелъ или выкидышъ или образованіе литопедіона.

1) Журналъ Ак. и Ж. 6. 1888, стр. 897. Описанъ д-ромъ *Массенъ*.

2) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. II, стр. 27.

3) Festschr. j. Jubilaem d. Prof. Gusserow. стр. 182.

4) Рефер. въ Jahresbericht f. Geb. u. Gyn. Bd. IV, стр. 114.

5) Хирургическая Лѣтопись 1889, № 2 и 3.

6) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XV, стр. 19 и слѣд.

7) Рефер. въ Centralbl. f. Gyn. 1892, стр. 64. Описанъ *Ginsberg'омъ*.

8) Рефер. въ Centralbl. f. Gyn. 1885, стр. 439.

9) Centralblatt f. Gyn. 1892, стр. 365.

10) Реф. въ Centralbl. f. Gynaek. 1841, стр. 208.

11) Такъ какъ неизвѣстно, чѣмъ бы окончились оперативные случаи, произошелъ ли бы разрывъ рога, выкидышъ или образовался бы литопедіонъ, то если изъ общей суммы выкинуть случаи, въ которыхъ была подана оперативная помощь, такъ и случаи, окончившіеся выкидышемъ, тогда по статистикѣ *Saenger*, а изъ 23 въ 20—процентъ смертности получится 86,9; по статистикѣ *Гиммельфарба*—изъ 27 въ 24=88,8% и для моей статистикѣ—изъ 31 случая въ 27=87,09% смертности вслѣдствіи разрыва беременнаго рога uteri bicornis.

Въ виду такого внушительнаго  $\%$  смертности *Saenger* и другіе совѣтуютъ уже въ раннихъ срокахъ беременности въ мышечно несостоятельномъ рогѣ производить „*semi amputatio uteri gravidi*“ съ оставленіемъ *in situ* болѣе развитаго и потому болѣе пригоднаго для беременности рога матки.

Хотя въ приводимомъ случаѣ и можно было заподозрить беременность именно въ недостаточно развитомъ рогѣ, тѣмъ не менѣе стѣнки послѣдняго не представлялись значительно утонченными и напряженными; кромѣ того свободное прохожденіе зонда въ беременный рогъ говорило тоже противъ его несостоятельности; по крайней мѣрѣ, во многихъ случаяхъ беременности въ слабо развитомъ рудиментарномъ рогѣ, полость нижняго отрѣзка его, сливающаяся съ общою шейкою, оказывалась или въ высокой степени трудно опредѣлимою даже на пренаратѣ, или же вполне облитерированною, какъ напр. въ случаяхъ *Гиммельфарба*, *Склифоссовскаго*, *Эльбинга*, *Ruge*, *Landau*, *Wyder'a*, *Winter'a* (второй случай) и *Pfannenstiel* я. По *Гиммельфарбу* (1. с.) изъ 27 случаевъ въ 19, т. е. въ 70,3% соединительный тяжъ представлялся сплошнымъ, безъ малѣйшаго слѣда канала; изъ 14 мною собранныхъ случаевъ въ семи указана непроходимость нижняго отрѣзка рога. Вотъ эти то два обстоятельства — суженіе и непроходимость нижняго отрѣзка, помимо другихъ возможныхъ причинъ, и заставляютъ опасаться разрыва беременнаго рога. Слѣдовательно въ случаяхъ, гдѣ имѣется нормально широкое сообщеніе съ общою шейкою, опасность разрыва значительно меньше.

Въ виду указанныхъ обстоятельствъ рѣшено было ждать и наблюдать за развитіемъ беременнаго рога, и затѣмъ, смотря потому—что окажется, или произвести искусственный выкидышъ, или удалить беременный рогъ *per laparotomiam*.

Въ ночь послѣ перваго зондирования появились схватывающія боли внизу живота, которыя къ утру совершенно стихли безъ всякаго пособія. На 3-й день беременный рогъ поднялся на 2,0 см. и настолько же увеличился въ ширину. Къ вечеру послѣ втораго изслѣдованія зондомъ, только лѣваго рога, показалось немного крови, затѣмъ установились почти непрерывныя боли внизу живота, не успокоивавшіяся послѣ нѣсколькихъ клизмъ съ настойкой опія; къ утру истекли воды и черезъ часъ приблизительно вышелъ плодъ, а черезъ 3 часа послѣдъ былъ извлеченъ изъ наружныхъ половыхъ частей, причѣмъ онъ представлялся какъ бы разорваннымъ, съ обрывками плодныхъ обо-

лочекъ <sup>1)</sup>). Во время абортирования внутреннее изслѣдованіе не производилось.

