

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербурѣ,

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

ЮЛЬ и АВГУСТЪ 1894, № 7 и 8.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

ИЗЪ КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗ-
НЕЙ ПРОФ. К. Ф. СЛАВЯНСКАГО.

Къ патологической анатоміи первичныхъ злока-
чественныхъ новообразованій тазовой клѣтчатки
и объ измѣненіяхъ вызываемыхъ ими въ маткѣ
и придаткахъ ея.

А. Ф. Брандта.

Новообразованія, встрѣчающіяся въ клѣтчаткѣ широкихъ
связокъ, въ общемъ могутъ быть подраздѣлены на двѣ группы.
Къ наиболѣе частымъ новообразованіямъ—первая группа—
относятся:

а) новообразованія, ведущія свое начало изъ лежащаго
между листками широкой связки—*parovarium* и остатковъ
*Wolff*ова тѣла помѣщающихся, какъ извѣстно, между *para-*
varium и маткою. Новообразованія подобнаго типа представ-
ляютъ собою болѣе или менѣе значительной величины кисты,
одиночныя или множественныя, разнообразной величины и
консистенціи;

б) кисты и новообразованія яичниковъ, вступающія между
пластинками широкихъ связокъ;

с) новообразованія, имѣющія своимъ началомъ матку или мышечные элементы ея придатковъ;

d) опухоли круглыхъ связокъ.

Къ этой же группѣ могутъ быть отнесены:

е) дермоидныя кисты, описанныя *Saenger*'омъ въ его статьѣ «Ueber Dermoidcysten des Beckenbindegewebes et c.» (Archiv. f. Gynäk., Bd. 37, 1896), а также хотя и не новообразованія въ тѣсномъ смыслѣ—эхинококки полости малаго таза (*Freund*, Gyn. Klinik.: «Die Echinok. Krankh. im weibl. Becken», 1885, pag. 299).

Къ второй группѣ новообразованій нужно отнести лишь тѣ опухоли, которыя непосредственно исходятъ изъ соединительной ткани рыхлой клѣтчатки широкихъ связокъ, ограничиваясь лишь мѣстомъ ея распространенія.

Хотя казуистика опухолей широкихъ связокъ очень велика, тѣмъ не менѣ встрѣчается очень мало случаевъ, гдѣ бы было опредѣлено мѣсто развитія опухоли—клѣтчатка ли широкой связки, или брюшинный покровъ ея. *I. Pozzi* (Lehrb. d. klin. u. operat. Gynäk. Deutsche Ausgabe, 1892, pag. 835) сообщены случаи *Tedenat*, удалившаго громадную кисто-міому правой широкой связки, и *Terrilon*'а,—удалившаго громадную субсерозную липому широкой связки, начавшейся однако въ брызжейкѣ. *Hofmeier* (Schroeder's Handbuch. d. Frauenkrankheiten, bearbeitet v. *Hofmeier*, pag 581) вкратцѣ упоминаетъ объ одномъ случаѣ односторонней фиброміомы широкой связки, развившейся изъ клѣтчатки широкой связки. Подобная же, но двухсторонняя, фиброміома клѣтчатки широкой связки обстоятельно изложена *Uerow*'омъ (Ein Fall, v. doppelseitigem Fibromyom d. Beckenbindegewebes. Centralb. f. Gynäk. № 48, 1892, pag. 942—944). Вотъ и всѣ литературныя данныя, касающіяся доброкачественныхъ опухолей клѣтчатки широкихъ связокъ; что же касается до первичныхъ злокачественныхъ опухолей клѣтчатки широкихъ связокъ, то они являются, повидимому, величайшею рѣдкостью, и въ доступной литературѣ мы не могли найти сколько нибудь подходящаго случая. Нѣкоторые, какъ *Pozzi* (loc. pag. 835) считаютъ даже злокачественныя новообразованія широкихъ связокъ за результатъ распространенія ихъ съ брюшины, яичниковъ, матки въ полость широкихъ связокъ, отрицая

возможность первичнаго возникновенія подобныхъ опухолей изъ той или другой части широкой связки.

Въ виду недостаточности свѣдѣній по поводу такого сорта опухолей, важныхъ, какъ въ патолого-анатомическомъ, такъ и клиническомъ отношеніяхъ, считаемъ нелишнимъ пополнить этотъ пробѣлъ описаніемъ подходящаго случая, находившагося подъ нашимъ наблюденіемъ втеченіи одного мѣсяца.

