

XXV.

Изъ клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф. К. Ф. Славянского.

КЪ УЧЕНІЮ О ПЕРВИЧНЫХЪ ЛИМФОСАРКОМАХЪ СЛИЗИСТОЙ СБОЛОЧКИ МАТКИ.

А. Ф. Брандтъ.

Вопросъ о саркомахъ слизистой оболочки матки, вообще, и о лимфосаркомахъ, въ частности, представляется еще довольно темнымъ въ области гинекологіи.

Такъ *Ziegler* (Lehrbuch der allgemeinen u. speziellen pathologischen Anatomie Bd II, pag. 869. VI Auflage 1890) говоритъ, что число случаевъ саркомъ слизистой оболочки матки въ литературѣ весьма ограничено и изъ этого-то небольшого количества случаевъ, нѣкоторые должны быть разсматриваемы какъ раки слизистой оболочки матки. Настолько затруднительнымъ можетъ представиться распознаваніе этихъ новообразованій даже подъ микроскопомъ. Еще недостаточнѣе и менѣе точны свѣдѣнія относительно лимфосаркомъ слизистой оболочки матки.

Просматривая литературу относительно этого новообразованія, видимъ, что оно при описаніи было извѣстно подъ цѣлымъ рядомъ наименованій, напримѣръ: лимфаденома (*Cornil, Ranvier*); десмоидный ракъ (*Schultz*); лимфосаркома (*Virchow*); злокачественная лимфома (*Billroth*) и т. д. и различные авторы придавали этимъ названіямъ различное значеніе.

По *Ziegler*'у (1. с. Bd I pag. 259—260) названіе лимфома и лимфаденома должно быть примѣняемо лишь къ гиперпластическимъ и воспалительнымъ процессамъ лимфоидной ткани, названіе же лимфосаркома можетъ быть примѣнено къ разрастанію лимфаденоидной ткани, носящему характеръ настоящей опухоли, такъ что подъ лимфосаркомой нужно понимать злокачественное новообразование, исходящее или изъ лимфатиче-

скихъ железъ или же изъ другихъ органовъ и тканей построенныхъ по типу лимфаденоидной ткани.

Къ числу такихъ тканей, носящихъ характеръ лимфаденоидной, относится также и слизистая оболочка тѣла матки, какъ это показалъ *Leopold* въ своей статьѣ (*Die Lymphgefäße des normalen nicht schwangeren Uterus. Archiv. f. Gynäk. Bd VI 1874*).

Слѣдовательно а priori можно было бы ожидать, что лимфосаркомы могутъ развиваться также изъ слизистой оболочки тѣла матки, какъ это доказано уже для другихъ органовъ и тканей, въ которыхъ есть аденоидная ткань.

Такъ чаще всего первично поражаются этимъ новообразованиемъ лимфатическія железы, нѣсколько рѣже селезенка, одиночныя железы кишечнаго канала и, наконецъ, мѣстомъ проявленія лимфосаркомы служатъ: миндалевидныя железы, thymus, костный мозгъ и въ литературѣ насчитывается цѣлый рядъ случаевъ, трактующихъ о лимфосаркомахъ ведущихъ свое происхожденіе изъ только что перечисленныхъ мѣстъ.

Не такъ полны однако литературныя свѣдѣнія, касающіяся интересующаго насъ новообразованія, берущаго свое начало первично изъ слизистой оболочки тѣла матки.

По настоящее время въ литературѣ стоитъ совершенно одиночно случай изъ клиники профессора *К. Ф. Славянского*, обстоятельно описанный *Вилижанинымъ* подъ названіемъ *Lymphoma malignum haemorrhagicum uteri* (*Wilischanin. Zur Lehre von den Geschwülsten des Körpers der Gebärmutter. Archiv. f. Gynäk. Bd XIV Hft. I*). Изъ приложеннаго къ статьѣ рисунка микроскопическихъ препаратовъ видно, что опухоль у больной 53 лѣтъ, занимавшая въ видѣ грибовиднаго разростанія, мозговидной консистенціи, правую половину матки и распространявшаяся какъ въ полость матки, такъ и въ Дугласово пространство, дѣйствительно представляла собою типическую лимфосаркому.

Принимая во вниманіе подобную рѣдкость развитія лимфосаркомъ въ слизистой оболочкѣ тѣла матки, мы позволимъ себѣ

привести еще одинъ случай, наблюдаемый въ прошломъ учебномъ году въ гинекологической клиникѣ профессора *К. Ф. Славянского* и гдѣ діагнозъ заболѣванія былъ поставленъ совершенно точно лишь при помощи микроскопа.

28 декабря 1890 г. въ клинику была принята крестьянка Марія Н., 23 лѣтъ, уроженка Московской губерніи. Замужъ вышла на 18 году. Первая менструація на 14 году. Типъ регулъ до заболѣванія по 3 дня черезъ три недѣли на четвертую. Въ срокъ родила троихъ, изъ которыхъ двое первыхъ родились живыми, но затѣмъ вскорѣ умерли. Преждевременныхъ родовъ и выкидышей не было. Первые роды на первомъ году замужества. Послѣдніе роды 5 мѣсяцевъ тому назадъ.

До заболѣванія ничѣмъ кромѣ лихорадокъ не болѣла. Первые двое родовъ были легкіе, но послѣдніе роды, случившіеся 28 іюля, были очень трудные, случились въ деревнѣ и сельская бабка извлекла мертвого ребенка руками. Ребенокъ былъ безъ какихъ либо видимыхъ наружныхъ измѣненій. Больная указываетъ еще на то обстоятельство, что съ второй половины этой послѣдней беременности у нея появилось очень обильное истеченіе—бѣли изъ полового канала, имѣвшія нѣкоторый запахъ. Это истеченіе безпрестанно продолжалось въ теченіе этой остальной половины беременности. Послѣ родовъ кровей не было до сентября. Вотъ послѣ этихъ послѣднихъ родовъ Назарова и начала себя считать больною. Въ началѣ сентября у нея сразу начало выдѣляться много крови, частью съ сгустками, частью же безъ нихъ. Кровотеченіе черезъ недѣлю приблизительно остановилось. Въ видахъ общей слабости и недомоганія пріѣхала изъ деревни въ Петербургъ для лѣченія. Здѣсь въ октябрѣ у нея появилось очень сильное кровотеченіе. Кровь шла смѣшанная съ сгустками безостановочно почти въ теченіе двухъ недѣль. Такое кровотеченіе принудило ее поступить въ женское отдѣленіе одной изъ городскихъ больницъ, гдѣ при посредствѣ своевременно поданной помощи (ледъ на животъ, какія-то капли внутрь) кровотеченіе черезъ 4 дня остановилось и больная выписалась изъ больницы; съ этого времени, по словамъ больной, она почувствовала, что у нея «матка опустилась» и вскорѣ, такъ недѣли черезъ три послѣ выписки изъ больницы, у нея снова появились довольно сильныя кровотеченія, по временамъ прекращающіяся, и къ этому присоединились опять страшно вонючія бѣли въ обильномъ количествѣ. Вотъ и всѣ анамнестическія данныя, которыя можно было собрать у больной. Субъективное и объективное изслѣдованіе больной дало слѣдующіе результаты:

