

III.

ИЗЪ ХАРЬКОВСКОЙ АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ПРОФ. Н. Ф. ТОЛОЧИНОВА.

Къ вопросу о родахъ осложненныхъ фибромиомами матки.

Ордин. клиники А. И. Иванова.

Фибромиома—очень частое ¹⁾заболѣваніе матки—не остается безъ значительнаго вліянія на зачатіе, беременность и родовой актъ.

На безплодіе теперь никто не смотритъ, какъ на этиологическій моментъ этихъ опухолей, наоборотъ большинство гинекологовъ склонно думать, что оно есть послѣдствіе фибромиома матки, такъ какъ эти опухоли, особенно межстѣночныя и подслизистыя формы, рѣзко измѣняютъ характеръ слизистой оболочки матки, которая благодаря усиленному притоку питательнаго матеріала, вызываемому ростомъ опухоли и венознымъ застоямъ, почти всегда представляетъ измѣненія, свойственныя гиперпластическимъ эндометритамъ, отличающимся упорными и обильными кровотечениями. Меньше всего на слизистую оболочку матки имѣютъ вліяніе фибромиомы, растуція подбрюшинно и имѣющія тонкія ножки. При послѣднихъ опухоляхъ чаще происходитъ зачатіе, чѣмъ при межстѣночныхъ и подслизистыхъ формахъ, при которыхъ, хотя и можетъ женщина

¹⁾ Bayle (см. нѣмецкій переводъ Pozzi. Lehrbuch der klin. u. operativ. Gynäkol., 92 г.) нашелъ, что $\frac{1}{5}$ всѣхъ женщинъ, умершихъ послѣ 35 лѣтъ, одержима была фибромами матки.

стать беременной, но очень нерѣдко беременность прерывается на томъ или другомъ мѣсяцѣ и выкидышъ въ такихъ случаяхъ объясняется съ одной стороны измѣненной слизистой оболочкой, а съ другой стороны тѣмъ, что, благодаря присутствію въ маточной стѣнкѣ опухоли, яйцевое вмѣстилище не можетъ надлежащимъ образомъ растягиваться и вѣроятно легко приходитъ въ состояніе сокращенія. Точной статистики о вліяніи различныхъ видовъ фиброміомъ на теченіе беременности мы къ сожалѣнію не имѣемъ и можемъ воспользоваться общими заявленіями. Такъ *Nauss* (у *P. Müller*'а ²⁾ вывелъ, что прерываніе беременности при фиброміомахъ матки происходитъ въ $\frac{1}{6}$ случаевъ, хотя *P. Müller* предполагаетъ, что выкидыши происходятъ чаще, но легко просматривается причина, благодаря небольшой величинѣ опухоли. *Lefour* ³⁾ на 307 случаевъ нашелъ 62 выкидыша и преждевременныхъ родовъ.

Если беременность продолжается, то фиброміомы опять таки не остаются безъ значительнаго вліянія на нее; часто положеніе беременной матки становится неправильнымъ: она смѣщается въ ту или другую сторону, даетъ сильныя наклоненія и перегибы впередъ или назадъ, смотря по мѣстоположенію опухоли, вызывая тягостныя явленія сдавливанія мочевого пузыря, мочеточниковъ и прямой кишки. Вліяютъ также несомнѣнно на внутриматочное положеніе плода, что доказано проф. *Н. Ф. Толочиновымъ* ⁴⁾, который нашелъ при фиброміомахъ матки на 48 случаевъ беременности 25 головныхъ предлежаній (52⁰/о), 13 тазовыхъ предлежаній (27⁰/о) и 10 поперечныхъ положеній (20,8⁰/о).

Сами опухоли подъ вліяніемъ беременности иногда быстро начинаютъ увеличиваться, а принимая быстрый ростъ, вмѣстѣ съ растущей маткой, вызываютъ растройства, свойственныя сдавливаніямъ органовъ полости живота.

Что касается вліянія фиброміомъ на родовой актъ, то оно здѣсь рѣзче выражено, чѣмъ на беременность. По статистикѣ *Nauss*'а (по *Gusserow*'у ⁵⁾), изъ 228 роженицъ умерло 53,9⁰/о, а изъ 117 дѣтей умерло 57,2⁰/о.

²⁾ *P. Müller*. Handbuch der Geburtshülfe, 1889 г., В. II.

