

ЖУРНАЛЪ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.
ГОДЪ ДВѢНАДЦАТЫЙ.

ДЕКАБРЬ 1898, № 12.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Объ опухоляхъ круглыхъ связокъ матки.

Ф. К. Веберъ.

(Изъ хирургическаго отдѣленія больницы Св. Маріи Магдалины въ С.-Петербургѣ).

Опухоли круглыхъ связокъ подверглись болѣе подробному изслѣдованію только въ сравнительно недавнее время. *Rau*, представившій въ 1850 году подробную монографію заболѣваній круглыхъ связокъ съ весьма тщательнымъ указаніемъ всей литературы, приводитъ только одинъ случай опухоли связки изъ Берлинскаго патологическаго музея; это была совершенно окаменѣвшая опухоль, найденная при вскрытіи въ 1796 году и описанная *Walter*'омъ. *Spencer Wells* первый удалил оперативнымъ путемъ въ 1865 году въ двухъ случаяхъ небольшія опухоли круглыхъ связокъ, сидѣвшія въ паху снаружи паховаго канала. Въ обоихъ случаяхъ былъ поставленъ невѣрный діагнозъ; въ одномъ случаѣ предполагалась до операціи опухоль лимфатическихъ железъ, въ другомъ невправимая сальниковая грыжа.

Въ 1883 году *Sänger*'у уже удалось собрать 12 случаевъ изъ литературы, на основаніе которыхъ онъ представилъ довольно подробную клиническую и патолого-анатомическую картину даннаго заболѣванія.

Съ тѣхъ поръ въ литературѣ появлялись единичныя сообщенія и въ прошломъ году *Delbet* и *Heresco* удалось собрать всего 4 случая опухолей связокъ, развившихся внутри брюшной полости, а въ этомъ году *Guinard* привелъ изъ всей ему доступной литературы только 18 случаевъ, развившихся внѣ брюшной полости. Изъ этого бѣлаго обзора литературы выясняется, что опухоли круглыхъ связокъ встрѣчаются далеко не часто. На основаніи этого я себя считаю въ правѣ описать здѣсь 3 собственныхъ случая, наблюдавшихся мною въ хирургическомъ отдѣленіи больницы Св. Маріи Магдалины. Я думаю, что эти опухоли въ дѣйствительности встрѣчаются чаще, чѣмъ это можно бы предполагать, но онѣ до сихъ поръ мало изслѣдованы, такъ что легко просматривались или принимались за опухоли иного происхожденія.

Круглая связка, какъ извѣстно, отходитъ отъ угла матки, немного ниже и впереди отъ прикрѣпленія Фалопіевой трубы. Она проходитъ въ толщѣ широкой связки между листками брюшины до тазовой стѣнки, гдѣ образуя дугу, открытую впереди и кнутри, она черезъ внутреннее паховое кольцо входитъ въ паховой каналъ. По выходѣ изъ канала связка сейчасъ распадается на отдѣльныя довольно тонкія волокна, которыя идутъ въ большую срамную губу и къ симфизу, отчасти же сливаются съ подкожной жировой клѣтчаткою. Связка главнымъ образомъ состоитъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, которыя суть непосредственное продолженіе круговыхъ мышечныхъ волоконъ матки; въ средней своей части связка содержитъ довольно большое количество эластичныхъ волоконъ; ближе къ периферіи связка утрачиваетъ свои мышечный характеръ и становится болѣе фибрознаю. Раньше предполагалось, что круглая связка въ своей периферической части содержитъ поперечнополосатые волокна, которыя присоединяются къ ней отъ мышцы передней брюшной стѣнки при выходѣ ея изъ паховаго канала. *Beurnier* однако на основаніи тщательной препаровки связки доказалъ, что это мнѣніе не вѣрно. Круглая связки весьма богаты кровеносными и лимфатическими сосудами, которые не только проходятъ въ ней въ видѣ отдѣльныхъ объемистыхъ стволовъ, но и образуютъ весьма тонкую сѣть, которая распростра-