Больная средняго роста, правильно развитая особа, питаніе очень плохое, цвѣтъ лица землистый. Со стороны дыхательнаго аппарата и органовъ кровообращенія ничего патологическаго не констатируется. Наружныя половыя части развиты правильно и никакихъ измѣненій, кромѣ небольшого разрыва промежности не представляютъ. Половая щель пріоткрыта и изъ нея немного выпячивается какое-то грязно-бураго цвѣта тѣло, причемъ изъ половой щели

вытекает обильное количество сильно вонючей, грязно-зеленоватого цвѣта, жидкости. Введенный въ влагалище палецъ ощупываетъ опухоль, приблизительно съ большой кулакъ величиною. Опухоль выполняетъ все влагалище и представляется бугристой и неравномѣрно мягкой консистенціи. Идя по задней стѣнкѣ влагалища удастся дойти до задней губы влагалищной части и губа представляется въ видѣ сильно растянутаго валика окружающаго опухоль. Проникнуть по задней губѣ за наружный зѣвъ въ полость цервикальнаго канала не удастся. Опухоль очень плотно прилегаетъ къ передней стѣнкѣ влагалища, такъ что между опухолью и этою стѣнкою съ трудомъ удастся провести палецъ и обвести имъ всю опухоль. До передней же губы влагалищной части добраться пальцемъ невозможно и вообще послѣ этого изслѣдованія выносятся впечатлѣніе, что опухоль, стуживающаяся по направленію кверху, сидитъ какъ бы на довольно широкой ножкѣ и выходитъ изъ полости матки. Но опредѣлить точно конфигурацію и мѣсто отхожденія ножки, въ видахъ того, что до передней губы добраться невозможно, представляется дѣломъ совершенно тщетнымъ. При бимануальномъ изслѣдованіи на уровнѣ входа въ полость малаго таза, тотчасъ за лоннымъ сочлененіемъ, а пожалуй и на одинъ поперечный палецъ выше его, прощупывается круглое, довольно ясно контурируемое тѣло, болѣзненное при надавливаніи и принятое, повидимому, за тѣло матки. На основаніи этихъ данныхъ изслѣдованія, правда неполнѣй точныхъ, такъ какъ ориентироваться можно было только относительно соотношенія задняго свода совершенно сглаженнаго и задней губы по отношенію къ опухоли, опредѣлить же передній сводъ или переднюю губу влагалищной части матки представлялось совершенно невозможнымъ въ видахъ того, что введенный палецъ съ трудомъ проникалъ между опухолью и передней стѣнкой влагалища и затѣмъ уходилъ куда-то въ пространство, нельзя было поставить точно и клиническаго діагноза.

Что здѣсь имѣлось дѣло съ новообразованиемъ, являлось дѣломъ вполне рѣшеннымъ и колебаться можно было или между фиброміомой, родившейся изъ полости матки и начавшей поверхностно распадаться, или же между какимъ либо злокачественнымъ новообразованиемъ. Если принять эту опухоль за фиброміому, родившуюся въ влагалище, и принимая во вниманіе невозможность достигъ передней губы и отсутствіе передняго и боковыхъ сводовъ можно было бы ставить такое предположеніе, что эта родившаяся фиброміома повлекла за собою выворотъ матки, но отсутствіе воронки на мѣстѣ дна матки, характерной для выворота, при двойномъ изслѣдованіи черезъ брюшные покровы, говоритъ противъ такого предположенія. Если же принять во вниманіе сравнительно быстрый ростъ опухоли, которая была замѣчена больной точно лишь послѣ выхода изъ больницы въ Петербургъ и въ больницѣ присутствіе опухоли, какъ явствуетъ изъ разсказа больной, констатировано не было, слѣдовательно опухоль точно опредѣлилась, по выраженію больной, «матка опустилась» приблизительно въ концѣ ноября, являлась возможность предположить, что въ данномъ случаѣ имѣется дѣло не съ какою либо простою фиброміомою, а съ злокачественнымъ новообразованиемъ и вѣрнѣе всего съ сарко-

мою, такъ какъ наружный видъ опухоли и возрастъ больной приблизительно подходятъ къ этому предположенію.

Поставивъ такой приблизительный діагнозъ, было рѣшено отдѣлить на сколько возможно выходящую во влагалище часть опухоли. Докторомъ *Ворфомъ* 29 декабря былъ наложенъ эластическій жгутъ на опухоль на сколько возможно выше (хотя особенно высоко наложить жгутъ не удалось) и затѣмъ черезъ толщу опухоли была проведена лигатура, за которую было пробовано потягивать опухоль. Но лигатура прорѣзывалась и только послѣ нѣсколькихъ тщетныхъ попытокъ проведенія лигатуръ и захватыванія опухоли пулевыми щипцами чтобы подтянуть опухоль, удалось наконецъ попасть непосредственно ниже наложеннаго жгута на мѣсто опухоли, которое не рвалось, и отдѣлить ножомъ кусокъ опухоли величиною приблизительно съ небольшой апельсинъ. Культи прижжена *Paquelin'*омъ и влагалище затампонировано іодоформенною марлею.