9 марта 1892 г., въ клинику поступила дочь губернскаго секретаря дѣвица Раиса В—ва, 28 лѣтъ. Изъ распросовъ при поступленіи оказывается, что больная родомъ изъ Новгородской губерніи, половую жизнь не жила. Первые регулы пришли на 14 году и продолжались по 2—3 дня черезъ каждыя 3 недѣли. Регулы приходили всегда правильно, безъ боли, но въ очень небольшомъ количествѣ. До 25 года ничѣмъ особеннымъ не болѣла. Поступивъ въ январѣ 1890 г. учительницею въ школу, начала чувствовать боль въ лѣвомъ боку, въ области между 6—8 ребрами. Боли выражались сильными колотьями и по временамъ проходили, но затѣмъ снова возвращались. Назначенные врачомъ въ Новгородѣ какія то капли и горчишники быстро прекратили всѣ болѣзненные явленія въ груди. Въ мартѣ 1890 г. у В—ой сразу появилась сильная боль внизу живота. Боль была настолько сильна, что ночью пришлось обратиться къ врачебной помощи. Консультированный врачъ опредѣлилъ воспаленіе кишекъ и черезъ три дня всѣ явленія послѣ соотвѣтствующихъ лѣкарствъ и согрѣвающихъ компрессовъ исчезли совсѣмъ. Въ началѣ ноября 1891 г. ночью, когда начала раздѣваться, почувствовала какую то неловкость въ области крестцовой кости. Неловкость сопровождалась сильною болью. Черезъ двѣ недѣли къ этой боли присоединилась еще сильная стрѣляющая боль въ лѣвой ногѣ, начиная отъ тазоваго сочлененія вплоть до колѣна. Послѣ какихъ то втираній боль въ ногѣ какъ будто стала слабѣе, но функція ноги значительно нарушилась. Больная не могла свободно ступить на эту ногу, такъ какъ стопа какъ бы подвигивалась. Еще черезъ двѣ недѣли заболѣла и правая нога. Сначала въ ней появилась тяжесть, затѣмъ затрудненіе въ движеніи вслѣдствіе страшныхъ стрѣляющихъ болей по задне-боковой поверхности бедра и голени до пальцевъ. Теперь примѣненные втиранія нисколько не облегчали положеніе больной. Для уменьшенія болѣзненности въ ногѣ прибѣгла къ электричеству. Всѣхъ сеансовъ было сдѣлано 17, но безуспѣшно. Больной сдѣлалось хуже, такъ что ходить болѣе не могла и принуждена была лечь. Въ видахъ такого безпомощнаго состоянія В—ва была принята въ Новгородскій мѣстный лазаретъ. При поступленіи туда В—ва сверху всего сказаннаго начала чувствоватьеще тяжесть и стрѣляющія боли внизу живота, затрудненіе при мочеиспусканіи и дефекаціи. Животъ былъ всегда вздутъ и уже во время изслѣдованія въ госпиталѣ было констатировано присутствіе какой то опухоли внизу живота. Опухоль эта въ теченіи мѣсячнаго пребыванія въ госпиталѣ увеличивалась очень быстро. Отъ лежанія почти въ одномъ положеніи на задней поверхности лѣваго бедра образовался пролежень. Кромѣ того, когда была опредѣлена увеличивающаяся опухоль въ полости

живота, начали отекавать и нѣмѣть пальцы обѣихъ ступней. Общее состояніе больной съ начала заболѣванія, т. е. съ ноября 1891 г. постепенно измѣнялось. Больная начала худѣть, появилась слабость, дошедшая при обозначавшейся опухоли живота до того, что для отправленія естественныхъ нуждъ, В—ву нужно было поднимать за плечи кверху. Такъ какъ отъ ваннъ, втираній и другихъ медицинскихъ пособій больной нисколько не было лучше, а напротивъ состояніе здоровья все ухудшалось, она была перевезена изъ Новгорода въ С.-Петербургъ и помѣщена въ клинику женскихъ болѣзней проф. *Славянского*.

При изслѣдованіи въ клиникѣ В—ва представляется особою небольшою роста, очень исхудалой. Лежитъ на лѣвомъ боку съ согнутою въ колѣнѣ правою ногою. Подкожный жирный слой почти отсутствуетъ, такъ что кожа морщиниста и легко собирается въ складки. Костная и мышечная системы развиты правильно. Ступни ногъ отечны. На лѣвомъ бедрѣ, и именно, на задней поверхности—пролежень около 7 сант. въ длину и 4 сант. въ ширину. Пролежень доходитъ почти до подкожной клѣтчатки. Изслѣдованіе дыхательнаго аппарата ничего ненормальнаго не представляетъ. Сердцебіеніе слабое; въ пульсовой волнѣ замѣчаются перебои. Температура нормальна. При пальпации живота надъ лобковымъ сочлененіемъ прощупывается разлитая опухоль нѣсколько болѣе кулака величиною, выступающая изъ полости малаго таза. Опухоль мало подвижна. При бимануальномъ изслѣдованіи нельзя опредѣлить съ точностью: исходить ли опухоль изъ тѣла матки или придатковъ, такъ какъ невозможно уловить пальцами очень высоко стоящую и какъ кажется, неизмѣненную влагалищную часть матки. Оба боковые свода не существуютъ и выполнены плотною неподвижною опухолью. Спереди и сзади обѣ боковыя опухоли сливаются, образуя какъ-бы кольцо вокругъ влагалищной части матки отодвигая одновременно послѣднюю вверхъ. Кромѣ того, только что описанная опухоль настолько сжуживаетъ влагалище, что палецъ съ трудомъ вводится въ рукавъ и едва достигаетъ, какъ уже сказано, влагалищной части матки. Изслѣдованіе *per rectum* показываетъ, что впереди *rectum* расположена плотная опухоль, выполняющая почти всю полость малаго таза и доходящая до стѣнокъ послѣдняго. Такъ какъ *rectum* сдавлено опухолью, то изслѣдованіе *per rectum* довольно болѣзненно. Катетеръ введенный въ *urethr*'у съ трудомъ проскальзываетъ въ мочевой пузырь и уходитъ куда-то очень далеко вверхъ. Изслѣдованіе нижнихъ конечностей не представляетъ по наружному виду ничего особеннаго, кромѣ отечности клѣтчатки ступней и болѣзненности при ощупываніи заднихъ поверхностей бедръ. Общее самочувствіе больной подавленное.

Вотъ всѣ данныя, которыя могли быть добыты съ большимъ трудомъ при изслѣдованіи больной.