³⁾ *Lefour*. Des fibr. uter. au point de vue de la gross. et de l'accouch. Paris, 80 г.

⁴⁾ Die Uterus fibr. bei d. Schw. u. Geb. Wien. Med. Pr., 1869 г., № 30.

⁵⁾ Die Neubildungen des Uterus, 86 г.

Вообще можно сказать, чѣмъ выше положеніе фиброміомъ по тѣлу матки, тѣмъ менѣе рѣзко выражено бываетъ вліяніе ихъ и конечно понятно, почему фиброміомы, сидящія у дна матки, несравненно менѣе опасны, чѣмъ тѣ, которыя расположены на нижнемъ сегментѣ и на шейкѣ матки.

Отношеніе послѣднихъ опухолей къ родовому акту можетъ выражаться: 1) въ запруживаніи родового канала и измѣненіи объема его, 2) въ неправильныхъ и очень сильныхъ и вмѣстѣ съ тѣмъ мало дѣйствительныхъ сокращеніяхъ матки, 3) въ мѣстныхъ травматическихъ поврежденіяхъ, разрывахъ, кровотеченіяхъ и задержаніи дѣтскаго мѣста и 4) прибавляетъ *Viney* 6) въ измѣненіи механизма, свойственнаго нормальнымъ родамъ.

«Всѣ согласны, говоритъ *Viney* 7), что трудность родовъ зависитъ отъ положенія и величины опухоли, но препятствіе далеко не во всѣхъ случаяхъ одинаково; есть два условія, которыя уменьшаютъ опасность родовъ отъ присутствія запружающей опухоли, это съ одной стороны мягкость ея (опухоли), которая иногда рѣзко бываетъ выражена и которая въ моментъ прохожденія головки даетъ возможность опухоли уменьшаться или лучше сказать уплощаться и утончаться, какъ будто опухоль исчезаетъ; съ другой стороны поднятіе опухоли въ брюшную полость или опущеніе ея къ тазовому выходу».

Конечно, при такихъ условіяхъ роды могутъ окончиться и самопроизвольно, хотя послѣ долгой и иногда очень тяжелой работы. Случаевъ подобнаго благопріятнаго окончанія родовой дѣятельности описано достаточно, какъ въ иностранной, такъ и въ нашей отечественной литературѣ 8); но достаточно также извѣстно случаевъ такихъ, гдѣ роды благодаря отсутствію въ опухоли этихъ условій должны были быть окончены при помощи той или другой операціи. Опухоль или настолько неподвижна въ половомъ каналѣ и не можетъ не только сама подняться изъ полости малаго таза, но даже быть поднята руками врача, или же такъ тверда, что врачъ ни въ какомъ случаѣ не можетъ надѣется на окончаніе родовъ силами при-

6) *Viney*. *Maladies de la grossesse*, 1894.

7) *Ibid.*

8) *Сутугинъ*, какъ примѣръ самопроизвольнаго сдвиганія опухоли. приводитъ представившійся ему случай во «Врачѣ», 91 г., № 1.

роды. Подобной зашеечной фиброміомой была одержима женщина, исторія родовъ которой приведена мною ниже.

Въ послѣродовомъ періодѣ присутствіе фиброміомъ матки можетъ быть причиной сильныхъ, неудержимыхъ кровотеченій отъ атоніи матки, которая не вполне сокращается или же изъ самой фиброміомы, если къ ней прикрѣплена была placenta; часто наблюдаются измѣненія положенія, выпаденіе и даже выворотъ матки, послѣдній всегда сопровождается сильнѣйшими кровотечениями. *Lambert* ⁹⁾ описалъ 6 такихъ случаевъ, изъ которыхъ 2 окончились летально. Затѣмъ, весьма возможны случаи гангренозныхъ распаденій опухолей, подвергшихся сдавленію, что можетъ повлечь за собой серьезное послѣродовое заболѣваніе, которое можетъ быть вызвано также трудными и продолжительными пособіями въ такихъ родахъ.

При такомъ огромномъ вліяніи фиброміомъ на функцію женскихъ половыхъ органовъ, терапія во всѣ періоды этой функціи имѣетъ не малый практическій интересъ.

Я здѣсь не буду касаться лѣченія фиброміомъ вообще, что совсѣмъ не входитъ въ планъ настоящей моей статьи, а коснусь только способовъ веденія беременности и родовъ, осложненныхъ фиброміомами матки и главнымъ образомъ фиброміомами, исходящими изъ нижняго сегмента и шейки ея, по стольку, по скольку онѣ препятствуютъ нормальному теченію беременности и родовъ.