няется между отдѣльными мышечными волокнами. Это анатомическое описаніе даетъ намъ указаніе, какого рода должны быть опухоли, развивающіяся изъ круглой связки. Это суть преимущественно десмоидныя опухоли, новообразованія мышечнаго и соединительнотканнаго типа, міомы и фибромы. Между этими двумя формами имѣются всевозможныя комбинаціи; ткань новообразованія часто подвергалась различнымъ перерожденіямъ, между которыми на первомъ мѣстѣ стоитъ саркоматозное перерожденіе. Въ 2 случаяхъ (*Duncan* и *Walter*) наблюдалось полнѣйшее окаменѣніе опухолей круглыхъ связокъ, вслѣдствіе отложенія солей извести въ фиброзной опухоли. Сравнительно часто опухоли круглыхъ связокъ содержатъ кисты, большей или меньшей величины, съ жидкимъ содержимымъ. Эти кисты часто множественны и сообщаются между собою. Онѣ могутъ быть истинными и ложными. Первые отличаются тѣмъ, что имѣютъ рѣзко обрисованныя стѣнки и большею частью выстланы эпителиемъ или эндотелиемъ. Ложныя кисты чаще всего образуются въ саркоматозноперерожденныхъ опухоляхъ вслѣдствіе отечнаго пропитыванія или кровоизліянія въ ткань опухоли и распада ея. При этомъ получаютъ полости съ весьма неправильными изъѣденными стѣнками, содержащія большія отложенія фибрина, кровянаго пигмента и тканевой распадъ. Истинныя кисты въ опухоляхъ круглыхъ связокъ суть большею частью значительно расширенныя лимфатическіе сосуды связокъ, которыя содержатъ ихъ въ обильномъ количествѣ. При затрудненномъ оттоку лимфы подобныя опухоли могутъ принять промадные размѣры. Примѣромъ можетъ служить случай *Leopold'a*, гдѣ опухоль, занимавшая почти всю брюшную полость, вѣсила 24 фунта и содержала кисты въ кулакъ величиною; въ этомъ случаѣ всѣ кистовидныя расширения были выстланы эндотелиемъ и содержали прозрачную жидкость, свертывавшуюся на воздухѣ.

Кромѣ этихъ кистъ, правда гораздо рѣже въ опухоляхъ круглыхъ связокъ имѣются кисты совершенно иного происхожденія. *Weber* считаетъ круглую связку въ зародышевой жизни полымъ органомъ; каналъ этотъ въ исключительныхъ случаяхъ можетъ не зарости и стать источникомъ кистовид-

наго новообразованія. Большинство авторовъ не признають взгляда *Weber'a*, хотя въ литературѣ имѣется нѣсколько случаевъ, какъ будто подтверждающихъ его (*Doornman*). Въ нѣсколькихъ случаяхъ (*Pfannenstiel*, *Улезко-Строгонова и Bluhm*) въ кистахъ былъ найденъ хорошо сохранившійся цилиндрической эпителий. Всѣ эти авторы объясняютъ происхожденіе подобныхъ кистъ порокомъ развитія, вслѣдствіе сохраненія въ связкѣ остатковъ Вольфовыхъ тѣлъ, съ которыми круглая связка въ зародышевой жизни находится въ очень тѣсной связи (*Wieger*).

Эти послѣднія новообразованія совершенно аналогичны *Cystomyom'amъ* и *Adenomyom'amъ*, развивающимся въ тѣлѣ матки. Про послѣднія благодаря изслѣдованіямъ *Recklinghausen'a* точно установлено, что онѣ развиваются изъ остатковъ Вольфовыхъ тѣлъ.