Принимая во вниманіе такой быстрый ростъ опухоли, полную неподвижность послѣдней, наконецъ сопутствующее росту опухоли сильное исхуданіе съ полнымъ упадкомъ силъ, клиническій діагнозъ гласилъ такъ, что имѣемъ дѣло съ далекоушедшею впередъ въ своемъ развитіи злокачественною опу-

холью полости малаго таза. Если къ этому прибавить молодой возрастъ больной, поражаемый чаще саркомами, то рѣшено было считать опухоль за саркому. Понятно, нечего было и думать о возможности при помощи бимануальнаго изслѣдованія съ точностью опредѣлить органъ, изъ котораго развилась опухоль, въ видахъ сильно разлитаго характера ея и невозможности прощупать органы помѣщающіеся въ полости малаго таза.

Исходя изъ этихъ же самыхъ соображеній и принимая во вниманіе крайне плохое общее состояніе больной, пришлось отрѣшиться отъ мысли предпринять какое либо оперативное вмѣшательство, чтобы хотя *per coeliotomiam* попытаться удалить это новообразованіе. Поэтому дальнѣйшая медицинская помощь сводилась на лѣченіе симптоматическое.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни было слѣдующее: общая слабость и исхуданіе прогрессировали; по временамъ появлялись припадки, характеризующіеся потерю сознанія, выпячиваніемъ глазъ, ціанозомъ лица и хриплѣніемъ. Мочеиспусканіе и дефекація становились все болѣе и болѣе затруднительными, такъ что приходилось прибѣгать все время къ катетеризаціи пузыря и клизмамъ. Сообразно затрудненію въ отправленіи естественныхъ нуждъ, усиливался ростъ опухоли и наконецъ при полномъ упадкѣ силъ, безсознательномъ состояніи, наступила смерть 9 апрѣля, т. е. ровно черезъ мѣсяць послѣ поступленія въ клинику.

Приводимъ протоколъ вскрытія произведеннаго 11 апрѣля.

Трупъ представляется сильно исхудалымъ.

Мягкая мозговая оболочка блѣдна, отечна, легко отдѣляется отъ мозговыхъ полушарій.

Вещество мозга блѣдно, отечно.

Мускулатура сердца вялая, дряблая, цвѣтъ сердечной мышцы сѣроватый; клапаны сердца и эндокардій безъ измѣненій.

Оба легкія въ заднихъ своихъ отдѣлахъ въ состояніи гипостаза; при разрѣзѣ изъ мелкихъ бронхъ выступаетъ значительное количество слизисто-гноинной жидкости. Передніе отдѣлы малокровны. Оба легкія срошены крѣпкими перемычками съ грудною клеткою.

Въ желудочно-кишечномъ каналѣ ничего особеннаго.

Печень увеличена, по переднему краю закруглена; ткань ея сѣровато-бураго цвѣта.

Селезенка немного увеличена; мякоть ея дрябла, темновишневаго цвѣта. Обѣ почки увеличены; по снятіи капсулы, легко отдѣляющейся, какъ на наружной поверхности корковаго слоя, такъ и въ глубинѣ разрѣза ея, а также въ пирамидахъ разсѣяны сѣроватаго цвѣта мелкія гнѣзда—гноиннички, величиною отъ маковаго до коноплянаго зерна. Само вещество почекъ весьма рыхло, сѣровато-грязнаго цвѣта; лоханки растянуты, сѣро-аспиднаго цвѣта и содержатъ мутную жидкость.

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

Брюшина, выстилающая Дугласовы пространства и покрывающая матку и мочевой пузырь, совершенно безъ измѣненій и съ нормальнымъ блескомъ. Мочевой пузырь передней своей стѣнкой сросенъ съ заднею поверхностью лобковыхъ костей. Матка нормальная по объему плотно прилежитъ къ выпячивающейся вверхъ изъ полости малаго таза опухоли.

Фаллопиевы трубы тонки, брюшные концы ихъ совершенно свободны.

Яичники довольно плотны. Никакихъ слѣдовъ сросеній Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ не имѣется.

Широкія связки раздвинуты опухолью находящейся между пластинками ихъ.

Видимый отдѣлъ круглыхъ связокъ со стороны полости малаго таза представляются неизмѣненнымъ.

Уяснивъ себѣ топографію и видимыя измѣненія внутреннихъ половыхъ органовъ со стороны брюшной полости, послѣдніе были вынуты цѣликомъ вмѣстѣ съ опухолью и наружными половыми органами.

Переходимъ теперь къ болѣе подробному описанію препарата, хранящагося въ патолого-анатомическомъ музѣе клиники проф. К. Ф. Славникова.

Вокругъ всей нижней половины матки имѣется опухоль переходящая кпереди въ видѣ тонкой пластинки въ промежутокъ между маткою и пузыремъ, а сзади между маткою и прямою кишкою. Обойдя такимъ образомъ нижнюю периферію матки, опухоль задается въ обѣ стороны отъ матки между пластинками широкихъ связокъ, растягивая ихъ по направленію кпереди и кзади. Приближаясь къ внутреннимъ стѣнкамъ костей малаго таза, опухоль прилегаетъ къ нимъ не переходя нигдѣ въ субстанцію костей, но за то по направленію кзади прорастаетъ *fasciam iliaca* по направленію *mm. ilio psoas*. Подходя къ этимъ мышцамъ, опухоль уже не можетъ быть отдѣлена отъ нихъ свободно, а напротивъ при отдѣленіи получается впечатлѣніе, что она какъ бы вростаетъ въ нихъ. Ограничиваясь сверху совершенно нормальною брюшинною частью широкихъ связокъ, опухоль нисколько не соприкасается къ внутренней поверхности этой части, которая свободно можетъ быть захвачена съ обѣихъ сторонъ въ складку вмѣстѣ съ заключенными въ ней придатками (яичники, трубы, круглыя связки). Нельзя прослѣдить также никакого перехода опухоли на стѣнки матки или мочевого пузыря.