Произведенное послѣ выкидыша изслѣдованіе показало: входъ во влагалище нѣсколько чувствителенъ; влагалищная часть шейки очень короткая, мягкая и широкая. Наружный зѣвъ свободно пропускаетъ палецъ. Въ каналъ шейки, на высотѣ приблизительно 3,0 см., палецъ встрѣчаетъ узкій закрученный выступъ, по сторонамъ котораго имѣется по одному отверстию, расположенному косо внизъ и кнаружи отъ оси шейки. Лѣвое отверстие, болѣе узкое, плотно обхватываетъ палецъ, проникающій черезъ него въ узкій и короткій каналъ и затѣмъ въ небольшую тѣсную полость узко-яйцевидной формы; поверхность этой полости мягкая, гладкая, безъ складокъ; до дна полости достигнуть пальцемъ не удалось. Черезъ правое болѣе широкое отверстие палецъ весьма свободно проникаетъ въ большую полость, которая начинается непосредственно за правымъ отверстиемъ, выполненную кровяными свертками. Стѣнки правой полости несравненно тоньше и мягче стѣнокъ лѣвой полости. Между обоими рогами имѣется глубокое сѣдлообразное вдавленіе, которому соответствуетъ выступъ, прощупываемый въ каналъ шейки. Лѣвый рогъ помѣщается въ полости малаго таза; значительно болѣе правый рогъ матки заходитъ на 3 п. п. выше правой lig. Poupartii.

На 4 день найдено значительное уменьшеніе праваго рога, между тѣмъ какъ лѣвый рогъ сравнительно мало уменьшился, почему разница въ величинѣ роговъ не такъ рѣзко бросается въ глаза; тоже слѣдуетъ сказать и относительно плотности стѣнокъ роговъ.

На 7 день влагалище представляло невысокія поперечныя складки. Влагалищная часть шейки короткая и широкая, какъ и прежде, но нѣсколько болѣе плотная. Наружный зѣвъ едва

<sup>1)</sup> Послѣдъ вѣсилъ 30 граммъ. Вѣсъ плода 50 грм., длина его 10,0 (6,6+3,4) см. Полъ плода по наружному осмотру опредѣлить не удалось. Плодъ слегка мацерированъ. Лобъ сильно выпячивается; высота лица 2,0; окружность головки 10,7 прямой 3,0; б. к. 3,1; м. к. 3,4; б. п. 2,0; м. и 2,0 см. Глаза закрыты. Зачатки ушей отстоятъ отъ угла рта на 1,4 см. Верхнія конечности скрещены на груди; длина плеча 2,3; предплечья 1,4, кисти 1,1 см. Окружность груди 6,5, высота груди спереди 1,3. Отъ мечевиднаго отростка до пупка 1,6, отъ пупка до лобка 0,8. Длина пуповины 9,4. Нижнія конечности пригнуты къ животу, голени перекрещены; длина бедра 2,1, голени 1,9, стопы 1,2 см.

вмѣщаетъ ногтевой суставъ. Правый рогъ уменьшился до величины куриного яйца; лѣвый рогъ по величинѣ мало отличается отъ праваго, но за то плотность его гораздо больше; точно также и форма его болѣе подходитъ къ грушевидной формѣ нормальной матки. Нижній сегментъ праваго рога представляется узкимъ, тонкимъ и мягкимъ, почему правый рогъ легко огибается на мѣстѣ слиянія съ collum.