Кистовидныя опухоли, развивающіяся въ нижнемъ отдѣлѣ круглой связки, нельзя смѣшивать съ *hydrocele muliebris*. При послѣдней имѣется скопленіе жидкости въ *canali Nucki seu processu vaginali peritonei*, т. е. въ выпячиваніи брюшины черезъ паховой каналъ кнаружи, остающемся проходимымъ въ рѣдкихъ случаяхъ. Здѣсь жидкость скопляется между листками брюшины интраперитонеально, причемъ *ligamentum rotundum* остается совершенно нитактнымъ и проходитъ обыкновенно по внутренней поверхности стѣнки. Впрочемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ анатомическія отношенія до того не ясны, что не удастся съ точностью опредѣлить, имѣется ли дѣло съ *hydrocele* или съ кистовидною опухолью самой связки. Во всякомъ случаѣ названіе *hydrocele ligamenti rotundi*, принятое нѣкоторыми авторами, совершенно неправильно, такъ какъ при *hydrocele* всегда имѣется скопленіе между листками брюшины. Новообразованія эпителиальнаго характера до сихъ поръ въ круглыхъ связкахъ не наблюдались; но разъ найденъ здѣсь эпителий, хотя бы какъ порокъ развитія, надо допустить возможность ихъ развитія.

Какъ особенную рѣдкость отмѣчу дермоидную кисту, описанную *Fischer'омъ* въ наружномъ концѣ круглой связки.

Этиологія опухолей круглыхъ связокъ, какъ *этиологія* новообразованій вообще, мало выяснена. Подобно паховымъ

грыжамъ опухоли съ правой стороны встрѣчаются значительно чаще, чѣмъ съ лѣвой. Беременность и роды играютъ довольно видную роль въ этиологіи опухолей связокъ, такъ какъ большинство женщинъ, имѣющихъ опухоли, многородящія. Зависитъ это по всей вѣроятности отъ того, что во время беременности связки значительно растягиваются и часто подвергаются травматическимъ инсультамъ. Небольшія опухоли, сидѣвшія въ паху, часто принимались за паховыя грыжи, вслѣдствіе чего назначался бандажъ. Послѣдній обыкновенно ускорялъ ростъ опухоли.

Симптомы могутъ совершенно отсутствовать, въ особенности если опухоль не велика и сидитъ въ брюшной полости. Вообще слѣдуетъ различать 3 разряда опухолей: 1) *интраабдоминальныя* опухоли, развивающіяся въ брюшной части круглой связки, 2) *интраканикулярныя*, развивающіяся въ паховомъ каналѣ и 3) *экстраабдоминальныя*, развивающіяся изъ внѣбрюшинной части связки. Понятно, что это дѣленіе не совсѣмъ точно, такъ какъ опухоли могутъ одновременно развиваться въ двухъ или даже всѣхъ трехъ отдѣлахъ связки. Кромѣ того опухоли, развивающіяся первоначально въ паховомъ каналѣ, обыкновенно послѣ достиженія извѣстной величины, выходятъ наружу.

Внутрибрюшинныя опухоли въ начальныхъ стадіяхъ не вызываютъ никакихъ симптомовъ, достигнувъ же извѣстной величины онѣ импонируютъ какъ солидныя опухоли яичника или подсерозныя міомы. Во всѣхъ пяти случаяхъ описанныхъ *Delbet* и *Heresco*, вѣрный діагнозъ ни разу не былъ поставленъ передъ операціею. Эти авторы однако указываютъ на симптомъ, который иногда можетъ послужить для діагностики опухолей круглыхъ связокъ. Эти опухоли имѣютъ склонность, пока онѣ еще не достигли большихъ размѣровъ, помѣщаться впереди матки; если изслѣдующей рукою ихъ удастся вывести изъ передняго свода, онѣ обыкновенно очень быстро принимаютъ свое первоначаленое положеніе. Симптомъ этотъ, какъ извѣстно былъ указанъ *Küstner*'омъ также для дермоидныхъ кистъ яичниковъ.