Такимъ образомъ при разсматриваніи положенія опухоли въ полости малаго таза получается впечатлѣніе, что она избрала первоначально мѣстомъ своего развитія ту часть широкихъ связокъ, которая извѣстна подъ названіемъ *parametrium*. Такъ какъ *parametrium* состоитъ изъ рыхлой соединительной ткани съ сосудами, нервами, лимфатическими железами, жиромъ и распространяется въ свободномъ пространствѣ между брюшинною частью широкихъ связокъ, половыми органами и *mm. levatores ani*, то отсюда и понятно развитіе опухоли соотвѣтственно ходу клѣтчатки. Захвативъ всю клѣтчатку, опухоль, по направленію внизу, начала узурировать *diaphragmat pelvis*, такъ что нѣкоторые узлы опухоли проникли и въ *cavum ischio-rectale*. Распространяясь во всѣ стороны, опухоль сдавила также и мочегочники, прямую кишку, вла-

галище, приподнявъ одновременно изъ полости малаго таза какъ матку съ придатками, такъ и мочевоу пузыря.

Сама опухоль состоитъ изъ узловъ, на разрѣзѣ блѣдносѣраго, мѣстами буроаго цвѣта. Поверхность разрѣзовъ представляется сочною, довольно легко соскабливающеюся ножемъ. Кое-гдѣ на поверхности разрѣзовъ встрѣчаются поперечно перерѣзанные большіе сосуды. Въ общемъ опухоль достигаетъ величины головы ребенка.

Влагалище, мочевоу пузырь и матка, разрѣзанные по передней поверхности, представились въ слѣдующемъ видѣ:

Влагалище довольно длинное (13 сант.) съ нѣскольکو утонченными стѣнками, удлиненіе рукава объясняется легко подтягиваніемъ его растущей опухолью вверхъ; слизистая оболочка рукава сѣраго цвѣта, разрыхлена слегка по поверхности; *columnae rugarum* сохранены.

Матка дѣвственнаа, 7,5 сант. длиною. Слизистая оболочка ея разрыхлена, сѣро-краснаго цвѣта. По мѣстамъ испещрена красными точками и полосками; полость матки выполнена мутноватымъ, тягучимъ содержимымъ.

Слизистая оболочка трубъ тоже слегка разрыхлена, сѣро-краснаго цвѣта, съ красными точками кое гдѣ; просвѣтъ трубъ пустъ.

Яичники при разрѣзѣ оказались довольно плотными. Наружная поверхность ихъ гладкая, кое-гдѣ съ впаденіемъ въ видѣ небольшихъ рубчиковъ. Длина яичника до 3,5 сант., ширина 3 сант., толщина около $\frac{1}{2}$ сант. На довольно ровной поверхности разрѣза имѣются нѣскольکو очень мелкихъ полостей съ плотнымъ содержимымъ. Цвѣтъ поверхности разрѣза блѣдносѣрый.

Стѣнки мочеваго пузыря сильно утолщены и плотны; полость его очень объемиста; слизистая оболочка разрыхлена, сѣро-аспиднаго цвѣта, по мѣстамъ покрыта гнѣздами омертвѣвшей ткани грязносѣраго цвѣта, снимающихся легко въ видѣ лоскутковъ различной величины. Особенно сильно омертвѣніе слизистой оболочки пузыря по направленію къ уретрѣ.

Наружные половые органы ничего особеннаго не представляютъ.

Микроскопическое изслѣдованіе какъ самой опухоли, такъ и половыхъ органовъ производилось слѣдующимъ образомъ: послѣ надлежащаго уплотнѣнія вырѣзанныхъ кусочковъ (до 1 куб. сант.) сперва въ 70° спирту (3 сутокъ), а затѣмъ въ абсолютномъ (4 сутокъ), они клались постепенно въ различной густоты растворъ целлоидина. Срѣзы изъ оплотнѣвшихъ препаратовъ окрашивались растворомъ сафранина или же примѣнялась двойная окраска гематоксилиномъ и эозиномъ. Наконецъ очень отчетливые препараты получались также отъ окраски квасцевымъ карминомъ. Слизистая оболочка мочеваго пузыря кромѣ того подвергалась и бактериоскопическому изслѣдованію при помощи жидкости *Loeffler'sa*.

Препараты, приготовленные изъ различныхъ мѣстъ опухоли, дали слѣдующую картину: почти по всему полю микроскопа расположены довольно крупныя, круглыя элементы раза въ два болѣе лимфоидной клѣтки. Каждый подобный элементъ при внимательномъ разсматриваніи состоитъ изъ зернистой протоплазмы и ядра, въ которомъ при сильномъ увеличеніи, можно замѣтить еще присутствіе ядрышка. Клѣтки,

располагаясь тѣсно другъ возлѣ друга, окружены каждая въ отдѣльности межучочнымъ веществомъ, очень нѣжнымъ, прозрачнымъ и однороднымъ.