Обобщать по отношенію къ терапіи всѣ случаи беременности, осложненной фиброміомами, конечно нельзя, а необходимо точно взвѣсить всѣ условія представившейся беременности и во всякомъ случаѣ, если беременность не сопровождается никакими явленіями, угрожающими матери, слѣдуетъ придерживаться выжидательнаго метода и довести беременность по крайней мѣрѣ до того времени, пока плодъ станетъ жизнеспособнымъ и тогда уже во время родовъ, прибѣгнуть къ оперативному пособію, сначала попытавшись поднять въ обыкновенномъ положеніи роженицы на спинѣ или же въ колѣнно-локтевомъ и между схватками опухоль полости малаго таза, что въ нѣсколькихъ случаяхъ удалось выполнить вполне удачно ¹⁰⁾

⁹⁾ *Lambert*. Sur les gross. compl. de myomes uter. Paris, 70 г.

¹⁰⁾ См. случай проф. *Лебедева*. Врачъ, 92 г., № 50, стр. 1281.

Иногда даже самопроизвольно, въ концѣ перваго и началѣ втораго періода родовъ, фиброміомы при растяженіи нижняго сегмента матки выходятъ въ полость большаго таза или сдавливаются подлежащей головкой и роды оканчиваются безъ всякаго врачебнаго пособія. Чаше впрочемъ послѣ приподнятія опухоли приходилось прибѣгать къ повороту на ножку или накладывать щипцы, и эти послѣднія операціи давали блестящіе результаты въ случаяхъ, въ которыхъ сначала казалось неизбѣжнымъ производство кесарскаго сѣченія ¹¹⁾). Въ нашей клиникѣ проф. *Н. Ф. Толочиновъ* такимъ способомъ счастливо для матери и младенца окончили роды, осложненные большой фиброміомой тѣла и шейки матки ¹²⁾).

Когда состояніе родовыхъ путей роженицы таково, что они не представляютъ условій для производства этихъ операцій или когда всѣ попытки окончить роды упомянутыми приѣмами и операціями не удаются или же, наконецъ, когда роженица желаетъ во что бы то ни стало имѣть живаго младенца, а между тѣмъ поворотъ или щипцы могутъ быть неблагоприятны или даже сомнительны по отношенію жизни его, то показуется производство кесарскаго сѣченія консервативнаго или по *Porro*.

Фиброміомы, исходящія изъ шейки матки въ видѣ полиповъ, значительно рѣже могутъ представлять серьезное препятствіе родамъ. Обыкновенно подлежащая часть толкаетъ передъ собой опухоль и послѣдняя, или отдѣляется самопроизвольно, или же искусственно присутствующимъ врачомъ. Нѣкоторые акушеры ¹³⁾ при такихъ фиброміомахъ не ждутъ родовъ, а въ концѣ беременности вылуцаютъ опухоль, вскорѣ послѣ чего иногда наступаютъ роды, а иногда послѣ такихъ операцій, произведенныхъ въ болѣе ранніе сроки, беременность продолжается до конца. Извѣстны даже случаи удаленія подбрюшинныхъ опухолей *per laparotomiam* безъ вліянія на теченіе беременности ¹⁴⁾), еще больше извѣстно случаевъ, гдѣ зашеечная опухоль вылуцалась съ успѣхомъ *per vaginam* во время родовъ. Однако, слѣдуетъ замѣтить что, при большихъ

¹¹⁾ Случай д-ра *Williams*'а, приводимый *Сутугинимъ*. Врачъ, 91 г., № 1-й и 2-й.

¹²⁾ *Чунисимъ*. Случай родовъ, осложненныхъ фиброміомой шейки и тѣла матки. Ж. А. и Ж. б., 88 г., № 6.

¹³⁾ См. случай *C. Schröder*'а, приводимый *Сутугинимъ* во „Врачъ“, 91 г., № 1.

¹⁴⁾ Случай *Berg*'а. *Centralbl. f. Gynäköl*, 90 г., p. 115.

зашеечныхъ опухоляхъ, выполняющихъ малый тазъ и высоко поднимающихъ тазовую брюшину, болѣе удобовыполнимо кесарское сѣченіе, чѣмъ вылуценіе опухоли per vaginam, при которомъ легко возможно поранить тазовую брюшину и мочеточники и даже не кончить операціи.