Отдѣленная часть опухоли представляла собою неправильной формы кусокъ, грязнозеленоватаго цвѣта, въ нижнемъ отрѣзкѣ очень мягкой консистенціи и легко рвущагося на отдѣльныя части. Часть же отдѣленная непосредственно у жгута была довольно плотной на ощупь. При разрѣзѣ куска вдоль, поверхность разрѣза въ верхней части представлялась бѣлаго цвѣта съ слегка розовымъ оттѣнкомъ, нижняя же часть поверхности разрѣза являлась въ видѣ грязно-бурой, кашицеобразной массы, очень маркой и легко скабливающейся ножомъ. Вся поверхность разрѣза представлялась какъ бы дольчатой; при этомъ отдѣльные участки окружались довольно плотными, бѣлаго и нѣсколько блестящаго цвѣта перекладинами и отдѣльныя дольки представлялись самой разнообразной величины и выступали, какъ бы выплываваясь изъ глубины, надъ поверхностью разрѣза.

Для микроскопическаго изслѣдованія были вырѣзаны кусочки, приблизительно въ 1 куб. сант. какъ изъ мягкой части опухоли, такъ и изъ болѣе плотной части ея. Послѣ надлежащей обработки кусковъ сперва 70° спиртомъ, а затѣмъ абсолютнымъ алкоголемъ, срѣзы дѣлались отъ руки бритвою и окрашивались квасцевымъ карминомъ.

Приготовленные такимъ способомъ препараты дали совершенно своеобразную картину. По всему полю микроскопа какъ преобладающая часть расположены клѣтки довольно однообразной формы. Нѣкоторыя клѣтки были по величинѣ нѣсколько болѣе обыкновеннаго грануляціоннаго элемента, кругловатой формы; другія же клѣтки по величинѣ соответствовали элементамъ мелкоклѣточной инфильтраціи, наблюдались въ громадномъ количествѣ и прилегали тѣсно другъ къ другу. Вотъ въ этихъ клѣткахъ ядра окрашивались карминомъ интенсивно, а протоплазма, которая была слабозернистой и въ небольшомъ количествѣ окрашивалась въ болѣе слабый цвѣтъ. Клѣтки группировались болѣею частью кучками, неправильной формы, раздѣленными прослойками соединительной ткани, въ которой располагались сосуды, на препаратахъ представлявшіеся перерѣзанными то вдоль, то поперекъ. Количество сосудовъ было довольно большое и самыхъ разнообразныхъ калибровъ.

Сосуды эти были набиты сплошь красными кровяными шариками. Что же касается болѣе крупныхъ на подобіе эпителиоидныхъ и встрѣчавшихся лишь въ небольшомъ количествѣ элементовъ, то они окрашивались очень слабо, представлялись сильно зернистыми и въ нѣкоторыхъ клѣткахъ можно было различить изъ-за зернистости какъ бы ядро, въ видѣ овальнаго образованія, болѣе интензивно окрашивающагося въ противоположность слабоокрашенной зернистой протоплазмѣ. Кромѣ этихъ двоякихъ элементовъ на препаратахъ встрѣчалась масса неправильныхъ, очень мелкихъ образованій въ видѣ зернистости, довольно прозрачныхъ и сильно преломляющихъ свѣтъ.

Между только что сказанными элементами, какъ уже было указано, пробѣгаютъ пуги волоконъ соединительной ткани, которыя дѣлятъ все поле микроскопа какъ бы на отдѣльные участки, въ петляхъ которыхъ заложены, уже описанные на подобіе лимфоидныхъ, клѣтки.

Цуги состоятъ изъ тѣсно прилегающихъ другъ къ другу волоконъ соединительной ткани, окрашивающихся очень слабо и снабженныхъ зернистостью сильно преломляющею свѣтъ, и не окрашивающейся карминомъ.

Кое-гдѣ на препаратѣ замѣтны и такія мѣста, гдѣ часть элементовъ изъ петель какъ бы выпала и въ такомъ случаѣ просвѣтъ петли не представляется пустымъ, а состоитъ вновь какъ бы изъ отдѣльныхъ петель. Подобныя картины зависятъ оттого, что просвѣтъ первоначальной большой петли пронизанъ какъ бы отдѣльными очень тонкими и нѣжными волоконцами, нѣсколько блестящими и представляющими своими сплетеніями какъ бы цѣлую мелкую сѣть, въ петляхъ которой на мѣстѣ соединенія отдѣльныхъ волоконъ остались какъ бы прилѣпленными отдѣльныя клѣтки.

Подобная микроскопическая картина заставила вначалѣ заподозрить въ этомъ новообразованіи мелкоклѣточковую саркому — *sarcoma globo-parvicellulare*. Но болѣе тщательное разсматриваніе препаратовъ принудило насъ вскорѣ отказаться отъ этого предположенія. Причиною заставившею не признать эту опухоль за мелкоклѣточковую саркому послужили именно тѣ петли на препаратѣ, изъ которыхъ клѣтки выпали и которыя были пронизаны сѣтью тончайшихъ волоконъ, такъ что получалась какъ бы *reticulum*, въ петляхъ которой были заложены клѣточные элементы. Вѣдь, какъ извѣстно, мелкоклѣточная саркома представляетъ собою опухоль, состоящую изъ круглой формы клѣтокъ, снабженныхъ очень нѣжной и легко распадающейся протоплазмой, причемъ элементы расположены такимъ образомъ, что каждая клѣтка окружена частью межучючнаго вещества. Никогда въ круглоклѣточныхъ саркомахъ межучючное вещество не образуетъ волоконъ *reticuli* въ