Въ тѣхъ мѣстахъ препарата, гдѣ клѣтки расположены отдѣльно особенно по краямъ срѣза, ясно видно, какъ каждая клѣтка обладаетъ двуконтурностью, зависящей отъ прозрачнаго межучочнаго вещества, окружающаго зернистую протоплазму клѣтки. Только что описанные элементы, соединяясь въ цѣлыя группы, такъ сказать, проростають подлежащія цуги волоконъ клѣтчатки, частью раздвигая волокна, частью же разрушая ихъ, такъ что по мѣстамъ встрѣчаются цѣлыя островки разрушенныхъ волоконъ клѣтчатки. Въ тѣхъ мѣстахъ препарата, гдѣ имѣется жировая клѣтчатка, получаютъ весьма интересныя картины. Цуги круглыхъ клѣтокъ, вросая между отдѣльными жировыми клѣтками, разрушаютъ соединительно тканную строму, такъ что жировыя клѣтки лежатъ совершенно изолированными между круглыми клѣтками въ видѣ свѣтлыхъ кружковъ, сильно преломляющихъ свѣтъ. Кромѣ того въ препаратѣ встрѣчаются цуги гладкихъ мышечныхъ волоконъ подвергающихся той же участи, что и волокна соединительной ткани, т. е. проростаютъ круглыми элементами съ послѣдовательнымъ распаденіемъ въ мелкозернистую массу мышечныхъ волоконъ. Количество сосудовъ, какъ предсуществующихъ, такъ и вновь образованныхъ, довольно обильно. Вновь образованные сосуды очень тонки и въ видѣ широкихъ каналовъ проходятъ между круглыми клѣточными элементами. Что же касается до предсуществующихъ сосудовъ, то стѣнки ихъ кажутся значительно утолщенными. *Adventitia* ихъ не замѣтно переходитъ въ окружающіе сосуды кучки круглыхъ элементовъ. При этомъ замѣчается слѣдующая вещь; во всѣхъ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ *adventitia* переходитъ въ круглыя клѣтки, переходъ этотъ совершается постепенно, а именно—сперва замѣчается слой очень мелкихъ безъядерныхъ клѣтокъ вполне похожихъ на лимфоидные элементы, затѣмъ элементы нѣсколько увеличиваются, въ нихъ становятся замѣтными ядра и слабозернистая протоплазма и уже послѣ этого слоя идутъ клѣтки вышеописаннаго вида. При этомъ нужно замѣтить, что рѣзкихъ границъ между отдѣльными слоями не замѣчается, а переходъ совершается незамѣтно. Просвѣтъ сосудовъ большею частью пустъ. Утолщенные стѣнки сосудовъ представляются однородными, одинаково окрашивающимися въ слабый розовый цвѣтъ. Различить оболочки въ стѣнкѣ одну отъ другой довольно трудно вслѣдствіе сліянія ихъ въ однородную полупрозрачную массу. Исключеніе развѣ составляетъ только что упомянутый наружный слой *adventitiæ* переходящей незамѣтно въ окружающую сосудъ массу круглыхъ клѣтокъ. Кромѣ всего вышесказаннаго коегдѣ встрѣчаются кровоизліянія въ толщю тѣхъ участковъ, которые заняты круглыми клѣтками. Кровоизліянія частью свѣжія и тогда совершенно явственно различаются отдѣльные форменные элементы крови, частью же болѣе старыя, тогда рельефно выступаетъ нѣжно волокнистая сѣть фибрина, въ петляхъ которой помѣщается мелкозернистая масса—продуктъ распада форменныхъ элементовъ крови,—причемъ красящее вещество крови—пигментъ скопляется въ видѣ неправильной формы кучекъ краснобураго цвѣта.

Теперь слѣдуютъ результаты микроскопическаго изслѣдованія матки, ея придатковъ и мочеваго пузыря.

На срѣзахъ проведенныхъ черезъ всю толщю стѣнки матки замѣчается, что слизистая оболочка ея нѣсколько тоньше, чѣмъ нормально. Аденоидное строеніе слизистой оболочки сохранено, но количество железъ уменьшено. Мерцательный эпителий, покрывающій слизистую оболочку, по крайней мѣрѣ, на изслѣдуемыхъ срѣзахъ отсутствуетъ. Эпителий железъ нѣсколько уплощенъ и мѣстами отстаётъ отъ базальнаго слоя. Въ самихъ эпителиальныхъ клѣткахъ тоже наблюдаются довольно рѣзкія измѣненія. Протоплазма отставшихъ клѣтокъ сильно зерниста, плохо воспринимаетъ окраску. Ядро клѣтки изъ за зернистости различимо не ясно. Встрѣчаются и такія клѣтки, которыя производятъ впечатлѣніе, что онѣ какъ бы начинаютъ распадаться въ мелкозернистую массу. Послѣ прибавленія къ неокрашенному препарату эфира можно видѣть, какъ зернистость въ протоплазмѣ, а также сама мелкозернистая масса расплываются и исчезаютъ совершенно изъ поля зрѣнія. Прибавленіе уксусной кислоты остается безъ всякаго эффекта. Мышечный слой ничего особеннаго не представляетъ. Сосуды на препаратѣ сильно измѣнены. Стѣнки ихъ утолщены; граница между отдѣльными оболочками стѣнокъ сглажена. Консистенція стѣнокъ гомогенна, слегка преломляетъ свѣтъ и окрашиваются въ слабо-розовый цвѣтъ. На срѣзахъ попадаются также кровеизліянія, частью свѣжія и тогда форменные элементы крови ясно различимы частью болѣе старыя, въ которыхъ распавшіеся въ мелкозернистую массу форменные элементы заложены въ петли фибринозной сѣти. Встрѣчаются и такія образованія, объемъ которыхъ довольно великъ и они представляютъ собою гомогенныя массы вполне похожія по своему наружному виду на массы, въ которыя превратились стѣнки сосудовъ. Капиллярные сосуды растянуты и сплошь заполнены форменными элементами крови.