На 10-й день. Влагалищная часть шейки короткая, тонкая и довольно плотная, отклонена нѣсколько вправо. Наружный зѣвъ приоткрытъ. Переходъ шейки въ лѣвый рогъ, благодаря плотности послѣдняго и своему положенію, гораздо яснѣе и непосредственнѣе, чѣмъ переходъ ея въ правый рогъ, почему кажется, что правый рогъ какъ бы насаженъ на правый край *partitionis supra vaginalis*. Зондъ входитъ въ лѣвый рогъ на 8,0 см., не встрѣчая препятствія во внутреннемъ его зѣвѣ; напротивъ войти въ правый рогъ удалось послѣ нѣсколькихъ тщетныхъ попытокъ обойти складки у внутренняго его зѣва; длина праваго рога 10,0 см. Верхушки зондовъ, введенныхъ въ одно и то же время одинъ въ правый, а другой въ лѣвый рогъ, прощупываются, если приподнять пальцемъ немного шейку, на 3 п. п. выше лобка по сторонамъ бѣлой линіи, на разстояніи 16,0 см. другъ отъ друга. Оба рога сходятся повидимому подъ весьма тупымъ угломъ; верхушки ихъ помѣщаются тотчасъ у соотвѣтствующихъ безъямчатыхъ линій. Расхожденіе роговъ начинается на высотѣ почти 3,0 см. отъ наружнаго зѣва.

Какъ во время выкидыша, такъ и въ послѣродовомъ періодѣ, температура была нормальная, превышая температуру до выкидыша на двѣ десятыхъ. На 10 день больная выписалась здоровою.

Обращаю вниманіе на болѣе скорое обратное развитіе праваго рога, бывшаго беременнымъ, сравнительно съ уменьшеніемъ величины лѣваго рога, бывшаго пустымъ и кромѣ того на сильное дивергированіе роговъ.

Итакъ, присчитывая и мой случай къ выше указаннымъ, мы получимъ 49 случаевъ беременности при двурогой маткѣ; изъ нихъ въ 27 = 55% произошелъ разрывъ беременнаго рога со смертельнымъ исходомъ; въ 5 случаяхъ = 10,2% послѣдовалъ выкидышъ; въ 4-хъ = 8,1% образовался литопедіонъ и въ 13 случаяхъ = 26,5% произведена лапаротомія.

Выше я указалъ на высокое, какъ мнѣ казалось, слияніе роговъ матки и на гибкость нижняго отрѣзка праваго рога, какъ

на признаки, говорящіе отчасти въ пользу зачаточнаго развитія беременнаго рога. Эти же признаки и въ особенности невозможность прослѣдить, гдѣ именно перемычка сливалась съ маткою, ввели меня въ заблужденіе по отношенію къ трубной беременности; затѣмъ низкое положеніе правой опухоли и значительное выпячиваніе ея праваго свода, дало поводъ предположить интралигаментозное развитіе трубной беременности. Ошибка тѣмъ болѣе возможная, при наличности другихъ клиническихъ признаковъ, что раздвоеніе полового аппарата женщины встрѣчается, вообще, крайне рѣдко. Такъ *Schatz* (1. с., стр. 289) наблюдалъ всего въ 0,5%, а *Kiderlen* въ 0,1%, специально всѣ виды *uterus bicornis* по *Kiderlen*'у встрѣчаются въ 0,019%. Насколько мнѣ извѣстно, только въ случаѣ *Saenger*'а вѣрный діагнозъ былъ постановленъ до операціи, въ большинствѣ же случаевъ распознаваніе было не точное, и всего чаще смѣшивали беременный рогъ съ трубною беременностью. Это указываетъ лишь на громадное сходство между беременностью въ рогѣ матки въ *graviditas tubaria*, хотя разница въ анатомическомъ отношеніи обоихъ образованій, въ томъ и въ другомъ случаѣ, достаточно велика, стоитъ только прослѣдить до мѣста сліянія обоихъ образованій; между тѣмъ какъ зачаточный рогъ сливается съ болѣе развитымъ рогомъ въ области внутренняго зѣва, при трубной беременности сліяніе происходитъ въ углѣ дна матки. Къ сожалѣнію, однако, не всегда и подъ наркозомъ можно прослѣдить до мѣста сліянія, какъ было и въ моемъ случаѣ, да къ тому же и труба, подъ вліяніемъ сращеній etc., можетъ принять положеніе, приближающееся къ анатомическому отношенію роговъ. Это сходство обоихъ видовъ беременности дало поводъ *Saenger*'у высказать предположеніе, по его мнѣнію не вѣроятное, съ которымъ согласился и *Werth*, что многіе случаи, описанные какъ трубныя беременности, представляли беременность въ зачаточномъ рогѣ, которую *Saenger* ставитъ посрединѣ между интерстиціальною и трубною беременностью. Онъ же совѣтуетъ руководиться при распознаваніи въ такихъ случаяхъ сокращеніемъ плодохранилища при доказанной пустотѣ развитой половины матки. Сомнѣваюсь въ пригодности этого признака, возможнаго и при трубной беременности (см. *Fraenkel* <sup>1)</sup>). *Leopold* считаетъ діагнозъ беременности въ рогѣ