родѣ того, какъ это наблюдалось въ препаратахъ, сдѣланныхъ изъ нашего случая. Если выбить препараты круглоклѣтчатковой саркомы кисточкою или взболтать хорошенько въ пробиркѣ съ водою, то иногда удается видѣть въ межуточномъ веществѣ углубленія на подобіе чашечекъ, въ которыхъ лежали клѣтки. Ничего подобнаго въ нашихъ препаратахъ не замѣчалось; напротивъ, въ нѣкоторыхъ уже выше описанныхъ мѣстахъ замѣчалась совершенно ясное *reticulum*. И вотъ это *reticulum* то и заставило насъ сдѣлать предположеніе, что не имѣемъ ли мы дѣло въ данномъ случаѣ съ лимфосаркомою, исходящею изъ слизистой оболочки тѣла матки. Для полученія вполне ясной *reticulum* мы обрабатывали свѣже нарѣзанные препараты выбиваніемъ кисточкою. И дѣйствительно, когда послѣ этой предварительной манипуляціи срѣзы были окрашены и поставлены подъ микроскопъ, то оказалось, что клѣточные элементы почти всѣ выпали и все поле микроскопа было занято лишь петлями образованными соединительно-тканными волокнами, частью довольно толстыми, частью же очень нѣжными и едва замѣтными и соединяющимися между собою въ самыхъ разнообразныхъ направленіяхъ. Разсматривая соотношеніе этихъ нѣжныхъ волоконъ *reticuli* къ окружающимъ частямъ, замѣчается также, что *reticulum* имѣетъ весьма тѣсную связь съ кровеносными сосудами, а именно *adventitia* сосудовъ какъ бы непосредственно стоитъ въ связи съ волокнами *reticuli*, которая, распадаясь на все болѣе и болѣе нѣжную сѣть, образуетъ перекладки, въ промежуткахъ между которыми и заложены уже вышесказанные мелкіе элементы. Присутствіе въ нашихъ препаратахъ подобной *reticulum*, ясно выраженной и съ такимъ соотношеніемъ къ сосудамъ, а также присутствіе въ петляхъ *reticuli* мелкихъ, совершенно сходныхъ съ лимфоподными элементами клѣтокъ (*Langhans Virchow's Archiv. Bd 54*), и заставило насъ признать данную опухоль за лимфосаркому, отвергнувъ совершенно возможность принять ее за круглоклѣтчатковую саркому, хотя *Ziegler* такого строгаго различія между двумя новообразованіями не дѣлаетъ и склоненъ отнести лимфосаркому къ

круглоклѣточной саркомѣ (*Ziegler* l. c. Bd I pag. 262), считая ее какъ бы за второй видъ послѣдней.

Основываясь на такомъ, поставленномъ путемъ микроскопа, діагнозѣ, была оставлена всякая мысль о возможности удалить всю опухоль и пораженный ею органъ путемъ радикальной операціи и все дальнѣйшее лѣчение было чисто палліативное и ограничивалось ежедневнымъ промываніемъ влагалища слабымъ растворомъ сулемы и тампонированіемъ влагалища іодоформенными тампонами.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни послѣ операціи состояло въ слѣдующемъ. Несмотря на тщательное примѣненіе дезинфицирующихъ веществъ, зловонное отдѣляемое изъ влагалища продолжалось. Очень часто показывались кровотечения, требовавшія неоднократно тампонированія влагалища. Предпринимаемое нѣсколько разъ изслѣдованіе показывало, что опухоль постепенно сильно увеличивалась. Такъ уже мѣсяца черезъ полтора послѣ операціи оказалось, что въ влагалище встать опять такая же опухоль, если еще не больше, какая опредѣлялась и при поступленіи больной въ клинику, такъ что операціи ей какъ будто вовсе не было сдѣлано. Къ этому же времени можно было также опредѣлить, черезъ брюшные покровы, что тѣло, принятое при поступленіи за матку, значительно выступаетъ надъ лоннымъ сочлененіемъ; приблизительно пальца на два. Изслѣдованія были всегда очень болѣзненными и боли, локализовавшіяся вначалѣ въ нижней части живота, распространялись затѣмъ и на обѣ ноги.

Что касается до явленій со стороны всего организма, то здѣсь на первомъ планѣ наблюдалось постепенно прогрессирующее исхуданіе больной; почти все время больную беспокоили упорныя тошнота и рвота, не уступавшія примѣняемымъ терапевтическимъ средствамъ. Къ этому присоединились явленія и со стороны мочеиспускательнаго канала, состоящія въ затрудненномъ мочеиспусканіи, такъ что подъ конецъ моча выпускалась катетеромъ. Наблюдаемые въ началѣ болѣзни запоры и устранимые при помощи клизмъ, смѣнялись постепенно поносами, которые подъ конецъ болѣзни продолжались почти безостановочно. Къ всему этому присоединился общій упадокъ силъ, психика становилась мало-по-малу подавленной и наконецъ при усиленіи всѣхъ болѣзненныхъ явленій и полномъ сопорозномъ состояніи наступила смерть 31 мая 1891 г. Такимъ образомъ продолжительность пребыванія больной въ клиникѣ равнялась пяти мѣсяцамъ.

Что касается температуры, то она все время имѣла довольно постоянный характеръ. Въ утренніе часы она колебалась приблизительно между 37,3—37,8; въ вечерніе же—она повышалась почти въ теченіе всей болѣзни и достигала 38,3—39,2.

Изъ протокола вскрытія, произведеннаго въ патологоанатомическомъ институтѣ проф. *Ивановскаго*, мы приводимъ вкратцѣ главнѣйшія данныя, остановившіеся нѣсколько подробнѣе на описаніи измѣненій, найденныхъ нами въ половой сферѣ умершей.

Трупъ представлялся сильно исхудалымъ.

Твердая мозговая оболочка нѣсколько сращена съ внутренней поверхностью черепной крышки; мягкая мозговая оболочка малокровна, сильно отечна и легко отдѣляется отъ вещества мозга.

Мозгъ сильно малокровенъ, нѣсколько отеченъ. Желудочки мозга растянуты скопившеюся въ нихъ серозною жидкостью.

Сердце мало, стѣнки его тонки и мускулатура блѣдная. На двухстворчатомъ клапанѣ по краямъ имѣются бѣлосѣроватаго цвѣта нарощенія, очень плотной консистенціи.

Легкія совершенно свободны отъ сращеній. Ткань ихъ малокровна, по краямъ сильно эмфизематозна. Въ обоихъ легкіяхъ въ толщѣ ткани прощупываются узелки величинаю отъ просяного зерна до горошины, плотныя на ощупь. Узелки эти расположены также и по поверхности легкіяхъ и представляются въ видѣ нѣсколько возвышающихся надъ общимъ уровнемъ образованій сѣраго цвѣта и съ рѣзкими границами.

Печень нормальной величины. Поверхность разрѣза представляетъ мускатный видъ. Крови выжимается не особенно много. Дольки ясно различимы. На нижней поверхности правой доли подъ капсулой, а также въ толщѣ самой печени расположены узелки совершенно такого же характера какъ и въ легкіяхъ.