Микроскопическое изслѣдованіе Фаллопиевыхъ трубъ дало почти тѣже самыя измѣненія, что и въ маткѣ. Тоже истонченіе слизистой оболочки, выразившееся еще въ видѣ уплощенія складокъ слизистой оболочки. Тѣже измѣненія въ клѣткахъ цилиндрическаго эпителия, подвергшихся частью отставанію отъ подлежащаго слоя, частью же мелкозернистому распаду, исчезающему отъ прибавленія эфира и неизмѣняющемуся отъ прибавленія уксусной кислоты. Въ сосудахъ такое же утолщеніе и измѣненіе въ строеніи стѣнокъ ихъ. Наблюдаются также кровеизліянія тѣхъ же свойствъ, какъ и въ стѣнкахъ матки.

Въ яичникахъ измѣненія локализируются въ обоихъ слояхъ. Отъ зародышеваго эпителия на поверхности яичника не замѣтно и слѣдовъ. Въ корковомъ веществѣ особенно бросается въ глаза уменьшеніе какъ трубокъ *Pflüger's*, такъ и Граафовыхъ пузырей. Лишь при тщательномъ осматриваніи препарата можно найти ясно выраженные Граафовы фолликулы. Въ такомъ фолликулѣ клѣтки *membranae granulosaе* не представляютъ сплошнаго ободка ограничивающаго полость пузырька, но мѣстами эпителий отсутствуетъ вслѣдствіе отпаденія отъ подлежащей основы, такъ что непрерывная граница какъ бы прервана. Какъ въ отпавшихъ клѣткахъ, такъ и въ остальномъ эпителии оставшемся на мѣстѣ, замѣчается сильная зернистость протоплазмы. Почти вся полость пузыря выполнена мелкозернистою массою, которая отдѣляется отъ *membrana granulosa* лишь совершенно прозрачнымъ, тонкимъ, сильно

преломляющимъ свѣтъ ободкомъ. Присутствіе яйца въ этой мелкозернистой массѣ доказать не удается. Отъ дѣйствія укусной кислоты препаратъ не измѣняется, прибавленіе же эфира заставляеть расплываться и исчезать изъ поля зрѣнія какъ зернистость протоплазмы, такъ и центральную мелкозернистую массу. По мѣстамъ, въ корковомъ слоѣ встрѣчаются еще довольно большія образованія, замѣтныя даже простымъ глазомъ на микроскопическомъ разрѣзѣ яичниковъ и представляющія собою ничто иное какъ *corpora fibrosa*. Общій видъ ихъ былъ таковъ: полость вплотную выполнена однородною массою пересѣченной въ нѣсколькихъ мѣстахъ волокнами соединительной ткани съ веретенообразными клѣтками, съ большимъ ядромъ на мѣстѣ пересѣченія волоконъ. Что касается сосудовъ, то стѣнки, какъ большихъ, такъ и мелкихъ сосудовъ, сильно утолщены и превращены въ однородную, гомогенную массу слабо воспринимающую окраску. Капилляры, пробѣгающіе въ корковомъ веществѣ, растянуты и переполнены форменными элементами. Кромѣ того вблизи сосудовъ встрѣчаются довольно большія кровоизліянія, частью свѣжія, частью уже организовавшіеся въ однородную безструктурную массу.

При изслѣдованіи слизистой оболочки мочевого пузыря замѣчается наслоеніе на ея поверхности, довольно толстое, состоящее изъ нѣжной сѣти фибрина, петли которой выполнены мелкозернистою массою, въ которой встрѣчаются свѣтлыя точки сильно преломляющія свѣтъ—капельки жира. Этотъ слой совершенно невоспринимаетъ окраски. Слѣдовало бы ожидать непосредственно за этимъ слоемъ встрѣтить слой многочисленнаго эпителія покрывающаго нормально слизистую оболочку мочевого пузыря, но оказывается, что на препаратѣ не имѣется и намека даже на этотъ эпителий, а неокрашивающійся слой лежитъ прямо на соединительно-тканномъ и мышечномъ слояхъ, почти сплошь инфильтрованныхъ скопленіями мелкихъ, круглыхъ, лимфоидныхъ элементовъ. Между этимъ нижнимъ грануляціоннымъ извѣннымъ слоемъ и невоспринимающимъ окраску верхнимъ слоемъ расположены кровоизліянія въ видѣ свертковъ, состоящихъ частью изъ форменныхъ элементовъ крови, частью же изъ продуктовъ распада ихъ и фибринозной сѣти. Сосуды въ мышечныхъ слояхъ сильно расширены, стѣнки ихъ безъ яснаго различія границъ оболочекъ, такъ какъ превращены въ однородную, безструктурную массу, слабо розовой окраски. Кромѣ того, только что упомянутая мелко-клѣточковая инфильтрація располагается преимущественно вокругъ мелкихъ сосудовъ и капилляровъ, пробѣгающихъ въ этихъ слояхъ.