Что касается производства кесарскаго сѣченія, то въ случаяхъ одиночныхъ фиброміомъ, въ большинствѣ случаевъ, вѣроятно достаточно консервативнаго способа съ кастраціей¹⁵⁾ но при множественныхъ опухоляхъ мнѣ кажется вполне показанной операція *Porro*.

Случай родовъ при осложненіи множественной фиброміомой, оконченной операціей *Porro*, проведенъ былъ въ Харьковской Акушерской клиникѣ проф. Н. Ф. Толошиновымъ вполне благопріятно, какъ для матери, такъ и для младенца и исторія его слѣдующая:

М. Д. поступила въ Акушерскую клинику Харьковского Университета, 18 декабря 1893 г., съ заявленіемъ, что она беременна и что съ ночи у нея идутъ воды.

Anamnesis. Въ дѣтствѣ перенесла скарлатину. На 13 году получила первые menstrua, которыя стали приходить правильно черезъ 4 недѣли, шли по 3—4 дня въ умѣренномъ количествѣ. Съ появленіемъ регулъ стала малокровна и замѣтила fluorem album. 17 лѣтъ вышла замужъ, типъ регулъ не измѣнился, появились только незначительныя боли въ поясницѣ и внизу живота. Черезъ 2 года послѣ выхода замужъ имѣла ранній, констатированный врачомъ, выкидышъ, послѣ чего боли во время мѣсячныхъ стали усиливаться, такъ что черезъ 3 года ей произведена была дисцизія, послѣ которой перестала испытывать эти боли; одновременно съ дисцизіей была удалена киста лѣвой Бартолиновой железы. Съ того времени, кромѣ воспаления праваго яичника, вскорѣ подъ влияніемъ лѣченія исчезнуваго, никакими женскими болѣзнями не страдала и чувствовала себя прекрасно. Послѣднія menstrua М. Д. имѣла около 20 марта 93 года. До конца апрѣля она чувствовала себя сносно, кромѣ тошноты и рѣдко рвоты, но потомъ появились боли внизу живота, по причинѣ чего она 3 мая обратилась къ врачу, который опредѣлилъ у нея эксудатъ; на слѣдующій день появились сильныя боли внизу живота, которыя быстро распространились по всему животу при t° 39° слишкомъ; прикосновеніе обѣля къ животу вызывало боли. При такихъ явленіяхъ, постепенно ослабѣвшихъ, М. Д. пролежала въ постелѣ около мѣсяца. Въ концѣ іюня констатирована была беременность. Общая слабость и разбитость была почти до конца беременности, такъ что только въ началѣ ноября, т. е. за 1½ мѣсяца до наступленія родовъ, стала чувствовать себя болѣе или менѣе сносно

¹⁵⁾ Случай проф. Лебедева, описанный д-ромъ Орловымъ въ его «Дѣйстви чревосѣченій, произведенныхъ проф. А. И. Лебедевымъ».

За два дня до поступления в клинику М. Д. стала замечать иногда боли внизу живота и в пояснице. В ночь под 18 декабря, при очень слабых и редких болях, начали идти понемногу воды, отделение которых к утру усилилось, с чем и поступила 18 декабря в клинику.

Status praesens. Роженица 32 года; она среднего роста (157 см); достаточно упитана, с правильно развитым скелетом. Вѣсъ 180 фунт. Живот увеличен соответственно 10 месяцу беременности, правая половина выдается больше лѣвой; контуры увеличенной и отклоненной вправо матки ясно опредѣляются, высота стоянія дна ея на 4 поперечных пальца под ложечкой. Измѣреніе живота дало:

Окружность основанія груди	86 см.
Большая окружность живота	102 "
Разстояніе отъ лобка до ложечки	42 "
" " " до пупка	19 "
" отъ sp. ant. sup. dex. до пупка	20 "
" " " " " " до ложечки	37 "
" " " " " sin до пупка	21 "
" " " " " " до ложечки	36 "

Высота стоянія дна матки надъ лобкомъ—26 см.

Размѣры таза слѣдующіе:

Dis. spin.	26
" •rist	29
" intertr.	33
Conj.-ext.	20

Окружность большого таза—100 см.