Селезенка мала, малокровна. Поверхность разрѣза блѣднокраснаго цвѣта. Мальпигіевы тѣльца ясно различимы.

Почки малы, капсула снимается легко. На поверхности разрѣза корковый слой ясно различимъ отъ мякотнаго. При давленіи крови выдѣляется мало. Цвѣтъ поверхности разрѣза слабожелтоватый. Лоханки значительно растянуты.

Желудокъ и кишечный трактъ ничего особеннаго не представляютъ. Забрюшинныя железы не увеличены. Поверхность разрѣза ихъ слегка розовая.

Полость малаго таза съ половыми органами *in situ* по вскрытіи брюшной полости представилась въ слѣдующемъ видѣ:

Дно матки выстоитъ пальца на два надъ лобковымъ сочлененіемъ и получается впечатлѣніе, что матка какъ будто чѣмъ-то выпирается кверху изъ полости малаго таза. Какъ заднее, такъ и переднее Дугласово пространство почти сглажены. Отъ боковыхъ краевъ задней поверхности матки тянутся перемычки по направленію къ прямой кишкѣ. Перемычки довольно широкія и плотныя. Такія же перемычки отходятъ съ обѣихъ сторонъ и отъ трубъ, но здѣсь онѣ развиты гораздо слабѣе.

Трубы представляются по наружному виду неизмѣненными, но абдоминальный конецъ лѣвой трубы колбовидно расширенъ, не свободенъ, а плотно сращенъ съ прилегающимъ къ этому концу яичникомъ.

Правый яичникъ небольшой, совершенно свободный, безъ особыхъ видимыхъ измѣненій, лѣвый же увеличенъ до величины грецкаго орѣха, и совершенно неподвиженъ подѣ вліяніемъ сращеній, очень плотныхъ, съ окружающими частями.

Брюшина, выстилающая полость малаго таза, слабо мутновата и вся сплошь устѣяна узлами почти бѣлаго цвѣта, и величиною отъ горошины до волошскаго орѣха. Узлы расположены совершенно изолированно другъ отъ друга. Особенно рѣзко выступаютъ эти узлы на части брюшины, покрывающей дно матки.

Уяснивъ себѣ топографію и видимыя измѣненія внутреннихъ половыхъ органовъ со стороны брюшной полости, они были вынуты цѣликомъ вмѣстѣ съ наружными половыми частями изъ полости малаго таза.

Трубы были вскрыты на всемъ своемъ протяженіи и наибольшій интересъ представила лѣвая труба. Въ расширенной колбовидно брюшной части этой трубы имѣлось скопленіе довольно густой жидкости слегка желтаго цвѣта и полость этой расширенной части переходила непосредственно въ небольшую, пожалуй, меньше горошины, полость плотно прилегавшаго къ трубѣ лѣваго яичника, причемъ стѣнки этой колбовидно-расширенной части трубы непосредственно переходили въ ткань яичника, образующую стѣнки для полости въ яичникѣ самомъ. На внутренней поверхности трубы замѣчалось отложеніе небольшихъ пленокъ желтоватаго цвѣта, легко снимающихся.

Микроскопическое изслѣдованіе какъ содержимаго трубы, такъ и стѣнокъ дало слѣдующія результаты:

Жидкое содержимое состояло почти сплошь изъ гнойныхъ тѣлецъ, между которыми при примѣненіи окраски по способу *Löffler'a*, можно было видѣть массу очень мелкихъ кокковъ, располагающихся частью въ видѣ неправильныхъ кучекъ, частью же одиночно разбросанныхъ. Кромѣ кокковъ наблюдались кое-гдѣ и болѣе крупныя кокки, а также и тонкія палочки. Всѣ микробы рельефно окрашивались въ рѣзкій темно-синій цвѣтъ на слабо-синемъ фонѣ. Мелкіе кокки, располагающіеся кучками, могутъ быть приняты за стафилококковъ и особенно рельефно выступали послѣ окраски по способу *Gram'a*.

Разрѣзы стѣнки трубы въ поперечномъ направленіи показали, что плѣнки, прилежающія къ внутренней поверхности трубы, состояли изъ нитей фибрина, между которыми располагались бѣлые кровяные шарики, частью въ неизмѣненномъ видѣ, частью же въ состояніи распада. За этимъ слоемъ фибрина, слизистая оболочка трубы представлялась сильно измѣненною, по мѣстамъ она совершенно отсутствовала, въ мѣстахъ же, гдѣ она сохранилась, она являлась въ видѣ отдѣльныхъ складокъ, эпителий которыхъ частью отпалъ и находится въ состояніи распада; въ уцѣлѣвшемъ же эпителии наблюдается помутнѣніе протоплазмы въ видѣ сильно выраженной зернистости ея—исчезающей отъ прибавленія уксусной кислоты—бѣлковая дегенерация. Подле-

жащая соединительная ткань пронизана очагами мелкоклѣточной инфильтраціи, отдѣльные фокусы которой наблюдаются и въ мышечномъ слоѣ стѣнки трубы.

На основаніи подобной картины можно заключить о существующемъ гнойномъ воспаленіи трубы—*Pyosalpinx*, возникшемъ подъ вліяніемъ внѣдрившихся въ нее стафилококковъ съ склонностью образовать ретенціонную кисту съ гнойнымъ содержимымъ.

Въ лѣвомъ яичникѣ при разрѣзѣ оказались двѣ полости. Одна—великою съ небольшою волошскіе орѣхъ, другая же—имѣющая сообщеніе, какъ мы только что указали, съ расширеннымъ колбовидно концемъ лѣвой трубы, значительно меньше. На этомъ же разрѣзѣ видно, какъ стѣнки расширеннаго абдоминальнаго конца трубы переходятъ непосредственно въ стѣнки полости яичника. Содержимое обѣихъ полостей представляется мутно-желтымъ тоже какъ бы гнойнымъ, и на внутренней поверхности стѣнокъ полостей имѣются такіе же легко снимающіеся пленки какъ и на стѣнкахъ трубы. Обѣ полости занимаютъ большую часть яичника, раздѣлены перегородкою, и самой яичниковой ткани осталось очень немного.