При бактериоскопическомъ изслѣдованіи этихъ срѣзовъ оказывается что въ поверхностномъ некротическомъ слоѣ констатируется масса микробовъ самыхъ разнообразныхъ видовъ. Преобладаютъ преимущественно кокковыя формы. Гораздо интереснѣе изслѣдованіе подлежащихъ слоевъ; въ грануляціонномъ слоѣ встрѣчаются исключительно мелкіе кокки, располагающіеся въ видѣ гроздей и прекрасно воспринимающіе синюю окраску. Просвѣтъ нѣкоторыхъ мелкихъ сосудовъ, такъ сказать, набитъ этими мелкими кокками. Такъ какъ культуръ изъ этихъ мѣстъ при вскрытіи не было сдѣлано, то о видѣ этихъ послѣднихъ микробовъ можно судить только приблизительно. Принимая во вни-

маніе характерное гроздевидное расположение, а также тотъ фактъ, что въ гнойничкахъ въ почкахъ (мелкіе сосуды и мочевые каналцы) найдены такого же вида микробы, можемъ считать ихъ за одинъ изъ видовъ патогенныхъ гноеродныхъ микробовъ группы *staphylococcus*.

Вотъ всѣ измѣненія, полученные путемъ макро—и микроскопическаго изслѣдованій.

Разсматривая результаты этихъ изслѣдованій приходится придти къ заключенію, что въ описываемой области разыгрываются процессы разнообразнаго характера. Процессъ, развившійся въ параметральной клѣтчаткѣ, будетъ несомнѣнно первичнымъ; явленія же въ маткѣ, ея придаткахъ, мочевомъ пузырьр могутъ быть сочтены послѣдовательными, развившимися подъ вліяніемъ первичнаго процесса въ клѣтчаткѣ.

Теперь спрашивается, что же это за процессъ, захватившій околوماتочную клѣтчатку и справедливъ ли клинической діагнозъ—принявъ его за саркому. Уже одинъ взглядъ, брошенный при вскрытіи на данный препаратъ, рѣшилъ въ положительномъ смыслѣ вопросъ, что имѣемъ дѣло съ новообразованиемъ, по всей вѣроятности, саркоматознаго характера (рѣзко очерченные узлы частью сливающиміеся другъ съ другомъ, матовосѣрый цвѣтъ и легкая соскабливаемость поверхности). Но окончательное рѣшеніе вѣрности вопроса должно быть предоставлено микроскопу, который и рѣшилъ въ положительномъ смыслѣ первоначальное предположеніе. Громадное количество круглыхъ клѣтокъ, заложенныхъ въ сравнительно незначительномъ количествѣ межуточнаго вещества и которыя, распространяясь во всѣ стороны, подавляютъ и разрушаютъ какъ основную ткань, такъ и элементы, встрѣчающіеся на пути развитія, даютъ ту форму саркомы, которая извѣстна подъ названіемъ круглоклѣточной *sarcoma globocellulare*, образованіе обладающее въ высшей степени злокачественнымъ характеромъ.

Развившись и распространяясь исключительно по соединительно-тканной клѣтчаткѣ широкихъ связокъ нужно допустить также, что опухоль развилась исключительно изъ клѣтокъ и волоконъ соединительной ткани, такъ какъ всѣ другія ткани и элементы, входящіе въ составъ клѣтчатки широкихъ связокъ (мышечныя волокна, эпителий брюшины широкихъ связокъ, лимфатическія железы и т. д.) никакого про-

дуктивного участія въ образованіи опухоли не принимаютъ, а подвергаются скорѣе процессу разрушенія распространяющимся новообразованіемъ. Наконецъ, нѣкоторыя мѣста на микроскопическихъ препаратахъ уясняютъ генезъ этого новообразованія. Въ подобныхъ мѣстахъ какъ уже описано вокругъ сосудовъ, наружная часть *adventitiae* переходитъ совершенно незамѣтно въ мелкія круглыя клѣтки, въ свою очередь переходящія незамѣтно въ саркоматозныя клѣтки. Несомнѣнно, слѣдовательно, что продуктивная дѣятельность сосредоточена въ элементахъ соединительной ткани и давшей толчокъ къ развитію новообразованія. Но будетъ ли исходною точкою соединительная ткань *adventitiae* сосудовъ, какъ это принимаетъ въ числѣ прочихъ генетическихъ моментовъ саркомы *Birch-Hirschfeldt* (Lehrb. d. pathol. Anat., 1877, Leipzig) или же подлежащая соединительная ткань клѣтчатки вообще (*Virchow*. Die Krankhaften Geschwülste, Bd. 2, 1863, Berlin) рѣшить въ настоящемъ случаѣ невозможно. Нельзя сомнѣваться также въ томъ, что саркома развилась исключительно только изъ клѣтчатки широкихъ связокъ, такъ какъ ни брюшинный покровъ широкихъ связокъ, ни сама матка съ придатками, ни мочевоу пузырь не показали при макро—и микроскопическомъ изслѣдованіи ни малѣйшаго слѣда присутствія саркоматозныхъ элементовъ—фактъ вполнѣ противорѣчащій мнѣнію *Pozzi* (l. c., pag. 835) считающаго, что появленіе злокачественныхъ образованій въ широкой связкѣ никогда не бываетъ первичнымъ, а есть лишь переходъ новообразованія съ сосѣднихъ органовъ (брюшины, яичниковъ, матки).

Установивъ такимъ образомъ, что въ нашемъ случаѣ имѣется дѣйствительно первичная саркома клѣтчатки широкихъ связокъ, переходимъ къ объясненію остальныхъ измѣненій вызванныхъ развитіемъ опухоли, какъ въ самой клѣтчаткѣ, такъ и въ маткѣ съ придатками.