Интраканикулярныя и внѣбрюшинныя опухоли круглыхъ связокъ представляются въ видѣ плотныхъ, гладкихъ мало

болѣзненныхъ опухолей, развивающихся въ паху. Чаще всего эти опухоли развиваясь въ паховомъ каналѣ или въ области наружнаго паховаго отверстія постепенно въ силу тяжести опускаются въ большую губу, при чемъ однако остается тяжъ, утолщенная круглая связка, который идетъ отъ верхняго конца опухоли къ паховому каналу. Описаны случаи (*Polaillon*), гдѣ подобныя опухоли достигали величины дѣтской головки и свободно болтались между ногами больной.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль первоначально развивается въ паховомъ каналѣ, послѣдній значительно расширяется и иногда свободно пропускаетъ 2—3 пальца. Если опухоль постепенно выходитъ изъ канала, все-таки остается широкая щель, которая даетъ намъ точное указаніе на первоначальное мѣсто развитія опухоли. Послѣднее очень важно, такъ какъ опухоли, развившіяся въ паховомъ каналѣ или брюшной части связки, близко лежащей къ каналу, и постепенно вышедшія наружу, всегда находятся въ очень тѣсной связи съ брюшиною и раненіе послѣдней при операціи неизбежно. Если же опухоль съ самаго начала развивается изъ тѣхъ пучковъ круглой связки, на которые распадается послѣдняя при выходѣ ея изъ паховаго канала, то она никакого отношенія къ брюшинѣ не имѣетъ. Опухоли круглыхъ связокъ вообще довольно невинныя новообразованія, такъ какъ онѣ обыкновенно растутъ медленно и по крайней мѣрѣ въ началѣ не причиняютъ никакихъ страданій. Впрочемъ иногда эти опухоли послѣ травмы, повторныхъ родовъ или давленія бандажемъ начинаютъ очень быстро увеличиваться и стѣняютъ больныхъ. Въ 2 случаяхъ (*Leopold'a* и *Kleinwächter'a*), гдѣ опухоли достигли громадныхъ размѣровъ, больныя представлялись кахектичными и истощенными.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ, описанныхъ въ литературѣ, вѣрный діагнозъ былъ поставленъ только послѣ операціи. Чаще всего эти опухоли смѣшивались съ неправильными сальниковыми грыжами, опухолями лимфатическихъ железъ, яичниковыми грыжами. Вообще слѣдуетъ при всѣхъ опухоляхъ, развивающихся въ большихъ срамныхъ губахъ, паховой области и въ брюшной стѣнкѣ надъ паховымъ каналомъ, имѣть въ виду возможность развитія ихъ изъ *ligamentum rotundum*.

Лечение можетъ только состоять въ оперативномъ удаленіи опухоли. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль не достигла значительныхъ размѣровъ, операція обыкновенно не представляетъ особыхъ затрудненій. Если имѣется значительное расширение паховаго канала и при операціи широко вскрываютъ брюшину, приходится всю рану зашить крайне тщательно въ нѣсколько этажей, чтобы впослѣдствіи не образовалась грыжа. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль значительно разрастается, операція можетъ сдѣлаться очень затруднительной, такъ какъ здѣсь опухоли очень часто весьма тѣсно соединены съ брюшными покровами. Въ случаѣ *Leopold'a* операція изъ за этого не могла быть доведена до конца и больная умерла черезъ 2 дня отъ истощенія.

Изъ трехъ случаевъ, наблюдавшихся мною, два оперированы мною, а третій *И. И. Симонъ*.

Первый случай. Евдокія Т., крестьянка 58 лѣтъ, чернорабочая, поступила въ больницу 15/VI 1896 года съ опухолью въ лѣвомъ паху. Больная всегда пользовалась удовлетворительнымъ здоровьемъ. Рожала 5 разъ благополучно, послѣ родовъ не лихорадила; выкидышей не имѣла, бѣлами никогда не страдала. Кровей не носитъ 15 лѣтъ. 3 года тому назадъ больная замѣтила первый разъ небольшую плотную опухоль въ лѣвомъ паху, которая въ началѣ ее совершенно не беспокоила. Постепенно медленно увеличиваясь опухоль стала причинять боли, которыя носили тянущій характеръ, отдавали въ лѣвую срамную губу и лѣвую ногу и усиливались при ходьбѣ и тяжелой работѣ. Приблизительно годъ тому назадъ больная при поднятіи тяжести сразу почувствовала, какъ будто опухоль оборвалась, причемъ она увеличилась въ размѣрѣ, опустилась совершенно въ большую губу и при ходьбѣ болталась между ногами, такъ что больная должна была ее поддерживать руками. Общее состояніе при этомъ было довольно удовлетворительное, ни рвоты ни расстройствъ со стороны кишечника не было. Призванный земскій врачъ призналъ опухоль за грыжу. При покойномъ положеніи въ постели и прикладываніи льда опухоль постепенно уменьшалась и приподнялась больше по направленію къ паховому кольцу. Но съ тѣхъ поръ боли въ паху стали постоянными и въ концѣ концовъ заставили больную обратиться въ больницу за оперативной помощью.