Бактеріоскопическое изслѣдованіе содержимаго полостей показало, что оно состояло изъ гнойныхъ клѣтокъ, между которыми располагались въ большомъ количествѣ очень тоненькія палочки по отдѣльности или же соединяющіяся въ короткія нити, состоящія изъ 2—3 члениковъ. Кромѣ палочекъ наблюдаются еще и кокки начиная съ очень мелкихъ, располагающихся въ группы характерныя для стафилококковъ, и кончая довольно крупными образованиями.

На срѣзахъ, сдѣланныхъ изъ стѣнокъ полости яичника соединяющейся съ лѣвой трубой, констатируется слѣдующее. Только что упомянутыя пленки, прилежащія непосредственно къ внутренней поверхности полости, состоятъ изъ фиброзной сѣти, въ петляхъ которой находятся частью въ неизмѣненномъ видѣ, частью же въ состояніи распада гнойныя клѣтки. За этимъ фибринознымъ слоемъ, слѣдуетъ слой изъ плотной соединительной ткани, собственно и составляющей стѣнки полости. Между отдѣльными пучками соединительной ткани расположены и главнымъ образомъ въ окружности сосудовъ небольшіе фокусы мелкоклѣточной инфильтраціи. Слѣдовъ яичниковой ткани въ изслѣдуемыхъ препаратахъ не было замѣтно. Какъ результатъ макро-и микроскопическаго изслѣдованія лѣвой трубы и лѣваго яичника имѣемъ дѣло съ такъ называемой трубно-яичниковою кистой, которая произошла такимъ образомъ, что подъ вліяніемъ гнойнаго воспаленія трубы, это воспаленіе путемъ слипчиваго воспаленія перешло и на ближайшую поверхность яичника, въ результатѣ чего образовалось сращеніе конца трубы и части яичника прилежающей къ ней. Затѣмъ прилежащія части атрофировались и обѣ полости соединились въ одну, а стѣнки трубы непосредственно пе-

решили въ стѣнки полости яичника. Присутствіе фимбрій трубы на микроскопическихъ препаратахъ намъ доказать не удалось.

Микроскопическая картина препаратовъ сдѣланныхъ, въ поперечномъ направленіи изъ правой трубы, показала, что просвѣтъ трубы сильно суженъ подѣ влияніемъ увеличенія складокъ слизистой оболочки трубы. Цилиндрическій эпителий цѣль почти повсюду и въ подлежащей соединительной ткани, особенно въ поверхностныхъ слояхъ ея разсѣяны небольшіе очаги мелкоклѣтчаточковой инфильтраціи. Сосуды слизистой оболочки довольно сильно расширены и наполнены кровяными шариками.

Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло, не смотря на нормальный макроскопическій видъ трубы, съ воспаленіемъ слизистой оболочки ея—*salpingitis catarrhalis*.

Исслѣдованіе праваго яичника ничего патологическаго не представило.

Влагалище и матка, разрѣзанныя по передней стѣнкѣ, оказались въ слѣдующемъ состояніи.

Изъ лѣвой половины тѣла матки отходитъ опухоль, которая распространяется по стѣнкѣ матки влѣво, взадъ и внизъ. Распространяясь влѣво, опухоль прорастаетъ всю толщу стѣнки матки, такъ что толщина стѣнки матки въ этомъ мѣстѣ достигаетъ до 5 сант. По направленію взадъ опухоль растетъ такимъ образомъ, что, распространяясь на заднюю периферію нижней части канала тѣла матки, она захватываетъ и всю заднюю периферію шейки матки и прорастаетъ эту часть мускулатуры матки насквозь въ параметральную клѣтчатку, гдѣ и разростается въ опухоль приблизительно кулака въ два величину. По направленію же кпереди и внизъ опухоль захватываетъ всю лѣвую периферію цервикальнаго канала, прорастаетъ его стѣнки насквозь и переходитъ на верхнюю часть лѣво-задней периферіи влагалища, гдѣ образуетъ опухоль величиною съ кулакъ. Прикасаясь къ только что сказаннымъ областямъ влагалища, эта опухоль прорастаетъ также и стѣнки влагалища и сливается съ тою частью опухоли, которая образовалась въ параметральной клѣтчаткѣ при проростѣ ея черезъ заднюю стѣнку матки.

Слѣдовательно опухоль выполняетъ влагалище такъ, что пальцемъ можно обойти ее кругомъ вполнѣ только въ нижнемъ отрѣзкѣ влагалища, а затѣмъ палецъ попадаетъ въ уплощенный совѣтъ правый сводъ, гдѣ и прощупываетъ небольшую часть передней губы влагалищной части. Все же остальное пространство занято разросшеюся опухолью.

Такимъ образомъ, если представить себѣ ростъ опухоли въ только что описанныхъ направленіяхъ, то получается впечатлѣніе объемистой опухоли, развившейся изъ лѣвой половины нижняго отдѣла матки и отсюда уже распространившейся влѣво, прорастая всѣ ткани встрѣчающіяся ей на пути и занимая всю лѣво-заднюю половину полости малаго таза, въ видѣ плотнаго, бугристаго новообразованія. Часть же опухоли, выпячивающаяся изъ церви-

кального канала въ влагалище, представляется бугристымъ образованіемъ по окружности довольно плотнымъ и бѣлаго цвѣта, въ центрѣ же очень мягкимъ, размягченнымъ, какъ бы распадающимся, грязно-бураго цвѣта. Подобное размягченіе распространяется отсюда и въ ту часть опухоли, которая проросла въ параметральную клѣтчатку и находится въ соединеніи съ влагалищною частью опухоли.

Начинаясь въ нижней части лѣво-задней периферіи тѣла матки, опухоль незамѣтно переходитъ къ дну тѣла матки, но уже только по стѣнкамъ матки, такъ что полость матки въ верхней своей части представляется совершенно сохраненною, и слизистая оболочка, выстилающая ее, правда нѣсколько утолщена, но въ общемъ довольно гладкая, аспидно-сѣраго цвѣта.

Вообще правая половина матки и влагалища поражена въ значительно меньшей степени и процессъ ограничивается главнымъ образомъ лѣво-задними участками матки, влагалища и параметрія; при всемъ этомъ опухоль распространяясь *per continuitatem* въ стороны, нигдѣ не вызываетъ нарушенія цѣлости серознаго покрова выстилающаго полость малаго таза.