<sup>1)</sup> Volkmann's Vorträge № 217.

весьма труднымъ до шести мѣсяцевъ. Въ случаѣ *Склифоссовскаго* діагнозъ колебался между фиброміомою матки и внѣматочною беременностью; въ случаѣ *Славянскаго* предполагалась или внѣматочная беременность или киста яичника, осложнившая беременность; въ приведенномъ выше случаѣ *Wiener'a* нельзя было съ положительностью сказать, имѣлась ли внѣматочная беременность или какая либо другая опухоль. *Macdonald* <sup>1)</sup> діагносцировала «быстро растущій фибромъ». *Mundé* <sup>2)</sup>, произведя изслѣдованіе зондомъ, опредѣлилъ внѣматочную беременность; во время операціи предположилъ интерстиціальную беременность и только послѣ повторнаго зондированія во время операціи онъ убѣдился, что имѣлъ дѣло съ беременностью праваго рога *uterus bicornis*. *Schumann* (l. c.) предположилъ неокончившійся выкидышъ, почему приступилъ къ выскабливанію, причемъ оказалась двурогая матка; одна полость ея длиною въ 11,0 см. оказалась пустою а, въ другой полости, длиною въ 8,0 см., помѣщалось плодное яйцо.

Въ виду трудности распознаванія вообще, и въ частности опредѣленія мышечной состоятельности рога, полагаю, что въ подобныхъ случаяхъ дозволительно изслѣдованіе канала шейки зондомъ или пальцемъ, какъ съ цѣлью болѣе точнаго распознаванія, такъ и въ особенности съ цѣлью убѣдиться, существуетъ ли сообщеніе между нижнимъ отрѣзкомъ беременнаго рога и общою шейкою или нѣтъ. Рѣшеніе этого вопроса тѣсно связано съ дальнѣйшимъ нашимъ образомъ дѣйствія въ представившемся случаѣ. Тамъ, гдѣ таковое сообщеніе имѣется и оно достаточно широко, показуется производство искусственнаго выкидыша, если выжиданіе произвольнаго изгнанія плоднаго яйца почему либо нежелательно; тамъ же, гдѣ это сообщеніе представляется въ высокой степени суженнымъ или оно совершенно отсутствуетъ, является настоятельная необходимость въ оперативномъ удаленіи беременнаго рога при посредствѣ чрезвѣченія.

Въ заключеніе позволяю себѣ привести здѣсь весьма инструктивный и поучительный случай, касающійся выскабливанія матки, какъ способа распознаванія внѣматочной беременности. (Случай этотъ описанъ *Kiderlen*омъ (l. c.) изъ клиники *A. Martin'a*. Оговариваюсь, что по формѣ матки этотъ случай не

<sup>1)</sup> Рефер. въ *Centralbl. f. Gynaek.* 1886, стр. 333.

<sup>2)</sup> Рефер. въ *Jahresbericht f. Ged. u. Gyn.* Bd. IV, стр. 114.

воплнѣ подходитъ къ моему; самъ *Kiderlen* считаетъ матку въ его случаѣ стоящею по срединѣ между *uterus bicornis duplex* и *uterus bicornis semi duplex*.

Больная жаловалась на сильныя боли внизу живота, въ особенноти справа, при ходѣбѣ, появившіяся 4 мѣс. т. н.; въ послѣднія 6 недѣль къ этому присоединилась слабость, головная боль и бѣли. Пациенткѣ 27 лѣтъ, менструируетъ правильно съ 20 лѣтъ; послѣднія правильныя регулы были 3 мѣс. т. н. Двѣ недѣли спустя по ихъ окончаніи появилось кровотеченіе, длившееся безъ перерыва 4 недѣли, хотя и въ маломъ количествѣ. Два года т. н. она выкинула, затѣмъ родила благополучно въ срокъ.