Больная средняго тѣлосложенія и питанія. Въ лѣвомъ паху замѣчается опухоль величиною въ куриное яйцо, продолговатой формы, направляющаяся отъ лѣваго наружнаго паховаго отверстия косо внизъ и внутрь въ лѣвую большую срамную губу, занимая при этомъ только ея верхнюю половину. Кожа надъ опухолью не измѣнена и легко собирается въ складку. Опухоль мало чувствительна, гладка, равномерно плотной консистенціи.

Подвижность опухоли въ стороны сравнительно свободная, при попыткѣ же смѣститъ опухоль книзу въ большую губу у верхняго полюса ея обрисовывается не ясно контурируемый тяжъ, который теряется въ глубинѣ паховаго канала. Послѣдній не особенно расширенъ и съ трудомъ пропускаетъ кончикъ указательнаго пальца. При кашлевыхъ толчкахъ опухоль не измѣняетъ своего положенія и величины и не замѣчается выпячиванія въ области наружнаго паховаго кольца. Попытки вправленія опухоли остаются безъ всякаго результата. Гинекологическая сфера никакихъ уклоненій отъ нормы не представляла; матка лежитъ правильно въ антефлексіи средней степени, параметріи совершенно свободны.

Была діагносцирована неврипавимая сальниковая грыжа, не смотря на то, что данныя объективнаго изслѣдованія и амамнезъ не вполне соответствовали этому. При операциі оказалось, что имѣлось дѣло съ солидной опухолью, которую пришлось выдучить изъ плотной фиброзной капсулы почти исключительно тупымъ путемъ; только у верхняго полюса опухоли встрѣтилось нѣсколько плотныхъ фиброзныхъ пучковъ, которые пришлось перерѣзать ножомъ; при этомъ получилось небольшое кровотеченіе изъ 2 артеріальныхъ вѣточекъ. Грыжеваго мѣшка никакого не оказалось и раневая полость никакого сообщенія съ брюшною полостью не имѣла. Рана зажила *per primam* и больная черезъ 2 недѣли совершенно поправилась. Удаленная опухоль имѣла форму почки съ ясно выраженнымъ *hilus*. Длина ея 8 сант., ширина 5 сант. и толщина 4 сант. На разрѣзѣ опухоль не особенно плотна, имѣетъ блестящій неравномѣрно окрашенный какъ бы студенистый видъ, причемъ болѣе темные участки довольно правильно чередуются съ болѣе свѣтлыми. Въ центрѣ опухоль содержитъ цѣлый рядъ мелкихъ сообщающихся между собою полостей, выстланныхъ блестящей оболочкою и содержащихъ прозрачную не свертывающуюся на воздухъ жидкость. Благодаря всему этому опухоль имѣла крайне характерный видъ и я въ началѣ склоненъ былъ считать ее смѣщенной, атрофированною почкою. Микроскопическое изслѣдованіе однако показало, что опухоль имѣетъ фиброматозное строеніе и нигдѣ не удалось открыть слѣдовъ канальцевъ выстланныхъ эпителиемъ. Кромѣ того гистоскопическимъ и клиническимъ изслѣдованіемъ было опредѣлено присутствіе лѣвой почки на нормальномъ мѣстѣ, такъ что эта опухоль съ почкою не могла имѣть ничего общаго. То обстоятельство, что опухоль въ началѣ сидѣла у паховаго канала и постепенно опустилась въ большую губу, причемъ отъ верхняго полюса опухоли прощупывался тяжъ, который тянулся въ паховой каналъ, указываетъ намъ на то, что опухоль развилась изъ круглой связки, а именно изъ той части, которая ишищается кнаружи отъ паховаго канала. Этимъ и объясняется, почему при операциі у верхняго полюса опухоли круглая связка не найдена въ видѣ плотнаго жгута, а въ видѣ отдѣльныхъ фиброзныхъ волоконъ. Вслѣдствіе той же причины паховой ка-