Изслѣдованіе самой опухоли, исходящей изъ слизистой оболочки матки, заставило бы повторить насъ то же самое, что было найдено при микроскопическомъ изслѣдованіи кусковъ, удаленныхъ еще при жизни больной 29 декабря 1890 г.

Опухоль также состояла изъ характерной *reticulum*, прилегающей къ *adventitia* сосудовъ, и мелкихъ клѣтокъ заложенныхъ въ петляхъ ея. Особенно это относится къ плотнымъ мѣстамъ опухоли, причемъ здѣсь кромѣ нѣжныхъ волоконъ *reticuli* наблюдались также еще очень толстые цуги плотной соединительной ткани распадающихся на болѣе тонкія прослойки и дѣлящія опухоль какъ бы на отдѣльные участки. Въ срѣзахъ же, сдѣланныхъ изъ размягченной, какъ бы мозговидной центральной части опухоли, ясно видно само *reticulum*, въ петляхъ которой хотя и находятся круглыя клѣтки, но въ сравнительно небольшомъ количествѣ, такъ что скопленіемъ своимъ не затемняютъ нѣжную сѣть, какъ это наблюдалось въ срѣзахъ изъ твердой части опухоли, гдѣ для проявленія *reticulum* требовалось выбивать препараты кисточкою. Кромѣ того, въ этихъ срѣзахъ замѣтны и довольно большія кровоизліянія въ толщу самой опухоли и сильный распадъ клѣточныхъ элементовъ, выражающійся частью въ видѣ какъ бы обломковъ клѣтокъ, частью же въ видѣ зернистости сильно преломляющей свѣтъ и исчезающей отъ при-
бавленія подъ покровное стекло эоира—жировое перерожденіе элементовъ. Слѣдовательно распадъ опухоли въ центральной части ея зависѣлъ отъ сильной пролифераціи лимфоидныхъ элементовъ, сдавившихъ кровеносные сосуды и этимъ самымъ прекратившихъ доступъ питательнаго матеріала, а также отъ большого количества кровоизліяній въ толщу тканей, повлекшихъ за собою какъ бы размноженіе элементовъ. Наконецъ нельзя отрицать участія въ распадѣ опухоли и микроорганизмовъ, проникшихъ изъ влагалища въ размягченные части опухоли и обусловившихъ тѣ вонючія отдѣленія, которыя наблюдались во время жизни больной. Изслѣдуя бактеріоскопически срѣзы

изъ размягченныхъ массъ, выполнявшихъ влагаище, видны были при окраскѣ препаратовъ слабыми спортно-водными растворами анилиновымъ красокъ, а также по способу *Gram*'а массы самыхъ разнообразныхъ микроорганизмовъ, въ видѣ палочекъ или кокковъ, соединяющихся то въ видѣ нитей, или—неправильныхъ кучекъ или въ видѣ цѣпочекъ. Микроорганизмы лежали частью между клѣточными элементами, частью же свободно въ просвѣтѣ петель *reticuli*.

Что касается слизистой оболочки тѣла матки покрывающей вначалѣ только опухоль, а затѣмъ уже переходящей въ самую опухоль, то при изслѣдованіи подъ микроскопомъ отъ характернаго строенія слизистой оболочки не замѣтно ровно ничего, а она представлялась инфильтрированной круглыми, мелкими клѣтками, но чѣмъ далѣе вверхъ отъ опухоли, слѣдовательно ближе къ дну матки, тѣмъ строеніе слизистой оболочки начинаетъ проявляться. Встрѣчаются уже железы, нѣсколько сдавленные воспалительнымъ инфильтратомъ, а болѣе въ глубь слизистой оболочки появляются характерные круглые элементы различной величины, разбросанные въ видѣ отдѣльныхъ фокусовъ, идя же еще глубже эти элементы соединяются въ длинные ходы между волокнами и цугами соединительной ткани, сливающиміся затѣмъ между собою и постепенно занимающіе почти все поле микроскопа.

Точно такія же картины получаются и на срѣзахъ, сдѣланныхъ изъ пораженныхъ новообразованіемъ стѣнокъ матки. Кое-гдѣ еще можно различить гладкія мышечныя волокна, но такихъ мѣстъ очень немного и требуется очень тщательное разсматриваніе препаратовъ, чтобы отыскать такія мѣста изъ-за массы лимфоидныхъ элементовъ.

Такое характерное распространеніе элементовъ лимфосаркомы сперва въ промежуткахъ между элементами межжелистой ткани, а затѣмъ между волокнами и цугами соединительной и мышечной ткани по направленію въ параметріи объясняется лишь тою сложною системою лимфатическихъ путей, которою снабженъ половой трактъ женщины и обстоятельно изложенной въ послѣднее время *Poirier* въ его монографіи (*Lymphatiques des organes genitaux de la femme. Paris. 1889 г.*).

Изслѣдованіе срѣзовъ изъ узелковъ, разсѣянныхъ по легкимъ, печени и брюшинѣ тоже дало убѣдительныя картины. Здѣсь *reticulum* выступало еще рѣзче и на перекладинахъ этой сѣти, а именно въ мѣстахъ пересѣченія волоконъ располагались какъ бы нѣсколько уплощенные клѣтки, зернистыя, съ ядромъ.

Граница метастатическихъ узловъ на срѣзахъ даже при разсматриваніи невооруженнымъ глазомъ была довольно рѣзкая и отличалась своимъ яркимъ краснымъ цвѣтомъ при окраскѣ квасцевымъ карминомъ отъ окружающей окрашенной въ болѣе блѣдный цвѣтъ основной ткани.

Такъ, напримѣръ, подъ микроскопомъ окружающія узелъ лимфосаркомы клѣтки печени находились въ состояніи жирового перерожденія и образовывали какъ бы поясъ вокругъ клѣтокъ лимфосаркомы; въ легкихъ лимфодные клѣтки новообразованія наполняли соединительно-тканныя прослойки между легочными альвеолами, вслѣдствіе чего получались какъ бы отдѣльные фокусы лимфодныхъ клѣтокъ, сливающимся между собою, причемъ къ *adventitia* сосудовъ въ междуальвеолярной соединительной ткани подходили волокна *reticuli* лимфосаркомы въ видѣ довольно толстыхъ перекладинъ и послѣднія уже распадались на нѣжную очень мелкую сѣть волоконцевъ, въ петляхъ своихъ содержавшихъ лимфодные элементы. Легочныя альвеолы оказывались въ ближайшей окружности сдавленными, а эпителий ихъ какъ бы атрофированнымъ.