Пальпация живота показала, что плодъ лежитъ нѣсколько косвенно, такъ что головка прощупывается въ правой fossa iliaca, подвижна, спинка находится въ правой половинѣ матки и обращена нѣсколько къзади, мелкія части прощупываются въ лѣвой половинѣ матки. Сердцебиеніе плода выслушивается, въ количествѣ 150 ударовъ въ минуту, справа отъ lin. alba, на уровнѣ пупка. Маточный шумъ—слѣва надъ Пупартовой связкой. Наружныя половыя части нормально развиты и слегка отечны. Входъ въ рукавъ цианотически окрашенъ. Стѣнки vaginae разрыхлены съ сохранившимися columnis rugarum. Полость малаго таза на $\frac{3}{4}$ своей емкости выполнена совсѣмъ неподвижной, довольно плотной опухолью, расположенной съзади и слѣва, и между опухолью и лобковымъ сочлененіемъ помѣщаются только два пальца, которые едва достигаютъ высоко-стоящей укороченной маточной шейки, открытой настолько, что пропускаетъ указательный палецъ, которымъ, при надавливаніи другой рукой снаружи, можно нащупать, высоко надъ входомъ въ тазъ стоящую, подвижную головку, отклоненную вправо. Пузыря нѣтъ. Груды увеличены, напряжены, сосокъ малъ, около-сосковый кружекъ пигментированъ; Монгомеровы тѣльца ясно выражены; при надавливаніи изъ грудей можно получить молозиво. Родовая дѣятельность очень слаба. t° и пульсъ нормальны. Мочи 950 к. с., удѣльный вѣсъ 1015; бѣлку въ ней нѣтъ.

Diagnosis былъ поставленъ: partus при fibromyoma retrocervicale, закрывающей полость малаго таза.

Въ виду наличности условій, недопускающихъ родовъ *per vias naturales*, рѣшено было окончить ихъ посредствомъ *sectio caesarea*, на что роженица и мужъ ея изъявили свое полное согласіе.

Съ вечера 20 декабря сокращенія матки стали правильными и частыми: черезъ 4 минуты по 40—50 секундъ. Состояніе родовыхъ путей безъ измѣненія. Роженицу начали готовить *lege artis* къ операциі, которая и началась въ 1 ч. 45 м. ночи подл 21 декабря.

При полномъ наркозѣ вскрыта была брюшная полость, матка выведена изъ нея, подл нижній сегментъ подведена была эластическая лигатура, а самъ онъ сжать руками помощника; послѣ этого вскрыта была матка по передней стѣнкѣ, плодъ извлеченъ и отдѣленъ отъ матери. Вслѣдъ за этимъ эластическая лигатура была затянута на нижнемъ сегментѣ. Осмотръ матки показалъ, что на задней стѣнкѣ и слѣва у дна ея сидитъ по одному, съ орѣхъ греческій величиной, субсерозному и одному, съ яблоко величиной, интерстиціальному фиброиду. Опухоль выполняющая малый тазъ была тоже фиброміома величиной нѣсколько больше головы новорожденнаго, неподвижная, исходящая изъ задней стѣнки шейки и располагающаяся въ лѣвой широкой связкѣ и въ Дугласовомъ пространствѣ. Въ виду такого состоянія матки приступлено было къ ампутаціи матки выше ретроцервикальной фиброміомы и вшиванію культи въ нижній уголъ брюшной раны, т. е. къ типической операциі *Porro*. Сначала съ той и другой стороны перевязана была *art. spermatica*, затѣмъ на 1 *cm.* выше эластической лигатуры нижній сегментъ прошить въ два пучка новой эластической лигатурой; послѣ перевязки *art. uterinae* съ обѣихъ сторонъ, матка съ придатками была ампутирована, при чемъ разрѣзъ прошелъ черезъ новый интерстиціальный фиброидъ. Оставшійся нижній сегментъ обшить въ нижнемъ углу брюшной раны брюшиной передней брюшной стѣнки, затѣмъ проколоть на крестъ двумя тонкими вязальными спицами для укрѣпленія; изъ культи по возможности былъ удаленъ фиброзный узелъ; брюшная рана выше культи была зашита глубокими и поверхностными швами: культи прижжена была аппаратомъ *Raquelin'a*. Вокругъ культи и по зашитой брюшной ранѣ посыпанъ былъ іодоформъ и полсжена была іодоформенная марля, она же въ видѣ подушечекъ подложена была подл концы спиць; послѣ всего этого наложена была антисептическая повязка. Большая искорѣ пришла въ себя.