паль нисколько не былъ, нарушенъ въ своемъ анатомическомъ строеніи. При микроскопическомъ изслѣдованіи различныхъ частей опухоли въ общемъ представлялась картина фибромы, весьма богатой соединительно-тканными клѣтками и мелкими лимфатическими сосудами. Кое гдѣ попадались тонкіе пуги, состоявшіе изъ нѣсколькихъ рядовъ не измѣненныхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Тѣ части опухоли, которыя прилежали къ лежащимъ въ центрѣ кистовиднымъ полостямъ, имѣли характерный видъ вслѣдствіе богатства значительно расширенными лимфатическими сосудами. Послѣдніе на разрѣзѣ представляли разнообразно изогнутыя полости и извивающіеся каналы, сообщающіеся между собою и выстланные значительно утолщеннымъ эндотеліемъ. Стѣнки сосудовъ представлялись также значительно гипертрофированными; онѣ имѣли совершенно гомогенное строеніе и окрашивались равномерно гематоксилиномъ въ розовый цвѣтъ. Кое гдѣ хотя и не ясно удавалось прослѣдить сообщеніе этихъ расширенныхъ каналовъ съ кистами, лежащими въ центрѣ опухоли и также выстланными эндотеліемъ. На основаніи всего этого слѣдуетъ кистовидныя образования въ центрѣ опухоли признать за значительно расширенныя лимфатическіе сосуды и назвать опухоль *Fibroma lymphangiectodes ligamenti rotundi*.

Второй случай касается молодой дѣвушки, которая обратилась въ больницу съ опухолью величиною въ дѣтскую головку, сидѣвшею въ лѣвой нижней части брюшной стѣнки на кожной ножкѣ и свободно болтавшееся на ней. Опухоль развилась 3 года тому назадъ, съ начала въ толщѣ брюшной стѣнки, и затѣмъ быстро увеличиваясь образовала ножку. Опухоль состояла изъ двухъ частей, болѣе поверхностной объемистой крупнобугристой какъ будто флюктуировавшей, и глубокой небольшой опухоли, лежавшей ближе къ брюшнымъ покровамъ, совершенно плотной и гладкой. Обѣ опухоли совершенно отчетливо отдѣлялись одна отъ другой. Подъ опухолью пальцами довольно легко удавалось проникнуть въ глубину брюшной стѣнки черезъ щель, образовавшуюся вслѣдствіе расхождения апоневроза брюшныхъ мышцъ. Тяжа, идущаго отъ опухоли въ глубину брюшной полости не удавалось прощупать. Вслѣдствіе этого было предположено, что опухоль развилась изъ глубокихъ слоевъ брюшной стѣнки. Большая *virgo intacta*; гинекологическая сфера никакихъ отклоненій отъ нормы не представляла. Операция была довольно кровавая вслѣдствіе большаго количества толстыхъ венозныхъ сосудовъ, окружавшихъ опухоль со всѣхъ сторонъ. Послѣ освобожденія опухолей отъ окружавшей ихъ клѣтчатки оказалось, что отъ нижняго конца ихъ въ глубину отходить мясистый мягкій тяжъ толщиной въ указательный палецъ, который при болѣе внимательномъ осмотрѣ оказался утолщенной круглою связкою. При вылученіи опухоли брюшина была широко вскрыта вслѣдствіе тѣсной связи задней стѣнки опухоли съ нею. Опухоль отдѣлена отъ ножки и конецъ фиксированъ въ нижнемъ углу раны. Паховаго канала въ обычномъ смыслѣ не существовало, онъ былъ превращенъ въ щель,