Основываясь на совершенно сходныхъ результатахъ микроскопическихъ картинъ какъ самой опухоли и органа, изъ котораго она развилась, такъ и метастазовъ въ легкихъ, печени и брюшинѣ, не подлежитъ ни малѣйшему сомнѣнію, что мы имѣемъ дѣло съ типическою лимфосаркомою въ смыслѣ опухоли, злокачественный характеръ которой удачнѣе всего обозначенъ *Billroth*омъ, назвавшимъ ее *lymphoma malignum*.

Этимъ мы и заканчиваемъ описаніе какъ макро- такъ и микроскопическое нашего случая. Остается сказать нѣсколько словъ по поводу времени и способа развитія этого новообразованія въ нашемъ случаѣ.

Опухоль эта, по всей вѣроятности, начала у нея развиваться до или же во время третьей *gesp.* послѣдней беременности, на что указываютъ обильныя съ запахомъ бѣли, проявившіяся и продолжавшіяся во все время второй половины беременности. Затѣмъ нужно также предположить, что опухоль къ концу беременности достигла такой степени развитія, что затруднила даже нормальное родоразрѣшеніе. Вѣдь какихъ либо уклоненій въ размѣрахъ или строеніи таза у больной не было, такъ какъ двое предшествовавшихъ родовъ протекли вполне благополучно, слѣдовательно затрудненіе для родоразрѣшенія при третьей беременности всецѣло ложится на развившуюся опухоль, представившую собою какъ бы механическое препятствіе, для преодоленія котораго потребовалось приложеніе внѣшней силы.

Извѣстно, что при существованіи какихъ либо опухолей въ

нижнемъ отрѣзкѣ матки возможно не только зачатіе, но и доно- шиваніе плода до срока. Хотя подобные случаи касаются пре- имущественно раковъ и фиброміомъ, и указаны почти во всѣхъ руководствахъ по акушерству, и въ статьѣ *Сутугина* (*Therapie des mit Schwangerschaft u. Geburt complicirten Gebärmutterkrebses. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd XIX*) приведена даже цѣ- лая статистика по поводу осложненія беременности ракомъ, тѣмъ не менѣе только что сказанное *mutatis mutandis* можетъ относиться и ко всякимъ другимъ новообразованіямъ (*Spiegel- berg. Lehrbuch d. Geburtshülfe beendet v. Winter II Aufl. pag. 273. 1882*). Слѣдовательно и въ нашемъ случаѣ развивавшаяся лимфосаркома не воспрепятствовала ни зачатію, ни доношенію плода.

Что касается развитія этого новообразованія, то оно пред- ставляется пока еще очень темнымъ вопросомъ въ области па- тологической гистологіи. Что клѣтки лимфосаркомы разви- ваются по аналогіи съ развитіемъ аденоидной ткани изъ пред- существующихъ лимфаденоидныхъ клѣтокъ, которыя размно- жаются, то это вполне допустимо, такъ какъ и на нашихъ препаратахъ, взятыхъ на мѣстѣ перехода здоровой и поражен- ной новообразованіемъ слизистой оболочки, тѣло матки видно, что та часть слизистой оболочки которая захватывается ново- образованіемъ начинаетъ, наполняться мелкими, какъ бы юными клѣтками вполне похожими по формѣ на клѣтки лимфосаркомы, но нѣсколько меньшими по величинѣ чѣмъ эти и чѣмъ клѣтки нормальной аденоидной ткани. Но почему происходитъ подобное размноженіе—вопросъ совершенно открытый, не выясненный и съ этой стороны существуютъ только гипотезы, изъ которыхъ наиболѣе вѣроятной можетъ считаться теорія *Conheim'a*, касаю- щаяся развитія опухолей изъ заблудшихъ ростковъ, остатковъ эмбриональной ткани, подъ вліяніемъ какихъ либо благоприят- ствующихъ къ тому условій.

Діагнозъ подобныхъ опухолей въ начальной степени забо- лѣваній съ клинической стороны совершенно невозможенъ, такъ какъ симптомы, вызываемые подобными опухолями (бѣли, кро-

вотеченія, боли), не представляют ничего специфическаго и встрѣчаются при другихъ какъ злокачественныхъ, такъ доброкачественныхъ заболѣваніяхъ слизистой оболочки матки. А своевременное распознаваніе этого рода заболѣванія представляется дѣломъ первостатейной важности, такъ какъ подобное новообразование, явившись въ извѣстномъ мѣстѣ, имѣетъ склонность весьма быстро распространяться во всѣ стороны по направленію тока лимфы, какъ это совершенно ясно видно въ случаяхъ *Вилижанина* и нашего.

Остается лишь одинъ и самый надежный способъ для точнаго распознаванія при малѣйшемъ подозрѣніи — примѣнить пробное выскабливаніе съ послѣдовательнымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ; и какъ бы выскобленные куски не были малы, микроскопъ всегда опредѣлитъ, съ какимъ процессомъ имѣется дѣло, ergo и различить злокачественное отъ доброкачественнаго. Въ особенности микроскопическое изслѣдованіе рѣшаетъ легко вопросъ о присутствіи лимфосаркомъ, которыя хотя и могутъ быть смѣшиваемы съ круглоклѣточковыми саркомами, но присутствіе reticulі со всѣми ея особенностями представляетъ существенный и руководящій моментъ для отличія. Конечно съ практической стороны безразлично, будетъ ли новообразование лимфосаркома или просто саркома, такъ какъ терапия, если только будетъ возможность ея примѣненія, для обоихъ случаевъ одна и та же, и прогнозъ въ обоихъ случаяхъ также сомнителенъ, но съ патологоанатомической стороны подобное дифференцированіе должно быть непременно производимо въ виду крайней рѣдкости возможности встрѣчаться съ подобными новообразованиями.