Больная маленькаго роста, блѣдная, плохого питанія. Шея средняя толщины; тѣло матки помѣщено влѣво, нѣсколько увеличено, средней консистенціи. Въ правомъ параметріумѣ имѣется круглая, тугоэластическая опухоль, въ кулакъ величиною, тѣсно соединенная съ правымъ краемъ матки широкою плоскою перемычкою. Была ли это оваріальная опухоль или она представляла трубную беременность, нельзя было съ положительностью сказать, хотя отсутствіе мѣсячныхъ, бывшее кровотеченіе и увеличенная матка говорили съ большою вѣроятностью въ пользу послѣдняго предположенія. Къ тому же вѣроятному діагнозу вѣматочной беременности привело и изслѣдованіе подъ хлороформомъ.

Съ цѣлью болѣе точнаго распознаванія рѣшено было зондировать матку и затѣмъ выскабливаніемъ удалить кусочекъ слизистой оболочки для микроскопическаго изслѣдованія и только послѣ этого приступить къ лапаротоміи. Зондъ вошелъ на 8,5 см. Тупая ложечка легко вошла въ полость матки, выскабливаніемъ удалено нѣсколько клочковъ слизистой оболочки. По введеніи тупой ложечки во второй разъ, вошедшей также свободно, во время манипуляціи ложечкою, появилось изрядное кровотеченіе, причѣмъ былъ удаленъ порядочный кусокъ слизистой оболочки; теперь только замѣтили, что ложечка вошла гораздо глубже, чѣмъ въ первый разъ, и что полость матки оказалась болѣе обширною, чѣмъ то предполагали раньше. Подробное изслѣдованіе выяснило, что смѣщенная влѣво матка есть лѣвый рогъ ея, отдѣленный отъ праваго беременнаго рога, вплоть до шейки, отвѣсною перегородкою. Нижняя половина канала шейки была одиночная. Какъ зондъ, такъ и тупая ложечка, при первомъ изслѣдованіи вошли въ лѣвый рогъ, при

второмъ же введеніи ложечка попала случайно въ правый беременный рогъ и вызвала кровотеченіе. Плодное яйцо было удалено корнцангомъ. Шесть мѣсяцевъ спустя больная вновь забеременела, причеиъ къ лѣвому беременному рогу прилегалъ правый мало увеличенный рогъ.

Инструктивность этого случая заключается въ указаніи того, на что можно натолкнуться при выскабливаніи матки съ цѣлью распознаванія виѣматочной беременности. Этотъ способъ, предложенный *Wyder*’омъ, повидимому, сопряженъ съ большою опасностью и рискомъ для больной и потому мало пригоденъ и неудобопримѣнимъ въ частной практикѣ. Не попади случайно тупая ложечка въ беременный рогъ, діагнозъ виѣматочной беременности былъ бы, пожалуй, подтвержденъ изслѣдованіемъ подъ микроскопомъ кусочковъ слизистой оболочки, удаленныхъ изъ небеременнаго рога; при лапаротоміи выяснилось, бы конечно, эта въ практическомъ отношеніи очень и очень не маловажная, для жизни больной далеко не безопасная, ошибка.

### XIII.

#### ДВѢНАДЦАТЬ ЧРЕВОСЪЧЕНІЙ.

И. Т Ы Ш К О,

Ординатора Смоленской Губернской Земской больницы.

#### I.

Акулина О., крестьянка Смоленской губерніи, Бѣльскаго уѣзда, 54 лѣтъ, явилась ко мнѣ амбулаторно въ половинѣ апрѣля 1889 года, жалуясь на быстрое увеличеніе живота и сильную одышку. Осмотрѣвши ее и предполагая кистому яичника, я направилъ ее въ свою палату Смоленской больницы, гдѣ занимался тогда еще въ качествѣ экстерна <sup>1)</sup>.

20 апрѣля больная пріѣхала въ больницу. При разспросѣ

<sup>1)</sup> Женскимъ отдѣленіемъ означенной больницы завѣдую съ іюля 1890 г.