длиною въ 14 сант. и шириною въ 3 сант. которая направлялась отъ лоннаго бугра кверху и кнаружи по направлению къ *spina ilei ant. superior*. Черезъ эту щель нѣсколько пальцевъ свободно проникали въ брюшную полость. З этажнымъ швомъ на брюшину, апоневрозъ брюшныхъ мышцъ и кожу тщательно зашита обширная рана. Послѣоперационное теченіе было совершенно гладкимъ; рана зажила *per primam* прочнымъ рубцемъ и цѣлостъ брюшныхъ покрововъ была совершенно восстановлена.

Удаленная опухоль состояла изъ двухъ опухолей различной величины, причемъ на свѣжѣмъ препаратѣ отчетливо можно было прослѣдить связь обѣихъ съ круглой связкою, которая, распадаясь на двѣ части, посылала свои волокна въ обѣ опухоли. Большая опухоль сѣроватаго цвѣта, бугристая, на разрѣзѣ представляла цѣлый рядъ полостей, содержавшихъ грязнокрасноватую жидкость, не свертывавшуюся на воздухъ. Внутренняя стѣнка этихъ полостей была неправильно изъедена и изрыта и мѣстами покрыта толстыми отложениями фибрина. Кое гдѣ въ веществѣ опухоли имѣлись кровоизліянія и омертвѣвшіе участки. Микроскопическое изслѣдованіе хорошо сохранившихся частей опухоли показало миосаркому.

Развитіе кистъ въ этой опухоли можно объяснить кровоизліаніемъ въ ткань опухоли и послѣдующимъ разрушеніемъ ея. Микроскопическимъ изслѣдованіемъ различныхъ участковъ опухоли можно было прослѣдить постепенный переходъ миомы въ миосаркому.

Меньшая опухоль равномернѣе плотна, имѣла гладкую поверхность и на разрѣзѣ совершенно равномерное компактное строеніе. При микроскопическомъ изслѣдованіи она оказалась миою, весьма бѣдной межклеточной соединительной тканью.

Опухоль въ этомъ случаѣ развилась первоначально въ паховомъ каналѣ или частью въ брюшномъ отдѣлѣ круглой связки. Постепенно увеличиваясь опухоль расширила и подъ конецъ разрушила совершенно паховой каналъ, превративъ его въ широкую щель. Развитіемъ отчасти изъ брюшнаго отдѣла круглой связки объясняется, почему опухоль своею заднею стѣнкою была такъ тѣсно связана съ брюшиною.

Этотъ случай единиченъ въ своемъ родѣ, и мнѣ въ литературѣ не удалось найти ни одного случая, гдѣ бы изъ одной круглой связки развились столь различныя по своему строенію опухоли. Первоначально по всей вѣроятности обѣ опухоли имѣли чисто миоматозное строеніе. Въ послѣдніе же годы опухоль, расположенная болѣе поверхностно вслѣдствіе травматическихъ вліяній подверглась саркоматозному перерожденію.

Третій случай опухоли круглой связки наблюдался мною какъ случайная находка въ одномъ случаѣ паховой грыжи, оперированной въ Январѣ 1898 года *П. И. Симою*. Грыжа у больной существовала съ дѣтства и была по всей вѣроятности врожденною. За послѣдніе годы грыжа стала быстро расти и достигла объема большаго кулака. При изслѣдованіи удаленнаго посред-

ствомъ операциі грыжеваго мѣшка оказалось, что по внутреннему краю его тянется утолщенная плотная круглая связка, которая постепенно расширяясь приблизительно на 10 сант. отъ грыжевыхъ воротъ переходить въ плоскую плотную опухоль, которая въ видѣ большой миндалины помѣщается въ толщѣ грыжеваго мѣшка. На разрѣзѣ опухоль имѣетъ равномерное фиброзное строеніе. Подъ микроскопомъ опухоль имѣетъ мѣстами болѣе миомадозный, мѣстами же фиброматозный характеръ.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