Сосудистыя стѣнки, какъ видно при микроскопическомъ изслѣдованіи, представлялись сильно измѣненными. Однородный восковидный почти безструктурный видъ утолщенныхъ стѣнокъ заставляеть принять амилоидное или гіалиновое перерожденіе. Но противъ амилоиднаго перерожденія говоритъ безрезультатность реакцій характеризующихъ это перерожденіе.

Реакція съ J и съ H_2SO_4 съ генціанъ-віолетъ остались безъ вліянія на стѣнки.

Поэтому наблюдаемое въ нашихъ препаратахъ перерожденіе будетъ гіалиновое, характеризующееся по *Recklinghausen*'у (Pathologie d. allgem. Ernähr. Deutsche Chir, Lief. 2,3) тѣмъ, что окрашиваясь карминомъ, какъ въ нашемъ случаѣ, остается однороднымъ, сильно преломляющимъ свѣтъ и не выдерживающимъ реакціи съ J и H_2SO_4 . По *Recklinghausen*'у (l. c.) подобное перерожденіе можетъ встрѣчаться при разнообразныхъ процессахъ и между прочихъ въ гиперпластическихъ опухоляхъ соединительной ткани (саркомы), въ фолликулахъ яичниковъ и въ слизистыхъ оболочкахъ при истощающихъ организмъ заболѣваніяхъ и т. д.

Принимая во вниманіе, что присутствіе злокачественныхъ новообразованій въ организмѣ всегда вызываетъ истощеніе послѣдняго, то становятся понятными тѣ измѣненія въ сосудахъ встрѣтившихся на нашихъ препаратахъ. Наблюдаемыя въ толщу ткани кровеизліянія тоже являются какъ результатъ гіалиноваго измѣненія стѣнокъ сосудовъ утратившихъ свою эластичность и не выдерживавшихъ влѣдствіе этого напора крови.

Разсматривая измѣненія въ маткѣ и ея придаткахъ приходится придти къ заключенію, что имѣемъ здѣсь дѣло съ начинающимся, преждевременнымъ атрофическимъ процессомъ. Утонченіе слизистой оболочки матки, Фаллопиевыхъ трубъ, крайне незначительное количество Граафовыхъ пузырей; жировое перерожденіе эпителиальныхъ элементовъ въ железахъ матки, слизистой оболочки Фаллопиевыхъ трубъ, *membranae granulosaе* фалликулъ яичниковъ, доказываемое исчезновеніемъ жирно перерожденныхъ элементовъ отъ эфира и не измѣняющихся отъ уксусной кислоты—такіе признаки вполне характеризующіе атрофію (*Ziegler. Lehrb. d. allg. u. Spez. pathol. Anat., Bd. I, pag. 108, 1889. Kisch. Die Veränderungen d. Graaf'schen Follikels n. d. Aufhören d. Sexualthätigkeit, Archiv f. Gynäk., Bd. XII, pag. 418, 419. Birch-Hirschfeldt (l. c., pag. 28).* Преждевременное прекращеніе отдѣленія менструальной крови тоже можетъ быть объяснено изъ разсматриванія препаратовъ яичниковъ. Въ препаратахъ имѣется незначительное количество старыхъ *corpora fibrosa*, образовавшихся изъ преждебывшихъ

corpora lutea; новыхъ же corpora lutea не имѣется и слѣда, что объясняется также, кромѣ общихъ причинъ, еще и патологическимъ измѣненіемъ въ оставшихся Граафовыхъ пузыряхъ.

Опухоль постепенно разростаясь по параметральной кѣлѣчкѣ и приподнимая половые органы изъ полости малаго таза вверхъ, одновременно сдавливала мочевой пузырь, вслѣдствіе чего получилось затрудненіе въ мочеиспусканіи. Моча, застаиваясь въ пузырьѣ, разлагалась и въ результатѣ образовался бактерійный циститъ съ послѣдовательнымъ омертвѣніемъ слизистой оболочки пузыря. Микроорганизмы, распространяясь *per continuitatem* по мочеточникамъ, вызвали также и бактерійный нефритъ констатированный при вскрытіи.

Прогнозъ для больныхъ, имѣвшихъ несчастье заполучить подобнаго сорта опухоль, долженъ быть считаемъ почти безнадежнымъ, даже въ раннихъ періодахъ развитія опухоли, такъ какъ діагностика подобныхъ новообразованій съ клинической стороны является дѣломъ почти невозможнымъ вслѣдствіе того, что симптомы, вызываемые развитіемъ такой опухоли, не представляютъ ничего специфическаго и встрѣчаются при другихъ, какъ злокачественныхъ, такъ и доброкачественныхъ заболѣваніяхъ органовъ расположенныхъ въ полости малаго таза.

Въ нашемъ случаѣ діагностика сдѣлалась возможною лишь тогда, когда вслѣдствіе быстраго роста, опухоль увеличилась настолько, что могла быть совершенно легко опредѣлена прощупываніемъ черезъ брюшные покровы и когда всѣ шансы для спасенія больной были сведены къ нулю. Если же бы въ самомъ началѣ развитія опухоли возможно было приступить къ чревосѣченію, то, расщепивъ широкія связки, опухоль (развивавшаяся очагами) можно бы было вылущить.

Операцией было бы достигнуто, если и не спасеніе жизни больной, то во всякомъ случаѣ всѣ вышеописанныя страданія были бы много слабѣе и доставлено было бы хотя можетъ быть и кратковременное, но за то сравнительно спокойное существованіе.