Извлеченный живой плодъ мужскаго пола былъ 3000 граммъ вѣсу и 49 *cm.* длинны.

Послѣоперационное теченіе было вполне безлихорадочно, такъ что по вечерамъ t° бывала не выше 37,5°, а по утрамъ не выше 37,3°; пульсъ былъ въ предѣлахъ нормы. Первая перевязка слѣлана на 8-й день, при чемъ замѣчено нагноеніе вокругъ культи и въ прилежащихъ швахъ брюшной раны. Присыпка культи порошкомъ изъ танина (3 части) и салициловой кислоты (1 ч.), швы сняты къ 12 дню и нагноеніе въ небольшомъ количествѣ вокругъ культи держалось до 22 февраля, когда отпала мумифицированная культа. М. Д. выписалась изъ клиники 25 февраля вполне здоровой. Ребенокъ вскармливается искусственно.

Исследование М. Д., произведенное через мѣсяцъ послѣ выписки изъ клиники и черезъ три мѣсяца послѣ операціи, показало: общее состояніе здоровья прекрасное, всѣ отправления отстутленій отъ нормы не представляютъ. Углубленіе на мѣстѣ вшитой культи постепенно сглаживается. При внутреннемъ исследованіи оказалось, что опухоль запружавшая малый тазъ, уменьшилась по крайней мѣрѣ вдвое и поднялась въ полость большого таза.

Примѣняющіеся въ настоящее время два типа операціи *Porro*: внутрибрюшинный и внѣбрюшинный, имѣющіе каждый своихъ противниковъ и преверженцевъ, помимо способа оперирования, рѣзко отличаются другъ отъ друга и послѣ-операционнымъ теченіемъ и внутрибрюшинный способъ, какъ болѣе отвѣчающій современнымъ требованіямъ брюшной хирургіи долженъ быть предпочитаемъ внѣбрюшинному, при которомъ послѣ-операционный періодъ можетъ значительно затянуться, благодаря замедлившемуся отторженію культи и, что самое главное, крайне рѣдко обходится безъ нагноенія или вокругъ выведенной наружу культи матки или даже на протяженіи брюшной раны. Тѣмъ не менѣе, не смотря на это, нѣкоторые гинекологи, какъ *Hegar*, *Kaltenbach*, *Pozzi* и многіе другіе предпочитаютъ типичную операцію *Porro* потому, что внѣ брюшинную лигатуру культи они считаютъ болѣе гарантирующей отъ септицеміи и послѣдовательнаго кровотеченія. Помимо послѣднихъ двухъ условій врачъ вынужденъ бываетъ иногда произвести эту операцію въ силу особенныхъ анатомическихъ условій, когда внутрибрюшная культа, благодаря присутствію въ ткани шейки фиброміомы, образована *lege artis* быть не можетъ, что имѣло мѣсто въ описанномъ выше мною случаѣ. Присутствіемъ фиброзной ткани въ культѣ матки, пожалуй, можно было бы объяснить такое позднее (черезъ два мѣсяца отторженіе культи, такъ какъ этотъ процессъ при обыкновенныхъ условіяхъ заканчивается въ болѣе ранніе сроки; такъ по *Kaltenbach*'у культа отпадаетъ примѣрно къ концу 3-й недѣли, также и по *Феноменову*, по *Kehrer*'у болышею частью спустя 2—4 недѣли послѣ операціи.

Замѣченное въ нашемъ случаѣ рѣзкое уменьшеніе (вдвое въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ) опухоли—объясняется перевязкой всѣхъ четырехъ приводящихъ къ маткѣ сосудовъ. Конечно можетъ быть было бы раціональнѣе въ такихъ случаяхъ вы-

лущить зашеечную фиброміому изъ широкой связки и Дугласова пространства, что безъ труда удавалось проф. *Н. Ф. Толочинкову* производить не разъ въ трудныхъ случаяхъ при надвлагалищной ампутаціи матки, но въ данномъ случаѣ при ничтожной подвижности опухоли и неблагоприятной обстановкѣ при операціи (освѣщеніе операціонной въ ночное время керосиновыми лампами и стеариновыми свѣчами), оперированіе въ глубинѣ малаго таза было бы слишкомъ рисковано.