- 1) *Bandl*. Billroth. Handbuch f. Frauenkrankheiten.
- 2) *Beurnier*. Ligaments ronds de l'uterus. Thèse de Paris. 1886.
- 3) *Bluhm*, Agnes. Zur Pathologie des Ligamentum rotundum uteri. Arch. f. Gynaec. Bd. LV. 3.
- 4) *Costes et Pilliet*. Societé de Biologie. 1894. 20. X.
- 5) *Costes*. Recherches sur l'évolution des fibres de l'uterus et de ses annexes. Thèse de Paris. 1895.
- 6) *Delbet et Huresco*. Des fibromes de la portion abdominale du ligament rond. Revue de Chirurgie. 1896, p. 607.
- 7) *Dorst*. Tumoren van het Ligamentum uteri rotundum. Proefschrift. Leiden. 1891.
- 8) *Doormann*. Ein Tumor des Ligamentum rotundum. Centralbl. f. Gynaec. 1892. № 19.
- 9) *Eisenhart*. Ueber Hydrocele feminae. Münch. med. Wochenschr. 1894.
- 10) *Fischer*. Fibrom u Dermoidcyste des Ligamentum rotundum; je ein Fall. Monatschr. f. Geburt u Gynaecol. V, p. 317.
- 11) *Feimanъ*. Hydrocele у женщинъ. Врачъ. 1894, № 4.
- 12) *Gerke*. Z. Therapie der Hydrocele feminae. Deutsch. med. Woch. 1894. 23.
- 13) *Gottshalk*. Haematoma lig. rotundi uteri. Centralbl. f. Gynaec. 1887.
- 14) *Guinard*. Tumeurs extraabdominales du ligament rond. Revue de Chirurgie. 1898. № 1, 2—3.
- 15) *Hansemann*. Centralbl. f. Gynaec. 1896. Sitzung d. Gynaec. Gesellschaft zu Berlin. 1896. 24 Jan.
- 16) *Hasenbalg*. Zeitschr. f. Geburtsb. u Gynaec. 1892. Bd. XXIII.
- 17) *Heydemann*. Zur Kasuistik der Fybromyome des Ligamentum rotundum. Deut. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. XLI, p. 425.
- 18) *Koppe*. Haematocele processus vaginalis peritonei. Centr. f. Gynaecol. 1886, № 12.
- 19) *Leopold*. Beitrag zur Lehre von den cystischen Unterleibsgeschwülsten. Myoma lymphangiectodes lig. rotundi uteri. Arch. f. Gynaecol. Bd. XVI.
- 20) *Pfannenstiel*. Verhandlungen d. VII Versammlung d. Gesellsch. f. Gynaec. Centralbl. f. Gynaec. 1897, № 45.
- 21) *Polaillon*. Enorme fibromyome de la grande lèvre. Gazette médic. de Paris. 1892. № 32.

- 22) *Rau*. Zur Kenntniss der runden Mutterbänder. Neue. Zeitschr. f. Geburtsh. Bd. XXVIII. 3. 1850.
 - 23) *Sänger*. Arch. f. Gynaec. Bd. XXI.
 - 24) *Schramm*. Centralbl. f. Gynaec. 1896.
 - 25) *Spencer Wells*. British Med. Journal. 1865.
 - 26) *Тимяковъ*. 2 случая hydrocele ligam. rotundi. Медицинское Обозрѣніе, 1895, № 13.
 - 27) *Улезко-Строганова*. Къ патологіи кистъ круглыхъ маточныхъ связокъ. Журн. Акуш. 1898, стр. 24.
 - 28) *Walther*. Anatom. Museum in Berlin. 1796.
 - 29) *Weichselbaum*. Ueber Hydrocele muliebris. Arch. f. klin. Chirurgie. 1890. Bd. XXXX.
 - 30) *Weiger*. Ueber die Entstehung u Entwicklung des weiblichen Genitalapparates beim Menschen. Arch. f. Anatomie u Physiol. 1885.
 - 31) *Winkel*. Pathol. der weiblichen Sexualorgane. 1881.
-